مسیر ناکام پزشک خانواده

گروه اجتماعی

این روزها دوباره زمزمه پزشک خانواده و نظام ارجاع به گوش می‌رسد، طرحی که وزیر بهداشت اجرای آن را یکی از برنامه‌های مهم این وزارتخانه دانسته و به‌عنوان یک کار بزرگ و ملی از آن یاد کرده است که جهت‌گیری سیستم بهداشت و درمان را اصلاح و از هدررفتن نیروها و منابع و مسائل مالی پیشگیری می‌کند اما مشخص نیست این بار پزشک خانواده به چه سرنوشتی دچار شود. این طرح هیچ‌گاه اجرایی نشده است، هرچند در دوره سکانداری مرضیه وحید دستجردی بر وزارت بهداشت، در دو استان مازندران و فارس، به شکل آزمایشی اجراشد، ولی پس از آن مسکوت ماند.

برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۱ به تدریج در نظام سلامت کشور مطرح و اجرای آن از روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از سال ۱۳۸۴ آغاز شد. این طرح با یکسری تغییرات در سال ۱۳۸۹ در سه استان سیستان و بلوچستان، چهارمحال و بختیاری و خوزستان برپایه نسخه معروف به ۰+۱ پایه‌گذاری و با کمی تغییرات، اجرای نسخه ۰+۲ به سه استان فارس، مازندران و سیستان و بلوچستان اعلام شد. علیرغم اینکه مقدمات اجرای آن در دانشگاه‌های تهران و شهید بهشتی نیز فراهم شده بود اما سرانجام به دو استان فارس و مازندران محدود ماند و حالا با گذشت بیش از دو دهه از استراتژی پزشک خانواده، نظام سلامت کشور نتوانسته این برنامه را اجرایی کند.

به تازگی محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت از این طرح به‌عنوان مهم‌ترین برنامه این وزارتخانه در سال جاری یاد کرده و گفته است: «امسال براساس برنامه هفتم توسعه و تأکید رئیس جمهور عملیاتی می‌شود.» با این حال پرسشی که مطرح می‌شود، این است که آیا وزارت بهداشت می‌تواند آن را در ساختار کنونی بهداشت و درمان کشور نهادینه و اجرایی کند؟

پزشک خانواده با مدل قبلی، نجات‌بخش نظام سلامت نیست

داریوش چیابی، کارشناس نظام سلامت در این باره به «رسالت» می‌گوید: «پزشک خانواده، به‌رغم تأکیدات قانونی چندده‌ای برزمین مانده و مسئولان معتقدند این طرح جزء راه‌حل‌هایی است که در صورت عدم تحقق، نظام سلامت را با مشکلات و گرفتاری‌های عدیده‌ای مواجه خواهد کرد، ولی تا به امروز با گذشت بیست و چند سال از اولین باری که بحث پزشک خانواده مطرح شده، همچنان نسخه‌ای که بتواند پاسخگوی نیاز باشد، در وسعت کشور به هیچ‌وجه اجرایی نشده است. اگرچه با توجه به تأکیدات رئیس جمهور و وزیر بهداشت، این عزم سیاسی در حال حاضر وجود دارد، ولی در حوزه‌های سیاستی، موضوع عزم سیاسی و خواست حاکمیتی برای اجرای طرح‌های مهم و اصلاحات نظام سلامت، شرط لازم است اما کافی نیست. شروط دیگری هم باید مدنظر باشد و در این زمینه وجود یک برنامه عملیاتی مناسب و تأمین منابع بسیار حائز اهمیت است. منظور از منابع، فقط تنگناهای مالی نیست، کمبود نیروی انسانی نیز مطرح است، لذا برای اجرای این طرح علاوه بر عزم سیاست گذاران و مسئولین عالی‌رتبه نظام، باید منابع مالی و انسانی نیز به طور همزمان دیده شده و برنامه‌ریزی درستی صورت بگیرد. با این وجود به جز چند تصویر از جلسات رئیس جمهور برای اجرای پزشک خانواده، موضوع خاص دیگری مطرح نشده است. البته ناظر بر اینکه زیست دولت چهاردهم به طور خاص کارشناس حوزه سلامت است، برگزاری این جلسات به خودی خود اهمیت دارد اما در اصل موضوع، با موانعی مواجهیم که تا این موانع برطرف نشود، این طرح امکان اجرایی شدن ندارد.»

این کارشناس در ادامه عنوان می‌کند: «حتی اگر تمام موارد لازم در حوزه اصلاحات نظام سلامت را برای اجرای این طرح ملی در اختیار داشته باشیم، بازهم این پرسش به ذهن متبادر می‌شود که آیا آنچه از آن به‌عنوان پزشک خانواده یاد می‌شود، با گذشت این همه سال که چنین طرحی مطرح بوده، می‌تواند برای نظام سلامت مؤثر باشد؟ در دنیایی که هوش مصنوعی بسیاری از کارها را انجام می‌دهد و اساسا مسائل اقتصادی و سبک زندگی به شکل جدی تغییر کرده و به همین نسبت سیمای بیماری‌ها تغییراتی داشته، آیا نسخه‌ای از پزشک خانواده که بیست سال پیش در ذهنمان بوده، می‌تواند نسخه نجات‌بخش امروز نظام سلامت کشور باشد؟ حجم و گستره تغییرات آنچنان زیاد بوده که برای اجرای این طرح به یک بازنگری اساسی نیاز است و باید مشخص کرد که راهبرد اصلی ما نسبت به اصلاحات نظام سلامت و بهبود و ارتقاء سلامت کشورمان چیست؟ آیا واقعا پزشک خانواده با مدل قبلی می‌تواند پاسخگو باشد؟ در این مورد ابهامات جدی وجود دارد که باید نسبت به این موضوع پاسخ‌هایی شفاف، مستدل و علمی ارائه کرد.»

این کارشناس نظام سلامت بر اعمال تغییراتی که باید در طرح پزشک خانواده، مبتنی بر نیازهای روز صورت بگیرد، تأکید کرده و در این باره تشریح می‌کند: «یکسری از مؤلفه‌هایی که حتما باید در این برنامه رعایت کرد، توجه به تکنولوژی و فناوری روز است. باید این موضوع به هر نحوی که هست، دیده شود. به‌عنوان مثال امروز علیرغم تمامی تنگناهایی که در بخش منابع مالی و نیروی انسانی با آن مواجهیم، فرصت‌های جدی‌ای در فضای الکترونیک پدید آمده وطی دو سه سال گذشته، نسخه‌نویسی الکترونیک به صورت صد درصدی اجرا و دیتایی سی از اطلاعات نظام سلامت گردآوری شده است. به لطف توسعه فناوری در حوزه ارتباطات نیز زیرساخت گسترده‌ای ایجاد شده و همه این‌ها فرصت است. برای اجرای هربرنامه‌ای در حوزه ارتقاء سلامت و پزشکی خانواده حتما باید به این موارد توجه کرد. امروز هوش مصنوعی به‌عنوان یک اتفاق مهم در سطح جهان مطرح است و می‌تواند بخش مهمی از بار ارتقاء سلامت را به دوش بکشد. البته باید مشخص کرد که هدفگذاری ما در این بخش بر حوزه پیشگیری معطوف است، یا درمان و آیا باید به آن نگاه توسعه‌ای داشت و یا قانونی؟ حتما این موارد جای بحث و بررسی دارد. اما هرگونه اقدامی در این بخش، باید مبتنی بر نظام اطلاعاتی حوزه سلامت کشور و هوش مصنوعی باشد، تا ضمن کاهش هزینه‌ها، امکان اجرای طرح افزایش یابد و خدمات با کیفیت‌تری در گستره بیشتری ارائه و درنهایت امکان پذیر تر باشد. بنابراین هر طرحی اگر بتاست در حوزه پزشکی خانواده اجرایی شود، باید دارای مؤلفه‌هایی هماهنگ با دنیای امروز باشد. نباید مرعوب فضای رسانه‌ای شد، در این فضا بیست و اندی سال است که گفته شده پزشک خانواده خوب است، در این موضوع تردیدی وجود ندارد اما کدام پزشک خانواده، اگر به بایسته‌ها و اقتضائات امروز بی‌توجه باشیم، دوباره طرحی را اجرا می‌کنیم که توفیقی نخواهد داشت.»

تنظیم و طراحی پزشک خانواده مبتنی برنیاز جامعه هدف

چیابی درباره دلایل مطرح شدن برنامه پزشک خانواده می‌گوید: «این برنامه به این دلیل در کشور مطرح شد، که پس از اجرای طرح شبکه بهداشت و درمان، شاخص‌های سلامت به ویژه در حوزه روستایی ارتقاء یافت. یعنی به طور خاص در روستاها و مناطق محروم توانستیم به واسطه اجرای خدمات بهداشتی اولیه در قالب شبکه بهداشت، شاخص‌های سلامت متابولیک، کاملا با افرادی که این شرایط را ندارد فرق را ارتقاء دهیم. با گذشت زمان مشخص شد که در شهرها مدل پی اچ سی نمی‌تواند پاسخگو باشد، چون مشکلاتی که در شهرها با آن مواجه بودیم، با مشکلات روستاها اساسا متفاوت بودند. در روستاها با مسئله بیماری‌های واگیردار و آب آلوده مواجه بودیم، اما در شهرها موج بیماری‌ها عمدتا غیرواگیر است و با سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های متابولیک مواجهیم. بنابراین مدل پی اچ سی پاسخگو نبود و نتایج مطالعات نیز نشان می‌داد، باید به سمت مدلی به نام پزشک خانواده گام برداریم. از این رو تصمیم‌گیری برای اجرای این برنامه با هدف پاسخ به نیاز مناطق شهری صورت گرفت. حال تصور کنید تغییرات ما از آن زمان تاکنون چقدر بوده است و آیا طرحی که می‌توانست ۲۵ سال پیش روی کاغذ به مناطق شهری پاسخ بدهد، می‌تواند پاسخگوی دنیای امروز باشد؟ از این رو باید بتوانیم به جزبحث توجه به هوش مصنوعی و فناوری اطلاعات، ستاپ‌های خوبی از پزشکی خانواده هم ایجاد کنیم که پاسخگوی نیاز گروه‌های خاص باشد. بسیاری از ما در یک سنینی از زندگی خود اساسا نیازی به خدمات بهداشتی و درمانی حس نمی‌کنیم و نتایج مطالعات نیز این مسئله را نشان می‌دهد. عمده نیاز افراد به خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به روزهای آغازین و پایانی زندگی است، در بسیاری از گروه‌ها نیاز به خدمات درمانی به شدت بالاتر از سایر گروه‌هاست. به‌عنوان مثال اگر خانمی باردار است، نیاز مراقبتی او با یک مرد جوان متفاوت است. نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی در یک فرد سالخورده و یا مبتلا به بیماری بایستی بتواند مبتنی بر نیاز جامعه هدف نیز تنظیم و طراحی شود.»

نظام پرداخت، هسته مرکزی طرح

چیابی در ادامه اظهاراتش با اشاره به اینکه هسته مرکزی پزشک خانواده، نظام پرداخت است، خاطرنشان می‌کند: «چندین بار عنوان شده که بحث پزشک خانواده در کشور اجرایی شده که درواقع به صورت گسترده اجرایی نشده است. اگرچه نسخه‌های پایلوت در فارس و مازندارن به مرحله اجرا رسیده اما گسترده نبوده است. یکی از دلایلی که باعث شده این طرح هیچ‌گاه به نتیجه نهایی نرسد، بحث نظام پرداخت است. چون این موضوع، هسته اصلی طرح را تشکیل می‌دهد. در مدل پرداخت کارانه، پزشک به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت، به ازای درمان وویزیت هر بیمار پول دریافت می‌کند و اتفاقا به لحاظ درآمدی ممکن است برای پزشک منفی باشد. اما در مدل سرانه، به ازای هر فردی که در حوزه کاری پزشک قرار می‌گیرد، فارغ از اینکه فرد ویزیت شده یا نشده، پزشک دریافتی خود را خواهد داشت. این افراد هرزمان به خدمات نیاز داشته باشند، هزینه آن با پزشک است. بنابراین من به‌عنوان پزشک به جای اینکه منتظر مراجعه کننده باشم تا درنهایت اقدام‌هایی از سیستم بگیرم، به طور فعال از افراد گروه‌های تحت نظرم مراقبت می‌کنم، کسانی که ممکن است سلامتی‌شان دچار مشکل شود را از قبل شناسایی و با مداخلات ارزان‌تر و تغییر سبک زندگی باعث می‌شوم که نه آن‌ها بیمار شوند، نه هزینه‌ای برای من پزشک ایجاد شود. بنابراین چنین سازوکار و مکانیسمی می‌تواند به ارتقاء نظام سلامت کمک کند و در طراحی بایسته‌های پزشک خانواده باید به این مقوله توجه کرد.»

طرح پزشک خانواده با این سطح از تعارض منافع دوباره شکست می‌خورد

مهدی اسفندیار از دیگر کارشناسان نظام سلامت، از زاویه دیگری به این طرح نگاه کرده و معتقد است در ساختار کنونی وزارت بهداشت، اجرای چنین طرحی به شکل گسترده امکان پذیر نخواهد بود. اسفندیار در گفت‌وگو با «رسالت» عنوان می‌کند: «اجرای پزشک خانواده اگرچه مورد تأکید رئیس جمهور و وزیر بهداشت است، اما با ساختاری که تحت عنوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعریف شده و با این سطح از تعارض منافع، هرگز طرح پزشک خانواده، مبتنی بر استانداردهای تعریف شده به ثمر نخواهد رسید و دوباره با شکست مواجه می‌شود. مسئله دیگر این است که اگر منظور از طرح پزشک خانواده، الزاماتی است که در قانون آمده، باید تأکید کرد، اجرای این الزامات امکان پذیر نیست. چون در کشور ما ۳۴ هزار پزشک عمومی پروانه طبابت دارند، از این تعداد نزدیک به هزار نفر در مشاغل غیرمرتبط حضور دارند. هزار نفر هم در پست‌های دانشگاهی و غیرپزشکی مشغول به کارند تا صرفا از نظر صنفی منافع جامعه پزشکی را تأمین کنند. ما عملا ۳۱ هزار پزشک عمومی داریم که از این تعداد هم ۱۰ هزار و ۵۰۰ نفر در مراکز ترک اعتیاد فعالیت می‌کنند، درحالی که به حضور پزشک در این مراکز نیازی نیست و پرستاران هم می‌توانند در این قسمت‌ایفای نقش کنند. درآمدهایی که پزشکان در مراکز ترک اعتیاد کسب می‌کنند آنچنان بالاست که تمایل ندارند به طرح پزشک خانواده بپیوندند. ۱۰ هزار پزشک هم در بخش پوست، مو و زیبایی و طب حاشیه فعالیت می‌کنند، اتفاقا درآمدهای این گروه نیز به حدی بالاست که هرگز وارد طرح نخواهند شد. بنابراین مجموع پزشکانی که در خط اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جامعه خدمات ارائه می‌دهند، بسیار کم تعداد هستند و رجوع به قرارداد پزشکان با بیمه‌های پایه نشان می‌دهد که در خوشبینانه‌ترین حالت حداکثر ۱۳ هزار پزشک عمومی داریم. درصد زیادی از این پزشکان نیز در تهران و مراکز استان‌ها حضور دارند. به عبارت بهتر برای اجرای این طرح با کمبود پزشک مواجهیم. مگر اینکه تأکید وزیر بهداشت بر به کارگیری بهورزان و پرستاران باشد.»

این کارشناس مسیر اجرای این طرح را نادرست دانسته و در این زمینه توضیح می‌دهد: «آنچه تحت عنوان طرح پزشک خانواده مطرح شده و به دنبال اجرای آن هستیم، یک مسیر اشتباه است، چراکه مراقبت‌های اولیه و پیشگیری وظیفه دولت است. همین که دولت یا مجلس به دنبال تأمین بودجه این طرح توسط بیمه‌ها هستند، یعنی مسئولان ما ازفهم فلسفی کارکرد نهاد دولت، فلسفه شکل‌گیری حاکمیت و فهم محتوایی قانون اساسی آگاهی ندارند. لذا با چنین فهمی از صورت مسئله و با ساختار نامناسبی که در نظام سلامت حاکم است، با این سطح از تعارض منافع و جریانات قدرتمند ذینفع اما مخرب و پرداختی‌های ناچیز به پزشکان در قالب این طرح و با آن فرصت‌های خوبی که در بازار طب حاشیه پدید آمده، امکان اجرای پزشک خانواده‌ای که در ذهن کارشناسان و عقلای نظام سلامت نقش بسته مطلقا وجود ندارد.

ضمن آنکه نارضایتی از بابت تبعیض‌ها و عملکرد وزارت بهداشت در طی چند دهه باعث شده امروز، مردم برای اجرای طرح‌های تحولی و پایلوت‌ها اهداف نظام سلامت، حداقل همراهی را با این وزارتخانه داشته باشند. اگر بناست این طرح اجرا بشود، باید شأن و مرتبه پزشکانی که با این طرح در شهرهای کوچک همکاری می‌کنند، کمتر از امام جماعت و فرماندار شهرها نباشد. بنابراین پزشک باید چنان حرمتی داشته باشد که مردم حرف او را در زمینه سلامت خود حجت بدانند. از طرفی باید مبالغ بالایی به پزشکان بپردازند. اگر ساختار دستی حاکم بود و بحث تعارض منافع وجود نداشت، باید در قالب اجرای این طرح، به هر پزشک ماهانه حداقل ۳۰۰ میلیون پرداخت می‌شد. البته امکان پرداخت چنین مبالغی هم وجود دارد، اما مسئله این است که پزشک خانواده به‌عنوان یک طرح جامع نیاز به حمایت سیاسی تمام ارکان نظام دارد. این طرح در گذشته به شکل ناقص اجرا و مورد حمایت نبوده است. حتی برخی وزرای بهداشت به دنبال این بودند که چنین طرحی را ازریشه دربیاورند. پزشکی خانواده در کشور ما یک طرح زخم خورده است و خاطره بسیار بدی از آن در ذهن مردم شکل گرفته و با این وضعیت، بعید است که به جایی برسد.»

اسفندیار بیان می‌کند: «برخی کارشناسان ادعا می‌کنند، کشورهایی مشابه ایران توانسته‌اند پزشکی خانواده را اجرا کنند. همانطور که اشاره کردم ساختار وزارت بهداشت و تعارض منافعی که وجود دارد، خودبه‌خود چنین امکانی را از ما سلب کرده است. اما برخی کارشناسان صرفا تأکید می‌کنند که پزشکی خانواده در سایر کشورها موفق بوده است. به‌عنوان مثال نظام پرداخت فی فورسرویس آر آمریکا الگوبرداری شده، اما حاکمیت بیمه‌ها هیچ‌گاه در کشور ما جدی گرفته نشده است. به نظرم برخی از کارشناسان سایر کشورها را به‌عنوان الگو مثال می‌زنند، اما الزامات سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی را متوجه نیستند. به همین علت در برخی از مقاطع زمانی، بودجه‌هایی به برخی از طرح‌ها در حوزه نظام سلامت اختصاص پیدا می‌کند و عده‌ای از این مسئله منتفع می‌شوند، اما هیچ دستاوردی برای جامعه به دنبال ندارد. هر طرحی در نظام سلامت نیازمند بررسی اتمسفر فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و روابط قدرت در سطح حاکمیت است و باید ببینیم آیا برای اجرای آن طرح، شباهتی بین مواردی که برشمردم با واقعیت کشور ما وجود دارد یا خیر. طبیعتا باید بررسی کرد که آیا دولت ما به‌عنوان مثال اختیارات دولت انگلیس و یا یکپارچگی آن را دارد؟ آیا بیمه‌ها یکسان هستند، آیا پزشکان دو شغله‌اند؟ آیا تعارض منافع کمرنگ است و یا همانند کشور ما این تعارض، شکل قانونی به خود گرفته است. با بررسی تمامی این موارد تأکید می‌کنم که امکان اجرای پزشک خانواده در کشور وجود ندارد. ما امروز در کشور درگیر تنازعات صنفی بین گروه‌های مختلف نظام سلامت هستیم و در چنین ساختار و سیستمی، در صورت عزم و اراده جدی نیز حداقل ۲۰ سال زمان می‌برد تا این طرح به سرانجام برسد.»

طی ۲۴ ساعت برای یک شهر ۱ هزار نفری فقط یک پزشک وجود دارد!

اسفندیار در پاسخ به این پرسش که فراهم نبودن زیرساخت‌ها و نبود بودجه کافی تا چه میزان در ناکامی این طرح اثرگذار بوده، می‌گوید: «اتفاقا اگر با کمبود بودجه مواجه بودیم، خیلی زودتر به سراغ طرح پزشک خانواده می‌رفتیم اما چون منابع به سمت درمان هدایت می‌شود، نفع شرکت‌های داروسازی، شرکت‌های تجهیزات پزشکی و نفع حکمرانان در حوزه سلامت این است که بخش درمان پررونق و پرپول باشد. بنابراین در حال حاضر به دلیل اینکه منابع لازم وجود دارد، تمایل نداریم تا در این زمینه گام‌های جدی برداریم. متأسفانه ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ضدپزشک خانواده است. چه کسی تصمیم گرفت چنین ساختاری را در کشور ما تأسیس کند، آن هم در شرایطی که ۵ سال پیش از تأسیس این وزارتخانه، کشور آمریکا وقتی متوجه شد چنین ساختاری سلامت جامعه را تهدید کرده و برنامه‌ها به درستی پیش نمی‌رود، با انحلال این وزارتخانه، بهداشت را از درمان جدا کرد. ما در کشور ما چنین ساختار پُرمشکلی ایجاد شده است. شما نمی‌توانید در این ساختار بسیاری از اقدامات را به سرانجام برسانید. مادامی که مجموعه‌ای به نام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود خارجی دارد، حتی اگر سیاست‌ها را از جنس طلا و بامدرن‌ترین سیستم‌ها نیز به پیش ببرید، امکان کامیابی دور از دسترس است. نشان به آن نشان که نسخه‌نویسی الکترونیک را که وظیفه وزارت بهداشت بود، تأمین اجتماعی اجرایی کرد. حتی این وزارتخانه مسئله کمبود پزشک را هم قبول ندارد. درحالی که طی ۲۴ ساعت برای یک شهر ۱ هزار نفری فقط یک پزشک وجود دارد! اعدادی که وزارت بهداشت با همکاری سازمان نظام پزشکی منتشر می‌کند، با واقعیت همخوانی ندارد. ادله‌ای که می‌توان در این زمینه ارائه کرد، این است که تنها ۱۰ هزار پزشک با تأمین اجتماعی قرارداد دارند. درمورد بیمه خدمات درمانی نیز به همین تعداد است. پزشکان طرف قرارداد با بیمه نیروهای مسلح نیز ۶ هزار نفر هستند که همه این اعداد و ارقام نیز با هم تداخل دارد و سرجمع تمام این ۱۸ تا ۱۳ هزار نفر است. صرف نظر از انکار مسئله کمبود پزشک، بدنه و افراد فعال در حوزه سلامت ما به شدت مخالف اجرای پزشک خانواده هستند و هرکاری برای توقف این طرح انجام می‌دهند. از طرفی همانطور که اشاره کردم ساختار نیز اجازه اجرای این طرح را به ما نمی‌دهد.»

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 اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

برابر رای شماره ۱۴۰۴۰۱۶۰۳۱۳۰۰۰۰۸۷ مورخ ۱۴۰۴/۱/۱۹ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک میاندوآب تصرفات مالکانه و بلامعارض متقاضی آقای رضا خرم‌خواه تیه فرزند رمضان به ش ش. ۵۰۷۰۰۸۵۵۰۶ صادره از ملکان در شندآباد گی یکباب خانه به مساحت ۱۳۷/۲۶ مترمربع تحت پلاک ۳۱۱۲۵ فرعی مفروزی از ۳۴۷۶ فرعی از یک اصلی واقع در برخش ۱۴ مراغه حوزه ثبتی میاندوآب خریداری از مالک رسمی سهمی وراث بایرام اسدیان محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می‌شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می‌توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت ده ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست 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: ۱۴۰۴/۲/۶ تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۴/۲/۲۱

جلیل علیزاده کارسالاری
رئیس ثبت اسناد و املاک فیروزکوه

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 اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

۱- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۴ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک فیروزکوه تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای نعمت مومنی فرزند محمداسمعیل به ش ش. ۳ صادره از کهن آباد در شندآباد گی قطعه باغ به مساحت ۹۹۶/۲۸ مترمربع پلاک شماره ۱۱۲۰ فرعی مفروزی از ۳۷۸ فرعی از ۶۸ اصلی واقع در حصارین فیروزکوه انتقالی مع الواسطه از حب علی غندالی محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می‌شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می‌توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت ده ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست 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: ۱۴۰۴/۲/۶ م الف ۸۷/۱۴۰۴

اردشیر محمودی
رئیس ثبت اسناد و املاک

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 اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

برابر رای شماره ۱۴۰۶۰۳۲۲۰۰۴۰۰۰۲۹۱ مورخ ۱۴۰۴/۲/۳ هیات اول/دوم موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک ایرانشهر تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمدعمر کرم زهی فرزند عبداله به ش ش. ۲۰ صادره از ایرانشهر در یکباب ساختمان به مساحت ۵۰۰ مترمربع قسمتی از پلاک ۵۸۴- اصلی قطعه یک واقع در شهر ایرانشهر بلوار کشاورز شمالی خریداری از مالک رسمی خانم فاطمه آذرکیش محرز گردیده است. لذا به منظور اطلاع عموم مراتب در دو نوبت به فاصله ۱۵ روز آگهی می‌شود در صورتی که اشخاص نسبت به صدور سند مالکیت متقاضی اعتراضی داشته باشند می‌توانند از تاریخ انتشار اولین آگهی به مدت ده ماه اعتراض خود را به این اداره تسلیم و پس از اخذ رسید ظرف مدت یکماه از تاریخ تسلیم اعتراض دادخواست 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: ۱۴۰۴/۲/۶ تاریخ انتشار نوبت دوم: ۱۴۰۴/۲/۲۱ م الف ۸۶/۱۴۰۴

اردشیر محمودی
رئیس ثبت اسناد و املاک

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 اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی

۲- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۳ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۱ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۲۲۷۵/۴۵ مترمربع

۳- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۲ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۲ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی دیمزار به مساحت ۱۹۹۵/۱۵ مترمربع

۴- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۱ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۳ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی دیمزار به مساحت ۲۱۱۶/۹۱ مترمربع

۵- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۱۹ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۴ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۴۱۵۸/۵۸ مترمربع

۶- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۱۹ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۵ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۶۰۲۳/۶۰ مترمربع

۷- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۹ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۶ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۲۲۴۹۳/۵۶ مترمربع

۸- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۵ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۷ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۷۷۵۸/۹۱ مترمربع

۹- برابر رای صادره به شماره ۱۴۰۳۶۰۳۲۶۰۰۵۰۱۱۲۲۸ مورخه ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ هیات اول موضوع قانون تعیین تکلیف وضعیت ثبتی اراضی و ساختمانهای فاقد سند رسمی مصوب ۱۳۹۰/۹/۲۰ - مجلس شورای اسلامی مستقر در واحد ثبتی حوزه ثبت ملک نهاوند موضوع پرونده کلاسه ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۶۰۰۵۰۰۰۵۵۸ تصرفات مالکانه بلامعارض متقاضی آقای محمود نیازی به ش ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ و به ش. ۳۹۵۰۱۳۳۹۱۷ صادره از نهاوند فرزند حسین مراد در شندآباد یک قطعه زمین مزروعی آبیاز به مساحت ۵۰۷۳/۶۸ مترمربع

قسمتی از پلاک ثبتی ۱