سامان توکلی
روان‌پزشک

پشت پرده خداحافظی با پزشکی مستقل

در جریان تصویب قانون بودجه سال ۱۴۰۱ و در بین تعداد زیادی مواد و بندهای مختلف، جمله‌ای گنجانده و تصویب شده است که تأثیری بنیادین بر ساختار نظام سلامت دارد. در جزء ۵ از بند ک تبصره ۱۷ این قانون، «تمدید یا صدور پروانه‌های پزشکی» منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه شده است. با اجرای این بند، عملا پزشکی خصوصی و مستقل از بین می‌رود و تمام پزشکان بالاجبار و به نوعی، «به استخدام» بیمه‌ها درمی‌آیند.

سابقه عملکرد سازمان‌های بیمه‌ای در ایران به‌گونه‌ای بوده است که به اذعان اغلب شاغلان در این حوزه، نه به تکلیف خود در قبال بیماران و نه به تعهد خود در قبال ارائه‌دهندگان خدمت عمل نمی‌کنند و به همین خاطر هر دو گروه از آنها رضایت ندارند. سازمان‌های بیمه، از یک سو، پرداخت پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت را با تأخیرهای فراوان چندین‌ماهه و به‌طور ناقص انجام می‌دهند و پرداخت هزینه‌های مربوط به بخشی قابل‌توجه از خدمات انجام‌شده را تحت عنوان «کسورات» بر عهده نمی‌گیرند. از سوی دیگر، سهم خود را در خدمات بخش خصوصی نیز بر اساس تعرفه این بخش بر عهده نمی‌گیرند. همین مسائل باعث شده تا بعضی پزشکان در بخش خصوصی اساسا ترجیح بدهند با آنها قرارداد نداشته باشند. البته بیماران تحت پوشش این بیمه‌ها تا به حال می‌توانسته‌اند سهمی را که باید بیمه بپردازد مستقیما از بیمه دریافت کنند، بدون آنکه پزشک در این میان واسطه باشد. یعنی طبق قوانین و روال‌های جاری، عدم قرارداد پزشکان با بیمه‌ها هزینه‌ای را بر بیمار تحمیل نمی‌کرده است و بیمه‌ها موظف بوده‌اند به تعهد خود در قبال بیماران بر طبق قراردادی که با بیماران داشته‌اند، سهم بیمه را به آنان پرداخت کنند و طبیعتا قرارداد بیمار با بیمه تعهداتی برای بیمه ایجاد می‌کند که ارتباطی با قرارداد پزشک با بیمه نداشته است.

نکته مهم این است که مصوبه اخیر که ناقض حقوق اساسی و اولیه ارائه‌دهندگان خدمت است و تأثیری بنیادین در نظام ارائه خدمات سلامت دارد، با چراغ خاموش و بدون هیچ‌گونه اطلاع‌رسانی و اخذ نظر کارشناسی گروه‌های اصلی تأثیرگذار و تأثیرپذیر از آن، ازجمله پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تصویب شده است. قاعدتا تصویب موضوعی که موجب تغییرات ساختاری اساسی در نظام سلامت و به‌نوعی حذف یکی از دو پایه اصلی نظام سلامت کشور، یعنی بخش خصوصی سلامت می‌شود و شرایط و مقتضیات شغلی گروهی بزرگ از مردم جامعه را تغییر می‌دهد نیازمند بررسی کامل، با مشارکت و نقادی صاحب‌نظران و همه گروه‌های تأثیرگذار و تأثیرپذیر از آن است.

فرایند طرح و تصویب این مصوبه، بدون سروصدا و بدون هیچ کارشناسی قابل‌قبول از سوی صاحب‌نظران این حوزه شبهه‌برانگیز است و این پرسش را مطرح می‌کند که چه چیزی باعث شده این تصمیم‌ها گرفته شود.

جدای از ایرادهای پایه‌ای این مصوبه که نشان‌دهنده فقدان علم و آگاهی لازم در ارائه‌دهندگان آن است، نکته تأسف‌بار دیگر اقدامات فراقانونی و نامه‌نگاری‌های تهدیدآمیز و خلاف قانون معاون درمان بیمه سلامت و برخی مدیران استانی آن است. همان‌طور که در متن مصوبه به صراحت قید شده، این مصوبه فقط «تمدید پروانه و صدور پروانه جدید» را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه کرده است، اما در نامه معاون درمان بیمه سلامت دستور دو اقدام فراتر از قانون دیگر داده شده است: ۱) مشخصات تمام مطب‌های فاقد قرارداد با بیمه سلامت برای پیگیری قانونی اعلام شود و ۲) سیستم نسخه‌نویسی الکترونیک بعد از مدتی به روی پزشکانی که با بیمه سلامت قرارداد ندارند بسته می‌شود و نمی‌توانند برای آن دسته از بیماران خود که تحت پوشش این بیمه هستند نسخه بنویسند. یعنی بیمارانی را که به خاطر تحت‌پوشش‌بودن خودشان حق استفاده از بیمه سلامت را دارند، در صورت مراجعه به پزشکی که با بیمه قرارداد ندارد، از این حق خود محروم می‌کنند. این اقدام طبیعتا به معنی شانه‌خالی‌کردن از تعهداتی است که در قبال بیماران دارند.

مشاهده این موارد غریب، از تصویب مصوبه با چراغ خاموش تا مکاتبات فراقانونی بعدی، این سؤال جدی را مطرح می‌کند که الزام تمام پزشکان به عقد قرارداد با بیمه سلامت چه منفعت و سودی برای آن دارد که درحالی‌که هنوز و همچنان بسیاری از تکالیف خود را انجام نداده است، برای اجرای این طرح این همه اصرار و عجله دارد که حتی منجر به مکاتبات و اقداماتی از جانب آنان می‌شود که به روشنی معلوم است فراتر از اختیار قانونی‌شان است؟

دولت در بودجه ۱۴۰۱ صدور پروانه پزشکان یا تمدید آن را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌ها کرد

پایان بخش خصوصی پزشکی؟

دولت در قانون بودجه سال ۱۴۰۱ همه پزشکان را مکلف کرده که برای دریافت پروانه کار یا تمدید آن باید با یکی از بیمه‌های سلامت قرارداد را امضا کنند. تصمیمی مهم که نظام اقتصاد سلامت ایران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به موجب جزء ۵ بند ک از تبصره ۱۷ این قانون، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است با همکاری سازمان نظام پزشکی کشور، فرایند تمدید پروانه مسئول فنی، صدور یا تمدید پروانه مطب پزشکان و همچنین صدور گواهی‌نامه اعتباربخشی همه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت در حوزه‌های سرپایی و بستری در تمامی بخش‌های دولتی، غیردولتی، خصوصی و نیروهای مسلح را منوط به عقد قرارداد با کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه نماید». از زمان تصویب این بند گروه‌های صنفی مختلفی از پزشکان با انتشار نامه و جمع‌آوری امضا به این تصمیم ناگهانی دولت اعتراض کردند. برخی از نامه‌های اعتراضی بیش از پنج هزار امضا جمع کرده که نامه بزرگ و آشنایی از جامعه پزشکی ایران در میان آنها دیده می‌شود. اولین مسئله مورد اعتراض پزشکان و گروه‌های صنفی پزشکی این است که چرا چنین تصمیمی بدون کمترین مشورت و نظرخواهی انجام شده و یکباره به جامعه پزشکی تحمیل شده است. تعریف دقیق این بند این است که ارائه خدمات پزشکی در بخش خصوصی تعطیل شده و همه باید زیر چتر بیمه‌های سلامت جمع شوند.

تصمیمی ناقض قانون اساسی

دکتر علیرضا استقامتی، فوق‌تخصص بیماری‌های غدد و متابولیسم و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، ازجمله چهره‌های منتقد این تصمیم است. او معتقد است چنین تصمیمی برخلاف قانون اساسی است و می‌گوید: «الزام به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه، ناقض اصل بیست‌وهشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در آزادی عمل به انتخاب شغل است. پرواضح است که شغل مقدس پزشکی نه‌تنها مخالف مصالح کشور نیست، بلکه در جهت حفظ و ارتقای سلامت مردم و بسیار حساس و کاملا ضروری برای کلیه اقشار این سرزمین است». او همچنین در بخش دیگری از انتقادش به این تصمیم می‌گوید: «بیش از پنج میلیون نفر امسال به بیمه سلامت اضافه شده است. اضافه‌شدن این گروه به تنهایی هزینه‌هایی را به همراه دارد. از سوی دیگر اعلام شده افراد تحت پوشش کمیته امداد هم که در دهک‌های پایین‌تر قرار دارند، با پوشش بیمه صددرصدی همراه خواهند بود. این در حالی است که می‌بینیم میزان پرداختی از جیب مردم برای بخش درمان بیش از ۷۰ درصد است. نگاهی به وضع موجود نشان می‌دهد که میزان پرداخت از جیب بیماران (out of pocket) در حال حاضر دو برابر میزانی است که قانون مقرر کرده است. حال سازمان‌هایی که طبق اظهارات مکرر مسئولان قادر به انجام تعهد خود نیستند چگونه و با چه مکانیسمی می‌خواهند با افزودن چندین هزار پزشک بخش خصوصی در اقصی نقاط کشور از عهده تعهدات جدید برآیند؟ در واقع بیمه‌ها توان پرداخت هزینه‌های درمان کنونی مردم را هم ندارند. یعنی در حال حاضر که بخش زیادی از پزشکان در بخش خصوصی قرار دارند هم بیمه‌ها نمی‌توانند هزینه‌های درمان بخش‌های دیگر را تأمین کنند. با این حساب اگر با گذاشتن این قانون همه پزشک‌ها را زیر چتر بیمه جمع کنیم آیا توانایی رسیدگی به امور همه بیماران وجود دارد؟ این سؤال پیش می‌آید که با توجه به اینکه حتی پیش از اجرای این قانون بیمه‌ها توانایی اجرای تعهدات‌شان را ندارند چطور می‌توان بار جدیدی در این لاین اضافه کرد؟ اعتبار این کار از کجا باید تأمین شود؟ نکته دیگر اینکه اگر پزشکان در بخش خصوصی خودشان هزینه و سرمایه‌گذاری انجام داده‌اند، حالا با این قانون آنها را مجبور می‌کنند که با وجود این هزینه مانند بخش دولتی طرف قرارداد با یک بیمه سلامت قرار بگیرد. اگر چنین است چرا سایر هزینه‌هایی را که پزشکان برای راه‌اندازی بخش خصوصی متحمل شده‌اند، پرداخت نمی‌کنند. بد نیست سری به بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی بزنید و ببینید چه حجم بالایی از بیماران در آنجا منتظر دریافت خدمات هستند. بخشی از این استقبال از بخش خصوصی هم در این است که کیفیت ارائه خدمات از بخش دولتی بهتر است. اگر بخش دولتی می‌توانست با خدماتش بیماران را راضی نگه دارد که این همه استقبال از بخش خصوصی رخ نمی‌داد. حالا با این قانون می‌خواهند بخش خصوصی را هم به سرنوشت بخش دولتی دچار کنند. به هر حال به نظرم این تصمیم به ارائه خدمت به مردم آسیب وارد می‌کند».

ایجاد اختلال در خدمات‌رسانی پزشکی

دکتر ایرج خسرونیا، رئیس جامعه متخصصان داخلی ایران از دیگر چهره‌های منتقد این تصمیم است. او می‌گوید اتخاذ چنین تصمیمی روی کیفیت کار پزشکان تأثیر می‌گذارد و خدمات‌رسانی پزشکی را با مشکل مواجه می‌کند. خسرونیا به «شرق» می‌گوید: «تمام شغل‌هایی که در ایران احتیاج به پروانه دارند چنین تعهدی نمی‌دهند که همه اعضای آن باید فقط به یک گروه خاصی وابسته باشند و برای آنها کاری انجام دهند. متأسفانه برای گروه پزشکی این الزام را ایجاد کرده‌اند. البته گروه زیادی از پزشک‌ها در حال انجام این کار هستند اما اجبار همه پزشک‌ها به انجام این کار کمی غیرمنطقی به نظر می‌رسد. برای همین جامعه پزشکی با آن مخالف است. این طرح ایرادات فراوانی دارد. یک نمونه کوچکش اینکه بسیاری از پزشک‌ها به دلیل سن بالا یا استانداردهای تخصصی‌شان تعداد محدودی مریض را معاینه می‌کنند. وقتی شما مجبور باشید با یک بیمه طرف قرارداد باشید لاجرم مجبورید حجم زیادی بیمار را معاینه کنید که قطعا استانداردهای کاری شما را پایین می‌آورد و برای بسیاری از پزشک‌ها مطلوب نیست؛ چون برای اینکه به این حجم از بیمار برسید یا مجبورید از وقت سایر بیمارهایتان بدزدید یا با دقت پایینی کارتان را انجام دهید. این مسئله روی کیفیت کار پزشکان تأثیر مستقیم می‌گذارد. برای نمونه بیمه‌ها برخی داروها را تأیید نمی‌کنند و لاجرم به پزشکان طرف قرارداد می‌گویند که از همان داروهای مورد تأیید بیمه تجویز کنند. شاید این اجبار با تشخیص پزشکی من همخوانی نداشته باشد. وقتی یک پزشک در بخش خصوصی فعالیت می‌کند می‌تواند مطابق تشخیص خود عمل کند ولی وقتی طرف قرارداد با بیمه شد باید به حرف بیمه گوش دهد و این همه جا به نفع بیمار نیست».

نادیده‌گرفتن اهمیت وجود بخش خصوصی در نظام سلامت کشور و نابودی آن

نظام سلامت کشور از دیرباز و از ابتدا بر پایه ترکیبی از بخش دولتی و بخش خصوصی به ارائه خدمات پرداخته است. دولت مکلف است سلامت جامعه را تأمین کند و از مردم، به‌ویژه بخش‌های نابرخوردارتر، با ارائه خدمات سلامت باکیفیت در بخش دولتی حمایت کند. در عین حال، بخش خصوصی به عنوان بخشی اساسی از نظام سلامت کشور، قسمت قابل‌توجهی از خدمات سلامت را ارائه داده است و از بار بخش دولتی کاسته تا بهتر بتواند جمعیت‌های نابرخوردارتر را تحت پوشش قرار دهد. ارائه خدمات به آن بخش از جمعیت که امکان بیشتری برای استفاده از خدمات بخش خصوصی داشته‌اند این اجازه را به بخش عمومی و دولتی داده است تا محدودیت منابع خود را تا حدودی جبران و مدیریت کنند. علاوه بر آن، در برهه‌های خاصی که جامعه با بحران‌های سلامت مواجه بوده، این بخش نیز در ارائه خدمات نقشی اساسی داشته است. از سوی دیگر، بخش خصوصی نظام سلامت، به عنوان بخشی مستقل و غیروابسته به تأمین مالی از سوی دولت و به دلیل فارغ‌بودن نسبی از دست‌اندازها و موانع بوروکراتیک، در به‌کارگیری مدل‌های نوین ارائه خدمت و افزایش بهره‌وری نقشی کلیدی و راهگشا دارد. وابسته‌کردن کامل بخش خصوصی به سازمان‌های بیمه باعث ازبین‌رفتن انگیزه، ابتکار، چابکی و استقلال نظر آنها شده و کشور و نظام سلامت را از یک منبع مهم محروم می‌کند. منطقی آن است که بخش دولتی، به جای آنکه با استخدام اجباری پزشکان بخش خصوصی در سازمان‌های بیمه، شاغلان این بخش را تبدیل به کارمندان ناراضی و بی‌انگیزه شرکت‌های بیمه کند، با رفع موانع بوروکراتیک و محدودیت‌های نالازم فعلی از رشد و ابتکار آن حمایت کند. همان‌طور که پیش از این ذکر شد، حتی کشوری مثل بریتانیا که سابقه‌ای بسیار طولانی در «خدمات ملی سلامت» دارد و مدل ارائه خدمات پزشکی در آن از این نظر شهره و الگویی قابل‌توجه است و از پشتوانه مالی بسیار قوی هم برخوردار است، بخش خصوصی را نابود نکرده و پزشکان را «مجبور» به خدمت در قالب ساختار «خدمات ملی سلامت» نکرده است و حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد خدمات سلامت از طریق بخش خصوصی ارائه می‌شود. معدود کشورهایی هم که به نوعی فاقد بخش خصوصی در نظام سلامت‌اند، نه از نظر مختصات نظام سلامت و نه از نظر فلسفه اقتصادی-اجتماعی زیربنایی و اصول حکمرانی جامعه شباهتی با ایران ندارند تا بتوان آن سیستم‌ها را آن هم یک‌شبه و بدون فراهم‌کردن زمینه‌های ساختاری و فکری، در ایران اجرا کرد.

تردیدهایی در اجرای طرح

عموم بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت در حال حاضر بر این امر اتفاق نظر دارند که بیمه‌های پایه فعلی قادر به انجام تکالیف قانونی خود برای پوشش کافی خدمات سلامت نبوده‌اند. استنکاف بیمه‌ها از پوشش بخش مهمی از خدمات و داروها، تأخیر طولانی ناموجه در پرداخت سهم بیمه به ارائه‌دهندگان خدمات، عدم پرداخت کامل سهم بیمه‌ها در بخش خصوصی و تحمیل آن به بیماران و اعمال کسورات ناموجه در خدمات ارائه‌شده برای شانه‌خالی‌کردن از پرداخت هزینه این خدمات و کاستن از بار مالی خود نمونه‌هایی از ناکارآمدی سیستم بیمه فعلی است. همین کاستی‌ها و شاید مسئولیت‌گریزی‌ها موجب نارضایتی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت شده است و بعضی از ارائه‌دهندگان خدمت، با وجود ازدست‌دادن تعداد زیادی از بیماران بالقوه خود، ترجیح داده‌اند با بیمه‌ها قرارداد نداشته باشند. با مصوبه فعلی، بیمه‌ها به جای آنکه به آسیب‌شناسی عدم رغبت گروهی از ارائه‌دهندگان خدمت برای همکاری با خود بپردازند، از ابزار قدرت و مصوبه‌ای غیرکارشناسی استفاده کرده‌اند تا با نقض حقوق پزشکان آنان را مجبور به عقد قرارداد با خود و به نظر بسیاری از همکاران، بهره‌کشی از آنان برای جبران کوتاهی‌ها و کاستی‌های خود کنند. پرسشی که وجود دارد این است که وقتی سازمان‌های بیمه در شرایط فعلی هم تکالیف قانونی خود را در قبال بیماران و پزشکان انجام نمی‌دهند، چطور قرار است با تحت پوشش گرفتن آن بخش از خدماتی که تا به حال، با خواست خود بیماران به طور کامل از جیبشان پرداخت می‌شده، بتوانند به وظیفه خود عمل کنند. در حال حاضر، گروهی از بیماران که امکان مالی بهتری دارند با میل خودشان خدماتی را از بخش خصوصی دریافت می‌کنند و هزینه آن را هم از جیب خود می‌پردازند و در واقع بخشی از بار مالی دولت و بیمه‌ها را می‌کاهند. اضافه‌شدن این بخش از هزینه‌ها به ساختار ناکارآمد بیمه‌ای فعلی که تلاشی هم برای اصلاح خود نکرده، یا محکوم به شکست است یا در صورت اصرار برای اجرای آن نمی‌تواند پیامدی جز تشدید کاستی‌های فعلی و ترقیق پوشش بیمه‌ای خدمات داشته باشد.

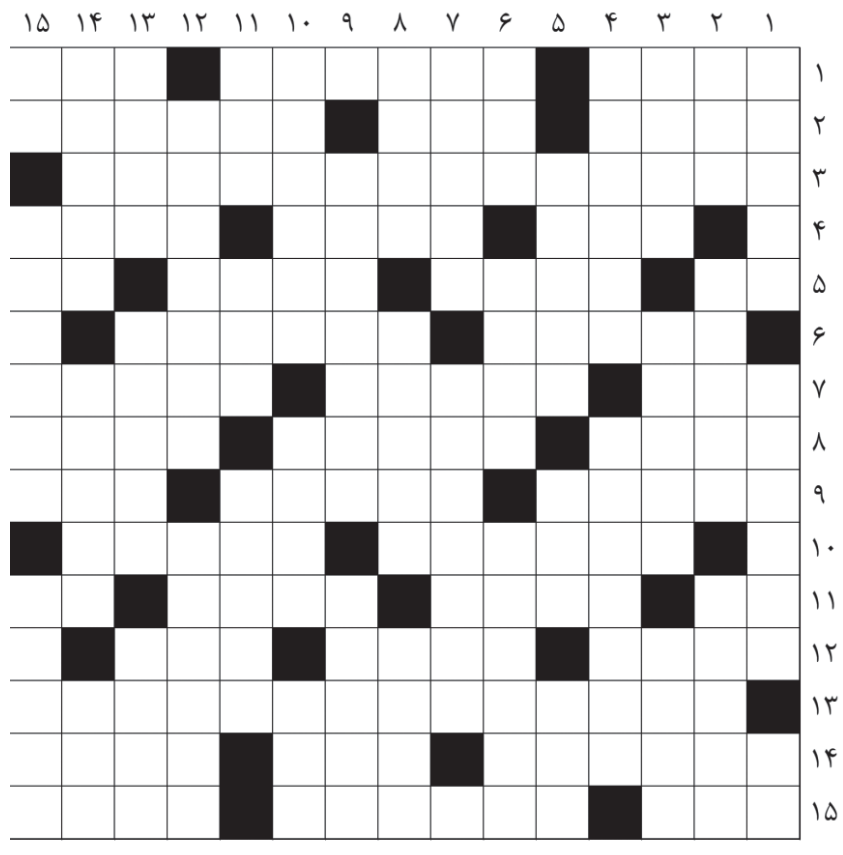
◆ جدول ۴۲۲۱ ◆ طراح: بیژن گورانی

افقی:

۱- ویران- پایداری در انجام کاری- آدم‌کشی ۲- پنج دندان عقب دهان- شتاب و تعجیل- اولین خودروی شاسی‌بلند لوکس دنیا ۳- وی را شاعر طبیعت ایران نامیده‌اند ۴- ماری عظیم‌الجثه- منافق- مقابل ارباب ۵- پراکندگی- توده غله دروشده- فراخواندن- مکان ۶- سستی و تنبلی- ایالتی در شرق آمریکا ۷- کافر و ملحد- ریزترین رگ خونی- دلاوری ۸- از مذاهب مسلمانان- بندر صنعتی کره‌جنوبی- لطافت ۹- چک مسافرتی- سیاره همسایه زمین- وسیله حمل بار که به پشت خودرو بسته می‌شود ۱۰- حقه و نیرنگ- وسایل مورد نیاز ۱۱- ستون بدن- آب از دستش نمی‌چکد- کنام- بله انگلیسی ۱۲- ورزش رزمی چینی- خوابیده- بدون خطر ۱۳- اثری به قلم اوریانا فالاچی، نویسنده و روزنامه‌نگار ایتالیایی ۱۴- ورزشگاهی در انگلستان- بهترین نوع اختیار- لاستیک رویی چرخ خودرو ۱۵- آزمون چندگزینه‌ای- نوعی بیماری عفونی واگیردار- خاکستر

عمودی:

۱- تخلص مولانا- پلیس مخفی آلمان هیتلری- نشانه جمع مؤنث عربی ۲- ریسمان- الله‌اکبرگفتن- ارفاق ۳- پیامبری از بنی‌اسرائیل- ترساندن- حیرت‌انگیز ۴- ورزش کشتی خراسان- تنفس در هوای آزاد ۵- شهری در هلند- دست‌مالیدن- بهشت ۶- گریزگاه- نزدیک‌بین- بدون دلیل ۷- سریع‌تر از راه‌رفتن- آخرین لایه اتمسفر ۸- زبان مردم پاکستان- فرستادن- پراکندگی ۹- محل نگهداری اسیران جنگی- از پرسنل کادر درمان ۱۰- کلکسیون- رنگ تسکین ناراحتی‌های پوستی- نوعی پخت برنج ۱۱- خار- پسوند شباهت- شیره انگور ۱۲- دیواره جداکننده یک قسمت از سالن- وسیله اندازه‌گیری مقاومت الکتریکی ۱۳- قناعت‌پیشه- پرداخت وجه به حساب بانکی- غلاف شمشیر ۱۴- برانگیختن- فاقد عقیده ثابت- نماز را باطل می‌کند ۱۵- نوعی حلوا- شیوه استفاده از امکانات رزمی برای مقابله با دشمن- میگرن



◆ حل سودوکو سخت

۶	۵	۷	۲	۹	۱	۸	۳	۴
۲	۴	۸	۵	۶	۳	۷	۹	۱
۱	۹	۳	۴	۷	۸	۶	۲	۵
۳	۲	۵	۷	۱	۴	۹	۸	۶
۷	۱	۹	۸	۲	۶	۴	۵	۳
۴	۸	۶	۳	۵	۹	۱	۷	۲
۹	۳	۲	۱	۴	۷	۵	۶	۸
۵	۶	۱	۹	۸	۲	۳	۴	۷
۸	۷	۴	۶	۳	۵	۲	۱	۹

◆ حل سودوکو ۳۲۱۶

۸	۲	۴	۱	۵	۳	۹	۶	۷
۶	۳	۵	۹	۷	۸	۱	۲	۴
۹	۱	۷	۴	۶	۲	۳	۵	۸
۳	۶	۲	۸	۴	۹	۵	۷	۱
۵	۴	۸	۶	۱	۷	۲	۹	۳
۱	۷	۹	۳	۲	۵	۴	۸	۶
۴	۸	۱	۵	۹	۶	۷	۳	۲
۲	۵	۶	۷	۳	۴	۸	۱	۹
۷	۹	۳	۲	۸	۱	۶	۴	۵

◆ حل جدول ۴۲۲۰

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱	ا	ل	ح	م	ر	ا	■	ن	گ	ا	ر	گ	ر	ی	■
۲	س	ی	ر	ک	■	ز	ا	ی	ش	■	ب	ا	ر	ا	ژ
۳	ت	ن	■	ف	ی	ل	ی	ن	ج	ا	ر	■	و	و	و
۴	ا	د	ع	ی	ه	■	ت	ش	ه	د	■	س	پ	ه	ر
۵	ت	ا	ب	■	و	ز	ی	ن	■	ا	ه	ن	ی	■	ن
۶	ی	■	ا	ن	ه	ا	■	و	ا	ل	ی	■	ت	ت	ا
۷	ک	و	س	ه	■	غ	ب	ا	ر	■	م	ا	ر	ا	ل
۸	■	ن	م	ا	د	ی	ن	■	م	ی	ه	م	ا	ن	■
۹	ب	و	ی	ل	ر	■	ف	ی	ک	س	■	ی	و	ک	ا
۱۰	ی	س	ر	و	■	ر	ش	و	■	ی	و	ر	ت	■	ب
۱۱	ش	■	ز	ا	ن	و	■	ز	م	ر	ه	■	و	ا	ل
۱۲	م	ت	ا	ل	■	م	م	ک	ن	■	ا	و	ل	ی	ه
۱۳	ا	ف	■	ن	س	ی	ه	■	ز	ی	ب	ا	■	و	ا
۱۴	ر	ن	ت	گ	ن	■	ی	ک	ل	ا	■	ض	م	ا	ن
۱۵	■	گ	ا	و	خ	و	ن	ی	■	ب	ی	ع	ا	ن	ه

◆ سودوکو سخت ۳۲۱۷

زمان پیشنهادی: ۴۰ دقیقه

قانون‌های حل جدول سودوکو:

۱- در هر سطر و ستون باید اعداد یک تا ۹ نوشته شود. بدیهی است که هیچ عددی نباید تکرار شود.

۲- در هر مربع ۳×۳ اعداد یک تا ۹ باید نوشته شود و در نتیجه هیچ عددی نباید تکرار شود.

	۵		۱					۹
۱				۵	۸	۶		
				۴	۶			
	۳					۴		۲
		۱				۵		
۴		۶					۸	
			۶	۲				
		۳	۷	۸				۵
۹					۳		۴	

◆ سودوکو ساده ۳۲۱۷

زمان پیشنهادی: ۲۰ دقیقه

سودوکو

سودوکو Sudoku یک واژه ترکیبی ژاپنی به معنای عددهای بی‌تکرار است و امروزه به جدولی از اعداد گفته می‌شود که به عنوان یک سرگرمی رایج در نشریات کشورهای مختلف به چاپ می‌رسد.

۸	۷			۴				۲
	۴		۸		۵			
۹				۳		۷		
		۶			۸		۳	
۴	۸			۶			۲	۱
	۳		۹			۸		
		۵		۸				۶
			۵		۲		۷	
۷				۹			۸	۵