



تصحیح برگه‌های امتحانی توسط بسیج؟

رئیس مرکز ارزشیابی و تضمین کیفیت وزارت آموزش و پرورش شایعه تصحیح برگه‌های امتحانی توسط افراد غیر معلم از جمله نیروی های بسیج محلات را یک شوخی بزرگ دانسته و گفته است که ابلاغ تصحیح برای معلمان باید مورد تأیید گروه‌های آموزشی قرار گیرد. محسن زارعی درباره تصحیح برگه‌های امتحانات نهایی توسط معلمان غیر مرتبط با حتی نیروهایی خارج از آموزش و پرورش گفت: «ابلاغ تصحیح برای معلمان باید مورد تأیید گروه‌های آموزشی قرار بگیرد. معلمان خبره در هر استان، عضو گروه‌های آموزشی هستند که آنها ابلاغ تصحیح برای معلمان را تأیید می‌کنند.» رئیس مرکز ارزشیابی و تضمین کیفیت وزارت آموزش و پرورش ادامه داد: «ممکن است معلمی که مدرک ادبیات دارد و آن را تدریس می‌کند، در ساعات غیرموظف دروس دیگری چون دبسی و عربی را هم تدریس کند که چنین فردی با تشخیص و تأیید گروه‌های آموزشی می‌تواند برگه‌های امتحان عربی و دبسی را تصحیح کند.»



آغاز پرداخت مطالبات پرستاران

پس از هفته‌ها اعتصاب پرستاران در مراکز درمانی چندشهر، حالا رئیس سازمان نظام پرستاری کشور از آغاز پرداخت مطالبات پرستاران از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی خبر داده است. به گزارش همشهری آنلاین، احمد نجاتیان در این باره گفت: «مطالبات پرستاران از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در حال پرداخت است. میزان تأخیر در پرداخت معوقات پرستاری در کشور، هشت ماه است که در حال برطرف شدن است و امیدواریم در دولت چهاردهم به سلامت نگاه ویژه‌ای شود.» او ادامه داد: «خوشبختانه کمیته پرستاری در ذیل کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی تشکیل شده و امیدواریم در جهت کمک به مشکلات پرستاران، اقدامات مؤثری شود.» به گزارش ایرنا، رئیس کل دیوان محاسبات کشور پیش‌تر دستور بررسی وضعیت مطالبات پرستاران را صادر کرده بود. گروهی متشکل از حسابرسان ویژه دیوان محاسبات و هیئت حسابرسی مربوطه روز دوشنبه برای بررسی سریع آخرین وضعیت پرداخت مطالبات پرستاران اقدام کردند و مقرر شد گزارشی از آخرین وضعیت پرداخت‌ها به هیئت عمومی دیوان محاسبات ارائه شود.



هر پشه آندس ۵۰ نفر را آلوده می‌کند

معاون آموزشی سازمان اورژانس کشور گفته است که اگر فردی به یک نوع ویروس تب دنگی مبتلا شود تا پایان عمر به همان نوع ویروس مجدداً مبتلا نخواهد شد، اما به دلیل وجود سه نوع مختلف ویروس، یک فرد می‌تواند در طول عمر خود سه بار به تب دنگی مبتلا شود. به گفته حسن نوری ساری، معاون آموزشی سازمان اورژانس کشور پشه آندس در طول عمر خود قادر است تا ۵۰ بار گزش انجام دهد، بنابراین اگر این پشه در اولین روز گزش خود فردی آلوده را نیش بزند، می‌تواند حداکثر تا ۵۰ نفر دیگر را نیز مبتلا کند. بااین حال اگر پشه، فردی غیرآلوده را نیش بزند خود پشه ناقل بیماری نخواهد شد و نیش‌های بعدی آن مشکلی ایجاد نمی‌کند. به‌عبارت‌دیگر فرد مبتلا به تب دنگی در خانه باشد و پشهای در آن مکان وجود نداشته باشد، هیچ انتقال بیماری اتفاق نخواهد افتاد.

تصور می‌کنند که پزشکان با حضور در مناطق محروم چنین امتیازاتی را جمع خواهند کرد اما نکته اینجاست که تعدادی از این افراد قادر به رفتن به شهرهای امتیازآور نیستند. پرداخت‌های مالی هم در این مناطق به شدت نامناسب است و امرار معاش پزشکان را با مشکل مواجه می‌کند. او به نکته جالب تفاوت عجیب در شهرها هم اشاره می‌کند و ادامه می‌دهد: «به عنوان مثال، امتیاز سالانه در کرمانشاه ۳۰ است و در کیش ۱۴۰. سوال اینجاست که آیا کیش محروم‌تر از کرمانشاه است؟ و نکته عجیب اینکه، کسانی به کیش می‌روند که جزو خواص باشند و دانشجویان معمولی را در کیش قبول نمی‌کنند. کسی هم پاسخگو نیست؟»

این پزشک معتقد است که با این شرایط پزشکان قید پروانه مطب را زده‌اند و اگر مایل به ادامه کار در امر طبابت هم باشند، فقط گزینه بخش خصوصی را دارد که آن هم آسیب‌هایی دارد: «پزشکی که پروانه مطب در یک شهر را ندارد اگر بخواهد در کلینیک، درمانگاه یا بیمارستان خصوصی کار کند به جای پرداختی ۵۰-۵۰ باید ۳۰-۸۰ به نفع بخش خصوصی کار کند. قرارداد هم ندارند و به همین دلیل مزایای بیمه‌ای و شرایط کاری تأمین اجتماعی را نخواهد داشت. خود من در مانگاهی کار می‌کردم که در نهایت ۳۰ میلیون تومان دستمزد من را پرداخت نکردند، چون پروانه مطب تهران نداشتم.»

پزشکان در مجلس یازدهم و دولت سیزدهم دلخوش بودیم، اما سنگ‌اندازی‌های زیادی در این باره انجام شد، می‌گوید: «این شرایط حتی مرکز پایش تسهیل کسب و کارها را هم ناامید کرده و با پس کشیده‌اند. عجیب است که در این باره وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت مجلس هم به قوانین دوره قاجار استناد می‌کنند و دلیل‌شان از تداوم چنین شرایط خالی ماندن مناطق محروم از پزشکان است. اگر واقعاً چنین است چرا خود مسئولان و فرزندان‌شان در این مناطق محروم حاضر نمی‌شوند و خدمت‌رسانی نمی‌کنند؟ او درباره افزایش مهاجرت‌های شغلی هم می‌گوید: «تنها موضوعی که اکنون می‌شنویم، داستان مهاجرت پزشکان است اما این پدیده اکنون رنگ باخته است. آسیب جدی مهاجرت‌های شغلی پزشکان است. خرید سال‌های خدمت را برای علوم پزشکی آنقدر گران کرده‌اند که از توان این افراد خارج است و قید مهاجرت جغرافیایی را می‌زنند و مهاجرت شغلی را ترجیح می‌دهند. پزشکانی می‌شناسم که بعد از ۸ سال کار در این حوزه بی‌خیال ادامه فعالیت حتی در حوزه زیبایی شده‌اند و به دنبال تاسیس یک کافه و قلیان‌سرا در تهران هستند. عجیب است که برای یک پزشک، خریدن دو خودروی پراید و اجاره دادن آن برای کار به‌صرفه‌تر از فعالیت در حوزه طبابت است.»

▼ مافیای راضی، پزشکان ناراضی

نوریه معتقد است که در شرایط بغرنج و عدم شفافیت فعلی تسهیل کسب و کار پزشکان مافیایی وجود دارد که از چنین وضعیتی احساس رضایت دارد، چون برای تمام کسب‌وکارها تسهیل رخ می‌دهد اما برای پزشکان همچنان همان سخت‌گیری‌های عجیب و غریب باقیمانده و منجر به تضعیف حقوق جوانان این کشور است: «در این باره حتی سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت هم شفاف‌سازی نمی‌کنند و زیر بار آمار دادن نمی‌روند و حتی سهمیه مناطق محروم را پنهان می‌کنند. دلیلش هم این است که یک آقازاده سهمیه مناطق محروم، به عنوان مثال مدرک گوش و حلق و بینی دارد و باید به منطقه خودش برای خدمت برگردد اما اکنون در تهران جراحی زیبایی انجام می‌دهد و کسی هم پیگیر این موارد نیست.»

فدراسیون فوتبال به تازگی اعلام کرده که اگر باشگاه‌ها امکانات حداقلی نداشته باشند، لیگ آینده شروع نخواهد شد. این نکته دیگری است که نوریه به آن اشاره می‌کند و در مقایسه با وضعیت پزشکان می‌گوید: «ما در حوزه نظام سلامت و آموزش پزشکی هم اندازه فوتبال نیستیم که حداقل‌ها را نداشته باشیم. آقایان کاری کرده‌اند که کلاس‌های آموزش پزشکی در برخی مناطق در پارکینگ‌ها برگزار می‌شود. عجیب اینکه خروجی این کلاس‌ها باعث شده که برخی پزشکان حتی قادر به خواندن نوار قلب هم نباشند. در پاسخ به چرایی این وضعیت هم عنوان می‌کنند که آنها هیچ آموزشی در این باره داده نشده است.» او ادامه می‌دهد: «یک نکته را هیچ‌زمانی نباید فراموش کرد یا نادیده گرفت، این پزشکان هم زاده همین سرزمین هستند و مردم را دوست دارند. استناد آن روزهای کروناست که در نبود ماسک و تجهیزات حفاظتی، در سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو کار می‌کردند. پزشکان جوان در آن دوران پای کار بودند و از جان‌شان گذشتند. هیچ بیماری نیست که در نظر پزشکان به عنوان پدر و مادر یک فرزند خودشان یا انسانی که نیازمند کمک باشد، در نظر گرفته نشود. اما عده‌ای هستند که می‌خواهند مردم را در حوزه‌های مختلف به جان هم بیاندازند و در حوزه درمان هم این اتفاق رخ داده و این ضوابط عجیب هم پزشکان را دلسرد کرده است.»

▼ احساس بی‌اعتنایی در جامعه پزشکان

البته به گفته این پزشک، احساسی که جامعه پزشکی از بی‌اعتنایی متولیان نظام سلامت دریافت می‌کند هم درد بزرگی است. نحوه برخورد مدیران مربوطه با این موضوع باعث شده به جز مهاجرت پزشکان، مشکل دومی در کشور ایجاد شود؛ احساس بی‌اعتنایی در جامعه پزشکان: «در صورت حذف ضوابط و محدودیت‌ها، پزشکان فضای دائمی کارشان را راحت‌تر انتخاب می‌کنند و اگر انتخاب یک پزشک منطقه کم‌برخوردار باشد، این انتخاب آگاهانه است و از سر ناچاری نبوده است. هیچ زمانی هم نگاه او به آن منطقه موقتی نیست و خودش را متعلق به منطقه‌ای می‌داند که به مردمش خدمات درمانی ارائه می‌کند. اما مسئله‌ای که اکنون رخ داده این است که پزشکان خودشان را چه در دوران طرح و چه در زمان کسب امتیاز جدا از منطقه محروم می‌دانند. در این شرایط چطور می‌توان توقع برخورد‌های اخلاقی و دلسوزی مضانف از پزشکان داشت. به همین دلیل نباید ریسک‌هایی را ایجاد کنیم که پزشکان در مناطق محروم برخی بی‌اخلاقی‌ها را بروز دهند، البته سیستم مدیریتی چنین شرایطی را به آنها می‌دهد.» او البته معتقد است که نگاه پزشکان «در حال بلا تکلیف بودن» است چون در ایران، پزشکان نه کاسب بخش خصوصی‌اند و نه کارمند دولتی: «خنده‌دار است که حتی بیمه و بازنشستگی هم ندارند. در چنین شرایطی باید طرح اجباری سپری کنند و این نشان می‌دهد که سیستم بهره‌کشی بدی در حال جریان است و بی‌اعتنایی به پزشکان ادامه هم دارد.»

▼ چرا مناطق محروم فقط پزشک می‌خواهد؟

نوریه معتقد است که اگر قرار بود اجبار پزشکان در مناطق محروم برای کسب امتیاز راهگشا باشد، شبیه اجرای طرح تحول سلامت در اوایل دولت دهم باید منجر به افزایش رغبت پزشکان جوان به حضور در مناطق محروم می‌شد، اما چنین رخ نداده و حتی تعهدات هم به شکل کار در اردوگاه‌های اجباری شده است: «دانشجوی رشته پزشکی مثل تمام رشته‌های دیگر، با استفاده از رتبه کنکور وارد رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی می‌شود. اما چند دهه قبل وزارت بهداشت تصمیم گرفت که برای ایجاد عدالت درمانی، فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها را در مناطق محروم مجبور به گذراندن دوره‌های طرح کند. عجیب است که برای توجیه این شرایط هم بارها از هزینه‌کرد بیت‌المال برای این پزشکان صحبت می‌شود اما سوال اینجاست که آیا این هزینه برای دکترای هواوفضا از دانشگاه شریف یا برای دکترای اقتصاد دانشگاه علامه طباطبایی وجود ندارد؟ یا سوال دیگر اینکه آیا مناطق محروم به مهندس، معلم و حتی مدیریت صنعتی نیاز ندارند؟»

▼ چرا هنوز به عدالت درمانی نرسیده‌ایم؟

نوریه با بیان اینکه همیشه امنیت و سلامت در کشورهای مختلف با هر نظام حاکمیتی، مهم است، می‌گوید: «۳۶ سال قبل متولیان نظام سلامت به این نتیجه رسیدند که برای دسترسی مردم به خدمات درمانی در مناطق محروم، باید طرح اجباری گذاشته شود و بعد از نزدیک به ۴ دهه وضعیت هنوز همان است. یک علامت سوال بزرگ با این شرایط ایجاد شده، اینکه با همه ادعاها در حوزه پیشرفت سلامت و درمان، چرا هنوز نتوانسته‌ایم عدالت سلامت و درمان را در مناطق محروم ایجاد کنیم و باید طرح اجباری ادامه داشته باشد؟»

او در ادامه از تناقض در برخورد با دانشجویان مناطق محروم و دیگر شهرهای کشور می‌گوید؛ اینکه چند سال پیش برای مناطق محروم از متولدان همان مناطق، سهمیه‌ای در نظر گرفتند و از آنها تعهد گرفتند که بعد از پایان دوره عمومی و تخصصی در بهترین دانشکده‌های علوم پزشکی ایران، دوباره به همان مناطق برگردند: «در این شرایط دانشجوی مناطق محروم اگر رتبه ۴ هزار هم می‌داشت، می‌توانست روی کرسی بنشیند که رتبه زیر هزار نیاز داشت. قرار هم بود سه برابر مدت تحصیل در منطقه محروم خدمت کند. اما مجلس یازدهم تعداد سال‌های این تعهد را کم کرد و از ۱۲ سال به هفت سال رساند. دلیلش را هم کسی نمی‌داند و حالا این سوال مطرح است که چرا تعهد رفتن به مناطق محروم برای پزشکی که با رتبه زیر هزار مجوز ورود به دوره پزشکی یک دانشگاه با رنکینگ بالا را دریافت کرده، الزامی است، اما برای کسی که با مجوز منطقه محروم هم‌کرسی آن دانشجو شده با این امتیاز کاهش سال‌های خدمت را هم دارد؟»

▼ حقوق پزشکان را نادیده می‌گیرند

مشکل اما با پایان دوره طرح در مناطق محروم به نقطه پایان نمی‌رسد و اگر پزشک بخواهد به محل زندگی خودش برگردد و فعالیتش را ادامه دهد، باز هم ضوابط خاصی برای او در نظر می‌گیرند. این نکته دیگری است که نوریه درباره‌اش می‌گوید: «اگر پزشکی متولد تهران باشد و بخواهد بعد از پایان طرح به تهران برگردد و مجوز کار بگیرد، تازه یک مسیر جدید برای جمع کردن امتیاز دارد. تصمیم‌گیرندگان چنین ضوابطی به زعم خودشان

هم در مناطق محروم سپری کند که منجر به کسب امتیاز پروانه طبابت شود. این شیوه درستی نیست و نقدهای زیادی نسبت به آن مطرح می‌شود.» این پزشک می‌گوید که انتظار برای تسهیل صدور مجوزها، شاید به مذاق پزشکان قدیمی‌تر که همین مسیر سخت را طی کرده‌اند خوش نیاید، اما مسئله مهم اینجاست که نباید شرایط سخت و مشتقات پزشکان برای دوره‌های مختلف طرح به سختی همان گذشته ادامه داشته باشد. چون شواهد نشان می‌دهد که این سختی برای مردم مفید نبوده و در این صورت چه نیازی به ادامه آن وجود دارد.

▼ شرایط سخت‌تر برای پزشکان زن

طرح پزشکی قرار بود یک دوره «گذار» باشد که کشور را از دوران جنگ و سازندگی به سلامت عبور دهد. این نکته دیگری است که عظیمی مطرح می‌کند: «اگر قرار بود مناطق دور و کمتربرخوردار صرفاً با پزشکان طرحی پُر شود، اساساً نقطه مقابل عدالت قرار می‌گرفت. اگر هم این اعتقاد وجود دارد که پزشکی سطح خوبی از طبابت دارد و فارغ‌التحصیل شده، پس چرا او را به‌عنوان تازه‌کار به جای دورتر اعزام می‌کنند که بعد از کسب تجربه به مناطق نزدیک بیاید. چنین تصویری با عدالت فاصله بسیاری دارد.» این پزشک معتقد است وجود و تداوم این طرح پزشکی در حال حاضر فقط حاصل تنبلی در مدیریت سلامت و پشت میزنشینی مدیران سلامت است: «شرایط به گونه‌ایست که پزشکان باید یک مدت زمان مشخص را برای طرح به مناطق کمتربرخوردار بروند و هدف از آن هم پر شدن حضور پزشک در این مناطق است.»

این پزشک شرایط طرح اجباری و کسب امتیاز را برای پزشکان زن سخت‌تر عنوان می‌کند و می‌گوید: «دانشجوی دختر پزشکی از ۱۸ سالگی وارد دانشگاه می‌شود و در ۲۶ سالگی بعد از فراغت از تحصیل مجبور به حضور در طرح پزشکی در منطقه‌ای است که اقلیم، فضای متفاوت و حتی زبان دیگری دارد. همین مسئله در ابتدای راه استرس و اضطراب شدیدی به او و خانواده‌اش وارد می‌کند با همان جمله نخ‌نما شده و تکراری عدالت‌گستری در مناطق دور یا عدالت‌درمانی در مناطق محروم. این در حالی است که پزشکان امکانات چندان مناسبی هم در اختیار ندارند حتی کارانه خدمات آنها هم یک تا یک‌ونیم سال بعد پرداخت می‌شود و این یعنی مشکلات مالی هم وجود دارد.»

▼ حس عقب‌ماندگی در پزشکان

عظیمی تداوم چنین شرایطی را دو ظلم در حال تکرار می‌داند: «اولین ظلم به کادر درمان و دومین ظلم هم به مردم منطقه است. بیماران در مناطق کم‌برخوردار این حق را دارند که پزشک ثابت داشته باشند. به ویژه پزشکی که اهل فرهنگ و جغرافیای همان منطقه باشد. اینکه پزشک طرحی دائم در حال تغییر باشد، در روند درمانی آنها به شدت تأثیرگذار است.» او ادامه می‌دهد: «پزشکان هم در این شرایط زمان زیادی را برای انجام طبابت در یک منطقه کم‌برخوردار به دلیل کسب امتیازات صرف می‌کنند. اما در بازگشت به شهری که خواهان ادامه فعالیت هستند یا محل اصلی سکونت اصلی‌شان است، باید از صفر شروع کنند. جمله مناسب درباره چنین شرایطی این است که پزشکان بارها زندگی‌شان صفر می‌شود و این باعث می‌شود که احساس عقب‌ماندگی داشته باشند.»

این پزشک برخی ضوابط این حوزه را دست و پاگیر می‌داند و می‌گوید: «مدیران ارشد کشور این دغدغه‌ها را شناسایی کرده‌اند. اما نکته مهم اینجاست که فرد حتی بعد از تعهدات قانونی و انجام طرح حق ندارد، شهر محل کارش را انتخاب کند و برای برخورداری از این حق ملزم به حضور بیشتر در یک منطقه محروم و کم‌برخوردار می‌شود که شرایط آزاردهنده‌ای را برای او فراهم می‌کند. این در حالی است که هیچ رشته‌ای در کشور خدمت اجباری ندارد و اگر باشد هم بسیار محدود است.»

▼ ایست فعالیت پزشکان

«پزشک، بخش مهمی از نظام سلامت کشور است و نباید با طولانی کردن مسیر تحصیل و صدور مجوزها، عمر آنها را هدر دهیم.» این نکته دیگری است که عظیمی به آن تأکید می‌کند و در توضیح بیشتر می‌گوید: «ایست فعالیت پزشکان به امید اینکه نیرو برای مناطق محروم تأمین شود، راهکار مناسبی نیست. چنین شرایطی دلسردی پزشکان را رقم زده و آنها را در شرایط مهاجرت شغلی یا حتی جغرافیایی قرار داده است. مهاجرت همیشه برای جامعه بد و معنای آن از دست رفتن نیروی کار است.» او البته این مسیر را یک شرایط اجباری پیش روی پزشکان می‌داند: «اعتقاد من این است که بیشتر مهاجران چنین شرایطی را از تل دل نمی‌خواهند و همواره به دنبال دلیلی برای ماندن هستند. اما بسیاری از مواقع این بهانه‌ها در اختیار آنها قرار نمی‌گیرد. این مسئله در همه حوزه‌ها آسیب‌زاست و پزشکی هم از این شرایط مستثنی نیست. اما موضوعی که امروز جامعه پزشکی و به ویژه وزارت بهداشت در این باره نشان می‌دهد، به نوعی کنما و بیان این مسئله است که هر میزان پزشک از کشور خارج شود، خط تولید پزشکان ادامه خواهد داشت.»