بنابراین ما تنها با مهاجرت خارجی مواجه نیستیم، بین‌رشته‌ای هم مهاجرت پزشکان بالاست.

بله همین‌طور است. اتفاقاً مهاجرت‌های بین‌رشته‌ای به همان اندازه مهاجرت خارجی به نظام سلامت آسیب وارد می‌کند. از همه اینها قابل تأمل‌تر پزشکانی هستند که به‌طور کلی از حرفه پزشکی خارج می‌شوند و وارد بازار یا بورس و کارهای اقتصادی می‌شوند. ما همواره اعلام کرده‌ایم که به‌جای توزیع پزشکان در کشور، اول کمبودها را باید جبران کرد. مشکل هم تنها به اینجا محدود نمی‌شود. نکته مهم‌تر این است که پزشک را در شهرهای دور با حداقل دستمزد به زور و اصرار نگه می‌دارند، آنجا در کنار شرایط بد زندگی، انواع توهین‌ها و رفتارهای ناخوشایند را تحمل می‌کند، نظام سلامت چشمش را به روی این مسائل می‌بندد و درنهایت خبرهایی درباره خودکشی در جامعه پزشکی می‌شنویم. در کشور ما اصول اولیه برای تامین نیروهای متخصص رعایت نشده و همین وضعیت آسیب جبران‌ناپذیری به جامعه پزشکی وارد کرده است. تلاش‌های زیادی می‌شود تا پزشک وارد رشته‌های تخصصی شود، اما حالا شاهدیم که صندلی برخی از رشته‌های مهم خالی است. پزشک اطفال، عمومی و داخلی؛ اینها رشته‌های مادر هستند اما کسی واردشان نمی‌شود. امسال رشته رادیولوژی حتی در تکمیل ظرفیت هم صندلی خالی داشت. نظام سلامت ما مشوق‌های مالی برای قرار گرفتن پزشکان در مناطق محروم در نظر نگرفته است، اما پزشک وقتی می‌بیند که درآمدش در تهران بالاتر از ملایر، اهواز و... است چرا باید آنجا کار کند. بنابراین به شهرهای بزرگ مهاجرت می‌کند. به‌همین‌دلیل است که در شهری مثل تهران، در تمام رشته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی با تعداد زیادی پزشک مواجه‌ایم درحالی‌که در مناطق محروم از پزشک متخصص خبری نیست. بنابراین ما در توزیع نیروهای متخصص با مشکل بزرگی مواجه‌ایم.

پیش از این نمایندگان مجلس برای خروج از وضعیت بحرانی کمبود پزشک، دست به دامان افزایش ظرفیت شده‌اند. چندی‌پیش هم معاون آموزشی وزارت بهداشت خطاب به معاونت‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام کرد که براساس ماده واحده افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی مصوب شورایعالی انقلاب فرهنگی، در سال ۱۴۰۳، ۲۰ درصد به ظرفیت سال ۱۴۰۲ رشته‌های فوق (پزشکی و دندانپزشکی) اضافه می‌شود؛ یعنی ظرفیت رشته پزشکی ۱۳۸۲۴ نفر و ظرفیت رشته دندانپزشکی ۲۶۶۰ نفر خواهد بود. به اعتقاد شما این موضوع می‌تواند کمبودها را جبران کند؟

این بدترین راه‌حل است. به‌طورکلی برای جبران کمبود پزشک چند راه بیشتر وجود ندارد. یکی از آنها همان کاری است که پیش از انقلاب هم انجام می‌شد؛ یعنی به‌کارگیری پزشکان خارجی. در سال ۷۱ پزشک عمومی بودم آن زمان پزشکان بنگلادشی، هندی و پاکستانی در ایران که با حقوق سه‌هزار دلاری کار می‌کردند با کاهش درآمدشان و رسیدن به ماهانه یک‌هزار دلار مواجه شدند. همان سال از ۱۰ پزشک، ۹ نفر از کشور خارج شدند و یک‌نفر باقی‌مانده سال بعد خارج شد. هیچ پزشک خارجی‌ای حاضر نیست با ماهانه هزار دلار کار کند. هزار دلار معادل حدود ۵۰ میلیون تومان است اما شما بیایید همین پول را به پزشکان ما بدهید، هر جای این کشور حاضر هستند خدمت کنند. برخلاف اینکه می‌گویند درآمد پزشکان نجومی است، بسیاری از فارغ‌التحصیلان این رشته درآمد بالایی ندارند. آن درآمد نجومی برای دو تا سه درصد از این گروه است، ۱۰ تا ۱۵ درصد هم درآمدهای قابل‌قبولی دریافت می‌کنند و مابقی اگر حقوق ۱۵ میلیون تومانی داشته باشند، یعنی در شرایط خوبی به‌سر می‌برند. پزشکی که در اورژانس بیمارستان دولتی کار می‌کند اگر برود و در یک کلینیک زیبایی فعالیت کند، درآمد بسیار بالاتری خواهد داشت. پس برای چه باید بماند؟ نکته دیگری که درباره افزایش ظرفیت پزشکی است و بسیار موضوع خطرناکی است، زمانی که ساختاری وجود نداشته باشد، افزایش ظرفیت پزشکی تنها منجر به تربیت پزشک بی‌سواد می‌شود. ما در سال‌های گذشته تلاش بسیاری کردیم تا پزشکی‌مان در جهان و منطقه شناخته شود، حالا هرم را برعکس گذاشته‌اند. تاکنون نخبه‌ها برای رشته‌های پزشکی انتخاب می‌شدند حالا با افزایش ظرفیت، چه کسانی قرار است روی صندلی‌ها بنشینند؟ مشکل ما اینجاست که مسئله افزایش ظرفیت هم نیست، افراد دیگر سمت برخی از رشته‌ها نمی‌روند. قبلاً بالاترین انتخاب و اقبال برای رشته پزشکی، بعد دندانپزشکی و با فاصله زیاد داروسازی بود. حالا اما دندانپزشکی در رتبه اول قرار گرفته است و نشان می‌دهد که نخبگان دیگر رشته پزشکی را انتخاب نمی‌کنند، این یعنی فاجعه برای نظام سلامت کشور.

ما همواره اعلام کرده‌ایم که به‌جای توزیع پزشکان در کشور، اول باید کمبودها را جبران کرد. مشکل هم تنها به اینجا محدود نمی‌شود. نکته مهم‌تر این است که پزشک را در شهرهای دور با حداقل دستمزد به زور و اصرار نگه می‌دارند، آنجا در کنار شرایط بد زندگی، انواع توهین‌ها و رفتارهای ناخوشایند را تحمل می‌کند، نظام سلامت چشمش را به‌روی این مسائل می‌بندد و درنهایت خبرهایی درباره خودکشی در جامعه پزشکی می‌شنویم

آنچه شما نسبت به آن هشدار می‌دهید، از چه زمانی ممکن است اتفاق بیفتد؟

همین حالا ما کمبود شدید داریم، به‌ویژه در شهرهای کوچک. این موضوع به‌تدریج گسترش پیدا می‌کند و به مراکز استان‌ها و شهرهای بزرگ هم کشیده می‌شود. همانطور که گفتم ما در تامین پزشکان عمومی با مشکل مواجه‌ایم. در رشته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی هم همین‌طور و اگر این روند تا سال‌های آینده ادامه داشته باشد، می‌توان گفت که فروپاشی نظام سلامت از ۵ سال آینده شروع می‌شود.

شما حرف از اصلاح می‌زنید، این اصلاح چطور ممکن است به وجود آید؟

من به‌طورکلی خیلی خوش‌بین به اصلاح ساختارها نیستم. سیاست‌گذاری ما در این حوزه در جهت تخریب است و دیگر جایی برای امیدواری باقی نمی‌ماند. اصلاح فرآیند، کار آسانی نیست. یک اعتمادی از بین رفته و به سختی می‌توان آن را برگرداند. زمان وزارت آقای قاضی‌زاده‌هاشمی، طرح تحول نظام سلامت اجرا شد، از نظر ماهیتی طرح بدی نبود اما نیاز به یکسری پیش‌نیاز داشت. اما نه پیش‌نیازها فراهم شد، نه زیرساخت‌های اجرا وجود داشت. آن اعتمادی که باید از ابتدا ایجاد می‌شد به بدترین روش و به‌شکل دستوری، صورت گرفت. درنتیجه یکی از بهترین فرصت‌هایی که می‌شد از آن برای اصلاح نظام سلامت استفاده کرد و این نظام را روی ریل گذاشت، از دست رفت و با خودش بی‌اعتمادی ایجاد کرد. ما هیچ‌وقت به‌اندازه زمان آقای قاضی‌زاده‌هاشمی و برای اجرای طرح تحول نظام سلامت، بودجه سلامت نداشته‌ایم، حتی آن زمانی که حدود ۱۸ درصد از بودجه سلامت جهت پرداخت کارانه پزشکان در نظر گرفته شد که در نوع خود بی‌سابقه بود، چون ساختارش تعیین نشده بود، موفقیت‌آمیز نبود. برخی همان‌موقع می‌گفتند خوش به حال‌شان شد اما درنهایت ضرر کردیم. اگر قبلش زیرساخت‌ها و پرونده الکترونیک سلامت درست شده بود و از مشارکت پزشکان نه به صورت اجباری و دستوری استفاده می‌شد، پزشکان جوان ما می‌ماندند و پزشک عمومی هم با کمبود مواجه نمی‌شد؛ چراکه می‌توانستند از شرایط به‌وجودآمده استفاده کنند. ما پیش‌نیازها را در نظر نگرفتیم و یک‌راست به‌سمت درمان رفتیم. در طرح تحول نظام سلامت حدود ۸۲ درصد از بودجه، برای خرید تجهیزات پزشکی و ساخت مراکز درمانی صرف شد. هرچند اگر در آن دوره این اتفاق نمی‌افتاد در زمان شیوع کرونا با مشکل جدی مواجه می‌شدیم، اما خیلی از این هزینه‌ها ضروری نبود و می‌توانست با هزینه کمتر و بازدهی بیشتری انجام شود. طرح تحول نظام سلامت هم اعتماد پزشکان، هم اعتماد سیاست‌مداران را کمرنگ کرد و این احساس را ایجاد کرد که جیب نظام سلامت سوراخ است.

در دولت فعلی، وزارت بهداشت و دولت چقدر برای اصلاح این ساختارها ظرفیت دارند؟

یکی از ایرادات نظام سلامت ما این است که نتوانسته اعتماد سیاست‌گذاران را به خود جلب کند. همانطور که گفتم، طرح تحول نظام سلامت، تنها دوره‌ای بود که سهم سرانه درمانی از جی‌دی‌پی یا تولید ناخالص داخلی از ۵/۶ به ۹/۹ رسیده بود. برای رسیدن به چنین عددی باید در هیئت‌دولت اعتماد افراد را جلب کنید و در کمیسیون تلفیق نماینده‌ها را قانع کنید و درنهایت در صحن علنی مجلس بتوانید این بودجه را بگیرید. ما نه قبل از دکتر هاشمی و نه بعد از آن، این حجم از همدلی را ندیده بودیم اما درنهایت طرح نصف و نیمه اجرا شد و به نظام سلامت آسیب جدی وارد کرد. درحال‌حاضر سرانه جی‌دی‌پی به زیر ۵ درصد رسیده و در این شرایط می‌خواهند نظام سلامت را مدیریت کنند.

در کنار این مسئله اما نکته دیگری وجود دارد. ما شاهد راه‌اندازی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی متعددی در شهرهای کوچک و بزرگ هستیم درحالی‌که بسیاری از این مراکز تنها افتتاح می‌شوند بدون اینکه نیرویی آنجا مستقر شود یا مرکز درمانی به‌طور واقعی شروع به‌کار کند. اینها باز هم هدررفت سرمایه است و جلوی هزینه‌کرد آن در بخش‌های مهم‌تر مثل جبران کمبود پزشک و... را می‌گیرد. به اعتقاد شما این چه سیاستی است که به‌طور مکرر دنبال می‌شود بدون اینکه نتیجه‌ای داشته باشد؟

بله همین‌طور است و این مسئله به نظام سلامت کشور ضربه می‌زند. ما شاهدیم که در شهرهای کوچک که نیاز به چند مرکز جامع سلامت دارند، یک بیمارستان ساخته می‌شود اما در بیمارستان خدمات خوبی ارائه نمی‌شود. داستان چیست؟ نماینده همان منطقه برای پُرکردن سبد رأی‌هایش با شروطی مثل در امان ماندن از استیضاح و سوال در مجلس، از مسئولان بهداشتی می‌خواهد که مثلاً مرکز درمانی ساخته شود تا او هم بتواند به تعداد رأی‌هایش اضافه کند. به‌همین‌دلیل است که در شهرهای کوچک که نیاز چندانی به بیمارستان ندارند، کلنگ بیمارستان زده می‌شود، تجهیزات خریداری می‌شود و بعد بلااستفاده می‌ماند. چون هیچ نیروی متخصصی وجود ندارد که برود و آنجا کار کند. یک‌بار یکی از رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌گفت، اگر یک‌نفر سرما بخورد، برایش هلیکوپتر بیاورند و برای درمان به شهر دیگری ببرند، هزینه‌اش از تامین نیروی متخصص و درآمدی که ماهانه قرار است به او داده شود، کمتر است. زمانی که ضریب اشتغال تخت در یک بیمارستان زیر ۱۰ است، یعنی ضرر محض. یک نیرویی در بالاترین سطح آموزش می‌بیند، اما نمی‌توان او را در جایی به‌کار برد، این هزینه‌ها کمر نظام سلامت را می‌شکند. نیروی متخصص در جای اصلی خودش استفاده نمی‌شود. اصلاح اینها ساختاری است و به این آسانی‌ها انجام نمی‌شود. شهرهای کوچک اصلاً نیازی به بیمارستان ندارند و کسی هم برای کار به آنجا نمی‌رود. اگر ساختار اصلاح شود هر کس در جای خودش قرار می‌گیرد.

به اعتقاد شما باتوجه به وضعیتی که در آن قرار داریم، امیدی به اصلاحات وجود دارد؟

من خیلی خوش‌بین نیستم که در کوتاه‌مدت به نتیجه برسیم. ما فرصت‌هایی که داشتیم را به‌خوبی استفاده نکردیم. اولین گام ما باید این باشد که ارتباط‌مان را با جامعه پزشکی خوب کنیم. یکی از راه‌های ارتباطی هم نظام پزشکی است. یعنی مسئولان از سازمان نظام پزشکی برای ارتباط با پزشکان استفاده کنند؛ چراکه سازمان واسطه خوبی با وزارت بهداشت است. ازسوی‌دیگر باید بیمه‌ها تقویت شوند. در کنار اینها باید احساس نیاز به مشورت برای سیاست‌گذاران ایجاد شود. ما یک زمانی در این کشور برای اینکه جراحی قلب داشته باشیم، باید بیمار را به خارج می‌فرستادیم. حالا اما به جایی رسیده‌ایم که صندلی جراحی قلب خالی مانده است، یعنی یک پزشک و متخصص حاضر نیست دوسال دیگر درس بخواند و جراح قلب شود. چراکه می‌داند هیچ تغییری قرار نیست در وضعیت درآمدی او ایجاد شود. اما اگر همین فرد در بخش زیبایی فعال شود، به چندین برابر درآمد می‌رسد. خیلی از رشته‌ها ازجمله همین جراحی قلب یا اطفال، صندلی‌های خالی دارند. قبلاً آزمون برگزار می‌شد تا افراد وارد این رشته شوند حالا اما بخش زیبایی جایش را به این رشته‌ها داده است. پزشک با خود می‌گوید، جایی که قرار است ۱۰ سال دیگر به آن برسم، حالا و با ورود به بخش زیبایی، به آن می‌رسم.

در حال حاضر بیشترین کمبودها در کدام رشته‌ها وجود دارد؟

داخلی، اطفال، بیهوشی، جراحی قلب و جراحی اطفال با صندلی‌های خالی مواجه‌اند. یعنی هر کسی که آزمون بدهد، قبول می‌شود و می‌تواند وارد این رشته شود.

باتوجه به اینکه اعلام می‌کنید این صندلی‌ها پُر نمی‌شود، نظام سلامت چطور می‌خواهد این کمبود را جبران کند؟

پیشنهادهای مختلفی داده می‌شود که برخی از آنها خنده‌دار هم است، مثلاً می‌گویند برای متخصص داخلی، به کسی که کنکور می‌دهد شرط کنید که در صورتی می‌تواند وارد رشته پزشکی شود که تخصص داخلی بگیرد. آیا می‌توان چنین استرسی به افراد وارد کرد؟ نتیجه این فشارها تبدیل به بیماری و درنهایت خودکشی این افراد می‌شود.

درست است، در کنار صحبت‌هایی که شما می‌کنید یک مسئله دیگر هم وجود دارد و آن اینکه دیگر پزشکی، آن وجهه قابل‌توجه را در اجتماع ندارد. یعنی حتی خود پزشکان هم تغییر کرده‌اند و یکی از نمونه‌های آن را می‌توان از اقبال‌شان برای ورود به کلینیک‌های زیبایی مشاهده کرد. چرا چنین اتفاقی افتاده است؟

مسئله به فقر بر می‌گردد. پزشکی که زحمت زیادی کشیده و پس از سختی‌های بسیار در دانشگاه قبول شده، هفت‌سال درس خوانده تا بتواند تبدیل به پزشک عمومی شود. قبلاً اینطور بود که پزشک با آموزش‌هایی که می‌دید احساس می‌کرد مرتبه اجتماعی بالایی دارد و حتی اصلاً نمی‌توانست سر مسائل مالی بحثی کند. هرچند آن زمان از نظر درآمدی هم وضعیت معقولی داشتند. اما حالا وضعیت به‌گونه‌ای شده که اگر پزشک عمومی برای درآمدش چانه نزند، نمی‌تواند زندگی کند. حتی گاهی درآمدش از یک کارگر معمولی هم کمتر است. البته هنوز روحیه ایثارگری در این گروه دیده می‌شود و اوج آن در زمان شیوع کرونا به ما ثابت شد اما به‌هرحال یکسری از چارچوب‌ها رعایت نمی‌شود. برخی هم مشغول بزرگ‌نمایی امور مربوط به پزشکان هستند و به‌طور مرتب آنها را تخریب می‌کنند. به‌ویژه در بحث مالیات و مدام اعلام می‌شود که اینها فرار مالیاتی دارند. واقعاً تخریب جامعه پزشکی چه سودی دارد؟

به‌طورکلی برای خروج از این بحران، چه باید کرد؟

تمام تلاش ما این است که بحران را به مسئولان نشان دهیم. این مشکل ماست و قبل از آن، مشکل مردم و سیاست‌گذاران. ما در کنار اینها برای ایجاد همدلی با پزشکان تلاش زیادی کرده‌ایم، باید پزشکان را راضی به ماندن کرد. این بحرانی است که باید برای آن راه‌حل جمعی در نظر گرفته شود.

خبرسازان

۱۹۳۶ پیوند عضو در نیمه اول سال

معاون درمان وزارت بهداشت اعلام کرد، در شش‌ماه اول سال ۱۴۰۲، درمجموع یک هزار و ۹۳۶ پیوند عضو در کشور انجام شده است. سعید کریمی ادامه داد: «این عدد نسبت به سال گذشته ۱۲ درصد رشد داشته است. فرآیند انتقال عضو پیوندی یک فرآیند پیچیده و چندوجهی است که نیاز به همکاری و هماهنگی چندین سازمان دارد.» او با بیان اینکه می‌توان فرآیند انتقال عضو پیوندی را تسهیل کرده و به افزایش اهدای عضو کمک کرد، ادامه داد: «برای حفظ، بقا و افزایش کیفیت اعضای پیوندی، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌های وزارت بهداشت برای نخستین‌بار اقدام به تهیه باکس‌های انتقال ارگان و توزیع آن بین بخش‌های پیوند اعضا در سراسر کشور کرده است.» به گفته او، این باکس‌ها با ثبت درجه حرارت در طول مسیر، از زمان برداشت اعضا از اهداکننده مرگ مغزی تا زمان رسیدن به محل عمل پیوند عضو به گیرنده به کیفیت وبقای عضو پیوندی کمک می‌کند.

فرصت ۵ساله برای حفظ نسل یوز

معاون سازمان حفاظت محیط زیست با اشاره به اینکه فقط ۵ سال برای حفظ نسل یوزپلنگ ایرانی فرصت داریم، گفت: «انتقال آهو به منطقه توران برای تغذیه یوزها در نظر گرفته شد.» به گزارش مهر، حسن اکبری درباره اقدامات صورت‌گرفته برای احیای طعمه‌های یوزپلنگ ایرانی در زیستگاه گفت: «از حدود دو سال پیش موضوع ایجاد شبکه‌ای از زیستگاه‌ها برای تقویت حفاظت یوزپلنگ آسیایی در زیستگاه‌های طبیعی آغاز شد.» او ادامه داد: «با اینکه مجموعه حفاظتی توران وسعت زیادی (حدود یک‌میلیون و ۴۰۰ هزار هکتار) دارد، تنها بخش تقریباً کوچکی از آن عاری از دام بوده که حقوق عرفی آن خریداری شده و به‌عنوان هسته مرکزی هم داری امنیت است، هم تعارض بسیار اندکی در آن وجود دارد. ازاین‌رو این بخش می‌تواند به عنوان یک هسته مرکزی، پویایی زادآوری یوز را حمایت کند.» براساس اعلام او، یوزهایی که متولد می‌شوند، نیاز به زیستگاه‌های متعددی دارند که به‌صورت یک شبکه امکان اتصال به هم را داشته باشند و قلمروهای جدید را تشکیل بدهند تا بقای یوز تضمین شود و در غیر این صورت در یک محدوده ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار هکتاریِ امن قرار نیست یوزپلنگ بقا پیدا کند.

پابند الکترونیک برای مجرمان سابقه‌دار

رئیس پلیس آگاهی پایتخت گفت: «با هماهنگی مقامات قضایی، طرح استفاده از پابند الکترونیک برای مجرمان سابقه‌داری که بیش از سه‌فقره سرقت داشته‌اند، اجرا خواهد شد.» به گزارش ایلنا، علی ولی‌پورگودرزی در ادامه از دستگیری اعضای باند سرقت مسلحانه گوشی موبایل در پایتخت خبر داد و گفت: «موفق به شناسایی و دستگیری ۴ سارق شدیم که با سلاح گرم اقدام به سرقت گوشی موبایل شهروندان می‌کردند. یک‌نفر از این افراد ۱۲ فقره سابقه سرقت دارد که با استفاده از سلاح گرم اقدام به تهدید و موبایل‌قاپی می‌کرد. با هماهنگی مقام قضایی برای هر چهارنفر، پرونده تشکیل شده است.» او در بخش دیگری از صحبت‌هایش به برنامه‌ریزی برای اجرای طرح استفاده از پابند الکترونیک اشاره کرد و گفت: «با هماهنگی مقامات قضایی، طرح استفاده از پابند الکترونیک برای مجرمان سابقه‌داری که بیش از سه‌فقره سرقت داشته‌اند، اجرا خواهد شد.»