

کوتاه از جامعه

فردا ایران شکوفه باران می‌شود

رضوان حکیم‌زاده، معاون ابتدایی وزارت آموزش و پرورش از آغاز سال تحصیلی جدید با برگزاری جشن شکوفه‌ها و غنچه‌ها در اول مهر (فردا) خبر داد و گفت: با توجه به این‌که روز دوم مهر جمعه است سال تحصیلی جدید برای بقیه دانش‌آموزان از شنبه سوم مهرماه آغاز می‌شود. به گفته حکیم‌زاده، مدارس در مناطق عشایری و روستایی کم‌جمعیت به علت دسترسی نداشتن به ابزارهای هوشمند و زیرساخت‌های فناوری، سال گذشته به‌صورت حضوری فعال بودند و امسال نیز به همین صورت فعالیت خواهند کرد. / وزارت آموزش و پرورش

بذل و بخشش یک باغ به خانم نماینده

ناصر امانی، عضو شورای شهر تهران از واگذاری بی‌حساب‌و‌کتاب املاک و باغات توسط اعضای سابق شورای شهر تهران پرده برداشت. وی درباره جزئیات این بذل و بخشش گفت: در پروژهای در منطقه ۳، باغی که در اختیار سازمان فرهنگی هنری شهرداری بوده تحویل شهرداری منطقه ۳ شده است که براساس قرارداد قرار بوده شهرداری هزینه‌ای ۲۰ میلیارد تومانی برای این باغ انجام دهد اما در بازه زمانی ۱۰ساله و طی یک قرارداد آن را در اختیار یکی از خانم‌های ادوار مجلس قرار داده‌است. / تسنیم

سطل‌های زباله تهران قفل می‌شوند



صدرالدین علیپور، مدیرعامل سازمان مدیریت پسماند شهرداری تهران گفت: قرار است به‌تدریج شکل مخازن زباله را عوض کنیم تا دسترسی به آنها آسان نباشد و زباله‌گردان نتوانند از مخزن، زباله بردارند.

وی درباره شکل مخازن جدید توضیح داد: این مخازن پوششی دارند که قفل می‌شوند و فقط توسط کلید یا ابزاری که توسط کارگر یا نیروی خدماتی شهرداری به‌کار گرفته می‌شود، باز می‌شوند به‌طوری‌که مخازن دائما باز نیست تا هر کسی بتواند به آنها دسترسی داشته باشد. علیپور با اشاره به طرح کاپ که کاهش زباله در شهر را دنبال می‌کند، افزود: یک مرحله از طرح کاپ بالا بردن تفکیک از مبدا است. در تفکیک از مبدا در آنجا‌هایی‌که می‌توانیم از جمله ساختمان‌های بزرگ و شهرک‌ها مخازن دوگانه تحویل می‌دهیم و از همان مبدا پسماند خشک و تر جدا می‌شود. اپلیکیشن‌ها نیز در طرح کاپ به کمک می‌آیند و مردم می‌توانند پسماند تر و خشک را جدا کنند و تحویل شهرداری دهند یا از طریق غرفه‌های بازیافت پسماند خود را تحویل دهند. / ایانا

هوای پاک ۳ سال است بوجه ندارد

سمیه رفیعی، رئیس فراکسیون محیط‌زیست مجلس گفت: از سال ۹۷ تا امروز سازمان برنامه و بودجه هیچ اعتباری به قانون هوای پاک اختصاص نداده است.

وی یکی از بخش‌های بر زمین‌مانده قانون هوای پاک را از رده خارج کردن خودروهای فرسوده اعلام کرد و افزود: براساس تعریف جدید فرسودگی خودروها در کشور هم‌اکنون حدود ۲۰ درصد خودروهای کشور در رده خودروهای فرسوده قرار می‌گیرند که این خودروها ۴۰ درصد آلودگی هوا را ایجاد می‌کنند. رفیعی با بیان این‌که ۲۳ دستگاه در قانون هوای پاک وظایف قانونی دارند، ادامه داد: از ۱۱۲ حکم تکلیفی دستگاه‌ها در قانون هوای پاک ۳۴ درصد اجرا نشده، ۵۷ درصد به‌صورت ناقص اجرا شده و فقط ۹ درصد کامل اجرا شده‌است.

در این میان سازمان حفاظت محیط‌زیست از ۶۰ کم تکلیفی فقط سه حکم را کامل اجرا کرده است. این درحالی است که این سازمان در گزارش عملکرد خود به مجلس گزارش داده است که در بیش از ۵۰ درصد آن اشاره شده که به دلیل تحریم‌ها نتوانسته است قانون را اجرا کند. / تسنیم

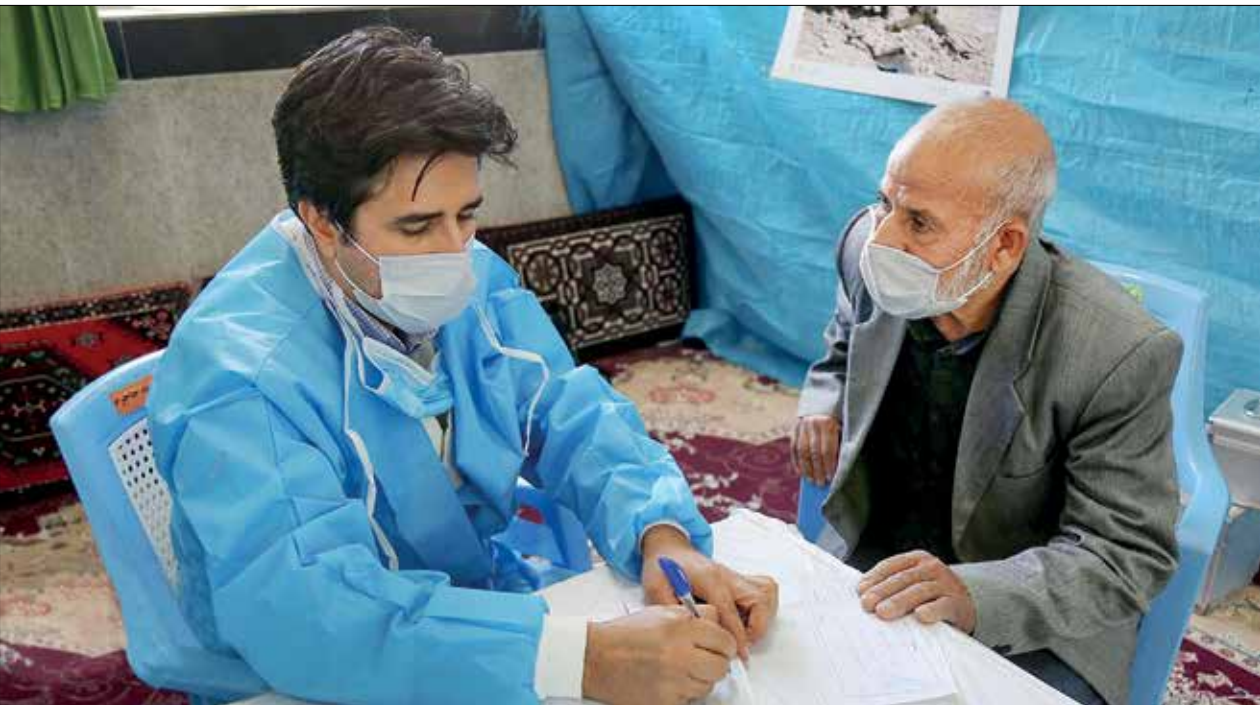


عکس:
ایرنا

محدودیت سنی واکسن کرونا برداشته شد

بهرام عین‌اللهی، وزیر بهداشت گفت: از این پس افراد بالای ۱۸ سال در کل کشور می‌توانند واکسن کرونا دریافت کنند. وی افزود: در مورد واکسیناسیون دیگر محدودیتی نداریم و همه افراد می‌توانند به مراکز واکسیناسیون مراجعه کنند، البته واکسیناسیون دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال نیز از سه روز پیش آغاز شده‌که

این سن به‌تدریج کاهش پیدا خواهد کرد چون برنامه داریم در دو تا سه هفته آینده واکسیناسیون دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال را انجام دهیم. وزیر بهداشت درخصوص واکسن‌هایی که در دنیا برای دانش‌آموزان به تأیید رسیده است نیز عنوان کرد: در حال حاضر در دنیا واکسن‌های سوپرانا و سینوفارم



چالش بر سر افزایش تعداد پزشکان

کمیسئون اصل ۹۰ درحالی بر ضرورت افزایش ظرفیت پزشکی تاکید می‌کند

که روسای ۴۴ دانشکده پزشکی در نامه‌ای به وزیر بهداشت خواستار بازنگری

در این سیاست شدند

❖ اواخر تیرماه امسال شورای عالی انقلاب فرهنگی پذیرش ۳۰ درصدی دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی از دوره کارشناسی را تصویب کرد. معنای ساده این مصوبه این است که تا سال ۱۴۰۲ وزارت بهداشت فرصت دارد در رشته‌های پزشکی ۳۰ تا درصد از مقطع کارشناسی دانشجوی پذیرش کند. این عدد تا به امروز تنها ۶۰درصد بوده‌است. سیاست افزایش ظرفیت پزشکی جزو وعده‌های وزیر بهداشت دولت در جلسه بررسی صلاحیتش در ماه گذشته هم بود. این موضوع بارها مورد خواست اهالی بهارستان هم قرار گرفته‌است. آنها معتقدند این امر در راستای احقاق حقوق مردم مناطق محرومی است که در اثر کمبود پزشک متحمل رنج و مشقت فراوان شده‌اند. حسن شجاعی علی‌آبادی، رئیس کمیسیون اصل ۹۰ در جلسه این کمیسیون با وزیر بهداشت خبر داده و گفته در این جلسه «به ضرورت افزایش ظرفیت دستیار پزشکی، بدون آن‌که کاهشی در دیگر رشته‌ها داشته باشیم، تاکید شده‌است». دلیل اصلی خواستاران افزایش ظرفیت پزشکی موضوع کمبود پزشک و فرسودگی نیروی انسانی نظام سلامت در طول ۲۰ سال مبارزه با کروناست. این موضوع در دوران فراگیری کرونا البته‌که بیشتر به چشم آمد چرا که تنها در سال ۹۹ به‌گواه آمارها ۳۰۰۰ پزشک در خواست مهاجرت از ایران را داشته‌اند و آن‌طور که کارشناسان می‌گویند این روند به‌شدت صعودی است. اما این موضوع مخالفان پرو پاقرصی هم دارد. همین چندروز پیش روسای ۴۴ دانشکده پزشکی سراسر کشور در نامه‌ای به وزیر بهداشت خواستار بازنگری در سیاست‌های افزایش ظرفیت پزشکی شدند. آنها معتقدند این افزایش ظرفیتی می‌تواند به افت فاحش کیفیت آموزشی بینجامد و البته در این نامه اشاره کرده‌اند به مواردی همچون فقدان شاخص برای تعریف ظرفیت موثر پذیرش دانشکده‌های پزشکی، مبهم بودن آینده وضعیت شغلی پزشکان عمومی و البته چالش‌های آموزش در دوران همه‌گیری کرونا». دیگرانی هم هستند که معتقدند موضوع کمبود پزشک نه‌ناشی از تعداد آنها که به‌دلیل توزیع نامناسب پزشکان در سراسر کشور حادث‌شده و افزایش ظرفیت‌ها اگر هم به این دلیل صورت بگیرد وقتی این توزیع همچنان نامناسب باشد مشکلی را حل نخواهد کرد اما سوال این است که سرانه پزشک در ایران نسبت به دیگر کشورها چگونه‌است که کمبود پزشک چالش مهم نظام بهداشت و درمان شده‌است؟ مهم‌تر از آن توزیع پزشکان در سراسر کشور بر چه مبنایی صورت می‌گیرد؟ و البته که نظر پزشکان و دی نفعان حوزه سلامت در رابطه با افزایش ظرفیت پزشکی چیست؟



میثم اسماعیلی
جامعه

سرانه پزشک در ایران

سرانه پزشک از سوی سازمان بهداشت جهانی یک شاخص مهم در نظام سلامت محسوب می‌شود. طبق آماری که مرکز آینده‌پژوهی و حکمرانی مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۹۸ منتشر کرده، ایران با سرانه ۱/۵ پزشک به‌ازای هر هزار نفر جایگاه مناسبی میان کشورهای دیگر ندارد. در فهرست منتشر شده توسط این نهاد، سرانه پزشک در کشور ترکیه ۱/۷، چین ۱/۸، برزیل ۱/۹، آرژانتین ۳/۹ و مکزیک ۲/۲ است. وضعیت برخی از کشورهای منطقه هم در این شاخص مناسب‌تر از ایران است، عمان با ۱/۹، ارمنیستان با ۲/۸ و آذربایجان با ۳/۴ در رتبه بالاتری نسبت به ایران قرار دارند. البته که این آمارها به باور برخی خیلی دقیق نیست، چرا که استاندارد آماری این کشورها از قرار معلوم با ایران متفاوت است، به‌عنوان مثال در بسیاری از کشورها افراد

پزشک داریم، توزیع مناسب نداریم

دلیل اصلی موافقان طرح افزایش ظرفیت پزشکی موضوع کمبود سرانه پزشک است. حسن شجاعی علی‌آبادی، رئیس کمیسیون اصل ۹۰ آن را یک واقعیت آشکار می‌خواند و می‌گوید دولت گذشته توضیح قانع‌کننده‌ای برای چرایی افزایش نیافتن ظرفیت‌ها نداشته‌است. آمارهای موجود حاکی از این است که تا سال گذشته کمی بیش از ۱۲۱ هزار پزشک عمومی در ایران فعالیت داشته‌اند. موضوعی که مخالفان این سیاست به آن تاکید دارند این است که این تعداد پزشک در ایران به‌درستی توزیع نشده‌اند و نکته اصلی مورد استدلال موافقانی که می‌گویند مناطق دورافتاده از دسترسی به پزشک محرومند هم ناشی از این توزیع نامتوازن پزشکان است. بیراه هم نیست زیرا هرچند سرانه پزشک یک شاخص مهم به شمار می‌آید اما در صورتی که توزیع عادلانه‌ای وجود نداشته باشد، دسترسی خدمات بهداشتی ـ درمانی دچار نقصان خواهد شد اما وقتی از نبود عدالت توزیع پزشکان حرف می‌زنیم از چه حرف می‌زنیم؟ به‌گواه آمارها سرانه ۱۲۷ استان کمتر از میانگین کشوری است و ۱۳ استان کشور سرانه پزشک کمتر از یک نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت دارند. استان تهران سرانه ۳/۱۲ به ازای هر

بعد از گذراندن سال پنجم پزشکی در فهرست آماری پزشکان

آن کشورها قرار می‌گیرند درحالی‌که در ایران تنها کسانی در این فهرست قرار گرفته‌اند که نام‌شان در نظام پزشکی ثبت شده‌است. این استاندارد دوگانه باعث شده نتوان چندان به آمارهای منتشر شده در رابطه با سرانه پزشک کشورها استناد کرد. یکی دیگر از مواردی که باعث تشکیک در این آمار می‌شود این است که نسبت پزشکان را باید به تعداد تخت‌های بیمارستانی سنجید نه تعداد جمعیت آن کشور. این همان موردی است که برخی از مخالفان افزایش ظرفیت پزشکی هم به آن اشاره کرده‌اند. آنها معتقدند از آنجا که تعداد پزشکش را باید براساس تعداد تخت بیمارستانی و سخت‌افزارهای دیگر بسنجیم، فراهم کردن این زیرساخت‌ها در طول مدت دو سال برای افزایش ۳۰ درصدی ظرفیت پزشکی امکان‌پذیر نیست.

***نفر دارد که حدود دو برابر میانگین کشوری است؛ به این مفهوم که حدود ۴۰ درصد جمعیت پزشکان کشور در تهران ساکن هستند، آنچه این آمارها نشان می‌دهد حاکی از این است که وزارت بهداشت و درمان تاکنون در موضوع توزیع متوازن پزشک در کشور موفق نبوده‌است. علی اصغر باقرزاده، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به جام‌جم می‌گوید: «سیاست‌های توزیع پزشک در کشور، چه از طریق پذیرش (مانند پذیرش بومی) و چه از طریق مشق‌های ارائه خدمات (مانند طرح ماندگاری پزشکان در طرح تحول سلامت) نتوانسته این مشکل را حل کند. هرچند هر یک از این طرح‌ها اثراتی در کوتاه‌مدت داشته‌اند.» نکته دیگر مورد اشاره علی‌اصغر باقرزاده به موضوع ایجاد نشدن جذابیت برای فعالیت پزشکان اختصاص دارد. او معتقد است قوانین نه‌تنها جذابیتی برای خدمت پزشکان در مناطق کم‌برخوردار ایجاد نکرده که باعث لزدگی آنها هم شده‌است. او به جام‌جم می‌گوید: «وجود مالیات‌های پلکانی، سقف حقوق و... باعث می‌شود پزشکان علاقه‌ای به خدمت در مناطق محروم نداشته باشند. به‌عنوان مثال پزشکی در تهران عضو هیات علمی می‌شود و مالیات ۱۰درصدی می‌پردازد در حالی که پزشک دیگری با همان تخصص در منطقه محروم باید ۴۰درصد مالیات بپردازد.»

افزایش پیدا کرده بود. وزارت بهداشت

پزشک داریم که از کار طبابت خارج شده‌اند. افزایش ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و یاری که بر دوش نظام سلامت سنگینی می‌کند، برای نظام سیاسی و نظام اجتماعی کشور نیز مشکل‌آفرین خواهد بود.»

امیرحسین ضیایی، پزشک متخصص: ظرفیت پذیرش

دانشجوی پزشکی در چند سال اخیر به صورت بی‌رویه

افزایش ظرفیت با شیب ملایم

علیرضا سلیمی

معاون آموزشی نظام پزشکی

افزایش ظرفیت پزشکی موضوع تازه‌ای نیست و موافقان و مخالفانی هم دارد اما باید به نکته‌های دراین‌باره اشاره کرد.

توقعات بحق مردم را نباید به موضوع کمبود پزشک گره بزنیم؛ چرا که با افزایش تعداد پزشک این مشکلات حل نخواهد شد و حتی شاید شاهد شرایط بدتری نسبت به امروز هم باشیم. آنچه در حال حاضر نظام سلامت به آن نیاز دارد ابتدا توزیع متوازن پزشک در کشور است. در کنار آن هر قدر ما به تربیت پزشک ادامه دهیم مادامی که نتوانیم برای آنها جهت حضور در اقصی‌نقاط کشور جذابیت ایجاد کنیم شاهد کمبود پزشک در مناطق مختلف خواهیم بود.

در واقع رفع این مشکل بیش از نیاز به تربیت تعداد بیشتر پزشک به عدالت توزیع بین‌رشته‌ای نیازمند است. افزون براین باید امتیازهای رفاهی بیشتری به پزشکانی بدهیم که حاضر به ماندن در مناطق کم‌برخوردار می‌شوند. نکته دوم در این موضوع مربوط به خروجی پزشکان از چرخه آموزش است. اگر تعادلی میان طرف و مطروف در این موضوع وجود نداشته باشد به این مفهوم است که ما داریم با هزینه‌های گزاف و صرف بودجه‌های بسیار

پزشکانی را برای کشورهای دیگر تربیت می‌کنیم. نشانه این اتفاق افزایش صعودی مهاجرت تعداد قابل‌توجهی پزشک در سال‌های اخیر است. ما با ادامه این سیاست پزشکیان را تربیت خواهیم که کرد که خودمان هیچ استفاده‌ای از آن نخواهیم برد. نکته سوم این‌که تربیت نیروی متخصص نیاز به ابزار و زیرساخت دارد و زیرساخت‌ها با الزام به افزایش ظرفیت شکل نمی‌گیرد، به این مفهوم که ما برای این جهش ظرفیت فضای مناسب آموزشی نداریم و مهم‌تر از آن بیمارستان و مراکز درمانی برای آموزش آنها در اختیار نداریم و همین مساله باعث افت کیفی آموزش آنها خواهد شد. به عنوان مثال اگر یک متخصص ارتوپد یا بیهوشی تخت بیمارستانی نداشته باشد و کار و پوشش بیمه‌ای اش نامعلوم باشد عملاً کارایی نخواهد داشت. نکته دیگر جذب پزشکان به حوزه‌های دیگر است. در حال حاضر ما پزشکان عمومی نخه‌ای را داریم که به تجارت مشغول هستند! شاید یکی از دلایل این امر فارغ از ایجادنشدن جذابیت همین موضوع نداشتن زیرساخت‌های لازم برای این افراد باشد. مهم‌تر از همه این موارد باید بگوییم اگر هم قصد اجرای این سیاست را داریم باید آن را در یک ساختار مناسب و با شیب منطقی پیش ببریم؛ چراکه معمولاً زیان تصمیمات یکباره از منافعش بیشتر است.

دی نفعان چه نظری دارند؟

با همه این اوصاف همچنان در این موضوع تفاوت نظرهای بسیاری وجود دارد. علاوه بر پزشکان افراد و نهادهای دی نفع هم طی چند سال گذشته نظرات خود را اعلام کرده‌اند. نامه ۴۴ رئیس دانشگاه علوم پزشکی در چند روز گذشته تاحدودی می‌تواند به معنای مخالفت این دانشگاه‌ها با افزایش ظرفیت پزشک باشد.

سازمان نظام پزشکی هم مخالف این سیاست است. کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم هم در حالی مخالفت خود با این طرح را اعلام کرده بود که کمیسیون آموزش مجلس به‌طور رسمی موافق این موضوع بود؛ البته در روند مخالفت جامعه پزشکی نکته‌ای وجود دارد که حسن شجاعی علی‌آبادی، رئیس کمیسیون اصل ۹۰ با قید «نگاهی بدبینانه» به آن اشاره می‌کند و می‌گوید: «اگر بخواهیم بدبینانه به این موضوع نگاه کنیم باید به اظهارنظر کارشناسان بهداشتیم که غالباً می‌گویند تعارض منافع در بحث افزایش ظرفیت پزشکان وجود دارد. در واقع کسانی در موضوع ظرفیت‌های پزشکان تصمیم‌گیرنده هستند که خود به نوعی دی‌نفع آن هستند؛ بنابراین احتمال این‌که افرادی وجود داشته باشند که براساس منافع‌شان در این موضوع انحصار ایجاد کنند، وجود دارد.»

پزشک برای طبابت نکردن

نه سیاست‌های ضعیف وزارت بهداشت در ایجاد جذابیت برای توزیع متوازن پزشکان که در این میان اتفاقات تلخ‌تری هم برای فعالیت نکردن در حوزه پزشکی وجود دارد. مجمع تشخیص مصلحت نظام در گزارشی اعلام کرده بود نزدیک ۴۰درصد پزشکان عمومی در تهران مشغول طبابت هستند در حالی که علی‌اصغر باقرزاده می‌گوید بیشتر از این درصد را «پزشکانی تشکیل می‌دهند که مشغول طبابت نیستند.» این نکته مهمی است، چراکه آمار سرانه پزشک در ایران (یعنی همان ۱/۵ پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر) شامل پزشکانی می‌شود که فارغ‌التحصیل شده‌اند، نه پزشکانی که مشغول طبابت هستند. محمدرضا ظفرقندی، رئیس سازمان نظام پزشکی دو سال پیش گفته بود: «در سازمان نظام پزشکی حدود ۸۵ هزار پزشک عمومی شماره نظام پزشکی دارند اما از این میان فقط حدود ۴۰هزار نفر پروانه کار و

طبابت گرفته‌اند.» این گفته نشان می‌دهد تعداد قابل‌توجهی از پزشکان یا از این حرفه خارج شده‌اند یا از ایران رفته‌اند. به عبارت دقیق‌تر، سرانه واقعی پزشک در کشور بسیار کمتر از عدد اعلام شده در آمار است. این موضوع وقتی تلخ‌تر می‌شود که بدانیم بدون توجه به تورم افسارگسیخته دو سال اخیر برای آموزش یک پزشک عمومی در هفت سال بیش از ۲۰۰ میلیون تومان هزینه می‌شود. با ذکر این نکته که این رقم متعلق به هزینه‌های سال ۹۸ است، حمید اکبری، قائم مقام وقت معاون آموزشی وزارت بهداشت گفته‌است: «اگر ما هزینه‌های دوره دیپلم را محاسبه نکنیم و فقط بخواهیم هزینه دوره هفت‌ساله پزشکی در دانشگاه را بررسی کنیم باید گفت با توجه به زیرساخت‌های موجود ما سالانه حدود ۱۰۰ میلیون تومان سرانه تربیت یک دانشجوی پزشکی در دوره پزشکی عمومی است.» ❖

امیرحسین قاضی‌زاده هاشمی، نماینده پیشین مجلس: «تعداد پزشکان متخصص و فوق تخصص ایران به اندازه یک دهم نیازی است که نظام بهداشت و درمان کشور به آن محتاج است.»

ایرج حریچی، معاون وزارت بهداشت: «سرانه پزشک در

ایران کم است و در کشورهای مشابه و برخوردار سرانه

پزشک ۵ تا ۲ برابر کشور ما است.»

علی عباس پور، نماینده پیشین مجلس :

«دانشگاه‌های علوم پزشکی از ۱۶ دانشگاه در سال ۲۴ به

حدود ۴۸ دانشگاه در سال ۸۸ افزایش یافته اما ظرفیت

پذیرش از سال ۷۴ کمتر شده و در سال ۸۸ با وجود سه

برابر شدن واحدهای این دانشگاه‌ها، پذیرش

دانشجو در رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی،

داروسازی کمتر از سال ۷۴ بوده‌است.»

+

-