

«ایران» از اختلاف نظر بر سر افزایش ظرفیت‌های پزشکی یا توزیع ناعادلانه پزشکان گزارش می‌دهد

نبض ناموزون نظام درمان

فریبا خان‌احمدی
خبرنگار

این روزها موضوع افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی به یکی از سوز‌های داغ نظام سلامت کشور بدل شده است. نیمه دوم آذرماه ۱۶۷ نماینده موافق افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی در بیانیه‌ای خطاب به رئیس جمهور خواستار افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی شدند. موافقان که پیگیر مصوبه ستاد نقشه جامع علمی کشور هستند بر این باورند که بسیاری از مردم مناطق مختلف کشور برای دسترسی به پزشک، رنج و خطر سفر به مراکز استان‌ها حتی تهران را به جان می‌خورند و در نهایت در مقابل بیمارستان‌ها برای دریافت نوبت ویزیت پزشک ساعت‌های طولانی انتظار می‌کشند. به اعتقاد آنها؛ سرانه پزشک در ایران همسو با جمعیت کشور نیست چون بیماران در مطب‌ها و مراکز درمانی مجبورند در صف‌های شلوغ منتظر ویزیت پزشک بنشینند، چون زمان ویزیت پزشک اغلب به ۵ دقیقه هم نمی‌کشد چون نوبت‌دهی‌های ویزیت پزشک متخصص گاهی چند ماه طول می‌کشد و از همه مهم‌تر مشکل دسترسی نداشتن به پزشک عمومی در مناطق محروم و تجمع پزشکان در مراکز استان‌ها بویژه در تهران به سر درگمی بیماران ساکن شهرهای دیگر پایان می‌دهد.

مخالفتان طرح افزایش ظرفیت‌های پزشکی تأکید می‌کنند؛ پزشک به اندازه کافی داریم و فقط توزیع‌شان ناعادلانه است. وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی کشور در ارتباط با حفظ حقوق هم صنفان خودشان خط و نشان‌های پر رنگی را می‌کشند و تأکید می‌کنند نه تنها کمبود پزشک در ایران نداریم بلکه نظام سلامت با توزیع نامناسب پزشک در کشور مواجه است و از طرفی به دلیل نبود نظام ارجاع و پزشک خانواده، توزیع پزشکان عمومی در کشور متناسب نیست. همین توزیع ناعادلانه منابع برای جذب پزشکان عمومی در مناطق کم‌برخوردار و محروم گلابه‌های بسیاری از بیماران نیز است. بیمارانی که گاهی مجبورند به دلیل عدم دسترسی به پزشک مسافت‌های طولانی را برای رسیدن به پزشک عمومی طی کنند. این در حالی است که فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی بعد از گذراندن طرح‌شان

به دلیل عدم جذب‌شان در مراکز درمانی و هزینه‌های گران‌مطب گردانی پس از چرخه طبابت خارج می‌شوند یا جذب بازار خدمات زیبایی و تزیین لژ و بوتاکس می‌شوند. در این میان مخالفان طرح افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی گرچه که نسبت به وضعیت نامطلوب در زمینه دسترسی به خدمات سلامت و تراکم پزشکان در مراکز استان‌ها اقرار می‌کنند اما توزیع نامتناسب پزشک در مناطق محروم و کم‌برخوردار را ناشی از توزیع ناعادلانه پزشک می‌دانند نه کمبود پزشک. از سوی دیگر عدم توزیع متناسب پزشکان عمومی و اجرای نظام ارجاع به عنوان سطح اول ارائه خدمات درمانی موجب شده از ظرفیت‌های موجود ب‌نحویسی استفاده نشود. مهاجرت پزشکان و افزایش درخواست گوداستدنیگ (گواهی برگ سوپیشینه) به بیش از ۳ هزار مورد در سال گذشته نه تنها نشان‌دهنده خالی شدن ذخایر علمی کشور است، بلکه بیانگر این واقعیت است که فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی به دلیل تعرفه‌های پایین و خدمات پزشکی بویژه خدمات سطح یک و عدم جذابیت‌های شغلی و به کارگیری آنها در گردونه درمان کشور به شرط تأمین معیشت و اصلاح سیستم پرداخت رتفن را به ماندن ترجیح می‌دهند. طبق گزارش‌های سازمان نظام پزشکی کشور در سه ماهه اخیر حدود هزار و ۲۰۰ فارغ‌التحصیل رشته‌های پزشکی در کشور هزینه صرف می‌شود هیچ‌تندبیری اندیشیده نشده و افزایش ظرفیت در رشته‌های پزشکی بدون برنامه‌ریزی و جهت‌دهی مشخص موفق نخواهد بود و نتیجه آن تنها افت کیفیت آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی و آینده مبهم این دانشجویان است.

دکتر محمد رئیس‌زاده با بیان اینکه موضوع کمبود پزشک در مناطق محروم و کم‌برخوردار باید ریشه‌یابی شود در ادامه این پرسش را مطرح می‌کند که چرا به جای افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی نمی‌گویم همین پزشکانی که تربیت کردیم رغبتی به تأسیس مطب و گرفتن تخصص از خود نشان نمی‌دهند؟ رئیس‌زاده انتقادات خود را با خطاب قراردادن تصمیمات و عملکرد شورای عالی انقلاب فرهنگی و شورای عالی بیمه این‌گونه مطرح می‌کند: در حال حاضر ۵۸ هزار پزشک عمومی از چرخه طبابت خارج شده‌اند از طرفی افزایش بی‌رویه ظرفیت، کیفیت آموزش پزشکی را پایین می‌آورد و از طرفی الزام افزایش ظرفیت‌ها ضامن افزایش دسترسی به پزشک عمومی و متخصص نخواهد بود.

■ **افزایش ظرفیت‌ها باید متناسب با زیرساخت‌های آموزشی باشد**

رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور ویزیت پزشک در بیانیه‌ای خطاب به رئیس‌جمهور و اعضای شورای عالی انقلاب فرهنگی و شورای عالی بیمه این‌گونه مطرح می‌کند: در حال حاضر ۵۸ هزار پزشک عمومی از چرخه طبابت خارج شده‌اند از طرفی افزایش بی‌رویه ظرفیت، کیفیت آموزش پزشکی را پایین می‌آورد و از طرفی الزام افزایش ظرفیت‌ها ضامن افزایش دسترسی به پزشک عمومی و متخصص نخواهد بود.

دکتر حسن‌زاده می‌گوید: باید بایک برنامه مشخص و شب ملایم زیرساخت‌های تربیت پزشک را تأمین کنیم و مدلی ارائه دهیم که به کیفیت ارائه خدمات لطمه‌ای وارد نشود. ما معتقدیم علت عدم جذب پزشک، کمبود منابع مالی است باید بودجه مورد نیاز برای جذب پزشکان و نگهداری‌شان در مناطق محروم را پیش‌بینی کنیم در حال حاضر شورای گسترش در حال برنامه‌ریزی برای افزایش منطقی ظرفیت‌ها و بومی‌گرینی است.

کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این وزارتخانه سپرد.

■ **ضرورت تصویب قانون عدم استفاده از پروانه‌مطب پزشکان سهمیه‌ای در مراکز شهرها**

در حال حاضر ۵۹ هزار پزشک متخصص متخصصان پاتولوژی و ۵۶ هزار و ۵۰۰ نفر نیز متخصصان بالینی پزشکی هستند. ظرفیت سالانه پذیرش دانشجویان پزشکی در کشور ۸ هزار و ۳۰۰ نفر است و هم‌اکنون ۹۷ هزار پزشک عمومی در کشور فعالیت دارند. اکبر رنجبرزاده، معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی نیز با تأکید بر توزیع ناعادلانه پزشک در سراسر کشور به «ایران» می‌گوید: اجتماع پزشکان متخصص و عمومی در مراکز استان‌ها و کلانشهرها تا حدود ۵۰ درصد است برای همین پوشش مناطق کم‌برخوردار و محروم اتفاق نیفتاده است البته سیاست‌هایی از ناحیه وزارت بهداشت برای پوشش پزشکان در مناطق محروم کوتاه‌مدت و موقت وجود داشته و به عنوان مسکن عمل کرده اما در سال‌های اخیر آثار مسکن برطرف شده و پزشکان به شکل خودکار به سمت مناطق کم‌برخوردار برمی‌گردند یعنی سیکل معیوب همچنان به فوت خودش برای پوشش پزشکان باقی است.

رنجبرزاده در ادامه می‌افزاید: وزارت بهداشت در مقطعی برنامه‌ریزی‌های قابل توجهی به پزشکان در مناطق محروم داشت که تا حدودی باعث می‌شد پزشکان را جذب کند برای مثال هر کسی از استان همدان به منطقه محروم می‌رفت سه میلیون تومان بیشتر دریافت می‌کرد. جاذبه‌ها در حدودی در توزیع پزشک موفق بود ولی این مسکن تقریباً ناچیز و ناراست و اثرش را از دست داده، برای همین توزیع پزشک ناعادلانه است.

وی در پاسخ به این سؤال که چرا پزشکان سهمیه‌ای با وجود بر خوردار ی از سهمیه در مناطق محروم می‌مانند و بعضاً با استفاده از رانت‌هایی به مراکز شهرها برمی‌گردند؟ توضیح می‌دهد: ما الان هم سهمیه‌های مناطق محروم را داریم. به این شکل که ظرفیت پذیرش پزشکان به این صدد پزشک عمومی و متخصص در نظر می‌گرفتند و م‌سازد براین سقف دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها ۱۰ نفر بیشتر دانشجو جذب می‌کردند و در عوض بومی‌های این مناطق تعهد می‌دادند که در منطقه بمباندن چرا که اگر سهمیه منطقه محروم نبود در رشته‌های پزشکی قبول نمی‌شدند که این طرح تا حدودی اثر خودش را در توزیع پزشکان نشان داده بود. ای‌کش امکان این بود؛ سهمیه مناطق محروم را مقداری بیشتر می‌کردند و با استعدادترین افراد را برای همان استان جذب می‌کردند. ما به مجلس شورای اسلامی پیشنهاد می‌دهیم؛ قانونی تصویب کند که پزشکان سهمیه‌ای در مناطق محروم پروانه مطب مختص آن منطقه را بگیرند که دیگر نتوانند در شهرها و مراکز استان‌ها طبابت کنند. شاید با این قانون بتوان پزشکان سهمیه‌ای و بومی را ماندگار کرد. معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی درباره شرایط شغلی پزشکان هم چنین توضیح می‌دهد: سالانه بیش از یک‌ونیم میلیارد تومان برای تربیت پزشکان هزینه می‌شود، با این حال پرداختی به پزشکان به نسبت شرایط امروز بسیار پایین است و یک پزشک عمومی حاضر نیست از مدرگی که ۷ سال زحمت کشیده، استفاده کند برای همین هم پزشکان به کارهای غیر حرفه‌ای روی می‌آورند و این زنگ خطری برای کشور است.

به گفته وی، هر اندازه هم ظرفیت‌های پزشکی را افزایش دهیم سرریز آن به سمت مناطق محروم نمی‌رود و کار بیهوده‌ای است. از طرفی مدرک‌پزشکان عمومی جهت استخدام به عنوان فوق لیسانس تلقی می‌شود برای همین آنها حاضر نیستند در شبکه بهداشت تخصصی غیربالینی بعد از استخدام حقوق بالایی ۱۰ میلیون تومان می‌گیرد بنابر این باید شاد به جذب و استخدام و ماندگاری آنها کمک شود. در صورت استخدام پزشک عمومی با مدرک دکتری ماهانه ۱۲ میلیون تومان دریافتی خواهد داشت و در این شرایط آنها رغبت می‌کنند در مراکز بهداشتی شهرشان استخدام شوند در حالی که هیچ سندی مبنی بر اینکه چرا مدرک پزشک عمومی در حد فوق لیسانس ارزش‌گذاری شده، وجود ندارد. رنجبرزاده در همین زمینه اضافه می‌کند: با اجرای این قانون پزشکانی که قرار است در شهرستان و مناطق کم بر خوردار زندگی کنند هوس رفتن به مرکز استان و پایتخت به سرشان نمی‌زند از طرفی باید مزایای پزشکانی که در این شهرستان‌ها مستقر می‌شوند، بالا



هیات علمی دانشگاه در حال آموزش تصویربرداری مغز به دانشجویان است

چرا مسیر توزیع عادلانه پزشک از افزایش ظرفیت پزشکی می‌گذرد؟

پذیرش دانشجویان پزشکی رقم کمی است و پاسخگوی نیازهای درمانی کشور نیست. دسترسی عادلانه به پزشک وابسته به تعداد و نحوه توزیع پزشکان است که متأسفانه وزارت بهداشت در هر دو مورد دچار ضعف است اما کمبود نیروی انسانی باعث شده دانشگاه‌های علوم پزشکی در گزینش، انتخاب و توزیع پزشکان در مناطق تحت مدیریت خود نیروی کافی نداشته باشند و در عمل این کمبود امکان توزیع درست را از آنان گرفته است. کمبود پزشک در کشور بحث مربوط به امروز یا دیروز نیست، بلکه از سال‌های پیش نیز مطرح بوده است. طرح مهم و راهبردی پزشک خانواده که نزدیک به ۱۴ سال پیش جهت اجرا به وزارت بهداشت ابلاغ شد، همچنان از طرح‌های ناکام نظام سلامت ایران است که هیچ یک از پنج وزیر گذشته تا به امروز نتوانسته‌اند آن را اجرایی کنند، آن هم به یک دلیل و آن دلیل چیزی نیست جز کمبود پزشک؛ در همین خصوص گزارش «نگاهی بر نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده» مرکز پژوهش‌های مجلس که در مردادماه سال ۱۳۹۰ منتشر شد، نشان می‌دهد که کاهش ظرفیت پذیرش پزشکی از دهه ۷۰ موجب شده تا برای اجرای طرح پزشک خانواده، دولت با کمبود پزشک روبه‌رو باشد و میزان ظرفیت‌ها نیز پاسخگوی تربیت نیروی انسانی کافی برای سال‌های بعد نباشد. امروز نیز پس از گذشت ۱۰ سال از انتشار این گزارش، هنوز اجرای پزشک خانواده به دلیل کمبود نیروی انسانی در زمین باقی مانده است. بر این اساس بسیاری از اصلاحات جدی در نظام سلامت کشور از توزیع عادلانه گرفته تا اجرای طرح پزشک خانواده وابسته به افزایش تعداد پزشکان است. موضوعی که در این سال‌ها تدبیری برای آن سنجیده نشده و وزارت بهداشت تنها با افزایش ظرفیت‌های بسیار ناچیز صورت مسأله را پاک کرده است.



علی خسرویان
سنگدوی کمیسیون اصل ۹۰ مجلس شورای اسلامی

توزیع پزشک در کشور در وضعیت نامناسبی قرار دارد. موضوعی که شواهد آن را می‌توان در سفرهای درمانی مردم اقصدی نقاط کشور به شهرهای بزرگ و همچنین صف‌های ایجاد شده پشت در مطب‌ها مشاهده کرد. در این شرایط آن چیزی که مهم است، تحلیل ریشه‌های مشکلات ایجاد شده برای مردم است. مشکلاتی که شواهد نشان می‌دهد ناشی از تربیت ناکافی نیروی انسانی در وزارت بهداشت است. البته ناگفته نماند که وزارت بهداشت به عنوان متولی آموزش پزشکی و تربیت پزشک عمومی و متخصص از سال ۱۳۹۲ طبق قانون پذیرش دانشجویان بومی مکلف شد تا ۳۰ درصد از ظرفیت پذیرش سالانه خود را به داوطلبان بومی هر منطقه اختصاص دهد و این دانشجویان پس از فراغت از تحصیل متعهد به طبابت در همان منطقه برای مدت مشخصی باشند تا مسأله دسترسی به پزشک در کشور بویژه در مناطق کم‌برخوردار تا حدودی حل شود اما متأسفانه وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به این قانون به طور کامل عمل نکردند و در سال ۱۴۰۰ تنها ۶ درصد از ظرفیت پذیرش به داوطلبان بومی اختصاص یافت.

در بین سئال مهمی مطرح می‌شود که آیا تعداد پزشکانی که اکنون در کشور فعال هستند، کافی است یا نه؟

طبق «سند راه درمان ایران» نزدیک به ۶ پزشک عمومی به ازای هر ۱۰ هزار نفر در کشور فعال و مشغول طبابت هستند، این تعداد حتی اگر قانون دانشجویان بومی نیز در این سال‌ها به طور کامل اجرایی می‌شد، باز هم تغییر محسوسی نمی‌کرد؛ زیرا کل میزان ظرفیت

برود برای مثال دریافتی یک پزشک مستقر در مناطق مرزی نباید کمتر از ۲۵ میلیون تومان باشد یعنی مبالغ پرداختی به پزشکان در مناطق کم‌برخوردار حداقل بین ۷ تا ۱۰ برابر ظرفیت پذیرش است. در حالی که در مراکز استان نیز حقوق‌شان ۵ برابر شود تا به سمت شهرستان‌ها شایفت پیدا کنند.

او با بیان اینکه یک پزشک عمومی استخدا می‌ماهانه ۸ میلیون تومان حقوق می‌گیرد و پزشکان عمومی حاضر نیستند تخصص بخوانند، می‌گوید: در مجموع برای جذب سالانه پزشک باید مرگ و میر و مهاجرت‌ها و ظرفیت زیرساخت‌های داخلی کشور را لحاظ نمود چون پزشکان ظرفیت به تنهایی نمی‌توانند پاسخگوی حل مشکلات باشد و این اشتباه بزرگی است.

■ **احتمال افزایش ۱۰ درصدی افزایش ظرفیت‌های پزشکی در ستاد نقشه جامع علمی کشور**

محمدعلی محسنی بندپی عضو کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی درباره رویکرد مجلس شورای اسلامی مبنی بر تصویب قانون افزایش ظرفیت‌های پزشکی به «ایران» می‌گوید: ۹۷ نفر از نمایندگان مجلس طرحی را

ناعادلانه است. دومین مسأله ما این است پزشکان فارغ‌التحصیل ما در کشور نمی‌مانند یا خارج از رشته تخصصی‌شان عمل می‌کنند؛ طبق اعلام سازمان نظام پزشکی در یک سال اخیر ۸۰۰ پزشک عضو هیات علمی مهاجرت کرده‌اند و بیش از ۳۰ تا ۴۰ هزار پزشک عمومی نیز طبابت نمی‌کنند.

به گفته بندپی؛ شورای عالی انقلاب فرهنگی باید در نظر بگیرد که تربیت پزشک در شرایط فعلی اقتصاد کشور به صرفه نیست و آموزش پزشکی زیرساخت‌های گرانقیمتی را می‌طلبد یعنی یک‌ونیم میلیارد تومان برای تربیت هر پزشک هزینه می‌شود.

این نماینده مجلس با اشاره به مخالفت دکتر مرندی به عنوان رئیس فرهنگستان علوم پزشکی با افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی عنوان می‌کند: علاوه بر این رئیس کمیسیون بهداشت و وزیر بهداشت نیز مخالف افزایش ظرفیت‌ها هستند و اعتقاد به کار کارشناسی شده دارند. هرچند که کلیات این موضوع به تصویب رسیده اما جزئیات آن با کارشناسی بیشتر بررسی خواهد شد چرا که درخواست افزایش ۱۰ درصدی ظرفیت‌ها از سوی نمایندگان مجلس غیرمنطقی است همین

افزایش بی‌کیفیت ظرفیت‌های پزشکی تهدید سلامت مردم

و ابداً از نگرانی از سرخوردگی نخبگان کشور قصد دارند راه را برای یکی از طولانی‌ترین، سخت‌ترین و پیچیده‌ترین رشته‌های دانشگاهی به گشایند بدون آنکه تضمین دهند آینده این رشته را به سایر رشته‌ها دچار نخواهند کرد؛ اما بند دوم که مبتنی بر خود اظهاری کشورها در نسبت تعداد پزشک به جمعیت است آنچه مبنای واقعی محاسبات نیاز مردم به خدمات بهداشتی و درمانی است. اکنون با توجه به تعداد دانشجویان پزشکی در حال تحصیل و افزایش منطقی ظرفیت که توسط تولید نظام سلامت یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا سال ۱۴۰۰ در نظر گرفته شده است به زودی شاخص سرانه پزشک به جمعیت تغییر محسوسی خواهد داشت. یکی دیگر از مواردی که استدلال موافقان طرح بر آن استوار شده است ظرفیت پذیرش سال‌های مبنای دهه ۶۰ یعنی اواخر جنگ و خروج پزشکان هندی و پاکستانی از ایران است که ظرفیت پذیرش جهشی یکباره داشت. ظاهراً به این نکته توجهی نشده است که ظرفیت دانشگاه‌های آن زمان که اکنون دانشگاه‌های مادر محسوب می‌شوند به رشته‌های تخصصی فوق تخصصی و فوق‌وشپ تخصصی یافته و نه فقط کمتر از آن زمان پذیرش ندارند بلکه اکنون بار مهمی از خدمات تخصصی کشور را بر طرف می‌کنند. بدیهی است برای افزایش ظرفیت، نگاه زیرساختی به امکانات موجود از واجبات است که نسبت تخت به دانشجو، استاد به دانشجو، و وجود آزمایشگاه، سالن تشریح، بخش‌های بالینی و مراکز تحقیقاتی از شاخص‌های بسیار مهم محسوب می‌شود که رشته پزشکی را با سایر رشته‌ها که با یک کلاس درس و یک تخته سیاه می‌توان اداره نمود متمایز می‌کند. لذا بر فرض محال که سازمان برنامه و بودجه نیز منابع لازم را در اختیار وزارت بهداشت بگذارد آیا امکان تحقق اینها به اضافه خوابگاه و... در مدت یک سال امکان پذیر است که امکان افزایش ظرفیت پذیرش را در سال آینده به اندازه ۲ هزار نفر امکان پذیر سازد؟



دکتر رضا شاریپور
سنگدوی سازمان نظام پزشکی کشور

مدتی است بحث افزایش ظرفیت رشته پزشکی نقل محافل و مجالس شده طوری‌که در مترو و قطار و هویاماب نیز بغل دستی می‌توانید در مورد این موضوع کلی‌الظرو نقد بشنوید؛ از پزشکی که با انحصار گرایی اجازه نمی‌دهند به محض سر درد به یک متخصص اعصاب دسترسی داشته باشی یا هنگام عطسه و سرفه بتوانی راحت یک فوق تخصص ریه را ملاقات کنی!!! نمی‌دانم فواید کشاندن موضوعات تخصصی که نیازمند کارشناسی است به درون جامعه، جز یارکشی چه حسن دیگری دارد؟ اما ریشه این مسأله از جاست؟ موافقان طرح چه ایده‌ها و نظراتی دارند و بر کدام آمار و دلایل استناد و استدلال می‌نمایند؟ بخشی از آنچه موافقان پای استدلال خود را بر آن نهاده، به شرح زیر به عرض می‌رسد:

۱- حجم انبوه متقاضیان رشته تجربی که معدل بالایی دارند و با ظرفیت کم با امکان پذیرش در رشته‌های علوم پزشکی نمی‌توانند و یا به سودای پزشکی رحل اقامت مختصر در سایه بلاد می‌گزینند و برخی نیز سرخورده یا پشت کنکور می‌مانند و بی‌علاقه به سایر رشته‌های می‌روند. ۲- سرانه پزشک بر اساس ۱۰ هزار نفر جمعیت بر اساس سازمان بهداشت جهانی ۳- توان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال‌های مبنای دهه ۶۰ پس از ایجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

فازغ از آنکه تحلیل موافقان طرح چقدر مبنای علمی دارد و با شاخص‌های مورد قبول و رسمی در دنیا انطباق حاصل کرده است، پاسخ ساده‌ای ندارد که آنها وجود دارد که به اختصار تقدیم می‌یابند متقاضیان تجربی در صدر شرکت کنندگان کنکور قرار گرفتند و اکنون برخی به جای حل علت این موضوع و آمار نرخ بیکاری فارغ التحصیلان دانشگاهی مسأله را مستمسک افزایش ظرفیت قرار داده

الان ۳۰ هزار پزشک بیکار داریم با این طرح ۳۰ هزار پزشک دیگر برای ۱۰ سال بعد تربیت می‌کنیم. در مجموع ممکن است اعضای ستاد نقشه جامع علمی کشور به یک عدد منطقی‌تر حد اکثر به عدد ۱۰ درصد برسد.

■ **درباره تعداد افزایش ظرفیت پزشک هنوز به توافق نرسیدیم**

دکتر غلامرضا حسن‌زاده دبیر شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت در پاسخ به سؤال «ایران» مبنی بر اینکه وزارت بهداشت برای توزیع عادلانه پزشک عمومی و متخصص و اجرای پزشک خانواده در مناطق محروم چه برنامه‌ای دارد؟ می‌گوید: طی سال‌های ۹۲ تا ۱۴۰۰ از ۵ هزار دانشجوی پزشکی به ورودی ۸ هزار و ۳۰۰ دانشجو رسیدیم اما افزایش ظرفیت دانشجویان و این روند ادامه پیدا می‌کند به شرط اینکه زیرساخت لازم داشته باشیم. باید در نظر داشت این افزایش ظرفیت بدون برنامه‌ریزی معضلات زیادی برای ما ایجاد خواهد کرد. سؤال ما این است؛ در کدام دانشگاه‌ها و با چه زیرساخت‌هایی و در چه سهمیه‌ها و رشته و گروه‌هایی افزایش خواهیم داشت؟ آنچه مصوب مجلس و شورای عالی انقلاب فرهنگ است، وزارت بهداشت موظف است انجام دهد اما درباره افزایش تعداد ظرفیت به توافق نرسیدیم. عددی که شورای عالی انقلاب فرهنگی مطرح کرده کارشناسی شده نیست. پیشنهاد ما این است مجوز در اختیار وزارت بهداشت قرار گیرد و بر اساس زیرساخت‌هایسیات کلان اعلام کند.

وی در ادامه می‌افزاید: وزارت بهداشت موظف است مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی را انجام دهد اما به جای اینکه سه هزار پزشک در سال اضافه شود برنامه داده و نشان دهند طی ۱۰ سال آینده وضعیت پزشکی چه تغییری خواهد کرد؟ باید برای ماندگاری پزشکان جاذبه ایجاد کنیم. پزشک تهرانی در مناطق محروم نمی‌ماند. باید افزایش ظرفیت‌ها را همان شهر و منطقه پزشک‌ها انجام بگیرد و همان‌جا هم تخصص بخواند و در همان منطقه نیز طبابت کند، چون سهمیه گرفته است. اگر این سیاست‌ها را برنامه‌ریزی کنیم می‌توان استفاده بهینه‌ای از این طرح کرد. حسن‌زاده درباره برنامه وزارت بهداشت برای تأمین پزشک در مناطق محروم نیز اضافه می‌کند: ما از همان ابتدایی که این قضیه مطرح شد چندین تیم مسئولیت‌بررسی دقیق این را برعهده گرفتند اما نکته این است افزایش ظرفیت پاسخ کمبود پزشک نیست مثل این می‌ماند که ما یک شبکه‌ای داریم که سوراخ

ریخت و آب خارج می‌شود راهکار بر کردن بنکه است و داخل آن نیست تا چرخه فطرته نه آن قبلی بماند بلکه باید روی آن تجدید نظر کرد کار کنیم و سوراخ بشکه را بگیریم تا آب خارج نشود. سؤال ما این است مایرای جذب پزشکان عمومی چقدر برنامه داریم؟ چکار کنیم که پزشک عمومی و متخصص از کشور خارج نشود؟ باید دنبال راهکار برای ماندگار کردن پزشکان در مناطق محروم باشیم. اگر اقرار باشد تعداد زیاد دانشجو تربیت کنیم اما منبع مالی مناسبی برای تأمین معیشت پزشکان ایجاد نکنیم دوباره پزشکان از چرخه درمان خارج می‌شوند.

■ **آیا این کشور نیاز به مهندس و اقتصاددان و جامعه‌شناس ندارد؟**

دبیر شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت معتقد است؛ افزایش جذب رشته‌های پزشکی موجب می‌شود رشته‌های علوم پایه پزشکی، اقتصاد، مهندسی و... به سمت این رشته روی بیاورند این این کشور نیاز به اقتصاددان یا مهندس ندارد؟ بنابرین نیاز طرح منجر به کاهش داوطلبان سایر رشته‌ها می‌شود. این به معنای مخالفت با افزایش ظرفیت پزشکی نیست بلکه باید مدل‌ها را اصلاح کنیم. او در ادامه تأکید می‌کند که باید اشکالات جدی بومی‌گرینی پزشکان در مناطق محروم را برطرف کنیم و افراد را از مناطق خودشان انتخاب کنیم تا در همان منطقه هم شاغل شوند. از طرفی همین الان هم ۱۰ نفر کارآموز پزشکی بالین یک بیمار می‌روند یا سالن تشریح به قدری پر از دانشجو است که نمی‌توانند تشریح جسد را بخوبی ببینند و یاد بگیرند. همه اینها یعنی افت کیفیت آموزشی. نسبت پزشک به جمعیت در برخی از کشورهای همسایه ما دو برابر ایران است اما شاخص‌های بهداشتی این کشور از جمله مرگ کودکان زیر ۵ سال، مرگ مادران باردار به مراتب از کشور ما پایین‌تر است علی‌رغم اینکه تعداد پزشک نسبت به جمعیت‌شان تقریباً دو برابر است و اینکه تعداد زیادی بیمار از همین کشورها برای درمان دندانپزشکی یا چشم پزشکی و عمل قلب و سایر تخصص‌ها به ایران می‌آیند نشان دهنده کیفیت ارائه خدمات نظام سلامت در ایران است.

دکتر حسن‌زاده می‌گوید: باید بایک برنامه مشخص و شب ملایم زیرساخت‌های تربیت پزشک را تأمین کنیم و مدلی ارائه دهیم که به کیفیت ارائه خدمات لطمه‌ای وارد نشود. ما معتقدیم علت عدم جذب پزشک، کمبود منابع مالی است باید بودجه مورد نیاز برای جذب پزشکان و نگهداری‌شان در مناطق محروم را پیش‌بینی کنیم در حال حاضر شورای گسترش در حال برنامه‌ریزی برای افزایش منطقی ظرفیت‌ها و بومی‌گرینی است.