هیاهو یا واقعیت؛ موافقان و مخالفان طرح افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی چه می‌گویند؟

نگاهی به وضعیت سرانه پزشک در کشور

■ محسن پورعرب

«امیرحسین رسولی» مسئول بسیج دانشگاه علوم پزشکی تهران: پزشکان مناطق محروم، ۱۵ روز خدمتی و ۱۵ روز مرخصی را در هر ماه سپری می‌کنند؛ یعنی اینکه هر پزشک منطقه محروم به ازای هر روز خدمتی حدود یک میلیون تومان دریافتی خواهد داشت؛ در شرایط اقتصادی فعلی می‌توانیم تصور کنیم که فردی حاضر نباشد چنین شرایط کاری و درآمدی‌ای را قبول کند؟ بنابراین اگر امروز فراخوان خدمت در مناطق محروم با استقبال روبه‌رو نمی‌شود دلیلش کم‌پزشکی در کشور است.

سلام، وقت شما بخیر. یک وقت می‌خواستم! اولین جای خالی برای دو ماه دیگه است!! بنویسم؟ نه ممنون!؛ یک گفت‌وگوی ساده، آشنا و رایج اما تلخ و پر از درد که مطمئنا افراد بسیاری آن را تجربه کرده‌اند؛ مطمئنا برایمان پیش آمده که برای وقت گرفتن از یک پزشک متخصص یا فوق تخصص پرس‌وجوهای فراوان کرده و زمانی که برای گرفتن نوبت اقدام کرده‌ایم با سد محکم «وقت دکتر پر است» مواجه شده‌ایم؛ اینکه چرا امروز برخی پزشکان به درجه‌ای از مهارت رسیده‌اند که بیماران حاضرند ساعت‌ها، روزها و حتی ماه‌ها پشت در مطبشان منتظر بمانند یک روی سکه است و اینکه اساسا چرا باید درمان برخی بیماری‌ها در انحصار برخی پزشکان باشد هم روی دیگر سکه است.

اما آنچه که حائز اهمیت است ارتباط دو روی سکه با همدیگر است؛ این ارتباط زمانی پررنگ می‌شود که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت درخصوص سرانه پزشک، شاخص سرانه تعداد پزشک در بسیاری از کشورهای پیشروی حوزه سلامت عموماً بین ۳۰ تا ۴۰ پزشک به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر است در حالی که این آمار در ایران ۱۱ پزشک به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر است! مسئله زمانی دردناک‌تر می‌شود که طبق برآورد آمارهای سازمان جهانی بهداشت از ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷ شاخص سرانه تعداد پزشک در ایران نسبت به استاندارد جهانی بسیار کمتر است، به طوری‌که تعداد سرانه پزشک در ایران حتی از کشورهای کمترتوسعه‌یافته و جنگ‌زده سوریه و فلسطین هم کمتر است.

با این شرایط، پر واضح است که یک پزشک بتواند به دلیل وجود تعداد کم پزشک متخصص و فوق‌تخصص در طبابت برخی بیماری‌ها مطرح شود و بیماران به ناچار برای دریافت خدمات، مدت‌های طولانی انتظار بکشند، علاوه بر این نیز حاضر باشند برای دریافت خدمات فرسنگ‌ها راه را طی کنند تا به پزشک دست پیدا کنند. از سوی دیگر بسیاری از بیماران برای دریافت خدمات پزشکی هزینه‌های زیادی پرداخت می‌کنند اما از کیفیت این خدمات راضی نیستند؛ برخورد نامناسب پزشک و کادر درمان، صف طولانی انتظار برای دریافت خدمات، مدت زمان کم ویزیت و سهل‌انگاری پزشک در معاینه بیماران از جمله شکایات اصلی آنان است.

براساس استانداردهای وزارت بهداشت، مدت زمان ویزیت یک پزشک عمومی ۱۵ دقیقه، پزشک متخصص ۲۰ دقیقه، پزشک فوق تخصص ۲۵ دقیقه و روانپزشک ۳۰ دقیقه است، این در حالی است که طی سال‌های اخیر در برخی مناطق کشور با پدیده‌هایی چون ویزیت فله‌ای بیماران مواجه بوده‌ایم که خود دلیل محکمی برای کم پزشکی است.

منتقدان شرایط موجود معتقدند، سرانه پایین پزشک در کشور سبب همه مشکلات مطرح شده است. کارشناسان بر این باورند که باید انحصار پزشکی شکسته شود تا هم صف طولانی کنکور پزشکی کوتاه شود و هم بیماران برای دریافت خدمات انتظار نکشند؛ بر این اساس اخیرا نمایندگان مجلس شورای اسلامی «طرح دو فوریتی افزایش پذیرش در رشته‌های علوم پزشکی» را مطرح کرده‌اند.

دکتر «محمد اکبری»، اقتصاددان سلامت: باید زیرساخت مناطق محروم را به گونه‌ای تأمین کنیم که پزشکان حاضر شوند در آن مناطق فعالیت کنند، علاوه بر این احیا و نهادینه‌کردن نظام ارجاع، پزشک خانواده و نهادینه‌کردن راهنماهای بالینی از جمله اصلاحاتی است که باید در نظام سلامت انجام شود؛ اگر تعداد پزشکان افزایش پیدا کند اما نظام ارجاع، پزشک خانواده و راهنماهای بالینی نهادینه نشوند سبب افزایش هزینه‌ها می‌شود و شرایط را از شرایط فعلی وخیم‌تر خواهد کرد.

چرایی دوفوریتی طرح پذیرش رشته‌های علوم پزشکی

در همین باره، «سراب یوسف داودی»، نماینده مردم سراب در مجلس شورای اسلامی از طراحان طرح دوفوریتی افزایش پذیرش در رشته‌های علوم پزشکی اظهار داشته است: «با توجه به نیازسنجی شورای عالی انقلاب فرهنگی و پایین بودن میزان دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی، تعدادی از نمایندگان طرح دو برابر شدن پذیرش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی در سال تحصیلی آینده را به هیئت رئیسه ارائه کرده‌اند.»

داودی با اشاره به پیر شدن و افزایش تعداد سالمندان افزوده است: «در سال ۹۶ جمعیت سالمندی بیش از چهار میلیون در کشور بوده و این رقم درحال افزایش هست که افزایش تعداد تحصیلکردگان در رشته‌های مرتبط با سلامت را ضروری کرده است؛ از سوی دیگر در صورت تصویب این طرح، دانشجویان پزشکی که برای کار به خارج از کشور مهاجرت می‌کنند به کشور بازگشته و به تحصیل ادامه خواهند داد.»

وی تاکید داشت: «تعداد پذیرش دانشجوی پزشکی و رشته‌های پیرامونی آن در کشور ما پایین‌تر از کشورهای دیگر منطقه است.»

مرگ بیماران در سایه انحصار پزشکان

علاوه بر این، حسینعلی حاجی‌دلیگانی؛ عضو کمیسیون برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی اظهار داشته است: «تعداد سرانه پزشک به‌ویژه پزشکان متخصص در کشور کم است؛ علت این مشکل، انحصار است! نمی‌دانم چرا این انحصار برداشته نمی‌شود و شاهدیم که مرتب فقط تعرفه‌های پزشکی اضافه می‌شود؛ در این میان فقط مردم بیچاره ضرر می‌کنند؛ افرادی که ضعیف هستند به‌خاطر تعرفه‌های بالایی که پزشکان متخصص می‌گیرند امکان درمان ندارند؛ آن وقت افراد بیچاره واقعاً مرگ را جلوی چشم خودشان می‌بینند؛ هر جایی که انحصار داریم، دچار مشکل هستیم؛ در بحث متخصصین پزشکی دچار انحصار هستیم و خدمات به مردم نمی‌رسد.»[1]

تایید بحران کمبود پزشک توسط وزارت بهداشت

ایرج حریرچی، قائم‌مقام وزیر بهداشت نیز پیش از این با تایید ظرفیت پایین دانشگاه‌ها در پذیرش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی عنوان کرده بود: «با توجه به کمبود شدیدی که در اکثر رشته‌ها به‌ویژه در رشته پزشک عمومی، متخصص و برخی رشته‌های دیگر وجود دارد، سیاست وزارت بهداشت این است که با حفظ کیفیت آموزشی، ظرفیت‌هایش را هم افزایش دهد؛ باید توجه کرد که ما توانایی آموزش بیشتر برای تربیت پزشک و متخصص را داریم، اما این کار مستلزم این است که بتوانیم ۲۰ هزار تخت به تخت‌های آموزشی اضافه کنیم؛ وی با بیان اینکه در حال حاضر وضعیت نیروی انسانی ما در ۶ رشته تخصصی بحرانی است، افزوده بود: این موضوع دو دلیل دارد که یکی از آنها تعداد خالص پزشکان و دوم موضوع توزیع پزشکان و متخصصان است؛ چراکه در مورد دوم باید توجه کرد که به غیر از دو سال اول طرحی که محل خدمت آن را وزارت بهداشت تعیین می‌کند، در سایر سال‌های خدمت نیروها، وزارت بهداشت اختیاری در توزیع آنها ندارد و خود افراد محل خدمت‌شان را تعیین می‌کنند.»[2]

سندی دیگر بر اثبات کمبود پزشک در کشور!

مسئله انحصار پزشکی و پیروی آن کمبود پزشک در کشور را می‌توان حتی در اظهارات وزیر بهداشت و درمان هم مشاهده کرد، جایی که حسن قاضی‌زاده هاشمی، وزیر سابق بهداشت دو سال پس از پذیرش سکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفته بود: «اوایل به دلیل هیاهوی به وجود آمده فکر می‌کردم ۲۰ هزار پزشک عمومی بیکار داریم و سعی کردیم با پرداختی‌های ماهانه ۱۵ و ۱۷ میلیون که گاهی مورد انتقاد اعضای کمیسیون بهداشت مجلس نیز بود این پزشکان را در مناطق محروم به کار بگیریم، اما با وجود پرداخت‌های مناسب به پزشکان شاهد بودیم که تنها حدود ۱۵۰۰ پزشک عمومی اعلام آمادگی کردند و این خود می‌تواند به این معنی باشد که یا پزشک عمومی نداریم یا آنها تنها شماره نظام پزشکی دارند و دیگر پزشک نیستند.»[3]

بحران کمبود پزشک یا بحران توزیع پزشک؟

با این حال برخی کارشناسان معتقدند مطالبه به راه افتاده برای افزایش دو برابری ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی کارشناسی شده نیست؛ در همین باره، «عزت‌اله گل‌علی‌زاده»، نایب‌رئیس اول شورای عالی نظام پزشکی معتقد است: «در حال حاضر تعداد زیادی پزشک بیکار در کشور داریم. مشکل ما توزیع پزشک است، بسیاری از همکاران پزشک پس از گذراندن طرح در شهرهای بزرگ فعالیت می‌کنند، به دلیل اینکه در مناطق محروم و کم برخوردار آنچنانکه باید و شاید مورد حمایت قرار نگرفته اند؛ به‌طور مثال پزشکی که به مناطق محروم اعزام می‌شود انتظار دارد خانواده و فرزندانش امکانات رفاهی داشته باشند و حقوق و مزایای خود را به موقع دریافت کند اما متأسفانه مشاهده می‌کنیم که برخی از این افراد دو الی سه سال حقوق و مزایا خود را دریافت نکرده‌اند؛ نمی‌توان پزشک طرحی را با حقوق دو میلیون تومان در مناطق محروم مستقر کرد و کارانه‌اش را پس از ۱۴ ماه پرداخت کرد.»[4]

مخالفت وزارت بهداشت با افزایش سهمیه‌ها

علاوه بر این، بلافاصله پس از مطرح شدن این موضوع وزیر بهداشت مخالفت خود را با این طرح اعلام کرد. سعید نمکی در این خصوص گفته است: «معتقدیم که ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و باری که بر دوش نظام سلامت بعد از فارغ‌التحصیلی سنگینی می‌کند، برای نظام سیاسی و نظام اجتماعی کشور، نیز مشکل‌آفرین خواهد بود؛ مسئله کمبود پزشک عمدتا ناشی از توزیع نامناسب فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی در سراسر کشور است و در حال حاضر هم تعداد زیادی پزشک داریم که از کار طبابت خارج شده‌اند؛ ما باید برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم انجام دهیم و برنامه‌های انگیزشی بهتری را در کشور اجرا کنیم و صرفا با افزایش کمی به این هدف نمی‌رسیم؛ در حال حاضر وزارت بهداشت ۳۰ درصد دانشجویان پزشکی را بومی جذب می‌کند و تا دو الی سه سال آینده این پزشکان فارغ‌التحصیل خواهند شد و عمده نیاز مناطق محروم هم برطرف می‌شود.»

نگرانی از بابت کمبود پزشک نداریم

همچنین، «حمید اکبری»، قائم‌مقام معاونت آموزشی وزارت بهداشت با بیان اینکه تربیت نیروی انسانی در رشته‌های علوم پزشکی مبتنی بر نیاز جامعه اتفاق می‌افتد و با کمبود پزشک مواجه نیستیم، اظهار داشته است: «در حال حاضر تعداد ۵۵ هزار دانشجوی علوم پزشکی در کشور مشغول تحصیل هستند و حدود ۱۲۰ هزار نیروی پزشکی در کشور تربیت کرده‌ایم؛ با فارغ‌التحصیلی ۵۵ هزار دانشجوی فعلی نیز نیاز جامعه به رشته‌های پزشکی رفع خواهد شد؛ براساس بررسی‌های انجام شده در وزارت بهداشت از ۱۴۰۴ به بعد با تربیت مازاد نیروی انسانی در رشته‌های علوم پزشکی مواجه خواهیم بود، چرا که با توجه به آمار ۱۲۰ هزار نفری پزشکان کشور و همچنین ۵۵ هزار دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی در دانشگاه‌ها با نیروی مازاد پزشکی مواجه خواهیم شد؛ با این شرایط مردم اگر فکر می‌کنند برای تحصیل فرزندان خود در رشته پزشکی سرمایه‌گذاری کنند به این امید که فرزندان آنها در آینده تضمین شغلی داشته باشند کاملا دراشتباه هستند، چرا که با افزایش ظرفیت‌هایی که صورت گرفته و همچنین آمار ۵۵ هزار دانشجوی رشته پزشکی در کشور این چشم انداز اتفاق نخواهد افتاد، کما اینکه اکنون نیز ما با کمبود پزشک مواجه نیستیم.»[5]

۸۰ هزار میلیارد تومان هزینه دو برابر شدن ظرفیت پزشکی

«محمدرضا ظفرقندی» رئیس کل سازمان نظام پزشکی نیز با انتقاد از فضاسازی به منظور افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی اظهارداشت: «تصمیم‌گیری‌ها در حوزه سلامت بدون کار کارشناسی، عواقب خوبی برای مردم و جامعه ندارد و نگرانی اصلی ما، اُفت کیفیت خدماتی است که جامعه پزشکی ارائه می‌دهد؛ به گفته وی هزینه افزایش ظرفیت دانشجوی پزشکی، ۸۰ هزار میلیارد تومان برآورد شده که در شرایط فعلی عقلانی به نظر نمی‌رسد و اگر این قبیل تصمیم‌گیری‌ها بدون توجه به کیفیت خدمات باشد، می‌تواند سلامت مردم را تهدید کند.»

وی درخصوص کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم و کم برخوردار، خاطرنشان کرد: «مشکل ما توزیع نامناسب است و کمبود پزشک نداریم و باید برای مناطق محروم، تسهیلات و امکانات جذب نیروی پزشک متخصص فراهم شود.»

ظفرقندی افزود: «پیش‌بینی کرده‌ایم تا سال ۱۴۰۴ این کمبودها مرتفع شده و در برخی رشته‌ها، پزشک مازاد نیز خواهیم داشت.»

درآمد روزانه یک میلیون تومان را چه کسی قبول نمی‌کند؟

موضوع افزایش ظرفیت‌ها اما روی دیگری هم دارد، جایی که کارشناسان معتقدند اگرچه نیاز به پزشک در کشور مشهود است اما افزایش دو برابری بدون پیوست کارشناسی اثربخش نخواهد بود.

در همین رابطه، «امیرحسین رسولی» مسئول بسیج دانشگاه علوم پزشکی تهران به «کیهان» گفت: طبق آمار سرانه پزشک در ایران ۱۱ به ازای هر ۱۰ هزار نفر است، در حالی که در منطقه، کشوری همچون سوریه سرانه تعداد پزشکانش از ایران بالاتر است؛ چین کشوری با بیش از یک میلیارد جمعیت نیز سرانه تعداد پزشکانش از سرانه ایران بالاتر است؛ علاوه بر این سرانه تعداد پزشک متخصص در ایران پنج به ازای هر ۱۰ هزار نفر است.

رسولی افزود: اظهارات گذشته آقای دکتر حریرچی، قائم مقام وزیر بهداشت از دیگر دلایلی است که مهر تاییدی بر کم پزشکی است؛ آقای حریرچی عنوان کرده‌اند که برای رسیدن به اهدافمان در نظام سلامت و ارتقای سطح کیفی خدمات ارائه شده باید سرانه پزشکان افزایش پیدا کند چراکه با کمبود پزشک مواجه هستیم.

مسئول بسیج دانشگاه علوم پزشکی تهران با اشاره به اظهارات سایر مدیران نظام سلامت مبنی بر گلایه از کم پزشکی در کشور، اظهار داشت: رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان طی سخنرانی‌ای تصریح کرده‌اند که استان لرستان از کمبود پزشک به شدت رنج می‌برد؛ علاوه‌بر این رئیس دانشگاه علوم پزشکی زابل نیز در گذشته چنین اظهاراتی داشته‌اند و از کمبود پزشک گلایه کرده‌اند.

وی با تاکید بر اجرایی شدن پزشک خانواده طبق قانون، گفت: شرایط فعلی در حالی است که هنوز پزشک خانواده اجرایی نشده است و اگر بخواهیم طبق قانون پزشک خانواده را اجرا کنیم به تعداد خیلی بیشتری پزشک نیازمندیم.

رسولی همچنین با اشاره به اقدامات صورت گرفته توسط وزارت بهداشت برای اعزام پزشکان به مناطق محروم، یادآور شد: آقای قاضی‌زاده هاشمی در زمانی که وزیر بهداشت بودند در سال ۹۴ تصریح کردند که طبق جو ایجاد شده گمان می‌کردند که سرانه تعداد پزشکان کافی است اما وقتی فراخوان برای خدمت در مناطق محروم با دریافتی ماهیانه ۱۵ تا ۱۷ میلیون تومان گذاشتند، آن جامعه آماری که توقع داشتند مراجعه نکردند؛ چنین فراخوانی را نیز آقای طریقت منفرد وزیر اسبق بهداشت در سال ۹۱ به اجرا گذاشتند که آقای منفرد پس از اینکه مراجعه کنندگان کم بودند عنوان کردند که وجود پزشک بیکار توهمی بیش نیست و اتفاقا دچار کم پزشکی هستیم.

مسئول بسیج دانشگاه علوم پزشکی تهران در ادامه در پاسخ به این سؤال که «آیا امکانات ضعیف مناطق محروم دلیل محکمی مبنی بر اینکه پزشکان حاضر نیستند طرح خدمتی خود را در چنین مناطقی سپری کنند نیست؟»، گفت: نکته حائز اهمیتی که باید به آن اشاره کنم مدت زمانی است که پزشکان در مناطق محروم سپری می‌کنند؛ پزشکان مناطق محروم، ۱۵ روز خدمتی و ۱۵ روز مرخصی را در هر ماه سپری می‌کنند؛ یعنی اینکه هر پزشک منطقه محروم به ازای هر روز خدمتی حدود یک میلیون تومان دریافتی خواهد داشت؛ در شرایط اقتصادی فعلی می‌توانیم تصور کنیم که فردی حاضر نباشد چنین شرایط کاری و درآمدی را قبول کند؟؛ بنابراین اگر امروز فراخوان خدمت در مناطق محروم با استقبال روبه‌رو نمی‌شود دلیلش کم پزشکی در کشور است.

رسولی با اشاره به آمار پزشکان فعال و غیرفعال در کشور، افزود: طبق آماری که مدیران نظام سلامت ارائه می‌دهند در حال حاضر حدود ۱۰۰ هزار پزشک عمومی فعال داریم که این آمار براساس شماره‌های نظام پزشکی صادر شده است؛ این در حالی است که اگر پزشکی فوت یا بازنشسته شود شماره نظام پزشکی‌اش از سامانه حذف نمی‌شود و طبق بررسی‌ها در حال حاضر تنها ۴۲ هزار پزشک عمومی فعال داریم.

وی با انتقاد از طرح افزایش دو برابری ظرفیت پذیرش دانشگاه‌های علوم پزشکی، تصریح کرد: ما موافق ناگهانی افزایش دو برابری ظرفیت‌ها نیستیم، بلکه معتقدیم این افزایش باید به صورت تدریجی انجام شود؛ در کنار این باید به این نکته توجه کنیم که وزارت بهداشت در بازه زمانی سال‌های ۷۴ تا ۸۳ ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی را به میزان دو هزار و ۱۰۰ نفر کاهش داد، بنابراین افزایش تدریجی ظرفیت پذیرش رشته‌های علوم پزشکی نیاز کشور است.

اولویت تامین زیرساخت و اصلاح نظام سلامت بر افزایش ظرفیت

دکتر محمد اکبری، اقتصاددان سلامت نیز در گفت‌وگو با «کیهان» با تاکید بر اینکه در حال حاضر کمبود پزشک داریم، گفت: سرانه تعداد پزشکان در کشور منطبق بر استانداردهای بین‌المللی نیست و این مسئله مورد اذعان مدیران وزارت بهداشت نیز قرار گرفته است؛ اخیرا نیز آقای دکتر نمکی وزیر بهداشت نیز به مسئله کمبود پزشک پرداخته بودند و طی مصاحبه‌ای کمبود پزشک را تایید کرده بودند.

اکبری در پاسخ به این سؤال که «آیا راه‌حل کم پزشکی در ایران افزایش دو برابری ظرفیت پذیرش دانشگاه‌های علوم پزشکی است؟»، اظهار داشت: در حال حاضر تعداد پزشکان متناسب با جمعیت کشور نیست، از سویی کم‌پزشکی در مناطق محروم بیشتر دیده می‌شود، علاوه‌بر این، توزیع عادلانه پزشکان عمومی در سطح کشور به نسبت جامعه پزشکان متخصص بیشتر است همچنین سرانه پزشکان متخصص از سرانه پزشکان عمومی کمتر است؛ با این حال این سؤال مطرح است که اگر هم‌اکنون بتوانیم پنج‌هزار پزشک متخصص تربیت کنیم آیا آنها در مناطق مختلف کشور به صورت عادلانه توزیع می‌شوند و حاضر به خدمت هستند؟ پاسخ این سؤال روشن است، چراکه به دلیل زیر ساخت ضعیف در مناطق محروم پزشکان حاضر به خدمت‌رسانی نیستند.

این اقتصاددان سلامت با تاکید بر اینکه نمی‌توان مراحل توسعه‌یافتگی را بدون در نظر گرفتن تمامی جوانب سپری کرد، افزود: با مشاهده چنین شرایطی به این نتیجه می‌رسیم که اگر ظرفیت پزشکان را بدون توسعه زیرساخت‌ها افزایش دهیم عملاً پزشکی را تربیت کرده‌ایم که نمی‌توانیم از آن بهره ببریم؛ علاوه بر این پزشکی رشته‌ای با جایگاه اجتماعی بالا است، به این معنی که یک پزشک عمومی یا متخصص پس از سپری کردن چندین سال از عمر خود در دانشگاه و رسیدن به یک جایگاه علمی و اجتماعی بالا شاید حاضر باشد بیکار در خانه بنشیند اما در یک منطقه محروم و دور افتاده فعالیت نکند؛ بیان چنین مسئله‌ای به معنی درستی یا غلطی آن نیست اما باید به این نکات توجه کرد.

اکبری با بیان اینکه طرح افزایش دو برابری ظرفیت دانشگاه‌ها کارشناسی نشده است، ادامه داد: اینکه امروز کمبود پزشک داریم و وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی مسائل نظام سلامت باید به این مسئله توجه کند به جای خود، اما ارائه راه‌حل درست و کارشناسی شده با در نظر گرفتن تمامی جوانب هم باید به جای خود بررسی شود؛ در نظر بگیرید که اگر بتوانیم پزشکان مورد نیاز را جذب و تربیت کنیم اما آنها مجددا مانند شرایط فعلی در یک منطقه خاص تجمیع شوند، مناطق محروم کماکان محروم باقی می‌مانند و در مناطقی که تراکم پزشکان اتفاق می‌افتد دچار یک تقاضای القایی از سوی عرضه‌کننده خدمات می‌شویم. ایجاد تقاضای القایی از سوی عرضه‌کننده یعنی اگر امروز تعداد پزشکان در یک منطقه از ۲۰ به ۴۰ افزایش یافته، تعداد خدمات ارائه شده نیز باید افزایش پیدا کند بنابراین پزشکان برای خودشان از راه‌های مختلف تقاضاهای جدید ایجاد می‌کنند که متناسب با منافع بیمار نیست؛ به‌عنوان مثال ممکن است پزشکی برای اینکه مطبش خالی از بیمار نباشد دوره درمان بیماران را طولانی‌تر کند، با این شرایط ضرر نه تنها به بیمار بلکه به نظام سلامت و نظام بیمه‌ای وارد می‌شود.

به عقیده وی، برای حل مشکل کمبود پزشک در کشور ابتدا باید زیرساخت مورد نیاز ایجاد، سپس نظام سلامت اصلاح شود و پس از این موارد افزایش ظرفیت‌ها صورت پذیرد.

این اقتصاددان سلامت افزود: باید زیرساخت مناطق محروم را به‌گونه‌ای تامین کنیم که پزشکان حاضر شوند در آن مناطق فعالیت کنند، علاوه‌بر این احیا و نهادینه کردن نظام ارجاع، پزشک خانواده و نهادینه کردن راهنماهای بالینی از جمله اصلاحاتی است که باید در نظام سلامت انجام شود؛ اگر تعداد پزشکان افزایش پیدا کند اما نظام ارجاع، پزشک خانواده و راهنماهای بالینی نهادینه نشوند سبب افزایش هزینه‌ها می‌شود و شرایط را از شرایط فعلی وخیم‌تر خواهد کرد.بنابراین نباید به مسئله کمبود پزشک تک بعدی نگاه شود، بلکه باید به صورت یک بسته خدمتی چند بعدی مورد توجه قرار بگیرد تا در صورت اجرا اثرات مطلوبی را درپی داشته باشد؛ علاوه‌بر این در چنین اقدام‌هایی نباید دیدگاه سیاسی سبب شود تا تصمیم‌های گرفته شده به زیان جامعه تمام شود، تربیت پزشک و ایجاد زیر ساخت‌ها و اصلاح نظام سلامت زود بازده نیست بنابراین مدیران نظام سلامت باید با دیدگاهی متفاوت از دیدگاه سیاسی مسائل نظام سلامت را بررسی و تبیین کنند.

تعارض منافع عامل اصلی مشکلات نظام سلامت است

«داریوش چیوایی»، کارشناس حوزه سلامت نیز از دیگر افرادی است که تاکید بر کم پزشکی در کشور دارد.

چیوایی در گفت‌وگو با «کیهان» با بیان اینکه نظام سلامت نیاز به اصلاح دارد، گفت: یکی از مسائلی که در نظام سلامت باید برای آن چاره‌اندیشی شود کم پزشکی است.

این کارشناس حوزه سلامت با بیان اینکه علیرغم نهادینه کردن راهنماهای بالینی از جمله اصلاحاتی است که باید در نظام سلامت انجام شود؛ اگر تعداد پزشکان افزایش پیدا کند اما نظام ارجاع، پزشک خانواده و راهنماهای بالینی نهادینه نشوند سبب افزایش هزینه‌ها می‌شود و شرایط را از شرایط فعلی وخیم‌تر خواهد کرد.بنابراین نباید به مسئله کمبود پزشک تک بعدی نگاه شود، بلکه باید به صورت یک بسته خدمتی چند بعدی مورد توجه قرار بگیرد تا در صورت اجرا اثرات مطلوبی را درپی داشته باشد؛ علاوه‌بر این در چنین اقدام‌هایی نباید دیدگاه سیاسی سبب شود تا تصمیم‌های گرفته شده به زیان جامعه تمام شود، تربیت پزشک و ایجاد زیر ساخت‌ها و اصلاح نظام سلامت زود بازده نیست بنابراین مدیران نظام سلامت باید با دیدگاهی متفاوت از دیدگاه سیاسی مسائل نظام سلامت را بررسی و تبیین کنند.

«داریوش چیوایی»، کارشناس حوزه سلامت: اینکه سیاست‌گذار بخواهد تعیین ظرفیت کند غیرطبیعی است و حاکمیت نباید چنین اختیاراتی را به سیاست‌گذاران بدهد؛ این همان مسئله تعارض منافع است که باید از نظام سلامت حذف شود، امروز متأسفانه از قانون‌گذاران نظام سلامت که کمیسیون بهداشت و درمان مجلس است تا بدنه اجرایی (وزارت بهداشت) و نظارت (سازمان نظام پزشکی) و حتی داوری (پزشکی قانونی) همگی در اختیار پزشکان است، بنابراین این چرخه تماما پزشک هیچ زمانی به ضرر خودش اقدامی انجام نخواهد داد.

افزایش ظرفیت کارشناسی نشده به سرانجام طرح تحول دچار می‌شود

دکتر «محسن مصلحی»، دبیر شورای عالی نظام پزشکی نیز در گفت‌وگو با «کیهان» با انتقاد از طرح دوفوریتی افزایش ظرفیت‌های پزشکی، گفت: متأسفانه امروز این طرح به مانند سایر طرح‌ها دچار یک مشکل ریشه‌ای است آن هم بی‌اطلاعی کمیسیون مربوطه در مجلس شورای اسلامی است. چطور ممکن است از چنین طرح مهمی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس بی‌اطلاع باشد؟ همین اشکال بزرگ نشان می‌دهد طرح عنوان شده فاقد پیوست کارشناسی است، علاوه‌بر این وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی نظام سلامت مواضع خود را نسبت به این طرح اعلام کرده است.

مصلحی افزود: طرح افزایش دو برابری ظرفیت‌ها نباید حکایت طرح تحول سلامت شود که بدون نظارت کارشناسی در مجلس شورای اسلامی کلید خورد و عواقب جبران‌ناپذیری را در پی داشت.

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با بیان اینکه به جای پرداختن به چنین طرح‌هایی باید مشکلات فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی که به مشاغل دیگر مشغول هستند حل و فصل شود، ادامه داد: امروزه متأسفانه فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی حاضر نیستند در هر منطقه‌ای فعالیت کنند بنابراین عقل حکم می‌کند به جای سرمایه‌گذاری برای جذب دانشجوی بیشتر سرمایه‌گذاری برای رفع موانع خدمت دانشجویان فعلی در مناطق مختلف کشور انجام شود.

وی با تاکید بر اهمیت کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت، اظهارداشت: اگر فرض کنیم کیفیت خدمات ارائه شده در شرایط فعلی درجه ۲ باشد، چطور می‌توانیم با افزایش ظرفیت‌ها این کیفیت را به درجه ۱ برسانیم؟ این دو مسئله مکمل هم نیستند و چه بسا افزایش ظرفیت‌ها اثر سوء بر کیفیت خدمات داشته باشد.

مصلحی با گلایه از امکانات دانشگاه‌های علوم پزشکی، گفت: هم اکنون دانشگاه‌های علوم پزشکی از کمبود امکانات رنج می‌برند و از سوی دیگر برخی از مقاطع تخصص و فوق تخصص داوطلب ندارد، به این منظور که برخی رشته‌ها به دلیل طولانی بودن دوره آموزشی و سختی کار داوطلب ندارد؛ بنابراین طرح‌هایی برای افزایش دو برابری پذیرش رشته‌های علوم پزشکی ضربه مهلکی به آموزش نظام سلامت و جامعه و اعتبار جامعه پزشکی که متأسفانه رو به کاهش است، وارد خواهد کرد.

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با ارائه آماری از دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی، افزود: در حال حاضر حدود ۱۱ هزار دانشجوی داروسازی، ۵۰ هزار دانشجوی پرستاری، ۹ هزار دانشجوی مامایی و ۱۴ هزار دانشجوی دندان پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی مشغول به تحصیل هستند؛ در ۱۰ سال گذشته نیز ظرفیت رشته‌های پزشکی حدود ۷۵ درصد، دندان پزشکی ۲۷ درصد، داروسازی ۵۰ درصد، پرستاری ۱۳۷ درصد و مامایی حدود ۱۴ درصد افزایش پیدا کرده‌اند.

دکتر «محسن مصلحی»، دبیر شورای عالی نظام پزشکی: طرح افزایش دو برابری ظرفیت‌ها نباید حکایت طرح تحول سلامت شود که بدون نظارت کارشناسی در مجلس شورای اسلامی کلید خورد و عواقب جبران‌ناپذیری را در پی داشت؛ امروزه متأسفانه فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی حاضر نیستند در هر منطقه‌ای فعالیت کنند بنابراین عقل حکم می‌کند به جای سرمایه‌گذاری برای جذب دانشجوی بیشتر سرمایه‌گذاری برای رفع موانع خدمت دانشجویان فعلی در مناطق مختلف کشور انجام شود.

وی در پاسخ به این سؤال که «چرا با وجود افزایش ۱۳۷ درصدی پذیرش رشته پرستاری و ۷۵ درصدی رشته پزشکی، امروز مباحثی چون کمبود نیروی پرستار و کم پزشکی مطرح است؟، بیان کرد: زمانی که یک مسئله همه‌جانبه دیده نمی‌شود چنین مشکلاتی بروز می‌کند. امروز متأسفانه افراد بدون در نظر گرفتن علایق شخصی وارد رشته‌های مختلف می‌شوند، پس از این زمانی که فارغ‌التحصیل می‌شوند و با سختی‌های کار روبه‌رو می‌شوند بخشی از آنها ماندگارند، بخشی مهاجرت می‌کنند و بخشی هم به مشاغل دیگر می‌پردازند، در نتیجه اتلاف هزینه صورت گرفته و با توجه به میزان پذیرش صورت گرفته نیروی آماده به کار وجود نخواهد داشت. متأسفانه امروز میزان مهاجرات پزشکان عمومی به نسبت برخی رشته‌های دیگر در حال افزایش است و این دسته از پزشکان تمامی مشکلات زندگی در غربت را به جان می‌خرند اما حاضر به خدمت در مناطق محروم نیستند؛ بنابراین مشاهده می‌کنیم که پیش از پرداختن به مسئله افزایش ظرفیت‌ها باید مشکلات کنونی فارغ‌التحصیلان برای خدمت رسانی مرتفع شود.

چه باید کرد؟

در پایان باید گفت وجه مشترک نظرهای موافقان و مخالفان طرح دوفوریتی افزایش دو برابری ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی، توجه به زیرساخت و اصلاح نظام سلامت پیش از افزایش ظرفیت‌ها است؛ کارشناسان معتقدند طرح عنوان شده فاقد پیوست کارشناسی شده است و همین مسئله می‌تواند سرنوشت آن را به سرنوشت مشابه طرح تحول نظام سلامت دچار کند، طرحی که بدون تصویب در مجلس و بدون پیوست‌های کارشناسی در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به اجرا در آمد.

با این حال اینکه امروز کشور در برخی مناطق از کمبود پزشک رنج می‌برد مشهود است و به نظر می‌رسد با تامین زیرساخت کافی و افزایش سهمیه‌های بومی، بتوان پزشک مورد نیاز در آن مناطق را تامین کرد.

نکته حائز اهمیت دیگر اجرایی شدن پزشک خانواده است که بیش از ۲۰ سال پیش طبق قانون باید اجرا می‌شد اما هنوز به اجرا درنیامده است، به نظر می‌رسد با اجرایی شدن چنین طرحی می‌توان به جامعه آماری کامل‌تری از میزان پزشک موجود، فعال و بیکار رسید تا اگر نیاز به افزایش ظرفیت است این مهم صورت پذیرد.

آنچه که بیش از همه حائز اهمیت است، جان مردم است و اگر قرار باشد طرحی بدون پیوست کارشناسی و نظارت و زیرساخت مورد نیاز به اجرا درآید و به جان و مال مردم لطمه بزند همان بهتر که اجرایی نشود.

۱.«سرانه پزشک» در ایران کمتر از کشورهای جنگ‌زده سوریه و فلسطین!. خبرگزاری تسنیم.خرداد ۹۸. ۲۰۳۶۲۶۶/tn.ai
۲.بحران کمبود پزشک در