



### علت اصلی کمبود پزشکان متخصص در مناطق مختلف کشور را در چه می‌دانید؟

علت اصلی توزیع نامناسب و نامتناسب نیروی انسانی است. در حالی که ما بالغ بر هزار دستیار رشته تخصصی داریم که مشغول تحصیل هستند و بیش از ۴ هزار نفر نیز در همین موضوع فارغ‌التحصیل شده‌اند، توزیع درستی انجام نمی‌شود و در نتیجه کشور از نیروهای متخصص بی‌بهره می‌ماند. این اعداد را به طور مثال برای یک حوزه عرض کردم. مسأله این است گاهی که دقت می‌کنیم و می‌بینیم مشغول به تحصیل و فارغ‌التحصیلان یک رشته عدد قابل توجهی هستند، اما به دلیل فقدان مدیر پیت صحیح، به طور متوازن توزیع نشده‌اند. خود مسأله اعلام نیاز نیز بعضاً به صورت کارشناسی اعلام نمی‌شود، اگر توزیع انسانی بر اساس سطح‌بندی خدمات باشد بسیار واقعی‌تر خواهد بود؛ اما مسأله این است که ما نه در توزیع تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی استانداردها را رعایت می‌کنیم، نه در بررسی نیازها، در برخی نقاط احساس کاذب کمبود پزشک داریم. توزیع نیروی انسانی اشتباه است، قبول؛ اما این نیازهای کاذب می‌تواند برنامه‌ریزی‌های ما را با مشکلات جدی‌تر مواجه کند.

### پزشکی نامه‌ای به رییس جمهور نوشتید و در آن خواستار توقف طرح افزایش ظرفیت پزشکی در شورایعالی انقلاب فرهنگی شدید. چرا تا بجویان پزشکی را افزایش داد؟

رح بود، من به شخصه با موضوع افزایش ظرفیت مخالف شناسی و بی‌منطق بالا می‌برد. همان طور که در این نامه قلاب از ۱۳ به ۶۵ دانشکده افزایش یافته و از سال ۱۳۹۲ شته است. در حال حاضر نیز ۵۳ هزار دانشجوی پزشکی شک به جمعیت حدود ۱۹ نفر به ۱۰ هزار نفر خواهد بود ت. بنابراین افزایش ظرفیت خارج از برنامه جامع وزارت بیشتر مردم به خدمات نخواهد بود بلکه باعث مشکلات

دغدغه دیگر همان موضوعی است که در ابتدای گفت‌وگو

نیز به آن اشاره کردم. به هر حال از جایی به بعد، از میزان ظرفیتی به بالاتر معلوم است که مشکل پیدا می‌کنیم. دقت کنید آموزش دانشجویان در رشته‌های پزشکی متفاوت از سایر رشته‌های دانشگاهی؛ بخصوص علوم انسانی است. شما وقتی می‌خواهید نیروی پزشکی یا نیروی پیرا پزشکی را تربیت کنید باید از آزمایشگاه، سالن تشریح، مراکز نمونه‌گیری و بسیاری از کارهای بالینی را در آزمایشگاه برای آنها انجام دهید، آیا ما به میزانی که اصرار داریم دانشجوی افزایش دهیم، این امکانات را در اختیار داریم؟ افزایش بی‌ملاحظه ظرفیت پزشکی به طور حتم باعث می‌شود ما تعدادی پزشک داشته باشیم که در دوران آموزش خود حتی نوبت پیدا نکرده‌اند که از آزمایشگاه به درستی استفاده کنند، وقتی زیرساخت مهیا نیست پس چرا اصرار می‌کنیم برای حل این مسأله که راه‌حل آن توزیع متوازن است فقط ظرفیت را بالا ببریم. علاوه بر این خیل عظیم بیکارانی که در حوزه پزشکی دیده می‌شود ناشی از همین بی‌دقتی در نحوه پذیرش دانشجوی پزشکی است.

### درآمد بیشتر و خستگی کمتر

در شرایط کنونی، میزان پرداخت به عمده پزشکان جوان عمومی و متخصص فارغ‌التحصیل به نسبت خرج روزگار مناسب نیست. برای مثال، درآمد یک پزشک در درمانگاه شبانه‌روزی خصوصی در شهرستان‌ها برای ۲۴ ساعت شیفت به ندرت به یک میلیون تومان می‌رسد که این درآمد هم در پایان ماه و کسورات مالیاتی عاید پزشک می‌شود. اما یک پزشک که تزریقات زیبایی انجام می‌دهد، می‌تواند با تعدادی تزریق ژل و بوتاکس در مدت زمان کمتری همان درآمد را داشته باشد. اوضاع پر داختی برای پزشکان جوان طرحی و شاغل در اورژانس و مراکز بهداشتی شهری و روستایی هم، چندان راضی‌کننده نیست. بیتوجه‌های شبانه‌روزی، درگیری انواع و اقسام بیماری‌ها، سامانه‌های متعدد ثبت بیمار و نسخه‌ها و مانند آن دلیلی می‌شود تا این پزشکان عمومی نیز به سمت امور زیبایی سوق پیدا کنند. پزشکان جوان پس از فارغ‌التحصیلی به سرعت دنبال شرکت در یک دوره آموزشی زیبایی هستند؛ آموزش‌هایی که بعضاً گواهی‌های شان بی اعتبار است و تنها هدف مهارت‌آموزی دارند. پول و درآمد کافی یکی از دلایل سوق پزشکان به سمت رشته‌های تخصصی است. رشته‌هایی مانند پوست، چشم، رادیولوژی و ارتوپدی خواهان فراوان دارند، چون به احتمال زیاد خروجی مالی مناسبی برای تخصصی دارد که چهار سال از عمرش را باید در دستپاری بگذراند و حداقل دو سال نیز در شرایط سخت مناطق دورافتاده به درمان مشغول شود. ظرفیت پذیرش دستیار جراحی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در مهرماه سال ۱۴۰۰، ۱۰ نفر بود که فقط هفت نفر برای این رشته ثبت‌نام کردند، کمتر از یک سال بعد، چهار نفر از آنها انصراف دادند و حالا فقط سه نفر دانشجوی دستپاری رشته جراحی عمومی در این دانشگاه مشغول به تحصیل هستند. به گفته رییس سازمان نظام پزشکی تخصص جراحی قلب در سال ۱۴۰۱ تنها ۱۸ نفر ظرفیت داشت، اما هیچکس متقاضی نشد و در کل کشور فقط دو متقاضی جراحی اطفال دارد؛ موضوعی که از نگاه همایون سامه‌یج، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس از یک‌سوسو به واسطه سختی گذراندن دوره طرح رشته‌های پزشکی و از سوی دیگر به دلیل کم بودن درآمد پزشکان در برخی رشته‌هاست. وی مانند بسیاری دیگر از منتقدان طرح افزایش ظرفیت آموزش پزشکی معتقد است با این افزایش ظرفیت‌صندلی‌های خالی تخصص پر نشده و مشکل مناطق محروم هم حل نمی‌شود. علی‌وفاق نعمت‌الهی، عضو هیأت علمی طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در گفت‌وگو با آنیه‌نو می‌گوید: «دانشجویان اکنون سعی می‌کنند به خارج از کشور بروند؛ زیرا می‌بینند چهار سال درس خواندن برای تخصص به دردسرش نمی‌آرزد. در این چهار سال وارد کارهای زیبایی و پوست می‌شوند و درآمد بیشتری هم دارند و نتیجه این است که به‌زودی مطمئناً کمبود متخصص را در اکثر رشته‌ها

### پس شما صدرد صد مخالف افزایش ظرفیت پزشکی هستید؟

خیر. به هیچ‌وجه! من معتقدم می‌توان بسا یک برنامه‌ریزی دقیق افزایش ظرفیت پزشکی را دنبال کرد، اما باید دقت کرد تأمین کادر پزشکی مورد نیاز برای رفع استان‌های محروم امری است که مستلزم کار کارشناسی دقیق است. علت مخالفت ما با طرح شورایعالی انقلاب فرهنگی این بود که این طرح کمی شتاب‌زده تهیه شده بود. اینکه همین فردا تصمیم بگیریم ۱۰ یا ۲۰ هزار نفر ظرفیت را زیاد کنیم، مشکلی را حل نمی‌کند که هیچ، مشکلاتی که بر آن تأکید کردم را نیز اضافه می‌کند. من معتقدم می‌توانیم میزان ظرفیت دانشجویان پزشکی را با امکانات فعلی افزایش دهیم، اما این میزان باید با کارشناسی و دقیق باشد. به همین دلیل هم بود که رییس‌جمهور دستور داد کار گروهی تشکیل و کار کارشناسی دقیق با توجه به نیازها بررسی شود. اگر هدف ما رفع مشکل مناطق محروم است، نباید ساختار جامعه پزشکی را برهم بزنیم. من تأکید می‌کنم قطعاً بخشی از راه‌حل ما افزایش دانشجویان

### برخی می‌گویند برای اینکه بتوانیم برای مناطق محروم پزشک متخصص داشته باشیم باید طرح‌هایی را در راستای جذب نیرو با اخذ تعهد خدمت در این مناطق پیاده‌سازی کنیم. نظر شما در این رابطه چیست؟

خب می‌توانیم در رابطه با این موضوع هم کار کارشناسی انجام دهیم. من مخالف این روش‌ها نیستم. می‌توان در کنکورها برای این موضوع برنامه‌ریزی کرد و انجام داد. صحبت من این است که تصمیمی باید با کار کارشناسی دقیق اجرایی شود.

### بنابراین با توجه به زیرساخت‌های فعلی امکان افزایش تعداد دانشجویان پزشکی وجود ندارد؟

نمی‌گویم امکانات فعلی کافی نیست، ما با امکانات فعلی باز هم می‌توانیم میزان بیشتری دانشجوی پزشکی داشته باشیم. من قبول دارم که در حال حاضر پزشک عمومی ما در کشور کم است و شاخص نسبت پزشک عمومی به نسبت جمعیت از بسیاری از کشورهای منطقه عقب‌تر است، اما مسأله این است وقتی به یکباره طرح‌های بدون کارشناسی مانند آنچه در شورایعالی انقلاب فرهنگی مطرح شده بود در دستور کار قرار می‌گیرد لازم است ما ظرفیت زیرساخت آموزشی را یادآوری کرده و هشدار دهیم.



### دوران دشوار دستپاری

انصراف دسته‌جمعی دستپاریان رشته‌های مختلف اکنون به رویه‌ای معمول تبدیل شده‌است. برای نمونه سال گذشته تحصیلی، رزیدنت‌های رشته زنان در یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه تهران به صورت دسته‌جمعی انصراف دادند. آنها در متن انصراف خود می‌نویسند: «ما رزیدنت‌های سسال اول رشته زنان به علت فشارهای روحی و روانی و جسمی بیش از حد و تهدیدها و توهین‌های مکرر و برخورد فیزیکی از طرف رزیدنت سال دوم و عدم توجه به کوچکترین درخواست‌های مطابق با نیازهای اولیه انسانی و عدم توجه به مسائل آموزشی از طرف رزیدنت سال دوم، بیمارستان را به‌طور دسته‌جمعی ترک کرده و تا برآورده شدن خواسته‌های مان به هیچ عنوان به آن بیمارستان باز نخواهیم گشت.» نبود چارچوب‌های اخلاقی در فضای بعضی رشته‌های دستپاری ناشی از فشار سنگین کاری است. در عمده بیمارستان‌های آموزشی حمایت خاصی بخصوص از رزیدنت‌های سال اول صورت نمی‌گیرد و حمایت نکردن اساتید از دستپاریانی که مورد توهین قرار می‌گیرند، اوضاع را بغرنج‌تر می‌کند. در رشته زنان و رشته‌های دیگر نمونه‌هایی وجود دارد که دستپاریان سال اول نباید از آسانسور استفاده کنند. آنان باید از پله استفاده کنند. یا نمونه‌ای دیگر در بعضی بیمارستان‌های آموزشی که به صورت قابلمه‌ای ناهار و شام را برای دستپاریان می‌آورند، ابتدا باید سال بالایی‌ها بخورند و هرچه می‌ماند سهم سال اولی‌هاست. جریان اقتصادی که در دوران رزیدنتی وجود دارد، یکی از تحقیرگونه‌ترین اعطای حق و حقوق مالی است. در قانون، حقوق رزیدنتی را کمک‌هزینه تحصیلی قید کرده‌اند. کمک‌هزینه در واقع به دانشجویی اعطای می‌شود که ساعت مشخصی از درس و کلاس و کشیک دارد اما رزیدنت‌ها و این ترن‌ها که به عنوان دانشجوی شناخته می‌شوند به عنوان



پزشکی است، اما با حساب و کتاب و کار کارشناسی. اول باید زیرساخت‌ها را افزایش دهیم، اساتید کافی داشته باشیم. زیرساخت‌های فیزیکی را آماده کنیم، امکانات داشته باشیم و بعد هم دانشجویان پزشکی را افزایش دهیم. یکی از راه‌ها برای اینکه بتوانیم پزشکان متخصص بیشتری به مناطق محروم بفرستیم همین است. اصلاً می‌توانیم پزشکان عمومی بیشتری هم در کشور داشته باشیم، به شرط آنکه آموزش عمومی آنها را زیر سؤال نبریم. من با پوست و گوشت خودم کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم را حس می‌کنم. در زاهدان جراح قلب داریم و مردم برای یک جراحی قلب ساده باید راهی تهران شوند، صحبت من این است که هر تصمیمی برای رفع این مشکل باید در ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد تا برای یک مسأله که با آن درگیر هستیم صورت مسأله اشتباهی را ترسیم نکنیم.

### پیشنهاد شما برای اینکه بتوانیم نیاز نیروهای متخصص را در مناطق محروم تأمین کنیم چیست؟

یک راه‌حل کلی همان افزایش ظرفیت نیروی پزشکی است، اما این راه‌حل زمانبر است. ما ابتدا باید زیرساخت نیروی آموزشی را تأمین کنیم تا بعد بتوانیم ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی را بالا ببریم. در شرایط فعلی ما متأسفانه با مهاجرت پزشکان نیز روبه‌رو هستیم. من در این رابطه به‌رهر معظم انقلاب اسلامی نیز نامه‌ای نوشتم و در این رابطه به ایشان عرض کردم که موج جدیدی از مهاجرت پزشکان متخصص و در کنار آن پزشکان عمومی وجود دارد. پزشکان متخصصی که می‌توانند سرمایه‌های آموزشی ما باشند در اثر شرایط مختلف در حال مهاجرت هستند. بنابراین ما هم باید کادر آموزش را تقویت کنیم هم بتوانیم زیرساخت‌های آموزش را تجهیز کنیم تا از طریق آن بتوانیم دانشجویان پزشکی بیشتری را در اختیار داشته باشیم. همان‌طور که تأکید کردم این راه‌حل زمان‌بر است و راه‌حل‌های دیگر برای کوتاه‌مدت باید مدنظر قرار بگیرد؛ موضوعاتی در حوزه کارانه پزشکان، طرح‌های ضمن خدمت یا گرفتن تعهد از بعضی از دانشجویان در آغاز تحصیل، می‌تواند راهکارهایی برای این موضوع باشد. علاوه بر اینکه باید توزیع متوازن را از طریق یک سیستم یکپارچه دنبال کنیم. باید بتوانیم نیروهای متخصص بومی را به مناطق خودشان بازگردانیم. این مسائل بعضاً از طریق راهکارهای اقتصادی – حمایتی قابل اجراست. از این نظر باید بتوانیم هم نیروی متخصص تربیت کنیم و هم آن را به صورت متوازن توزیع کنیم. در سال ۹۲ قانون پزشکان تعهدی تصویب شده تاملش کمبود پزشک مناطق محروم را بتوان با تربیت پزشکانی از همان مناطق جبران کرد. یک مسأله دیگر این است که باید موضوعات آموزش پزشکی به صورت انحصاری در کمیسیون بهداشت دنبال شود، ما پیشنهادهای مختلفی در این زمینه داریم، اما به هر حال این موضوع از کمیسیون آموزش پیگیری می‌شود.

نیروی کاری بدون محدودیت ساعت کاری استفاده می‌شوند. دی‌ماه سال ۹۸ دبیر شورای صنفی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در خصوص خودکشی یکی از دستپاریان ارتوپدی می‌گوید: «یکی از دلایل اصلی این خودکشی فشار کاری بالا و کشیک‌های سنگین و طولانی‌مدت بوده است. همچنین روابط تحقیرآمیز در بخش‌های بیمارستانی، دست‌سزد کم و تأخیر در پرداخت کارانه‌ها از جمله مشکلات دیگر دستپاریان است که اعتراضات زیادی را از سوی دانشجویان در پی داشته و متأسفانه گوش شنوایی برای آن وجود ندارد.» شیفت‌های سنگین دوره دستپاری یکی از مواردی است که علاوه بر جان پزشک جان بیمار را هم به خطر می‌اندازد. یک کارآزمایی بالینی در سال ۲۰۰۴ در آمریکا اجرا شد و طی آن گروه‌های دستپاریان با ساعات کار متفاوت از جهت میزان خطا مورد بررسی قرار گرفتند. نتیجه نشان داد ساعت کار به‌طور معناداری از میزان خطاهای می‌کاهد. این بررسی‌ها که در سال ۲۰۰۹ انجام شد، نشان داد ۵ تا ۳۶ درصد خطاهای پزشکی در مراکز مختلف به‌دلیل خستگی پزشکان رخ می‌دهد. مطالعه‌ای برای بررسی سطح آموزش و میزان کار دستپاریان نشان داد که میزان به‌خواب رفتن دستپاریان در کلاس درس با افزایش شیفت در طول یک ماه به‌طور معناداری افزایش می‌یابد. در مطالعه جالب دیگری نشان داده شد که بیدار ماندن بیش از ۱۶ ساعت متوالی، عملکرد شناختی فرد را به اندازه مصرف الکل در حد غلظت خونی ۰٫۰۵ تا ۰٫۱۰ درصد مختل می‌کند. این در حالی است که دستپاریان ایرانی در صورت خوش‌شانس بودن و نخوردن کشیک اضافه تنبیهی حداقل در سال اول تحصیلی باید ۱۵ شیفت ۳۰ ساعته را بگذرانند.

### آزمون پر حاشیه دستپاری

بر فرض اینکه یک پزشک عمومی ریسک ورود به دوره تخصص را قبول کند با سد محکمی به اسم آزمون دستپاری روبه‌رو است؛ آزمونی که از سال‌های قبل شائبه فساد و فروش سؤال در آن وجود دارد. بازار گرمی دلان مدعی که سؤالات یا مشابه آنها را در اختیار داوطلبان قرار می‌دهند در گروه‌های مختلف دیده می‌شود. از سال ۸۲ قیمت‌های فروش سؤالات آزمون دستپاری یا شبه‌سؤالات، تورم عجیبی پیدا کرده است. عدد ۸ میلیون و ۱۳ میلیون تومان در نمونه آزمون‌های اوایل دهه ۸۰ در حال حاضر به ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلیون هم می‌رسد. سهمیه‌های رنگارنگ حس رقابت را نابود می‌کند و تعهدهای سنگین برای عدم انصراف پس از قبولی هراس همیشگی رزیدنت است.