

یادداشت
O P I N I O N



دکتر محمد باقر ضیا

رئیس انجمن داروسازان ایران

ساختار داروسازی کشور نیازمند تغییر است

داروسازان ایرانی از مشکلات متعددی رنج می‌برند. با ساختار فعلی داروسازی کشور، نمی‌توان به رفع چالش‌های حرفه داروسازی امیدوار بود و این ساختار قطعاً نیازمند تغییر است.

در نظر بگیرید که هم‌اکنون حدود ۵۰ تا ۵۵ درصد گردش مالی داروخانه‌ها در اختیار بخش دولتی است که سهم بالایی است و بقای داروخانه‌های خصوصی را با تهدید مواجه می‌کند. گردش مالی برخی داروخانه‌های دولتی و شبه‌دولتی، بیش از ۵۰۰ برابر برخی داروخانه‌های خصوصی است.

بیش از ۱۲ هزار داروخانه خصوصی باید از گردش مالی حدود ۴۵ درصدی در صنعت داروسازی بهره‌مند شوند و با بخش قدرتمند دولتی رقابت کنند که این شرایط و ساختار ناعادلانه باید تغییر پیدا کند و ما خواستار این تغییر هستیم. از سوی دیگر، باید در نظر داشت که کیفیت تولید داروهای ساخت داخل، در سطح جهانی است و امکان صادرات دارو به سایر کشورهای جهان را نیز داریم. واقعیت این است که ما دانش فنی و علمی برای ساخت سه درصد داروی وارداتی را که در داخل تولید نمی‌شود به‌طور دقیق محاسبه‌شده. همچنین بعد از تربیت پزشکان هم باید در نظر داشته باشیم که این پزشکان قرار است در نهایت مشغول به کار شوند، به همین دلیل باید از قبل ظرفیت پذیرش این پزشکان را در محیط کار پیش‌بینی کنیم». همچنین او تأکید می‌کند: «قبل از افزایش ظرفیت پزشکی باید نظام سلامت ارزیابی و بازتعریف شود، یعنی باید در ابتدا سیستم سطح‌بندی خدمات درمانی، نظام ارجاع و پزشک خانواده را اجرایی کنیم که یکی از الزامات پیاده‌سازی این سیستم، بحث نیروی انسانی است، بنابراین الان نمی‌توان با صراحت گفت که کشور ما به افزایش ظرفیت پزشکی نیاز دارد. یا خیر، بلکه باید ابتدا نظام سلامت با محوریت نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده بازتعریف شود و سپس مطابق با نیازهای این بازتعریف، نیروی انسانی جذب کنیم.»

فضائی با اشاره به ضرورت بازتعریف نظام سلامت، قبل از افزایش ظرفیت پزشکی، تصریح می‌کند: «در صورتی که نظام سلامت را براساس سیستم نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات درمانی و برنامه پزشک خانواده، بازتعریف کردیم، در آن صورت نیاز است که آموزش پزشکی نیز در همین راستا اصلاح شود. در این صورت اصلاح‌شده نیاز نباشد که در سیستم جدید، مثلاً هفت سال برای تربیت پزشک عمومی وقت بگذاریم. در صورت بازتعریف نظام سلامت براساس نیازسنجی، شاید به پزشکی نیاز داشته باشیم که مثلاً فقط سه سال تحصیل کرده باشد.»

او خاطرنشان می‌کند: «مثلاً تربیت پزشکان پابره‌نه» که در کشور چین در دهه ۱۹۷۰ میلادی، یک نمونه تاریخی است که این گروه از افراد، تحصیلاتی در سطح مقطع ابتدایی داشتند، اما تأثیر زیادی در ارتقای سلامت جامعه بر جای گذاشتند. حتی شبکه بهداشت و درمان کشور خودمان در دهه ۶۰ شمسی نیز یک نمونه موفق است که به‌پوزان بامدرک سیکل، تأثیر زیادی در کاهش آمار مرگ در جامعه داشتند. به همین دلایل باید توجه کرد که تا وقتی نظام سلامت، بازتعریف نشود، نمی‌توانیم بگوییم به افزایش تعداد پزشکان نیاز داریم یا خیر.»

مستولان داروخانه‌ها نتوانند به دلیل کمبود نقدینگی، تعهدات مالی خود را پرداخت کنند، همچنین تأخیر طولانی در پرداخت مطالبات قانونی داروخانه‌ها تداوم داشته باشد، قطعاً مشکلات داروسازان و داروخانه‌های کشور، تشدید خواهد شد و چنین وضعیتی به نفع نظام سلامت نخواهد بود.



یک گام در راه تحقق توزیع عادلانه پزشکان در کشور

طرح افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی در مجلس با موافقت‌ها و مخالفت‌های شدیدی مواجه شده است

گزارش

برای صدها هزار کنکوری رشته تجربی که آرزوی پزشک شدن را در سر می‌پروراند، تصویب دوفوریت طرح افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی در مجلس، خبر خوشی است که می‌تواند مسیر تحقق رویای آن‌ها را تسهیل کند. البته این طرح هنوز به تصویب نهایی مجلس و شورای نگهبان نرسیده و به نظر می‌رسد با موافقت‌ها و مخالفت‌های شدیدی که وجود دارد، راه زیادی تا به سرانجام رسیدن خواهد داشت. امسال حدود ۶۳۷ هزار نفر در کنکور رشته تجربی شرکت کردند، در حالی که کل ظرفیت پزشکی کنکور ۹۸۰ در سه رشته برطرف‌شده پزشکی، دندان پزشکی و داروسازی، حدود هشت هزار و ۷۰۰ نفر در دانشگاه‌های دولتی و حدود ۸۰۰ نفر در دانشگاه آزاد اسلامی است. بین این خیل عظیم کنکوری‌های رشته برطرف‌شده تجربی، امسال فقط سه هزار و ۶۴۳ نفر به عنوان دانشجوی رشته پزشکی در دانشگاه‌های دولتی روزانه پذیرفته می‌شوند. سازمان سنجش می‌گوید در کنکور امسال، ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی در دانشگاه‌های دولتی روزانه به نسبت سال قبل، حدود ۷۹ نفر افزایش یافته است، اما منتقدان معتقدند که با این شکل از افزایش قطره چکانی ظرفیت پذیرش رشته پزشکی، نمی‌توان مشکلات کمبود پزشک در مناطق مختلف کشور را حل کرد. در این میان البته برخی کارشناسان هم اجرای نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده را بستر ساز بهبود دسترسی آحاد جامعه به خدمات سلامت و توزیع متناسب خدمات در همه نقاط کشور می‌دانند.



فوق تخصص داریم، اما توزیع آن‌ها در کشور عادلانه نیست، بنابراین باید برای مناطق محروم، امکانات و سسرانه ویژه ایجاد شود و حتی از ظرفیت بومی استفاده کنیم، اما اکنون تنها ۳۰ درصد از ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، بومی است.» عمده مخالفان این طرح تأکید دارند که در صورت افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، کیفیت درمان نیز افت پیدا می‌کند و مشکلات مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز چندین برابر می‌شود.

رفع کمبود پزشک در مناطق محروم، دغدغه موافقان طرح

اگر موافقان طرح افزایش دوبرابری ظرفیت جذب دانشجویان پزشکی بتوانند حرف‌شان را در مجلس و شورای نگهبان به کرسی بنشانند، آن وقت باید انتظار داشت که در کنکور سال ۹۹، شاهد افزایش چشمگیر تعداد دانشجویان پزشکی خواهیم بود. حمایت میرزاده، سخنگوی کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس، از جمله موافقان افزایش دوبرابری ظرفیت دانشجویان پزشکی است که معتقد است، برخلاف اظهارات متولیان نظام سلامت، کمبود پزشک به‌خصوص در مناطق محروم به‌شکل جدی وجود دارد. در برخی روستاهای کشور، هیچ پزشک متخصصی وجود ندارد و حتی پزشک عمومی هم خیلی اوقات به‌صورت ماهانه به بسیاری از روستاهای مناطق محروم کشور سرکنی می‌کند که این شرایط اصلاً زیبنده کشور نیست. او تأکید می‌کند: «طی ۳۰ سال گذشته، تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پنج برابر شده، اما تعداد دانشجویان پزشکی چنین افزایشی نداشته است. همچنین باید در نظر داشت که به‌طور کلی نباید صرفاً وزارت بهداشت، متولی افزایش ظرفیت پزشکان باشد، زیرا این وزارتخانه در حوزه پزشکی، انتفاع دارد، بنابراین نباید تنها مرجع تصمیم‌گیرنده در حوزه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی باشد.» علیرضا سلیمی، عضو هیئت‌رئیس کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس نیز تصریح می‌کند: «افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش پزشکی، قطعاً به نفع نظام سلامت خواهد بود و مشکل کمبود پزشک در مناطق محروم را نیز تا حد زیادی مرتفع خواهد کرد. البته باید در نظر داشت که این افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش پزشکی باید با هدف حل مشکل کمبود پزشک در

استدلال مخالفان: کمبود پزشک نداریم، سیستم توزیع مشکل دارد

عمده موافقان افزایش ظرفیت رشته پزشکی، نمایندگان مجلس هستند که برخی از آن‌ها اعتقاد دارند اگر ظرفیت پذیرش رشته پزشکی، دوبرابر شود، این اتفاق هم به کمبود پزشک در مناطق محروم خاتمه می‌دهد و هم موجب شکسته‌شدن انحصار پزشکان می‌شود. در مقابل، سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت را باید مخالف سرسخت افزایش دوبرابری جذب دانشجویان پزشکی دانست. به اعتقاد آن‌ها، افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، تأثیری در رفع مشکل کمبود پزشک در مناطق محروم ندارد و فقط مشکلات را تشدید می‌کند. چند روز قبل، سعید نمکی، وزیر بهداشت نیز به صراحت اعلام کرد: «به عنوان وزیر بهداشت، به دوستان خودم در مجلس، به‌ویژه کمیسیون بهداشت و درمان اخطار می‌دهم که طرح افزایش دوبرابری ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، به جز افزایش جمعیت پزشکان بیکار، حاصل دیگری نخواهد داشت.» نمکی بر این باور است که مادر کشورمان مشکلی به اسم کمبود پزشک ندارد، بلکه سیستم توزیع پزشکان در مناطق مختلف کشور مشکل دارد. او تأکید می‌کند: «هم‌اکنون حدود ۵۵ هزار دانشجوی پزشکی در کشور داریم و سالانه حدود هفت هزار دانشجوی پزشکی نیز فارغ‌التحصیل می‌شوند. تا حدود چهار سال آینده نیز مشکل پزشک در مناطق محروم برطرف خواهد شد. بنابراین در این شرایط من به عنوان وزیر بهداشت تأکید می‌کنم که ما کمبود پزشک نداریم. البته ممکن است در برخی نقاط مشکلات خدمت‌رسانی وجود داشته باشد که آن هم به دلیل توزیع نامناسب پزشکان است.» از سوی دیگر، محمدرضا ظفرقندی، رئیس سازمان نظام پزشکی کشور هم ضمن انتقاد جدی از طرح اخیر مجلس، خاطر نشان می‌کند: «افزایش دوبرابری دانشجویان رشته‌های پزشکی، هزینه ۸۰ هزار میلیارد تومانی را در پی خواهد داشت که اگر این اعتبارات و امکانات فراهم نشود، شاهد سقوط سطح سلامت خواهیم بود.» او با اشاره به افزایش حدود ۱۱۷ درصدی تعداد دانشجویان پزشکی از سال ۸۸ تا ۹۷ تأکید می‌کند: «به جای افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی، باید توزیع پزشکان در کشور عادلانه باشد. ما اکنون ۱۳۹ هزار پزشک عمومی، متخصص و



امین جلالوند

روزنامه‌نگار

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفت: «افرادی که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند باید ظرف مدت شش ماه به دفتر پیشخوان دولت مراجعه کنند و برای قرار گرفتن تحت پوشش بیمه سلامت اقدام کنند.»

به گزارش روابط عمومی سازمان بیمه سلامت، طاهر موهبتی در خصوص آیین‌نامه ارزیابی و توسعه برای پوشش بیمه‌ای افراد، گفت: «بر اثر بند «الف» ماده «۷۰» برنامه ششم توسعه، مقرر شده آحاد جامعه ایرانیان به‌طور اجباری تحت پوشش بیمه سلامت قرار گیرند. باید تمام کسانی که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند، اعم از افراد نیازمند روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نسبت به بیمه‌شدن خود اقدام کنند.»

موهبتی ادامه داد: «در خورداری از یارانه دولت در بخش بیمه سلامت، طبق آیین‌نامه ارزیابی و توسعه صورت می‌گیرد.» وی افزود: «هک‌های درآمدی ۲۰، ۳ یا به‌عبارتی افرادی که درآمد آن‌ها تا ۴۰ درصد حداقل حقوق مصوب‌شده توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را است، باید ارزیابی و توسعه‌شده تا برای استحقاق دریافت بیمه سلامت رایگان ارزیابی شوند. بر همین اساس کسانی که در این سه دهک درآمدی قرار دارند حق بیمه‌شان به‌طور صددرصدی توسط دولت پرداخت خواهد شد.»

موهبتی یادآور شد: «گروه دومی که برای ارزیابی و توسعه‌شان اقداماتی صورت می‌گیرد، افرادی هستند که ۴۰ درصد حداقل حقوق را دریافت می‌کنند و در دهک درآمدی ۴ قرار دارند. ۵۵ درصد حق بیمه این دهک را نیز دولت پرداخت می‌کند، اما افرادی که حقوقشان بالاتر از حداقل حقوق مصوب است، صددرصد خودشان سرانه حق بیمه‌شان را پرداخت می‌کنند.»

وی افزود: «ارزیابی و توسعه از سوی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی صورت می‌گیرد و این افراد فرصت دارند پس از استعلام سازمان بیمه سلامت، ظرف مدت یک ماه اطلاعات لازم را در اختیار ما قرار دهند.» موهبتی عنوان کرد: «در حال حاضر حق بیمه برای هر نفر معادل ۴۸ هزار و ۴۰۰ تومان است که در سال، این مبلغ معادل ۵۸۰ هزار تومان خواهد شد. خوشبختانه در پیش‌بینی‌هایی که داشته‌ایم مقرر شده افراد بتوانند حق بیمه خود را اقساطی پرداخت کنند.» وی در خصوص طرح بیمه اجباری برای ایرانیان نیز گفت: «این طرح در راستای اهداف اصلی بیمه قرار دارد تا دیگر فشاری برای پرداخت هزینه‌ها بر عهده دولت نباشد و تمام افراد حتی به میزان حداقلی در پرداخت حق بیمه مشارکت کنند.» موهبتی افزود: «از مردم خواهش می‌کنم در این مهلت مقرر نسبت به دریافت پوشش بیمه‌ای اقدام کنند، چرا که پس از موعد مقرر، شش ماه دیگر تسهیلاتی مانند اقساطی کردن پرداخت حق بیمه و یارانه‌های بیمه سلامت وجود نخواهد داشت، مگر اینکه نوزادی تازه به دنیا آمده باشد یا زن و شوهری تازه ازدواج کرده و از پوشش بیمه‌ای خانواده‌های خود خارج شده باشند.»