

■ ترک کار پرستاران!



محمد شریفی مقدم، دبیرکل خانه پرستار با اشاره به آمار ترک کار در یک بیمارستان کوچک به ایلنا می گوید: در یکی از بیمارستان های شیراز، روز «سیزده به‌در» ۲۰ پرستار غیبت کردند و من که زمانی سرپرستار بودم، می‌دانم چنین غیبتی چقدر عجیب است!



■ رسیدن مصرف سیگار به سن ۱۴ سالگی؛ چرا؟
مجید ابهری، آسیب‌شناس اجتماعی به ایرنا می‌گوید: یکی از رفتارهای ناپسند و زشت در فیلم‌ها و سریال‌های تلویزیون یا نمایش خانگی، استفاده چهره‌های معروف و محبوب از سیگار است. به واسطه چنین رفتارهایی از سوی بازیگران و هنرپیشگان معروف، مصرف سیگار به سن ۱۴ سالگی رسیده است.



■ این مقدار حق کمیسیون منصفانه نیست
به گزارش تسنیم، محمدعلی اسفغانی، سخنگوی سازمان تعزیرات گفت:رانندگان تاکسی‌های اینترنتی، ۱۵درصد از کرایه هر سفر را به عنوان حق کمیسیون به این شرکت‌ها پرداخت می‌کنند. دریافت ۱۵درصد توسط این شرکت‌ها برای هماهنگی منصفانه به نظر نمی‌رسد. شرکت تاکسی می‌تواند این نرخ کمیسیون را کاهش دهد.



■ آرزوی مرگ می‌کنیم!
به گزارش مهر؛ علیرضا چیلذری، رئیس انجمن تولید و تأمین و توزیع و صادرکنندگان تجهیزات و ملزومات پزشکی، بر ضرورت حمایت از زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در کشور تأکید کرد و گفت: هربار که بیمارستان، ما را به علت نبود دارو و تجهیزات پزشکی مؤاخذه می‌کند آرزوی مرگ می‌کنیم.



هیچ کنکوری

متقلبی وارد

دانشگاه نمی‌شود

به گزارش مهر

محمد حسین حاجیلو رئیس شورای حفاظت آزمون سراسری گفت: عضویت در گروه‌های مدعی تقلب و استفاده از ابزارهای ممنوعه مشمول مجازات می‌شود. حفاظت از امنیت آزمون سراسری مطالبه ملی است و با توجه به وظایف ذاتی و مصوبه شورای امنیت کشور، دستگاه‌های انتظامی، امنیتی و قضایی در حفظ امنیت آزمون مسئولیت دارند، بنابراین با تمهیدات اندیشیده شده هیچ داوطلب متقلبی وارد دانشگاه نمی‌شود.



واکنش

تأثیر ترمیم

نمره در معدل

به گزارش ایسنا مهدی کاظمی، معاون آموزش متوسطه وزارت آموزش و پرورش در واکنش به پرسش برخی داوطلبان کنکور در خصوص تأثیر ترمیم نمره در معدل گفت: سوابق تحصیلی در کنکور ۱۴۰۳ تأثیر ۵۰ درصدی دارد. افرادی که پیش از سال ۸۴ دیپلم خود را گرفته‌اند باید طبق شرایطی که در بخشنامه آمده، ایجاد سابقه‌کنند و ترمیم نمره داشته باشند، برخی هم سال ۸۴ سابقه تحصیلی ندارند که باید ایجاد سابقه کرده و یک بار هم ترمیم نمره کنند. ترمیم نمره در معدل تأثیر ندارد و صرفاً برای ایجاد سابقه است و ملاک پذیرش در آموزش عالی لحاظ می‌شود.

سبک زندگی

نایب رئیس انجمن تغذیه ایران بیان کرد

چرخه معیوب سیاست‌گذاری سلامت و امنیت غذایی

عفت زارع؛ نایب رئیس انجمن تغذیه ایران به قدس آتلاین می‌گوید: در قانون آمده چه ارگان‌هایی باید درخصوص سلامت و امنیت غذایی فعالیت کنند، اما متأسفانه از آنجا که تقسیم‌کار و شرح وظایف وجود ندارد این کار به‌درستی انجام نمی‌شود. مجید حسن قمی در توضیح این مطلب می‌گوید: برای مثال شورای عالی امنیت غذایی باید سیاست‌گذاری کلان نظام را درباره چگونگی تأمین غذا پیش ببرد و از تمام ارگان‌ها و سازمان‌های متولی دعوت کند تا کار به نحو احسن انجام شود. البته این مهم توسط شورای عالی امنیت غذایی انجام می‌گیرد، اما این شورا نمی‌تواند کاری برای یک سازمان، اداره یا تشکیلات در سازمانی دیگر انجام دهد؛ بنابراین چرخه کار معیوب می‌ماند، چراکه ارگان‌ها با هم تعامل بهینه ندارند و تصور می‌کنند حتماً باید دستور همکاری از مقام بالادستی باشد تا کار انجام شود، در واقع قانون وجود دارد اما در بسیاری از موارد اجرا نمی‌شود.

امنیت غذایی یعنی فراهم کردن دسترسی غذایی برای همه اقشار جامعه. این دسترسی باید پایدار باشد تا افراد در دورافتاده‌ترین نقاط کشور نیز به غذای سالم دسترسی داشته باشند. وی می‌افزاید: بخش مهم امنیت غذایی موضوع پایداری آن است که رابطه مستقیم با وضعیت مالی افراد جامعه دارد.

قمی بیان می‌کند:بخش مهم امنیت‌غذایی موضوع پایداری آن است که رابطه مستقیم با وضعیت اقتصادی افراد جامعه دارد. برای مثال هر منطقه از کشور که با مشکل فقر روبه‌رو است، باید دید آیا امنیت غذایی افراد آن منطقه از پایداری برخوردار است و توانایی خرید مواد غذایی مورد نیاز را دارند؟ نایب رئیس انجمن تغذیه ایران می‌افزاید: ایمنی غذائیز موضوع مهمی در حکمرانی غذاست که وظیفه تأمین آن در مسیر مزعه تا سفره بر عهده وزارت جهاد کشاورزی است و بر همین اساس است که این وزارتخانه باید به سلامت خاک، کود و آب کشاورزی نظارت کند.

■ برگشت برخی محصولات با برچسب عدم سلامت

قمی ادامه می‌دهد: سیاست‌گذاری در حکمرانی غذا و شیوه‌ای که همه جوامع مدنی دنیا در پیش می‌گیرند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در واقع فراهم‌آوری، دسترسی، سلامت و ایمنی غذایی از موضوعاتی است که باید در این سیاست‌گذاری لحاظ شود.

وی می‌افزاید: بنا به شرایط اقلیمی کشور، توجه به نوع محصول کشاورزی اهمیت دارد. برای مثال آیا لازم است گندم، هندوانه و... ببکاریم یا بهتر است برخی محصولات را وارد کنیم و بیشتر به سمت کاشت محصولات دیمی برویم. بنابراین باید کوشید با کشاورزی هوشمند، انتخاب نوع بذر، دانه، روش‌های بهینه آبیاری و کود مناسب، موجب برگشت محصولات صادراتی با برچسب عدم سلامت‌نشویم.

مجیدحسن قمی پیامد بی‌توجهی به روستا را نبود توجه به قطب تولید می‌داند و می‌گوید: برای پایین آمدن آمار مهاجرت روستائیان به شهرها باید حداقل امکانات رفاهی از جمله آموزش، امنیت شغلی، پوشش بیمه‌ای کشاورز و زمین زراعی را در دستور کار قرار داد تا سیاست‌گذاری به‌درستی انجام گیرد و روستائیان با انگیزه بیشتری تولیدات با کیفیت‌تری به جامعه ارائه دهند.

نایب رئیس انجمن تغذیه ایران عنوان می‌کند: در بسیاری از نقاط دنیا، کشاورزی به روش بهینه انجام می‌شود، آن‌چنان که از یک زمین خیلی کوچک بهره‌برداری فراوان صورت گرفته و به جای یک بار برداشت محصول در سال، سه تا چهار مرحله محصول برداشت می‌کنند.

■ مواد غذایی سالم برای گروه‌های خاص

قمی درباره امنیت غذایی یادآور می‌شود: در واقع غذای سالم باید در دسترس و پایدار باشد، آن‌چنان که همه بتوانند از حداقل‌های تغذیه سالم برخوردار شوند. به عنوان مثال یک معلم باید مطمئن شود دانش‌آموز وی توانایی استفاده از حداقل موادغذایی سالم از گروه شیر و لبنیات، نان و غلات، گوشت و مواد پروتئینی، میوه و سبزیجات را در طول شبانه‌روز دارد تا بتواند دانش‌آموز خود را بدون نگرانی از وجود آلودگی‌های میکروبی، انگلی، شیمیایی و سم‌های نیرتاره سرطان‌زا، به مصرف مواد غذایی سالم توصیه کند.

رئیس انجمن تغذیه ایران درباره اهمیت دسترسی به انواع موادغذایی سالم برای افراد خاص می‌گوید: کودکان، مادران باردار، مادران شیرده، ورزشکاران و سالمندان از جمله گروه‌های خاصی هستند که باید دسترسی به غذای امن و پایدار داشته باشند،وی ادامه می‌دهد: حداقل میزان پروتئینی که هر فرد باید در طول شبانه‌روز دریافت کند چیزی حدود ۰/۸ گرم تا یک گرم به ازای هر کیلوگرم وزن است. یعنی فردی با وزن ۷۰کیلوگرم باید در طول شبانه روز ۷۰گرم پروتئین دریافت کند. بنابراین یکی از مهم‌ترین ارکان در سبد غذایی، پروتئین است.

تعارف نداریم و با هر تخطی برخورد می‌کنیم. اتفاقاً برخورد مجلس با فساد در حوزه پزشکی جدی‌تر است، به این دلیل که معتقدیم سلامت جامعه پزشکی بسیار مهم است و حوزه سلامت باید از همه جا سالم‌تر و باوجدان‌تر باشد که الحمدلله،بیشتر همکاران مادلوسوز، ختّر، مهربان و اهل کار هستند، اما به هر حال در هر گروه و صنفی افرادی هستند که قوانین را به‌خوبی اجرا نمی‌کنند و با مرتکب تخلفاتی می‌شوند. این تخلفات در حوزه پزشکی شامل نقص در اجرای قوانین، نقص در رسیدگی به وضعیت بیماران و قصور است که در واقع بازی با جان بیماران بوده و اصولاً پذیرفتنی نیست.

وی نیز ریشه اصلی مشکل یادشده را در متناسب نبودن تعرفه با هزینه ارائه خدمات پزشکی می‌داند و می‌افزاید: در اسفند سال گذشته و در آخرین جلسه‌ای که با شورای عالی بیمه سلامت داشتیم، موضوع تعرفه پزشکی سال ۱۴۰۳ به صورت دقیق در دستور کار قرار گرفت. نظر دولت روی افزایش ۲۰درصدی تعرفه خدمات پزشکی و نظر سازمان نظام پزشکی روی افزایش ۶۰ یا ۶۵ درصدی تعرفه‌ها بود که در نهایت در شورای عالی بیمه سلامت روی رقم ۴۶درصدی توافق و به دولت ارائه شد که گویا در دولت با افزایش ۳۵ درصدی تعرفه‌های خدمات پزشکی موافقت شده‌است. وی با اشاره به اینکه نمایندگان ملت در مجلس شورای اسلامی نمی‌توانند از افزایش هزینه‌ها استقبال کنند، چون مردم توان افزایش هزینه‌ها را ندارند، می‌گوید: هزینه مردم از جیب در حوزه سلامت تا بیش از ۶۰درصد بالا رفته، در حالی‌که باید زیر ۳۰درصد باشد.

عضو ناظر شورای عالی بیمه سلامت درخصوص راهکار رفع مشکل و واقعی شدن تعرفه‌های خدمات پزشکی برای نگهداشت و حفظ نخبگان می‌گوید: بهترین راهکار در تمام دنیا، نظام جامع بیمه‌ای و ارائه بسته‌های بیمه‌ای متنوع و کارآمد است. یعنی سازمان‌های بیمه‌گر باید فاصله میان میزان توان پرداخت مردم و میزان توان پرداخت دولت را پر کنند.

وی با اشاره به اینکه باید بتوانیم با تعیین بسته‌های بیمه‌ای، جاذبه‌های شغلی خوبی برای حوزه سلامت ایجاد کنیم، می‌افزاید: در این زمینه سازمان‌های بیمه‌گر و بانک‌های عامل باید به میدان بیایند و تسهیلاتی را به افراد حوزه سلامت بدهند تا هزینه ارائه خدمت از جیب مردم بالا نرود و یا میزان افزایش آن منطقی باشد. وی با ابراز نارضایتی از سازمان‌های برنامه‌ریز کشور می‌افزاید: اولویت برنامه‌های سلامت کاهش پیدا کرده است. سهم حوزه سلامت از تولید ناخالص داخلی یا همان جی‌دی‌پی به روزگاری از ۸ درصد هم می‌رسید، حالا به ۳/۵درصد رسیده‌ است؛ بنابراین دنبال افزایش سهم حوزه سلامت از سرانه جی‌دی‌پی کشور هستیم.

عمده‌ای از خانوارهای ایرانی مناسب نیست، به‌طوری‌که نمی‌توانند تعرفه‌های بالای خدمات پزشکی را بپردازند، آیا سازمان نظام پزشکی فکری برای این موضوع کرده، می‌گوید: این وظیفه بخش پزشکی نیست که به این مقوله فکر کند؛ وظیفه دولت است. دولت از مردم حق بیمه می‌گیرد، منابع و مالیات دست دولت است، بنابراین باید سهم سلامت را از منابع دولتی به گونه‌ای تنظیم کند که مردم آسیب نبینند. وقتی دولت در منابع عمومی سهم سلامت را به اندازه کافی نمی‌بیند یعنی غیرمستقیم می‌گوید مردم باید از جیبشان پرداخت کنند. اتفاقاً بحث ما دقیقاً همین است که چرا دولت این رفتار را انجام می‌دهد، چرا منابع را درست مدیریت نمی‌کند، چرا اولویت دولت، مدیریت سلامت نیست؟

بنابراین راهکار رفع مشکل این است اولاً دولت در منابع عمومی، حق مردم را پرداخت کند، حق مردم هم این است که به فرموده رهبر معظم انقلاب افراد جز دغدغه بیماری و رنج بیماری، رنج دیگری نداشته باشند. اما الان مردم به دلیل این کار را بکنند؟ می‌گوید من بیماران اورژانس را ویزیت نمی‌کنم و اصلاً حاضر پزشک جراح، تلفنی و با شرح حالی که پزشک مقیم بیمارستان وضعیت بیمار را گزارش می‌دهد، کار بیمار را انجام می‌دهد و برای معاینه به بالین بیمار نمی‌آید، چون چنین کاری منطقی نیست. اگر برای یک شب یا دو شب باشد، می‌گویم اشکالی ندارد، ولی وقتی ۳۰شب از یک ماه و یا یک‌سال، دو سال و... شد چرا باید این کار را بکنند؟ می‌گوید من بیماران اورژانس را ویزیت نمی‌کنم و اصلاً حاضر نیستم آن‌کال بایستم، اجباری هم نیست بخواهم آن‌کال باشم و مریض اورژانس را ببینم، من در مطبم هستم و بیمار الکتیوم را می‌بینم، یا به جای اینکه شرم را خراب کنم و بیایم آیان‌دیسیت عمل کنم، صبح یک عمل اتوپلاستی - جراحی زیبایی - انجام می‌دهم که درآمد بیشتری هم دارد.

وی اگر چه می‌گوید پزشکان متخصصی که با بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد هستند را اجرا کنند. وقتی خود دولت خلاف قانون عمل می‌کند، مثلاً به بهای تمام شده خدمات سلامت در تعرفه‌گذاری توجه نمی‌کند، چطور انتظار دارد ارائه‌دهندگان خدمت به این موضوع بی‌توجه نباشند؟ البته اعتراض ما در بحث یاد شده به رفتار دولت است وگرنه در بیمارستان‌ها خدمات اورژانسی از سوی پزشکان متخصص انجام می‌شود. در دیگر موارد هم اگر مثلاً عمل جراحی الان انجام نشود، سه ساعت بعد انجام می‌شود. اما به هر حال این موضوع روی زمان ترخیص بیمار، اشغال تخت و همچنین سلامت بیمار تأثیر منفی می‌گذارد و همچنین سلامت بخش

وی در پاسخ به اینکه وضعیت اقتصادی بخش

مبنای منابعی که دارد، تعرفه را تعیین کند. یعنی وقتی منابع دولت به اندازه کافی تأمین نشود، مردم مجبورند سهم بیشتری را پرداخت کنند.

انیسیان وضعیت بیمارستان‌های خصوصی را در ارائه بسیاری از خدمات پزشکی به هنگام شب توسط پزشکان متخصص چندان بهتر از بیمارستان دولتی نمی‌داند و می‌گوید: ویزیت یک پزشک متخصص و فوق تخصص در اورژانس بیمارستان خصوصی ۱۷۲هزار تومان است که اگر پزشک در شهری مثل تهران، برای مراجعه به بیمارستان برای ویزیت بیماران یک تاکسی اینترنتی بگیرد و سپس با همان تاکسی به خانه‌اش برگردد قطعاً باید بیش از رقم یاد شده هزینه کند. بنابراین پزشک جراح، تلفنی و با شرح حالی که پزشک مقیم بیمارستان وضعیت بیمار را گزارش می‌دهد، کار بیمار را انجام می‌دهد و برای معاینه به بالین بیمار نمی‌آید، چون چنین کاری منطقی نیست. اگر برای یک شب یا دو شب باشد، می‌گویم اشکالی ندارد، ولی وقتی ۳۰شب از یک ماه و یا یک‌سال، دو سال و... شد چرا باید این کار را بکنند؟ می‌گوید من بیماران اورژانس را ویزیت نمی‌کنم و اصلاً حاضر نیستم آن‌کال بایستم، اجباری هم نیست بخواهم آن‌کال باشم و مریض اورژانس را ببینم، من در مطبم هستم و بیمار الکتیوم را می‌بینم، یا به جای اینکه شرم را خراب کنم و بیایم آیان‌دیسیت عمل کنم، صبح یک عمل اتوپلاستی - جراحی زیبایی - انجام می‌دهم که درآمد بیشتری هم دارد.

وی اگر چه می‌گوید پزشکان متخصصی که با بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد هستند را اجرا کنند. وقتی خود دولت خلاف قانون عمل می‌کند، مثلاً به بهای تمام شده خدمات سلامت در تعرفه‌گذاری توجه نمی‌کند، چطور انتظار دارد ارائه‌دهندگان خدمت به این موضوع بی‌توجه نباشند؟ البته اعتراض ما در بحث یاد شده به رفتار دولت است وگرنه در بیمارستان‌ها خدمات اورژانسی از سوی پزشکان متخصص انجام می‌شود. در دیگر موارد هم اگر مثلاً عمل جراحی الان انجام نشود، سه ساعت بعد انجام می‌شود. اما به هر حال این موضوع روی زمان ترخیص بیمار، اشغال تخت و همچنین سلامت بیمار تأثیر منفی می‌گذارد و همچنین سلامت بخش

وی در پاسخ به اینکه وضعیت اقتصادی بخش

محمود مصدق؛ بسیاری از کسانی که به عنوان بیمار و یا همراه بیمار یا پیشان به بیمارستان‌های دولتی باز می‌شود، از کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی رضایت

ندارند. این موضوع را کارشناسان و حتی دست‌اندرکاران نظام سلامت هم تأیید می‌کنند، به‌گونه‌ای که آرش انیسیان، مدیرکل برنامه‌ریزی اقتصاد سلامت سازمان نظام پزشکی کشور می‌گوید: «در بخش دولتی بسیاری از خدمات پزشکی انجام نمی‌شود و یا به ضرورت انجام می‌شود؛ مثلاً نمی‌توانید نصف شب برای عمل جراحی آپاندیسیت، جراح متخصص را به بیمارستان دولتی بیاورید، چون هزینه ایاب و

ذهابش از دست‌مزدش بیشتر است». با وجود این، پرسش این است چرا برخلاف دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، پزشکان جراح به‌جز در شرایط اورژانسی حاضر نیستند برای ارائه خدمات پزشکی به بیمارستان‌های دولتی بیایند؟ پیامدهای چنین تخلفی چیست و برای رفع این مشکل چه باید کرد؟

■ پزشک متخصص جراح شب‌ها به بیمارستان نمی‌آید

دکتر انیسیان ریشه مشکل یاد شده را درغیرواقع بودن تعرفه خدمات پزشکی می‌داند و به قدس می‌گوید: خدمات سلامت در بسیاری از موارد، پرسبک و پرمسئولیت است. مثلاً دیه‌ای که در صورت قصور پزشکی منجر به مرگ بیمار باید پرداخت کند، یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون تومان است، اما دست‌مزد یا تعرفه‌اش از سوی دولت ۱۵۰هزار تومان می‌شود.

وی با اشاره به اینکه ارائه کالای مصرفی یا خدمت، یک حداقل بهای تمام شده دارد که باید در تعرفه‌گذاری به این موضوع و همچنین به مسئولیت‌های قانونی و مالی که متوجه ارائه‌کننده خدمت است توجه شود، تصریح می‌کند: درواقع، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی باید بر اساس قیمت تمام شده خدمات و متناسب با نرخ تورم سالانه افزایش یابد یا تعیین شود اما سال‌هاست چنین چیزی را نمی‌بینیم. مثلاً افزایش تعرفه خدمات پزشکی برای سال ۱۴۰۳ از سوی دولت ۳۵درصد تعیین شده اما آیا میزان تورم و میزان افزایش بهای تمام شده خدمات از سال گذشته تا الان ۳۵درصد بوده است؟ یا بهای تمام شده خدمات در سال ۱۴۰۲ به نسبت ۱۴۰۱ به میزان ۲۵ درصد افزایش داشته است؟ همین‌طور برای سال ۱۴۰۱ به نسبت ۱۴۰۰ این میزان ۲۴ درصد بوده است؟ پاسخ قطعاً منفی است، چون در تمام این سال‌ها تورم بالای ۴۰ درصد بوده است. این موضوع به این معناست که دولت دارد سهم خودش را کم می‌کند و سهم مردم را در پرداخت افزایش می‌دهد. البته با این استدلال که باید بر