

■ **منتظر صف‌های طولانی برای عمل قلب باشید**

محمدرضا میرزا آقاییان، رئیس انجمن علمی جراحان قلب ایران به خبر آنلاین گفت: امروز ۲۳۰ تا ۲۴۰ جراح قلب داریم؛ اما پیش‌بینی می‌کنم سال ۱۴۰۷ یا ۱۴۰۸ یحرن کمبود جراح خودش را بیشتر نشان دهد؛ به‌طوری‌که صف‌های بسیار طولانی برای نوبت عمل و یا مراجعه بیماران به خارج خواهیم داشت.



■ **نیازمند ۷ هزار کلاس برای دانش آموزان اتباع هستیم**

حمیدرضا خان محمدی، رئیس سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور به برنا گفت: با استفاده از ظرفیت نوبت دوم برخی مدرسه‌ها مشکل تحصیل کودکان اتباع حل می‌شود ولی به ۷ هزار کلاس درس نیاز داریم؛ این در حالی است که ۲۲ مدرسه تا مهر آماده‌سازی می‌شود.



■ **فعلاً پذیرش دانشجویان پزشکی بدون کنکور نداریم**

غلامرضا حسن زاده، دبیر شورای عالی وزارت بهداشت در رادیو گفت‌وگو با بیان اینکه دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی باید از طریق کنکور پذیرش شوند، گفت: پذیرش این دانشجویان بدون کنکور فعلاً در دستور کار وزارت بهداشت نیست؛ اما شاید در آینده برای برخی از این رشته‌ها فکر خاصی داشته باشیم.



■ **فعالیت ۳۰۳ مدرسه در کشور با یک دانش آموز**

به گزارش مهر، معصومه نجفی یازکی، معاون آموزش ابتدایی گفت: تعداد مدرسه‌های روستایی نسبت به ابتدای انقلاب افزایش ۱۱۳درصدی و تعداد کلاس‌های درس، رشد ۱۰۵درصدی داشته است. در حال حاضر ۳۰۳ مدرسه تنها با یک دانش آموز دایر است، یعنی حتی به تحصیل یک نفر هم توجه شده است.



وجود «لیتیوم» در دریاچه ارومیه؛ از شایعه تا واقعیت

بهروز ساری صراف رئیس دانشکده برنامهریزی و علوم محیطی دانشگاه تبریز با اشاره به اخبار منتشر شده در خصوص استخراج لیتیوم از دریاچه ارومیه، به ایسنا گفت: لیتیوم ماده‌ای نایاب یا پربهاست، ولی آن‌قدر هم ارزشمند نیست که بخواهند دریاچه ارومیه را به دلیل استخراج آن، از بین ببرند. وی افزود: برداشت این ماده حتی توجه اقتصادی ندارد؛ به‌طوری‌که قیمت یک کیلو میگو و زعفران در مقایسه با قیمت لیتیوم بسیار گران‌تر است.



آنجا خدمت کنند، اما باید حداقل‌های ماندگاری در مناطق محروم تعریف شود چون تعداد جمعیت در مناطق محروم کمتر بوده و به همین دلیل مراجعات به پزشکان اندک است. بنابراین دولت باید زحمات پزشکان را جبران کند، چون آن‌ها خودشان را با پزشکان شهرهای بزرگ و مراجعات بیشتر بیماران مقایسه می‌کنند. پس اگر می‌خواهیم ماندن پزشکان در مناطق محروم را به انتخاب خود آن‌ها بگذاریم باید مشوق‌هایی مثل بخشش مالیاتی، تسهیلات بانکی برای تأمین مسکن، صدور آسان مجوز مطب و... برایشان در نظر بگیریم.

■ **رویکردهای سلبی راهگشا نیست**

علی سالاریان، معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی کشور هم می‌گوید: در سال‌های اخیر زمان ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کمتر شده که دلیل آن به پایین بودن حقوق و مزایا و کاهش قدرت خرید پزشکان به نسبت ۱۰ سال پیش، برابر بودن تعرفه پزشکی مناطق محروم با سایر مناطق، تعداد ناکافی بیماران، کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی و آموزشی، پیشرفت شغلی کم در مناطق محروم و... برمی‌گردد. از این رو مسئولان اگر می‌خواهند شاهد ماندگاری بیشتر پزشکان در مناطق محروم باشند باید مزایای بیشتری برای آنان در نظر بگیرند، مثلاً ضمن افزایش میزان حقوق و مزایای آنان، درصد مالیاتشان را کاهش دهند، همچنین امکانات رفاهی و پایهای برای جامعه پزشکی فراهم کنند و...، بوی سپس به راهکار افزایش مبلغ خرید تعهد خدمت برای رفع مشکل کمبود پزشک مناطق محروم می‌پردازد و می‌گوید: رویکردهای سلبی نمی‌توانند راهگشا باشند، اینکه بخواهیم یک نفر را با تعهدات مالی و قیدوبند و اجبار در یک منطقه نگهداریم هم دور از عدالت است و هم دور از منطق، چون آن شخص نمی‌تواند با انگیزه به کارش ادامه دهد. بنابراین به جای نگاه سلبی باید نگاه ایجابی حاکم باشد تا فرد با علاقه و انگیزه بالا به ارائه خدمت بپردازد.

قابل توجهی از مشکل کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم حل می‌شود اما باید توجه داشته باشیم تارسیدن دانش‌آموختگان پزشکی عمومی به سطح تخصص باید کمی منتظر بمانیم.

■ **نظام پزشکی مخالف افزایش ظرفیت پذیرش نیست**

رئیس زاده با تأکید بر اینکه سازمان متبوعش به هیچ عنوان با افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی مخالف نیست، تصریح می‌کند: اما افزایش ظرفیت پذیرش باید همراه رعایت استانداردهای کیفیت آموزش پزشکی باشد و نباید در هیچ یک از استانداردهای آموزشی در حوزه سلامت کوتاه بیایم چون چنین کاری به کیفیت آموزش پزشکی ایران که در دنیا جایگاه قابل قبولی دارد و همچنین به حوزه سلامت ما آسیب می‌زند. وی در همین زمینه می‌افزاید: دولت و مجلس نباید هر مخالفتی با افزایش ظرفیت پذیرش در رشته‌های علوم پزشکی را به تعارض منافع ربط دهند؛ چون ما هم دلسوز مردم هستیم و نمی‌خواهیم کیفیت پزشکی ایران آفت کند اما اگر معنای منفعت، حفظ و ارتقای کیفیت و اعتبار پزشکی ایران است؛ ما به دنبال تعارض منافع هستیم. رئیس سازمان نظام پزشکی افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته‌های پزشکی را راهکار حل مشکل کمبود پزشک به‌ویژه پزشک متخصص در مناطق محروم و کمتر برخوردار نمی‌داند و می‌گوید: اگر افزایش ظرفیت، بدون بومی‌گزینی و اصلاح زیرساخت‌ها انجام شود باز هم پزشک در منطقه محروم نمی‌ماند؛ یعنی در این حالت، افزایش ظرفیت موجب نمی‌شود سرریز پزشکان راهی مناطق محروم شوند. بنابراین باید علاوه بر اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده، اصلاح زیرساخت‌ها، بومی‌گزینی پزشکان و بسته‌پیشنهادی ماندگاری را هم در دستور کار قرار دهیم. وی در خصوص انتخابی شدن حضور و ماندگاری پزشکان در مناطق محروم می‌گوید: به‌طور قطع این راهکار خوبی است و ما هم دوست داریم پزشکان با میل خود به مناطق محروم بروند و در

مسئولان سازمان نظام پزشکی از ضرورت اجرای کامل طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌گویند

نسخه ماندن پزشکان در مناطق محروم



آن‌ها را اصلاح کنیم، می‌افزاید: با وجود این، در حال حاضر بیماران مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته را با نیروهای طرحی و نیروهای بومی زیرپوشش قرار می‌دهیم؛ یعنی سالانه ۳ هزار و ۶۰۰ نیروی متخصص و طرحی را برای خدمت در این مناطق توزیع می‌کنیم که آمار نسبتاً خوبی است. جدا از این، بخشی از کار را هم نیروهای بومی به عهده دارند، یعنی در ۱۰ سال اخیر درصد قابل توجهی از ظرفیت پذیرش رشته‌های علوم پزشکی به نیروهای بومی هر منطقه اختصاص یافته است. در واقع افراد برای تحصیلات تکمیلی در رشته‌های علوم پزشکی پذیرفته می‌شوند به شرط اینکه فقط در منطقه خود خدمت کنند. قطعاً با اجرای طرح بومی‌گزینی در رشته پزشکی بخش

در آنجا جمع کرد. از سوی دیگر، وزارت بهداشت جز در زمان طرح نمی‌تواند به افراد متخصص به صورت ثابت دستمزد پرداخت کند؛ بنابراین چنین کاری نه تنها عاقلانه و اقتصادی نیست بلکه آسیب‌زا نیز هست، چون منجر به افزایش درمان‌های القایی می‌شود. بنابراین بهترین راهکار رفع این مشکل آن است که طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده را به صورت کامل اجرایی کنیم چون در این صورت بیمار در خط نخست شبکه بهداشت توسط پزشک خانواده ویزیت و اگر نیاز بود برای تشخیص بیشتر به سطح بالاتر ارجاع داده می‌شود. وی با اشاره به اینکه ماندگاری پایین پزشکان در مناطق محروم تا حد زیادی به زیرساخت‌های درمان برمی‌گردد که باید

■ **محمود مصدق** | ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته اهمیت بسیاری دارد. به همین دلیل یکی از بسته‌های خدمتی طرح تحول نظام سلامت، ماندگاری پزشکان عمومی و متخصص در مناطق محروم و کمتر برخوردار تعریف شده تا مردم این مناطق مجبور نشوند برای درمان به تهران و سایر کلانشهرهای کشور مراجعه کنند. با این‌حال به گفته مسئولان بهداشت و درمان، ماندگاری پزشکان در مناطق محروم از ۲۴ درصد به ۱۲ درصد کاهش پیدا کرده و آن‌ها تنها هشت سال در این مناطق می‌مانند. بهرام عین‌اللهی، وزیر بهداشت می‌گوید برای حل این مشکل، باید ۳۰ درصد پزشکان متخصص در مناطق محروم به‌کار گرفته شوند، اینکه چرا پزشکان تمایل چندانی به خدمت در مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته ندارند و چگونه می‌توان آن‌ها را به ماندن در مناطق محروم ترغیب کرد پرسشی است که باید به آن پاسخ گفت.

■ **مشکل از زیرساخت‌های درمان است**

محمد رئیس‌زاده، رئیس سازمان نظام پزشکی کشور در پاسخ به قدس، اجرا نشدن مناسب طرح تحول نظام سلامت را مهم‌ترین عامل کمبود پزشک متخصص و ماندگاری این قشر در مناطق محروم می‌داند و می‌گوید: تا زمانی که نظام ارجاع و پزشک خانواده فراگیر نشود هرچه متخصص و فوق تخصص تربیت کنیم باز هم در مناطق محروم کمبود خواهیم داشت چون تأمین نیازهای درمانی و بهداشتی شهرهای کوچک با جمعیتی مثلاً ۲۰ هزار نفر از طریق نیروهای متخصص و فوق تخصص نه عقلانی و نه شدنی است. حتی به فرض استقرار همه تخصص‌های موردنظر در شهرهای محروم، کوچک و با جمعیت کم، تعداد مراجعہ‌کنندگان یا بیماران در حدی نیست که بتوان همه تخصص‌ها را



ماجرای طبابت لیسانسه‌های هندی در ایران

می‌کند: بر اساس یک تحقیق، در آن زمان حتی فقط ۲۰ درصد فرزندان استادان واکسن زده بودند و اصلاً فرهنگ واکسن زدن وجود نداشت؛ از این رو تعدادی از استادان و متخصصان را دعوت کردیم اما آن‌ها هم به جای موافقت، مخالفت کردند! درباره سیاه سرفه، واکسن کزاز و سل مخالفت وجود داشت. خلاصه خیلی اذیت شدم تا استادان را قانع کنم.

■ **اگر خوب کار نکردم به علت ضعف مدیریتم بود**

فشار اقتصادی، جنگ و مشکلات دیگر وجود داشته است. بنده خودم هم گفته‌ام در سال‌هایی که مسئولیت داشتم اگر هر کاری انجام نشده، مربوط به ضعف مدیریت من بوده است. اینکه بگویم پول نداشتیم، پول مشکل ما نبود. مشکل این بود که من مسئول، خوب مدیریت نکردم.

معتمد پول آخرین مشکل است و اصلاً نباید فکر آن را کرد. متأسفانه به نظر بنده ما هنوز دائم از این حربه احمقانه استفاده می‌کنیم و می‌گوییم اعتبارات نیست؛ خب آنچه هست را استفاده کنیم.

■ **دچار سکت قلبی شدم**

مرندی از وضعیت پزشکی و درمانی کشور در ابتدای پیروزی انقلاب هم گفته است: ۱۲ تا ۱۴ هزار پزشک داشتیم. بیشتر پزشکان ما پاکستانی، هندی و بنگلادشی بودند و اصلاً زبان فارسی نمی‌دانستند و تازه پزشک هم نبودند؛ بلکه لیسانس پزشکی داشتند و دوره انترنی را نگذرانده بودند. البته تعدادی از آن‌ها متخصص بودند و در مجموع، این‌ها اوضاع درمان کشور را اداره می‌کردند. جبهه هم پزشک و دارو می‌خواست و دائم به من زنگ می‌زدند؛ من هم غصه می‌خوردم و هشتان گرو نه‌مان بود!

در این وضعیت، فشار بسیار زیادی به من وارد می‌شد و دچار سکت قلبی و بستری شدم. پزشکان گفتند یکی از عروق عمده قلب شما کاملاً بسته شده است. مجبور شدم از وزارت بهداشت کناره‌گیری کنم و برای تدریس به دانشگاه علوم

خبرگزاری فارس در گفت‌وگو با علیرضا مرندی، رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران حرف‌های شنیدنی این استاد پزشکی و مرد سرد و گرم چشیده حوزه بهداشت و درمان را منتشر کرده است. آنچه می‌خوانید گزیده‌ای از دو ساعت و نیم گپ‌وگفت این خبرگزاری با وی است. مرندی می‌گوید: در ابتدای پیروزی انقلاب و دوران دفاع مقدس مردم وضعیتشان را نظر بهداشت خوب نبود؛ جاده، برق، آب و تلفن نبود. وقتی می‌خواستیم شبکه بهداشت و درمان درست کنیم بیخچال نفتی از خارج خریدیم تا در آن واکسن نگهداری کنیم و به خانه‌های بهداشت روستایی ببریم. سالی ۱۰ تا ۱۱ هزار نوزادمان چندروز پس از تولد دچار کزاز نوزادی می‌شدند و می‌مردند؛ مرگ و میر کودکان و مادران فوق‌العاده بالا بود. مهم‌ترین قاتل بچه‌های ما اسهال، عفونت‌های تنفسی و بیماری‌هایی بود که واکسن برای آن‌ها وجود داشت اما نمی‌زدیم؛ یعنی خدمات بهداشتی در کار نبود.

■ **حلقه شیشه واکسن هم نداشتیم!**

مرندی در این گفت‌وگو به چالش‌های پیش روی تزریق واکسن فلج اطفال در سال ۷۳ هم اشاره می‌کند و می‌گوید: آنستیتوزای زمان شاه، واکسن می‌ساخت؛ اما دیدم تعطیل است و فقط قسمت حیوانی‌اش فعال بود. ماشین واکسن پُرکنی نداشت و فقط چند ظرف بزرگ واکسن داشتند؛ هیچی درست نمی‌کردیم و وضعیت صفری داشتیم. باید شیشه واکسن، سرنگ و حلقه در شیشه آن و سر سرنگ و... همگی را از خارج می‌آوردیم. وی از دادن نمک یددار به ۱۲ میلیون ایرانی و مشکلات موجود در این خصوص هم می‌گوید: با افرادی که نمک معمولی می‌فروختند مبارزه و اعلام می‌کردیم باید هزینه نمک یددار را بپردازید تا اینکه بالاخره زمان برد تا بتوانیم از فرصت واکسیناسیون فلج اطفال استفاده کنیم و یک بسته نمک یددار به هر ۱۲ میلیون خانوار ایرانی بدهیم.

■ **با التماس واکسن می‌زدیم!**

مرندی در بخش دیگری از این گفت‌وگو اضافه

مسابقه بزرگ کتابخوانی



با جوایز ارزنده:

۱۰۰ میلیون ریال جایزه و هدایای فرهنگی

نحوه شرکت در مسابقه و دریافت رایگان کتاب:

مراجعه به سامانه مرکز مجازی مسابقات کتابخوانی

www.m-ketab.ir

WWW.SAMAKPL.IR

مهلت شرکت در مسابقه: ۱۵ فروردین ۱۴۰۲

تلفن راهنما: ۰۹۱۵۰۷۵۱۸۴۸

مارا در شبکه‌های اجتماعی دنبال کنید. @mketab.ir

