

♦ دکتر ایرج حوربچی سردبیر

ما ایرانیان گاهی رفتارهای عجیبی داریم، کمتر پدر و مادر ایرانی است که آرزوی پزشک شدن فرزند دلبد خود را در ذهن نیپورزاند یا بر زبان نرانده باشد. گرچه با روشن شدن وضعیت تحصیلی و استعدادفرزندان در دوران راهنمایی و دبیرستان میزان رویاپردازی‌ها در موردورودبه رشته پزشکی کاهش می‌یابد، ولی برای هر دانش آموز درس خوان یک آلترناتیو مهم برای انتخاب رشته، رشته پزشکی است. ایرانیان هزینه‌های معنوی و مادی زیادی برای ورود فرزندانشان به رشته پزشکی پرداخت می‌کنند، اما به محض اینکه جوان دبیرستانی وارد رشته پزشکی شد، به یک باره از طرف همه (از جمله مسولان مربوطه) به فراموشی سپرده می‌شود. نتیجه جبری این فراموشی و این رفتار عجیب، وضعیت نامناسب آموزش پزشکی عمومی در کشور و خصوصاً وضعیت معیشتی، موقعیت شغلی و مشکلات متعدد پزشکان عمومی در کشور است.

روش آموزش پزشکی عمومی ما، الگوبرداری ناقص از روش چند دهه گذشته کشورهای غربی است. گرچه در این زمینه تغییرات جزئی داده شده و گرچه چند مورد کار اصولی و مهم در زمینه آموزش پزشکی عمومی انجام شده، ولی هنوز تا رسیدن به وضعیت مطلوب و یا حتی کف مقبول، راه زیادی در پیش داریم. اصولاً نظام آموزشی ما

♦ دکتر خیرا... غلامی استاد داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

داروخانه به‌عنوان آخرین حلقهٔ زنجیره درمان، محل ارایه خدمات دارویی و بهداشتی به بیماران است. اقدامات و ارزیابی‌های انجام شده توسط تیم پزشکی و دیگر اعضای آن جهت درمان بیماران، در اکثر موارد به تجویز دارو ختم می‌شود که در قالب نسخه به داروخانه ارسال می‌گردد. وجود افراد مجرب در آخرین حلقهٔ دارو درمانی که به نوعی پرونده اصلی زنجیره دارو درمانی به شمار می‌رود، می‌تواند از بسیاری خطاها و اقدامات ناپجا جلوگیری نماید.

افراد مطلع و محقق به خوبی می‌دانند که اشتباهات و خطاهای دارویی در دنیا به صورت یک مشکل جدی و مهم درآمده و که در دهه گذشته تحقیقات و گزارشات فراوان داروسازان را به عنوان صالح‌ترین فرد در حلقه درمان، جهت پیشگیری و کاهش آنها معرفی نموده است. این اشتباهات و خطاهای دارویی در هر بخش و سطحی از حلقهٔ درمان می‌تواند به وقوع بپیوندد. در حال حاضر، کشورهایی که درپی کاهش هزینه‌های درمانی خودمی‌باشند، مرتباً در حال افزایش تعداد داروسازان سطوح مختلف درمانی هستند وبابت خدمات و اقدامات انجام شده، هزینه‌های مربوطه را به داروسازان پرداخت می‌نمایند.

به‌عنوان مثال، دربرخی کشورها داروسازانی که در خانه سالمندان مشاوره دارویی می‌دهند و داروهای تجویز شده را بررسی و کنترل می‌کنند تا ساعتی ۱۰۰ دلار دستمزد دریافت می‌نمایند. مطالعات نشان داده که پرداخت این هزینه در دراز مدت مقرون به صرفه است، زیرا از مشکلات احتمالی بیماران که ممکن است به بستری شدن آنها منجر شود، جلوگیری می‌نماید. آمار موجود و روند آن در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد جمعیت دنیا در حال سنن‌تر شدن است و کشور ما نیز از این قاعده مستثنا نیست.

در آینده‌ای نه چندان دور احتمالاً بیمارستان‌های ما تبدیل به ICUهای بزرگ خواهند شد و بسیاری از بیمارانی که امروز در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند، مجبور خواهند بود به صورت سرپایی درمان شوند و یکی از مراکز خدماتی که باید بتوانند در درمان این بیماران مداخله مستقیم نمایند، داروسازان مجربی خواهند بود که در داروخانه‌های شهری و بیمارستانی ارایه خدمت نموده و در کنار پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت، پاسخگوی نیازهای مختلف این بیماران باشند.

طبیعی است که ارزش خدمات حرفه‌ای و زمانی که داروسازان برای ارایه این خدمات صرف می‌نمایند، اجر و ارج مناسب و متعادل را طلب می‌نمایند، اما حتی فنی موجود به هیچ وجه جوابگوی نیازهای سیستم سلامت برای استفاده از خدمات داروسازان نیست. دانشگاه‌های داروسازی، انجمن داروسازان و انجمن داروسازان بالینی و تشکل‌های مربوطه بایستی با ایجاد و توسعه ارتباط بین خود و سازمان‌های مربوطه و بخصوص مجلس شورای اسلامی، قوانین را جهت پرداخت مستقیم برای خدمات دارویی تبیین و تدوین نمایند تا در آینده مشکل ارایه خدمات دارویی به طور جدی بروز ننماید.

گزارش مرکز پژوهش های مجلس درگزارشی کهدفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در آذر

دانشجوی پزشکی را برای تبدیل شدن به یک پزشک عمومی باسواد و کارآمد و حتی دستیار یک رشته تخصصی، ولی با اطلاع مناسب از طب عمومی وسایررشته‌های تخصصی تربیت نمی‌کند. اشتباه نکنیم! آمار قبولی در دوره‌های دستیاری کشورهای توسعه‌یافته (آن هم از نوع آمار افواهی) محدود به افراد درس خوانی است که با تلاش اضافی و مضاعف چندساله و هزینه‌کرد مادی قابل توجه در این امتحان‌ها موفق می‌شوند، ولی اگر فارغ‌التحصیلان همه دانشگاه‌های کشور را با این نوع محک بسنجیم، قطعاً نتایج بسیار متفاوتی به دست خواهد آمد.

شاید از این لحاظ کشور منحصر به فردی باشیم. تقریباً در هیچ کشور دنیا، پزشکان عمومی لاقال مشکل معیشتی ندارند و در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، درآمد متوسط پزشکان عمومی حدود ۷۰درصد درآمد متوسط متخصصان و حدود دو تا چهار برابر درآمد ماهیانه مقبول آن جامعه است، اما وضعیت درآمد پزشکان عمومی در کشور ما طوری آشکارا بد است که به ذکر جزئیات آن نمی‌پردازم. از طرف دیگر جایگاه اجتماعی و موقعیت شغلی پزشکان عمومی را طوری در پیش داریم، پایین آورده‌ایم که انگار با

الگو برداری ناقص از نظام بهداشتی –پزشکی کشورهای غربی و پیامدهای آن برای پزشکان عمومی

رفتارهای عجیب و نتایج نامطلوب

یک فرد دیلمه مواجه هستیم. فراموش نکنیم در کشورهای توسعه‌یافته معمولاً برای پزشک عمومی بودن، سواد بیشتر و مطالعه علمی روزانه بیشتری از اکثر رشته‌های تخصصی مورد نیاز است. در این کشورها پزشک عمومی نه‌پیاده‌نظام خط مقدم، بلکه در خط اول تصمیم‌گیری و هدایت سیر تشخیص و درمان قرار دارد و میزان موفقیت آنان است که میزان اقبال یا شکست نظام‌های تشخیصی و درمانی را تعیین می‌کند. بگذریم، این وضعیت معیشتی، عدم امنیت شغلی و آینده‌مبهم اجتماعی و اقتصادی، اکثر پزشکان عمومی را مجبوربه تلاش برای ورودبه دوره‌های تخصصی می‌کند. معضل مهم در این زمینه نحوه قبولی در آزمون ورودی دستیاری است. رقابت فشرده به دلیل تعداد زیاد متقاضیان، وجود سهمیه‌های متعدد، قوانین بسیار متغیر و تغییرات خلق‌الساعه آنها که به دلیل رقابتی بودن امتحان به هر میزان که به نفع گروهی باشد، به ضرر گروهی دیگر است) و وجود نگرش منفی به سلامت آزمون (که خود دست‌اندرکاران به دلیل رقابت‌های سیاسی و مدیریتی به آن دامنه زده‌اند) همه و همه فضای مبهم و پیچیده‌ای برای داوطلبان ایجاد می‌کند و به دلیل نسبت

پول که سود حاصل از فروش دارو است، بایستی به طور مستقیم به داروخانه‌های کشور مسترد شود، یعنی:

همیشه تجربه تلخ شکست برای تعداد انبوهی از شرکت‌کنندگان را پدید می‌آورد.

رزیدنت شدن، خیر خوشی نیست

اما قبولی در آزمون ورودی دستیاری هم برخلاف جلوه اول، چندان خیر خوشی نیست. ساعات کار زیاد و خارج از حد استاندارد، حقوقی که هنوز هم از حقوق کارمندان زیر دیپلم پایین‌تر است، ترس از امتحان بوردها، نبوس شدن تعیین محل تعهد و خدمت به زودی بر خوشی اولیه غالب خواهد شد.

همه اینها که در این نوشتار آمد و بسیاری که به آنها اشاره نشد، وضعیت نامطلوبی برای پزشکان عمومی ما ایجاد کرده است. مهاجرت برای اشتغال و یادامه تحصیل حداقل در مقطعی دغدغه ذهنی بسیاری از پزشکان عمومی شده است. اگر طبق معیارهای بین‌المللی ارزش فقط مادی (و نه معنوی) یک نیروی لیسانسه مهاجر را حداقل یک میلیون دلار فرض کنیم، هر ساله در مورد پزشکان عمومی وسایر فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی، کشور چهار هزار ملی میلیارد

دلاری می‌شود. فرقی نمی‌کنند این فعل و انفعال را چه «فرار مغزها» چه «مهاجرت نخبگان» بنامیم،

خسارت‌های معنوی و مادی آن بسیار قابل توجه خواهد بود. بعضی می‌گویند شاید این نوع رفتار اجتماعی در کشور با پزشکان بعد از آن همه اشتیاق برای ورود به پزشکی نوعی بغض اجتماعی ونوعی انتقام‌گیری قبول‌نشدگان از قبول‌شدگان است. بعضی مشکلات مدیریتی و کم‌تدبیری را علت اصلی مشکلات پزشکان عمومی می‌دانند. بعضی تجویز ایثار و فداکاری از سوی بعضی پیشکسوتان ومسوولین به دیگران را دلیل اصلی این مشکلات می‌دانند! (از یاد نبریم ایثار و فداکاری در مورد خود افراد مصداق دارد و توصیه به دیگران بدون توجه به سایر زیرساخت‌ها، نوعی تحمیل است).

علت هر چه باشد، وضعیت پزشکان عمومی کشور مطلوب نیست. برای حل این مشکل رهبران سیاست و اجتماعی جامعه، مسوولان عرصه بهداشت و درمان، پیشکسوتان جامعه پزشکی و از همه مهم‌تر تک‌تک افراد جامعه پزشکی، به‌خصوص پزشکان عمومی باید دست در دست هم برای حل این معضلات اقدام کنند. تجربه نشان داده ایرانیان توانایی انجام کارهای بزرگ را دارند، به شرطی که همت کنیم و برنامه داشته باشیم. ▶

بهترین مقاله را انتخاب کنید
کد این مقاله
۱۴۴۲۱

۲۰۰۵۲۸ ▶ SMS

نکاتی درباره حق فنی داروخانه‌ها و گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

چرا حق فنی را ذبح می‌کنید؟

بین سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۰ به‌طور غیر مستقیم برای تأمین داروهای کشور یارانه پرداخت نموده‌اند. به این صورت که با پرداخت یارانه از طرف دولت قیمت دارو در یک سطح بسیار پایین نگه داشته شد و در نتیجه سود مطلق حاصل از فروش دارو در داروخانه‌ها به حداقل ممکن رسانده شد. اگر مبلغ یارانه را بین سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۰ حدود ۵۰۰ میلیون دلار در سال فرض کنیم که گاهی اوقات بیشتر از آن هم بوده، حدود ۱۵ درصد از این پول که سود حاصل از فروش دارو است، بایستی به طور مستقیم به داروخانه‌های کشور مسترد شود، یعنی:

۱۰ میلیارد دلار= ۵۰۰ میلیون دلار × ۲۰

۱۵/۵ میلیارد دلار= ۱۵درصد × ۱۰ میلیارد دلار

۱۵۰۰ میلیارد تومان= ۱/۵ میلیارد دلار

یک هزار و پانصد میلیارد تومان مبلغی است که دولت به دلیل پرداخت یارانه دارویی به داروخانه‌های کشور، ضرر غیر مستقیم رسانده و به آنها بدهکار است. انجمن داروسازان بایستی به عنوان نمایندگان داروسازان کشور از طریق دیوان عدالت اداری جهت بازپرداخت آن به داروخانه‌های کشور اقدام نمایند.

از آنجا که قصد نداشتیم و نداریم که این نوشته طولانی شود، در جمع‌بندی چند نکته را جهت تثبیت جایگاه داروساز و نقش بسیار ارزشمند وی در ارایه خدمات دارویی و لزوم منطقی کردن پرداخت متناسب به آنان را م تذکر می‌گردم: داروسازان بایستی جایگاه خود را در نظام سلامت کشور بازنویس و خدمات خود را به‌صورت جامع تعریف و به‌طور ملموس ارایه نمایند. در حال حاضر موقعیت نامناسبی است زیرا وزارت بهداشت در حال ارزیابی و تدوین چارت جدید تشکیلاتی خود است. دانشگاه‌های داروسازی بایستی از پيله خودتنبیده بیرون آیند و کاریکولوم جدید آموزشی خود را با تمام خصوصیات پیش‌بینی شده اجرا نمایند که شاید بتواند تحول قابل توجهی را در ارایه خدمات مدرن دارویی بخصوص در بیمارستان‌ها به وجود آورد. همچنین دانشگاه‌های داروسازی بایستی پیوسته در پی تجدید نظر کاریکولوم خود باشند. داروسازان چه در سطح شهر و چه در مراکز درمانی مانند بیمارستان‌ها بایستی فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی خود را در ارتباط با بیماران، پزشکان، پرستاران، دستیاران و … افزایش داده و کلیه افراد درگیر در حلقه درمان و نیز مواردی که یک داروساز می‌تواند به آنها کمک نماید را شناسایی و در نتیجه همکاری‌های خود را توسعه دهند.

در حال حاضر در کشور حدود ۱۳ دانشگاه داروسازی داریم که مرکز پژوهش‌های مجلس می‌تواند با مأمور کردن چندین دانشکده طی پروژه‌های علمی مشکلات دارویی و مسایل مربوط به آن را مستند نماید و در نتیجه بتواند تحلیل درستی از موضوع‌های مرتبط را داشته باشد که مانند گزارش اخیر سبب متشوش نمودن اذهان عمومی و بخش مهم و حساسی از تیم سلامت کشور یعنی داروسازان نگردد

بودجه دارویی کشور

نکته قابل توجه و مستندی در برنامه‌های بودجه کشور در دهه‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۷۰ وجود دارد و غیرقابل انکار است: داروخانه‌های کشور

بهترین مقاله را انتخاب کنید
کد این مقاله
۱۴۴۲۱

۲۰۰۵۲۸ ▶ SMS

یادداشت

♦ دکتر سحر میرپور ▶

نگاهی به پدیده مهاجرت پزشکان

حقوقی معادل تعویض یک پوشال کولر

مهاجرت نیروی کار پزشکی، همواره از دغدغه‌های بزرگ دست‌اندرکاران بخش بهداشت و درمان در تمامی کشورها به شمار می‌رود. ایران نیز از قاعده کلی مهاجرت پزشکان مستثنا نبوده و نیست. آمارهای موجود حاکی از شتاب گرفتن روند مهاجرت پزشکان عمومی و متخصص به کشورهای غربی و به‌خصوص آمریکا، کانادا و استرالیا است. برگزاری آزمون‌های دستیاری سخت و غیر استاندارد، وجود سهمیه‌های متعدد در آزمون، تخلف‌های صورت گرفته در آزمون‌های برگزار شده، تمایل نداشتن پزشکان به اشتغال در مناطق روستایی و دورافتاده و ساختار مالی نامناسب بخش بهداشت و درمان، وضعیتی را رقم زده که اکثر پزشکان ایرانی فرار را بر قرار ترجیح می‌دهند.

در سال‌های اخیر مهاجرت پزشکان ایرانی به ایالات متحده بیشتر در قالب شرکت در برنامه‌های دستیاری یا پژوهشی و عزیمت آنان به استرالیا اغلب به انگیزه اشتغال به حرفه طبابت صورت گرفته است. ساختار مالی بخش بهداشت و درمان از یک سو باعث شده که حقوق و مزایای دریافتی پزشکان بخش دولتی به‌زحمت پاسخگوی اجتناب‌ناپذیر آنها باشد و از سوی محدودیت فرصت‌های شغلی در بخش خصوصی و نیاز به سرمایه‌گذاری هنگفت در ابتدای کار، امکان کسب درآمد و استقلال را از پزشکان جوان سلب کرده است. از طرف دیگر ساختار اجرایی و ضوابط موجود باعث شده که توزیع موقعیت‌های شغلی بر مبنای شایستگی‌های علمی و مهارت‌های حرفه‌ای صورت نگیرد. با این تفصیل پزشکان جوان دلسرد و سرخورده (به خصوص آنهایی که از نظر تحصیلی و توانایی‌های علمی در سطح بالاتری قرار دارند) به امید پیشرفت و موفقیت بیشتر و همچنین رضایت شغلی بالاتر ایران را ترک گفته و به یکی از کشورهای پیشرفته مهاجرت می‌کنند. ظرفیت دانشجوی پزشکی در سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران ۴۱۵ نفر است که بر اساس مصوبه جدید در سال ۱۳۸۷، ۱۰ درصد به این میزان اضافه می‌شود. به گفته خبرگزاری مهر (۸۷/۶/۲۳)، دکتر رحمت‌اله حافظی، معاون توسعه منابع و مدیریت وزارت بهداشت عنوان کرده که در حال حاضر ۲۰ هزار نفر از جمعیت ۱۱۰ هزار نفری دانشجو رشته‌های وابسته به پزشکی در رشته پزشکی تحصیل می‌کنند که این میزان نسبت به دوران قبل از انقلاب رشد ۲۸ برابری داشته است. این در حالی است که دکتر حسن هویدا، رئیس انجمن پزشکان عمومی در خصوص مشکلات پزشکان اظهار کرده که حدود ۶ تا ۷ هزار نفر از دانشجویان پزشکی فارغ‌التحصیل در کشور بیکار هستند و به امر طبابت نمی‌پردازند (برنابنویز ۸۷/۷/۲۱). به عقیده دکتر هویدا تنها ۵ درصد از پزشکان عمومی کشور از وضعیت نسبی معیشتی و مالی برخوردار هستند. وی با تاسف از اینکه حقوق دریافتی پزشکان عمومی در حدود ۳۰۰ تا ۳۵۰ هزار تومان متغیر است، می‌گوید: «این میزان حقوق در مورد رده‌های پایین خلمتی با ۵ کلاس سواد صدق می‌کند.» اکبر عبدالهی اصل، سرپرست اداره کل نظارت بر امور دارویی وزارت بهداشت متاسف است که حقوق پزشکان عمومی از تعویض پوشال کولر کمتر است! وی همچنین معتقد است که حقوق این افراد با منشی‌هایشان تنها ۴۰ درصد تفاوت دارد!

آن سوی مرزها چه خبر است؟

پزشکانی که به امید فرار از مشکلات ایران و کسب موفقیت بیشتر به کشورهای خارجی مهاجرت می‌کنند، با چالش‌ها و موانع متعددی برخورد می‌کنند. از جمله بزرگ‌ترین این مشکلات تأیید کردن مدارک تحصیلی و تجربیات کاری خود در دوران پیش از مهاجرت است. **مهاجرت به کانادا:** پزشکان مهاجر با مدارک دکترای نمی‌توانند در این کشور کار طبی انجام دهند و باید برای گرفتن مجدد مدرک دکترای اقدام کنند. پزشکان برای دریافت مدرک دکترای باید در دو امتحان تحت عنوان MCCQ یک و دو شرکت کنند. MCCQ-I در واقع مهارت‌های بالینی و اطلاعات پزشکی فرد آزمون دهنده را در یک امتحان ۴ ساعته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. امتحان MCCQ-II یک امتحان عملی است که در ۵ ایستگاه عملکرد فرد آزمون‌دهنده مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این دو امتحان برای دریافت مدرک دکترای برای تمام دانشجویان و حتی افرادی که در خود کشور کانادا تحصیل کرده‌اند، الزامی است، اما دانشجویان خارجی علاوه بر این دو ابتدا باید در آزمون^ی تحت عنوان MCCEE موفق شوند. این آزمون توانایی و اطلاعات پزشکان خارجی را بر اساس استانداردهای کانادا مورد بررسی قرار می‌دهد و تنها در صورت موفقیت در این آزمون پزشکان خارجی اجازه ورود به مرحله بعد، یعنی شرکت در آزمون‌های MCCQ-I و MCCQ-II را می‌یابند. پس از گذراندن این مراحل هر فارغ‌التحصیل رشته پزشکی باید از طریق سیستمی تحت عنوان CaRMS برای ورود به دوره تخصص اقدام کند. در این سیستم پزشکان برای دوره‌های تخصصی در دانشگاه‌های مختلف ثبت‌نام می‌کنند و منتظر می‌مانند تا برای آنها وقت مصاحبه تعیین شود، اما معمولاً به علت رقابت فشرده، شانس^ی برای دعوت شدن به مصاحبه (به خصوص برای پزشکان خارجی) وجود ندارد. تنها راه برای موفقیت در این مرحله داشتن یک رزومه برتر نسبت به دیگران است. برای داشتن یک رزومه قوی، پزشکان مجبور به کار در مراکز تحقیقاتی و چاپ مقاله در مجلات معتبر هستند و یا اینکه باید دوره‌های آموزشی را در رشته تخصصی مورد علاقه خود بگذرانند تا بتوانند از یکی از استانان دانشگاه‌های پزشکی توصیه‌نامه دریافت کنند. تنها در این صورت است که آنها شانس موفقیت خود را افزایش خواهند داد. طبق آمار یک سایت غیررسمی، در کانادا بیش از ۱۲۰۰۰ پزشک خارجی وجود دارد که تنها ۴۰۰ نفر از آنها مشغول به کار طبابت هستند. از هر ۱۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ نفر موفقیت برای دوره‌های تخصصی تنها ۱۶۹ نفر این امتحانات را با موفقیت می‌گذرانند و در بهترین شرایط این روند حدود ۲ سال به طول می‌انجامد (mohajerat.blogfa.com).

مهاجرت به استرالیا: پزشکان ایرانی اکثرا برای اشتغال به کار اقدام به مهاجرت به کشور استرالیا می‌کنند. این پزشکان باید دارای مدرک IELTS با نمره حداقل ۷ و دو سال تجربه کاری باشند. اگر این شرایط موجود باشد، پزشکان ابتدا باید مدارک خود را به شورای پزشکی استرالیا (AMC) ارسال کنند. اگر این مدارک مورد تأیید قرار گیرد، می‌توانند در یک امتحان دو مرحله‌ای تحت عنوان MCQ برای گرفتن مدارک دکترای استرالیا اقدام کنند. مرحله اول آزمون از سوالات چند جوابی تشکیل شده و مرحله دوم آن نیز یک آزمون عملی چند ایستگاهی است که برای ارزیابی مهارت‌های بالینی فرد طراحی شده است. پس از گذراندن این مراحل پزشک می‌تواند در یکی از مناطقی در استرالیا که نیاز به پزشک خارجی دارند، برای اشتغال به کار اقدام کند و یا برای ورود به دوره دستیاری آماده شود.

ادامه در صفحه ۵ ◀