

# میز گرد مطبوعاتی با اعضای هیئت رئیسه انجمن پزشکان

عمومی کرج ( به تاریخ 1390/2/21)

مصاحبه کننده: دکتر حسین رجایی- روانپزشک

[www.foroghclinic.com](http://www.foroghclinic.com)

## مسئول امور فنی : حمید رضا دژآگاه

خوشم میاد که مدعوین ما، تا به حال هیچکدامشان برای مصاحبه با ما، یادشان نرفته است که شرط بگذارند. آقای را اینجا آوردیم بخاطر اینکه دیدگاه ایشان را با نظر خودمان در مورد مسایل ... همگون فرض می کردیم و در اولین دقایق مصاحبه با ما شرط گذاشت که در مورد مسائل ..... سؤال نشود! بابا ایو الله! آیا برای مصاحبه حاضر هم، آقایان پیش شرط تعیین کردند؟

بله! اما پیش شرطی که انصافاً، هم مای روانپزشک را گرفت ( یعنی تحت تأثیر قرار داد) و هم مسئول امور فنی مان را که تصمیم گرفت کنکور بدهد و دکتر بشود تا بعدها بتواند به این سه آقا رأی بدهد و متأسف است که امروز، کلمه ی متأسفانه را این همه از زبان پزشکان کشور شنیده است و امید روزی را دارد که آنها در محاوره هایشان، بیشتر "خوشبختانه" به کار ببرند. حالا این پیش شرط چه بود؟

این که به جای اشاره ی عریض و طویل به شخصیت و زندگی نامه ی آنان، قسمت عمده ی وقت به طرح مشکلات کاری و معیشتی گروهی اختصاص یابد که آقایان به نمایندگی از آنها صحبت میکنند. اینجایش ایول داشت، اما دکتر روزدار که در اثنای تعیین این شرط برای ما، از فرصت به چالش کشیدن عقاید ما در نوشته های خودمان

(که تازه هیچ وقت فرصت انتشار نیافته و نخواهند یافت) در مورد " روانشناسی خود

Self-psychology" ( که اصولاً ایشان نباید از آنها سر در بیاورند ) ، صرف نظر

نمی کرد و باعث شده بود که بنده بند کتانی هایم را شل کنم، ظاهراً نمیداند که مصاحبه ای که به کمتر از انتفاضه ی کفش منجر شود، برای تعدادی از خوانندگان ما، شاید جاذبه ای نداشته باشد. خلاصه در شروع این میز گرد، اول به غوغا سالاری و جنجال پرستی عزیز شب بخیر می گوئیم و سپس نظر خوانندگان محترم را به متن مصاحبه جلب می کنیم.

" به سراغ شما هم خواهیم آمد"



**دکتر رجایی :** خوشحالیم که به ابتکار هیئت تحریریه نظام پزشکی کرج بزرگ میزگردی با اعضای هیئت مدیره انجمن پزشکان عمومی شما آقایان برگزار کردیم.

من دکتر رجایی هستم و دوست و همکار فرزانه ی من دکتر فرید کرمی هم در اینجا حضور دارند و سوال های تکمیلی را مطرح خواهند کرد. نخست از معرفی آقایان در چند جمله شروع میکنیم که بنا به سلیقه ی خودشان خواهد بود.

**دکتر متقی :** بسم الله الرحمن الرحيم, بنده دکتر هادی متقی هستم پزشک عمومی با 34 سال سابقه طبابت, فعلا به عنوان پزشک آزاد مطبی در فردیس کرج دارم و عضو انجمن پزشکان و نایب رئیس هیئت مدیره انجمن پزشکان عمومی کرج هستم و از این فرصت و از این که این فرصت را در اختیار بنده قرار دادید بسیار سپاس گزارم.

**دکتر روزدار :** دکتر امیر رضا روزدار هستم با نزدیک به 20 سال سابقه طبابت در کمال شهر کرج و حدود 12 سال میباشد که در انجمن پزشکان عمومی و هیئت مدیره انجمن عضو میباشم و از اینکه این فرصت را در اختیار من قرار دادید پیشاپیش تشکر میکنم.

**دکتر بابایی :** به نام خدا, من دکتر بیژن بابایی هستم 15 سال سابقه ی طبابت دارم که 14 سال از این سالها را در محمدشهر کرج هست که مطبی دارم حدودا 6 سال می باشد که عضو هیئت مدیره انجمن پزشکان عمومی و دبیر انجمن پزشکان عمومی کرج هستم.

**دکتر رجایی :** فکر می کنم که شما پزشکان عمومی مهمترین بدنه ی اعضای نظام پزشکی محسوب میشوید. آیا در هیئت های مدیره ی نظام پزشکی و شورای سرپرستی هم به همین نسبت می درخشید؟

دکتر متقی : اگر منظور شما از درخشیدن به معنای حضور فعال انجمن است ،سوابق نشان دهنده هستند که انجمن پزشکان عمومی به عنوان دیرپاترین انجمن فعال پزشکی در شهرستان کرج یا استان البرز دارای یک پیش زمینه و رزومه ی بسیار قوی میباشد. ما در سه دوره ی متوالی انتخابات نظام پزشکی هم صاحب برنامه ی منسجم بودیم و هم کاندیداهای مشخص و معروفی داشتیم. در دو دوره ی قبل 9 نفر از اعضای هیئت مدیره ی نظام پزشکی کرج را پزشکان عضو انجمن تشکیل میدادند. در دو دوره ی بعدی ما با توجه به جو حاکم بر جامعه پزشکی کرج و پرهیز از انگ گروه گرایی، مبنا را بر این قرار دادیم که با گروههای متخصص ائتلاف و اشتراک نظر داشته باشیم. در واقع بطور بسیار فعال حضور داشتیم و شرکت کردیم و در حال حاضر هم سه نفر از اعضای هیئت مدیره نظام پزشکی کرج کاندیده های مشخص انجمن ما هستند. در رابطه با فعالیت های صنفی یکی از نکات شاخص حرکت انجمن ما پیشنهاد تشکیل مجمع انجمنهای علمی تخصصی بوده در سازمان نظام پزشکی که طی 3 یا 4 جلسه جلساتی با حضور همه ی هیئت های مدیره و همه ی انجمنها برگزار شده و بعد از بحث های فراوان پیش نویس موضوع نیز تهیه شد که این به ثبت برسد. متأسفانه به دلایل نامعلومی یا در واقع محدودیتهای ساختاری میان راه این قضیه مسدود گذاشته شد. دیدگاه ما در این رابطه این بود که نظام پزشکی، زمانی موفق و استوار و زمانی می تواند تأثیر گذار باشد، هم در رابطه با گروههای پزشکی، هم در رابطه با ارگانهای حکومتی بر مسائل عرصه ی طب و درمان که یک رابطه ی دو سویه بین نظام پزشکی و بدنه اش باشد و رابطه ی یک جانبه و عمودی از بالا به پایین نباشد. طبیعتاً اگر که بناست نظام پزشکی بتواند تأثیر گذار باشد، حتماً بایستی که با مشارکت فعال بدنه این حرکت را انجام بدهد. در رابطه با مسائل دیگری به عنوان نمونه یکی از چالشهای مهم عرصه ی فعلی مسئله سیستم ارجاع و پزشک خانواده است، انجمن ما در سطح ایران نظریات کارشناس خود را به وزارت بهداشت و انجمن تهران ارائه کرده است و انتظار ما این است که اگر بناست این سیستم پیاده شود در سطح کل ایران از کسانی که می خواهند در این امر مشارکت بکنند از پزشکان عمومی حتماً نظر خواهی شود.

**دکتر رجایی :** چه مقدار از نظرات کارشناسی انجمن پزشکان عمومی در کل در طرح ریزی سیاستهای آموزشی، درمانی و بهداشتی کشور به عنوان مثال در (وزارت بهداشت) استفاده میشود ؟ مثلاً همین طرح پزشک خانواده البته در اصطلاح کلی تر شاید طرح سیستم ارجاع مفید تر باشد. درست است ؟

دکتر روزدار : البته این دو با همدیگر گفته میشود (طرح سیستم ارجاع و پزشک خانواده). آنچه که شما پرسیدید برمیگردد به شناسایی ساختار انجمن ما، این انجمن به عنوان یک NGO در حقیقت دارای آن ساختاری است که نقطه نظرات کارشناسی خودش را همیشه، همواره و به موقع در حقیقت در تمامی سطوح چه در سطوح نظام پزشکی کشوری، چه سطوح بهداشت و درمان وزارت بهداشت و درمان این را ارائه کرده ولی اینکه چقدر از این نقطه نظرات استفاده شده باز هم برمیگردد به ساختار و یا نوع نگاه نهادهای دولتی که متأسفانه بیشتر نهادی مثل انجمن پزشکان عمومی را در حد یک نهادی که بیشتر نظر میدهد میبینند و متأسفانه نظر در حد نظر بلاک میشود و یا چیزی را در منصفه ی عمل برایش اجرایی نمی کنند و یا میتوانم به طور مشخص به شما بگویم که انجمن پزشکان عمومی توان اجرایی را ندارد. در نتیجه اگر که ساختار انجمن را بشناسیم، میبینیم که در مسائل نرم افزاری و یا فکری و ذهنی

انجمن همیشه فعال بوده ولی متأسفانه چون میدان عملی را ندارد و برای آن تعریف نشده است، هیچ کدام از نقطه نظرات انجمن به منصفه ی ظهور نرسیده. البته در جایی مثل بحث پزشکی خانواده و نظام ارجاع در جلساتی که با دوستانی که از طرف وزارت بهداشت و درمان مسئول این کار بودند داشتیم، ما به طور مشخص در سه یا چهار سال پیش در یک زمستان اسفند یکی از این سالها نشست را داشتیم در تهران که نقطه نظرات ما خوشبختانه لحاظ شد. مثلاً در ارتباط با حقوق دوستانی که در نظام ارجاع و پزشکی خانواده که در آن زمان به نام پزشکی روستایی مطرح بود، اعمال گردید یا در ارتباط با میزان مرخصی هایی که به دوستانی که در این طرح در حال کار بودند داده میشد و یا در ارتباط با بحث بیتوته ی آنان و نقل و انتقالاتی که در هر 15 روز یک بار در نقاط دور دست در عین حال اجرا می کردند و یا بحث بیمه ی این دوستان، همه ی اینه موضوعاتی بودند که ما در آن جلسه گفتیم و بخشی از آنها نیز واقعاً عملی شد. در مجموع انجمن پزشکان عمومی بیشتر نظریه داده است یا در حقیقت نظریه پرداز بوده تا اینکه بخواهد کار اجرایی را انجام بدهد.

**دکتر رجایی :** خوب کرج استان شده، من خودم به شخصه نمیدانم که آیا باید این ما را خوشحال کند یا برعکس؟ از طرفی ما یک نظام مستقل اداری کاری تشکیل خواهیم داد و از طرفی از پایتخت جدا شدیم، در حال حاضر مهمترین چالشهای پزشکان عمومی در استان البرز چیست؟ آیا با استان شدن کرج در چالشهایمان تغییری ایجاد شده یا خیر؟

**دکتر بابایی :** استان شدن کرج یا همان استان البرز هنوز در تمام ادارات تغییری ایجاد نکرده است و در حال انجام شدن است. از بعضی جهات به نفع پزشکان یعنی در کل، نه فقط پزشکان عمومی خواهد شد یک سری از کارهای اداری ما که در تهران انجام میشد میتواند دیگر در کرج انجام شود ولی از بعضی جهات هم ممکن است یک سری مشکلاتی برای ما ایجاد کند. از جمله اینکه به فرض ارتباطات ما با دانشگاههای مادری که داشتیم قطع میشود، یعنی ما تا الان تحت پوشش دانشگاههای مادر این مملکت بودیم و میتوانستیم از این امکانات آنها گاهاً استفاده کنیم، الان این قطع شده در حالی که هنوز دانشگاههای کرج هم عملاً اصلاً تأسیس نشده است ولی در کل استان شدن آن را بیشتر جنبه ی خیر داخلش میبینیم تا جنبه ی شر، بابت اینکه میتوانیم از این فرصت استفاده های بهینه ای بکنیم، زیرا خیلی از بودجه های ما که تقسیم میشد، در مورد بهداشت و درمان به کرج چیز زیادی نمیرسید، منتها این بر روی کاغذ میباید، فعلاً باید ببینیم آیا مدیران ما در عمل میتوانند این بودجه ها را برای ما در کرج تأمین کنند یا خیر؟ از طرفی برای پزشکان عمومی حداقل یک مشکلی ما داشتیم با توجه به این که خیلی از همکاران ما با پروانه ی مطب تهران در کرج طبابت میکنند و دانشگاههای تهران این را زیاد بهش خرده نمیگرفتند، الان که استان جدا شده حداقل میتوانیم که یک نظمی در پروانه مطبهای کرج داشته باشیم، زیرا که یک استان دیگر است و شاید بشود جلوی اینها را گرفت و البته این هم فقط به پزشکان عمومی مربوط نمیشود، شاید بیشتر به پزشکان متخصص مربوط شود آن مشکلی که ایجاد میکرد. ولی به هر حال الان هم هست. اگر شما نگاهی به منطقه ی اصلی پزشکی کرج (چهار راه طالقانی) بیندازید، تعداد زیادی از همکاران ما پروانه مطب تهران دارند و در حال طبابت در کرج هستند و کسی هم کاری با آنان ندارد.

دکتر رجایی : موضوعی که همیشه مطرح بوده و هست، رابطه ی پزشکان عمومی و متخصصان است، آیا تا کنون این رابطه سازنده بوده و یا خیر؟ آیا این رابطه میتواند راه گشایتر از آن چیزی باشد که تا کنون بوده ؟



دکتر متقی : با توجه به سابقه ی کاری من به عنوان یک پزشک عمومی و ارتباط گسترده ای که با جامعه ی پزشکی داشتم هیچ گاه در عرصه ی عمومی از طرف نهادهای رسمی، نیمه رسمی و متولیان به این جامعه یک دست نگاه نشده است. در حال حاضر شاید یکی از چالشهای بسیار مهم در عرصه ی بهداشت و درمان مسئله ی تخصص زدگی باشد و تبلیغاتی پیرامون این قضیه میشود، این چالش به نوعی است که تا زمانی که سیستم ارجاع به جریان نیفتد، به حیات خودش ادامه میدهد، هم بیماران سردرگم هستند و نمی دانند که در مورد بیماری اولین بار به کجا مراجعه کنند و هم پزشک ناراضی است و هم متولیان امر ناراضی هستند، الارقم هزینه ی بسیار فراوانی که عرصه ی بهداشت و درمان دارد، بازده و راندمان آن بسیار اندک است، این میزان از مصرف دارو، اقدامات پاراکلینیکی، دستگاههای تشخیصی و غیره و سردرگمی بیمار تناقض عمده ی عرصه ی بهداشت و درمان است. ضمن اینکه پزشکان عمومی که ما با آنان در تماس هستیم در عرصه ای که در استان البرز در حد 1200 میشوند همیشه یک دیوار بسیار بلندی را بین خودشان و متخصصان میبینند. چرا؟ به این دلیل که در بازی ای که جریان دارد واقعاً پزشک عمومی را بکار و بازی واقعی نمیگیرند، به گونه ای شده که پزشک عمومی در واقع حاشیه نشین است. شما یک نظر سطحی بیاندازید که تمام پزشکان متخصص به لحاظ مقررات میتوانند در مطب خود صاحب وسایل تشخیصی باشند، بیشترین قسمت درآمد پزشکان متخصص از وسایل تشخیصی است، اما پزشک عمومی جز گوشی و تشخیص بالینی خود و درآمد تعرفه ی خود چیزی ندارد، طبیعتاً این میتواند باعث یک جدایی و یا دیدگاه بدی بین جامعه ی پزشکی شود. من فکر میکنم که در این رابطه اگر عرصه ی اقتصاد درمان را ساماندهی کنند و یا سیستم ارجاعی پیاده شود، شاید این موضوع که یکی از مهمترین گپهای بین ما هست حل شود. در رابطه با تفاهم و تعامل با جامعه ی پزشکان متخصص، انجمن ما همیشه به این سو قدم گذاشته و شاخص ترین نمونه هایش هم این است که

ما در انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی هر دو دوره یا هر سه دوره سعی کردیم که با گروه‌های پزشک متخصص تعامل داشته باشیم و با اتخاذ خط و مشی درست و اینکه بتوانیم در یک برنامه‌ی فراگیر کاندیداهای قوی ارائه دهیم، شرکت کردیم که خود این در واقع نقطه‌ی روشن حرکت انجمن ماست. در رابطه با پزشکان عمومی اگر که یک ذره دقت کنیم، زیرا فکر میکنم که در نظام پزشکی آنطوری که باید و شاید مسائلمان حل و فصل نمی‌شود، یک مقداری انفعال وجود دارد، انفعالی که معمولاً خود را در انتخابات نظام پزشکی به این شکل نشان میدهد که حضور پیدا نمیکنند. طبیعتاً نمایندگان پزشکان عمومی در بالا آنطوری که باید و شاید حضور فعال ندارند و این شاید یکی از کمبودهای ساختار انتخاباتی ما باشد که من فکر میکنم باید اصلاح شود.

دکتر رجایی : یکی از مشکلات و در واقع معضلاتی که برای اکثر پزشکان عمومی و شاید سایر پزشکان وجود دارد، تعامل با سازمانهای بیمه گر میباشد. آیا انجمن نمیتواند در رفع بسیاری از این مشکلات وارد عمل شود؟ البته فقط میزان و نحوه‌ی پرداخت سهمیه بیمه‌ها را نمیگویم، فکر میکنم مسائل بیشتری وجود دارد، مجوز نسخه کردن بسیاری از داروها و درخواستهای آزمایشگاهی و رادیولوژی هم هست، درست است؟



دکتر روزدار : بله، همین طور است که شما میفرمایید و در خصوص سوال قبلی شما که جناب آقای دکتر متقی پاسخ اساسی تر داد، در مورد آنچه که بین ما و پزشکان متخصص میگذرد یعنی پزشکان عمومی و متخصص، به نظر میاید که در زمانهای گذشته دور شما خودتان هم اذعان دارید که این همه گپ وجود داشت و الان این گپی وجود دارد بیشتر یک جریان ساختاری است، بیشتر یک جریانی است که به استراتژی سلامت برمیگردد، چرا؟ به این خاطر که در کلیه‌ی نظام‌های سلامت که حالا من این دو تا سوال شما را در همین جا پاسخ خواهم داد، یا استراتژی بیومدیکال هستند و یا استراتژی درمان محور و یا استراتژی پابلیک هست و یا استراتژی سلامت محور. متأسفانه ما به مقوله‌ی سلامت به عنوان یک

مقوله ی زیستی نگاه میکنیم، در صورتی که مقوله ی سلامت اکنون یک مقوله ی جامعه شناختی است. اگر به مسئله ی سلامت از دید بیومدیکال نگاه بکنیم میبینیم در همین سیستم اینسترومنت و یا ابزار حرف اول را میزند و متأسفانه آن کسی که ابزار بیشتری در دست دارد روز به روز با آن کسی که فقط و فقط تشخیص بالینی نزد خود دارد، فاصله میگیرد و متأسفانه هر چه زمان گذشته ما به این سمت رفته و این گپ زیادتر شده و حالا راه اصلاح آن نیز وجود دارد که میتوانیم در سوالات بعدی شما به آن بپردازیم. دقیقاً آنچه که در سوالی که از بنده کردید در ارتباط با سازمانهای بیمه گر هم نهفته است، در همین رابطه دیده شده. سازمانهای بیمه گر اساساً بنگاههای خرید خدمت هستند، مسلماً آنچه که برای آنان اهمیت دارد هزینه ی پرداختی خودشان است برای کالای سلامتی که میخرند، برای خرید این کالای سلامت به کجا میروند؟ به آنجایی که این خرید از نظر خودشان هم بهینه باشد و هم مبلغ کمتری را در این ارتباط بپردازند. بی شک با کسی قرار داد میکنند که این هزینه ها پایینتر بیاید، در نتیجه برای پایین آوردن هزینه دست پزشکان عمومی را در نوشتن دارو در پاراکلینیک میکنند. زیرا هر دوی اینها برایشان هزینه های زیادی دارد و از طرفی متأسفانه آمدند و سیستم را با توجه به کمیتی که گروه تخصصی خط 2 و خط 3 یعنی تخصص و فوق تخصص دارد به آن سمت بردند که تا آنجا که ممکن است با توجه به (به قول خودشان) تخصصی که دوستان ما دارند بتوانند از این هزینه تا آنجایی که ممکن است کم کنند و کاهش دهند. ولی از آنجایی که بحث نظام سلامت ماهمانطور که عرض کردم، بحث درمانگری است و نه سلامت محوری، متأسفانه این استراتژی هم با شکست مواجه شده است. الان خود سازمانهای بیمه گر دارند بر میگردند به این که این را تصحیح کنند و به این نتیجه رسیده اند که یگانه راه تصحیح نظام سلامت ما بحث پزشک خانواده و نظام ارجاع است یعنی اینکه در ابتدا و در خط اول پزشک عمومی باشد که غربال کند بیمارانمان را چه از بابت بیماری آنان و چه از بابت پایش بیماران، که بعد بتواند آن تعداد اندکی را که نیازمند خط دوم و سوم هستند به خط 2 و 3 ارجاع دهند و به این وسیله در هزینه ی درمان و یا اقتصاد سلامت یک مقدار تعدیل بوجود بیاورند و درستش بکنند، ضمن اینکه ما با توجه به وضعیت خود متأسفانه از عدالت در سلامت هم مقداری دور شدیم، شاید با کاری که سازمانهای بیمه گر میخواهند انجام دهند و پیگیر باشند شاید عدالت در سلامت هم یک مقداری بهبود پیدا کند. ولی ما تا کنون با سازمانهای بیمه گر نه تنها در بحث نسخه نویسی نه تنها در بحث ثبت گذاری، نه تنها در بحث حتی قراردادهای با دوستانی که وارد بازار کار میشوند با همه ی اینها مشکل داشتیم و این مشکلات همانطور که عرض کردم مشکلاتی هستند که برمیگردد به بحث هزینه. خود دوستان هم اعتقاد دارند و در صحبتهای خود میگویند که بحث ما این نیست که کسی این کیفیت را دارد که بیماران ما را درمان کند و این پزشک عمومی هست یا نیست. حتی برای جراحان هم این محدودیت هست حتی برای دوستان متخصصین داخلی هم محدودیت هایی می گذارند. به طور کلی سازمان های بیمه گر نگاهشان گاهی است که هزینه های خود را کم کنند. به همین دلیل برای پزشک محدودیت ایجاد می کنند.

**دکتر رجایی:** راجع به سیاست های آموزشی کشور سوالی مطرح کردم، در اینجا علاقه مند هستم که در خصوص راه های ادامه تحصیل پزشکان عمومی و مشکلات مربوط به این بخش هم از شما بپرسم



دکتر بابایی : من اول سوال شما را با یک نصف سوال جواب می دهم . می خواهم علت ادامه تحصیل پزشک عمومی را بدانم ، آیا نیاز هست که همه پزشکان عمومی ادامه تحصیل دهند اول باید این را بررسی کنیم ، به طور منطقی ما نیاز نداریم همه پزشکان عمومی ادامه تحصیل بدهند به همین خاطر یکی از دلایل ادامه تحصیل ، شاید در حال حاضر مهم ترین دلیل ادامه تحصیل پزشکان عمومی متاسفانه انگیزه علمی نیست و فقط مساله مالی است و این امر باعث شده است که کلاس های کنکور و تست زنی راه افتاده است . پزشک یک سال از طبابت کنار می رود و می نشیند و کتاب می خواند . تنها به صرف یک سری محفوظات که یک امتحانی بدهد و قبول شود و نکته جالب اینجاست که انتخاب رشته تخصصی اکنون در مملکت ما درست مثل کنکور می باشد ، یعنی پزشک عمومی با این قصد که فقط از پزشکی عمومی جدا شود می آید . فرض کنید در فیلد انتخاب رشته خود جراحی می زند پوست می زند اطفال می زند رادیولوژی می زند طب کار می زند ، در صورتی که این رشته ها هیچ سختی با همدیگر ندارند . مثلاً محال است یک نفر بگوید : من همه این رشته ها را دوست دارم ، فقط هم هدف این است که از پزشکی عمومی جدا شوند و تنها به دلیل بار مالی که بر دوش پزشک عمومی است . حال بر می گردیم به همان سوال شما که آیا چگونه باید ادامه بدهند ؟ اگر همان مساله عدالت در درمان و کلا عدالت اقتصادی در بخش درمان کشورمان جایگزین شود و درست هم انجام شود ، آن موقع شاید هم اصلاً پزشکان عمومی ما این قدر ولع متخصص شدن را دیگر نداشته باشند آن موقع دست وزارت بهداشت خیلی بازتر می شود تا رشته ها را همواره باز نویسی و بازبینی کند ، کاری که الان در دانشگاه شهید بهشتی ریفورم آن را در مرحله ی پزشکی عمومی انجام دادند ، در حال حاضر این دانشگاه آموزش پزشک عمومی خود را تغییر داده ، ریفورم گذاشته برای آموزش پزشک عمومی بیشتر به سمت آموزش های بالینی محور به نوعی آموزش درمان برای پزشکان عمومی می رود و کمی از آن محفوظات زیاد درسی که در فیلد پزشک عمومی زیاد کارایی ندارد را کم کردند ، البته در اینجا باز هم همین گله مطرح هست که در این تغییر نقش و در این تغییر کاربری آموزش پزشک عمومی انجمن پزشکان عمومی هیچ نقشی نداشته است یعنی هیچ سوالی از پزشک عمومی که مخاطب این آموزش است پرسیده نشده که شما در مطب خود چه مشکلی دارید که ما آن را

بیشتر مورد بحث قرار دهیم . در مورد سیاستهای آموزشی ما دو تا مشکل هم داریم که من میخواهم حتماً قید کنم، ما به راحتی میتوانیم خیلی از کارها را با بازآموزی برای پزشکان عمومی انجام دهیم چیزی که در همه جای دنیا دارد انجام میگردد، دوره های یک ماهه و چند ماهه میگذارند و بازآموزی و با گرفتن مدرک آن بازآموزی فیلد کاری پزشک عمومی تغییر میکند و در یک فیلد خاصی شروع به کار میکند. متأسفانه در مملکت ما الان این بازآموزیها برای پزشکان عمومی باز هم بیشتر فقط صرف گرفتن یک امتیاز برای تمدید پروانه شده است عملاً می شود گفت که کارایی در حد بسیار پایین است . جلساتی هم که برگزار می شود ، اساتیدی که تشریف می آورند در بازآموزی پزشکان عمومی تدریس می کنند ، اکثریت آنان اصلاً از فیلد کاری پزشکی عمومی زیاد اطلاعی ندارند و چیزهایی که آموزش می دهند در حد بسیار فوق العاده و فوق تخصصی است چیزی در حد بیمارستان های سانترال می باشد که ما در مطب های خود اصلاً قابل بررسی نمیبینیم ، نکته بسیار جالب تر اینجاست که الان برخی از انجمن های پزشکی بعضی از رشته های تخصصی متأسفانه در بازآموزی هایشان محدودیت برای پزشکان عمومی قائل می شوند و کار به جایی رسیده بود که در اصفهان و حتی در تهران در بیمارستان میلاد یکی از انجمن ها که به نظرشان تداخل کاری شان با پزشکان عمومی زیادتر است در پانلی که آموزش روش های درمانی جدید بیماری های آن رشته بود . جلوی درب بادیگارد گذاشته بودند و پزشکان عمومی را راه نمی دادند که پزشک عمومی در این بازآموزی نباشد وقتی پزشک عمومی این را می بیند دیگر همه چیز بهم می ریزد که ما می خواهیم برویم تازه های درمان را یاد بگیریم جلوی ما را می گیرند و بعد می گویند پزشک عمومی باید همه چیز بلد باشد این خودش شاید مشکل اصلی سیاست آموزش ماست که هنوز نمی دانند پزشک عمومی چه کاره است و حق اش کجاست کارش کجاست چه کار باید بکند ببینید الان مطرح شده است که برای پرستارها می خواهند دفتر کار تاسیس کنند ، جناب آقای میرزا بیگی رییس انجمن نظام پرستاری شدیداً به دنبال این امر هستند و برداشت من این است که بزودی هم موفق خواهد شد که دفتر کار خصوصی برای پرستارها مانند کشورهای پیشرفته ایجاد کنند و من مطمئن هستم که این کار که انجام شود یک تداخل شدیدی باز ما پیدا خواهیم کرد ، چون تعریف هنوز نشده که پزشک چه کاره است ، پرستار چه کاره است . به همین خاطر به نظر من سیاست آموزشی ما در قسمت پزشک عمومی نیازی به یک بازنگری کامل دارد بر روی بعضی از دروس باید بیشتر تاکید شود. بر اپیدمیولوژی باید بیشتر تکیه شود و بعضی از دروس نه اینکه کم شود ولی کمی به حاشیه بروند ، منتها باز هم مثل حرف اولم شرط تمام اینها این است که عدالت اقتصادی در سیستم پزشکی ما حاکم بشود و اگر نشود این باز هم قابل انجام نخواهد بود .

**دکتر رجایی :** فکر می کنم از پتانسیل علمی پزشکان عمومی در حوزه ارائه آموزش استفاده نمی شود . آیا پزشکان عمومی با دانشگاه ها و حوزه آموزش پزشکی هم می توانند در جهت ارائه آموزش تعامل داشته باشند اصولاً چنین الگوهایی را داشته ایم ؟

**دکتر متقی :** در رابطه با اینکه پزشکان عمومی می توانند در حیطه آموزش مشارکت و شرکت بکنند که شکی وجود ندارد. به هر حال زمینه طب داخلی را همه پزشکان فرا می گیرند به لحاظ شغلی پزشک

عمومی بیشترین تماس را با مسائل سطح اول مسائل بیماری و درمان دارد. شاید یکی از مهم ترین نواقصی که در عرصه آموزش یا بازآموزی ها وجود دارد، عدم به کارگیری تجربیات فرد فرد پزشکان است، چه عمومی چه متخصص. اگر قبول داشته باشیم که تراکم تجربه در یک نقطه ای به علم تبدیل می شود و علم زاینده تکنولوژی و تکنولوژی مجدداً باز برمی گردد که علم را تقویت کند، سوال این است که چرا این تجربیات فرد فرد پزشکان چه عمومی چه متخصص در جایی به هم نمی پیوندند و در یک نقطه ای از بین خواهد رفت. طبیعتاً اگر سیستم آموزشی ما یا سیستم به کارگیری مسائل آموزشی در حیطه تدریس و تحقیق و برگزاری کنفرانس ها یا رسانه های گروهی بخواهد از هر پزشکی بخصوص پزشکان عمومی در حیطه کاریشان تجربیاتشان را لحاظ کند، مسلماً یکی از کسانی که می تواند حرفی برای گفتن داشته باشد پزشک عمومی است. به عنوان مثال بنده پانزده سال از عمر طبابتم را در عرصه طب پایه گذرانده ام، و توانسته ام در مراکزی مانند مراکز سل، جذام، طب اطفال، طب کار، پانزده سال را سپری کنم و الان که صاحب مطب هم هستم این تجربیات زیاد به درد خود بنده هم نمی خورد زیرا از این تجربیات نتوانستم استفاده کنم و زمینه های کاربری آن نیز موجود نیست طبیعتاً ما بایستی که در این سمت حرکت کنیم که از تجربیات فرد فرد پزشکان در این زمینه استفاده کنیم.

**دکتر رجایی: خواهش می کنم اگر امکان دارد به مسائل و مشکلات رفاهی پزشکان عمومی و خانواده هایشان اشاره بفرمایید؟**

دکتر روزدار: ببینید مسائل رفاهی مسائلی نیست که در خلاء شکل بگیرد، به طور قطع و یقین مسائل رفاهی هر خانواده ای اصلاً فقط بحث پزشک نیست، بلکه برمی گردد به درجه توسعه یافتگی اقتصادی آنها، بی هیچ برو برگردی در وضعیتی که البته پیش از من آقای دکتر متقی و همچنین جناب آقای دکتر بابایی شرح دادند، توزیع نابرابر ثروت را در جامعه پزشکی داریم یعنی متاسفانه اگر نگاه کنید می بینید که پزشکان عمومی ما تقریباً یک زندگی معمولی دارند، حتی درآمد یک تعدادی از دوستان پزشک ما می توانم به جرات بگویم که درآمدی است که اکنون به عنوان خط فقر نسبی در حقیقت عنوان شده است و یا حالا تنه به این خط می زنند، قدری بالاتر از این خط هستند الان خط فقر را در تهران مقداری نزدیک به یک میلیون گزارش کرده اند و یا خط فقر نسبی را دوستان ما هم اگر که با خیلی از آنها صحبت بکنیم بخصوص دوستانی که الان در سیستم پزشک خانواده فعالیت می کنند. اتفاقاً در نقاط بسیار دور هم خدمت می کنند عددی در همین حد یا به طور متوسط در همین حد دریافت می کنند و در نتیجه در چنین وضعیت اقتصادی واقعا توسعه یافتگی در بین خانواده پزشکی کشور یک مقدار دور از واقعیت است و همین سیستم باعث می شود که هر روز پزشک عمومی از آنچه که به عنوان فرصت سرمایه گذاری نام دارد دور بماند برای یک انسان که دارد فعالیت اقتصادی می کند یک فرصتی هست به عنوان فرصت سرمایه گذاری، اگر بتواند در موقع خاص خودش این فرصت را بگیرد و سرمایه گذاری کند ممکن است بتواند در آینده رفاهی را برای خانواده خودش ایجاد کند ولی اگر این فرصت از او گرفته شود، متاسفانه چون سرمایه گذاری نکرده است به رفاهی که باید برسد هم نخواهد رسید. در نتیجه در

بین پزشکان عمومی فقط می شود گفت که الان فقط یک رفاه نسبی و نه یک رفاهی که من و شما از یک پزشک به عنوان کسی که حداقل هفت سال را درس خوانده و زحمت کشیده انتظار داریم، وجود دارد. در صورتی که دوستان ما در زمینه های تخصصی شاید بشود گفت که مثلاً ده یا پانزده برابر و گاهی اوقات پنجاه یا شصت برابر یک پزشک عمومی درآمد دارند و به طور قطع و یقین آنان فرصت سرمایه گذاری کافی دارند و بهتر می توانند سرمایه گذاری کنند، همان طور که واقعیت های موجود در جامعه هم این را نشان می دهد مثلاً فرض کنید سهامی که گرفته می شود و در اختیار قرار می گیرد عمدتاً برای دوستان پزشک متخصص است، کمتر پزشک عمومی را می بینیم که در این زمینه سرمایه گذاری کرده باشد و یا فرصت سرمایه گذاری را داشته باشد، در نتیجه از نظر رفاهی پزشک عمومی الان در یک موقعیت کاملاً معمولی و مثل دیگر اقشار جامعه است. متأسفانه این هم برمی گردد به ساختاری که پزشک عمومی در آن قرار گرفته است که جایگاهش تعریف نشده و بعد هم از امکاناتی که پزشک می تواند با توجه به گرفته هایش در زمان تحصیل خود استفاده کند متأسفانه جلویش را به هر صورت سد می کنند کسی که میخواهد در زمینه پوست کار کند متأسفانه سدی جلوی رویش هست و کسی میخواهد در کارهای جنبی دیگر فعال باشد متأسفانه جلویش را میگیرند، به همین دلیل پزشک عمومی از نظر اقتصادی وضعیت خوبی ندارد.

**دکتر رجایی :** یکی از مسائل مهمی که پزشکان عمومی و تمامی گروه های پزشکی درگیر آن هستند مسئله مالیات می باشد و فکر می کنم که در سالهای اخیر از این نظر فشار زیادی به پزشکان وارد شده است، چرا که افزایش مالیات آنها شاخص بوده حتماً در این زمینه هم شما مطلبی برای خوانندگان ما دارید؟

**دکتر بابایی :** مسئله مالیاتی پزشکان درمورد پزشکان عمومی اگر بخواهیم بطور خاص صحبت کنیم از دو جنبه مشکل پیدا میشود، یکی اینکه اکثریت پزشکان عمومی به ناچار قراردادهای بیمه ای دارند، خیلی از آنها راضی نیستند ولی چون پوشش بیمه ای در کشور زیاد است ناچار هستند که قرار داد ببندند، در نتیجه معیار دریافت اینان از بیمه مستقیماً در اداره دارایی ثبت شده است و ما نه اینکه بگوییم گاهاً بلکه کراراً میبینیم که مالیات یک پزشک عمومی از مالیات بسیاری از همکاران متخصص ما بیشتر زده میشود و تنها علت آن این است که چون پزشک عمومی مدرک کتبی دارد از میزان نسخه هایی که دریافت کرده دیگر خود اظهارش زیاد مورد قبول نیست. من اسم هیچ رشته ی تخصصی را نمیخواهم بیاورم ولی در کل پزشکان متخصص را ما میبینیم که در همین شهر کرج با مالیات مثلاً پانصد تا ششصد هزار تومان، چندین بار اعتراض میکنند و مالیاتشان پایینتر میآید ولی پزشکان عمومی را به فراوانی داریم که مالیات پرداختی آنها از این بالاتر است و حرفی هم نمیتوانند بزنند. البته این اعتراض که من میکنم این معنی را نمیدهد که مالیات ما را بیاورند پایین، ما میگوییم مالیات درست شود چیزی که به دارایی هم چندین بار گفتیم. گفتیم اگر قرار است عدالت برقرار شود عدالت باید در همه ی قسمتها باشد، اگر درآمد من بالاتر است، خوب طبیعتاً مالیات بالاتر را باید هم پرداخت کنم، اینکه رقم مالیات درست نیست کاملاً با شما من موافقم، ما اعتراض هم به نظام پزشکی کردیم بابت اینکه تعیین یک فرمول مالیاتی برای کل کشور اصلاً روش درستی نیست، ما نمیتوانیم بیاوریم از تهران بررسی کنیم که آیا مثلاً

پزشکی در برآزجان کار کرده باید اینقدر مالیات دهد، این را باید حتماً از همان منطقه پرسید و با این سیستم فرموله کردن که نظام پزشکی می‌کرد شدیداً مخالف بودیم. سال گذشته نظام پزشکی این فرمول را کمی تعدیل کرد، شهرها را جمعیت بندی کرد ولی باز هم ما با این در حال حاضر مشکل داریم اگر این مشکل را مثال بزنیم، الان بر اساس همین قانون فعلی نظام پزشکی شهرهای زیر دویست هزار نفر اگر درست خاطر باشد 5% مالیات باید اضافه بر درصد بیمه هایشان پرداخت کنند ولی در همین کرج خود ما اداره ی داری کرج به کلیه ی شهرهای اقماری گفته که این قابل استناد نیست و اینها همه باید بر اساس مالیات کرج پرداخت بکنند یعنی مالیات برای پزشکان عمومی شدیداً فشار آور و شکننده است، هر سال به داری همیشه می‌گوییم که در آمد خیلی از پزشکان عمومی و شاید اکثریت قریب به اتفاق آنها نسبت به سالهای قبل افت کرده، همانطور که جناب آقای دکتر متقی فرمودند در آمد پزشک عمومی از نسخه و ویزیتش می‌باشد، اگر همکار متخصصی در آمد ویزیتش بالا نره ولی نرخ آندوسکوپی خود را چند برابر کند میتواند در آمدش را بالا ببرد ولی این کار در مورد پزشک عمومی صدق نمی‌کند، زیرا در آمد ما تنها بر اساس نرخ ویزیتی هست که دولت اعلام میکند و نمیتوانیم هم بالاتر از آن دریافت کنیم، اگرچه اصلاً در خیلی جاها مردم توان پرداخت را هم ندارند و اگر بخواهیم هم قابل انجام نیست، به همین خاطر ما بر حساب مالیاتی شدیداً اعتراض داریم، چندین جلسه با داری کرج صحبت کردیم حتی یک جلسه ی آموزشی گذاشتیم مسئول داری کرج زحمت کشیدند تشریف آوردند، متأسفانه و باز هم متأسفانه به همان فرمولی که خوشان به ما یاد دادند استناد نمی‌کنند و مالیاتها را به صورت الرأس برای پزشکان عمومی می‌گذارند و برای آنان مشکل ساز میشود.

**دکتر کرمی :** وزارت بهداشت هنوز نتوانسته است سلامت آزمون دستیاری را تضمین کند و مکرراً تقلب روی داده و میدهد. خوب ضربه ی این حتماً به پزشکان عمومی وارد میشود، از چه طریقی میشود جلوی این مسئله را گرفت ؟ آیا وزارت بهداشت به تنهایی میتواند یا بسترهای دیگری برای تضمین سلامت آزمون دستیاری باید لحاظ شود ؟

دکتر متقی : در رابطه با این سوال، مسائل بسیار عمده ای دخالت دارند، از قوانین عام گرفته تا ساختارهای حاکم بر تشکیلات اجرایی، طبیعتاً تا زمانی که متقاضی تخصص و کسب تخصص زیاد است و پذیرش کم است و کسب تخصص هم وضعیت افراد را به طور اساسی دگرگون میکند، میتواند که این چالش وجود داشته باشد، تصور بنده بر این است که اگر ما آن گپی که من قبلاً خدمتان عرض کردم را بین پزشکان عمومی و متخصص پر کنیم، این میزان از ولع و اشتیاق برای کسب تخصص را میتوانیم نداشته باشیم و زمینه های ایجاد این تقلب را میشود با برنامه ریزی دقیق با توجه به سابقه ی تحصیلی شخص و توانایی های فردی و تجربیات وی و مسائل دیگر بگونه ای حل کرد که تقلب کمتر صورت بگیرد.

**دکتر کرمی :** پزشکان عمومی به نظر میرسد که بیشتر از همه در معرض بازرسی های کارشناسان اداره ی نظارت بر درمان شبکه ها هستند. آیا به نظر انجمن دستورات العمل های آیین نامه ای که وزارت اعمال میکند برای پزشکان عمومی تبعیض آمیز نیست ؟

دکتر روزدار : به نظر می آید که برای آنکه قوانین آنگونه که قانون گذار فکرش را کرده اجرا شود، بی شک دستگاه نظارتی را هم لازم داریم. در اینکه نظارت باید باشد ما شکی نداریم ولی گاهی اوقات این نظارت ها همانطور که خودتان میفرمایید بیشتر معطوف به یک قشر و آن هم پزشکان عمومی میشود و یا متأسفانه حتی گاهی اوقات در بین اتفاقاتی که میافتد این پزشک عمومی است که زیر ضرب قرار میگیرد. مثلاً فرض کنید که هر وقت صحبت از این میکنند که، به هر حال قصوری شده در امر درمان، آماري را که میدهند در ارتباط با پزشکان عمومی است، در صورتی که این تعداد پزشکان عمومی است که به دلیل بالا بودن بطور قطع و یقین تعداد افرادی را که ممکن است در کار حرفه ای خود قصور کرده باشند ممکن است بالاتر از دیگر گروه های پزشکی نشان بدهد ولی این به معنای این نیست که پزشکی عمومی اساساً به لحاظ دانش خود و یا پایه ی دانش خود قصور را است، از بابت نظارت هم همینطور است. متأسفانه وقتی وارد موضوع میشوند به دلیل اینکه جایگاه پزشک عمومی مثلاً در نظام سلامت ما روشن نیست و آنچه که از او انتظار میرود مورد بازبینی قرار نمیگیرد، در حقیقت ایرادات و اعتراضات به چیزهایی است که بیشتر جنبه های کار حرفه ای را ندارد. مثلاً فرض کنید که به این اعتراض میکنند که چرا محیط مطب این چنین هست خوب مسلم است وقتی که یک پزشک عمومی از نظر اقتصادی در موقعیت خوبی نباشد بی هیچ بروبرگردی مطب شکی هم نخواهد داشت. بزرگترین اعتراض که به دوستان ما میکنند، متأسفانه از بابت این گونه مسائل است و یا اینکه مثلاً فرض کنید که در ارتباط با بحث نسخه نویسی آنان گاهی اوقات اعتراضاتی را دارند. مثلاً فرض کنید سازمانهای بیمه گر گاهی اوقات بحث نسخه نویسی پزشکان عمومی را مطرح میکنند، خوب مطمئناً کسانی که به ما مراجعه میکنند با توجه به وضعیتی که دارند، اینان انواع و اقسام بیماری های مزمن را دارا میباشند، از دیابت و آرتروز گرفته تا فشار خون، همه ی آنها هم داروهایشان را میخواهند، یک پزشک عمومی هم در خط اول درمان ممکن است در یک نسخه هم داروهای مربوط به درمان آرتروز را بنویسد و هم درمان فشار خون و یا درمان سایر مشکلاتی که بیمار دارد خوب این میشود یک پیراهن عثمان برای پزشک عمومی که آقا چرا اینطوری نسخه مینویسید؟ در صورتی که دوستان متخصص ما با نوشتن یک قلم یا دو قلم گریبان خود را رها میکنند از این مشکلات، به هر حال بنظر می آید که برخوردها تبعیض آمیز باشد و نه اینکه نباشد، ضمن اینکه من از دوستان متخصص هم شنیده ام که آنها هم دارای مشکلاتی از این قبیل میباشند، نه اینکه اصلاً نباشند ولی بیشتر پزشکان عمومی مورد هدف قرار میگیرند و به هر حال از این بابت بیشتر مورد اتهام هستند.

**دکتر کرمی : در حال حاضر محدودیتی برای پروانه های مطب به ازای هر شهرستان وجود دارد و در صورت نیاز در یک شهرستان دیگر امکان کار مقدور نیست، انجمن برای رفع این محدودیت چه کار میتواند بکند؟**

دکتر بابایی : انجمن برای رفع این محدودیت وقتی می تواند خوب وارد عمل شود که به نوعی می شود گفت، انجمن را هم بازی بدهند و وارد بازی کنند . آمار دست انجمن باشد ، الان گستردگی که اعضای ما در سطح شهر دارند در هر کوچه و خیابان پزشکان عمومی هستند یعنی شاید هیچ کس به اندازه انجمن صلاحیت نداشته باشد که نظر دهد کجای کرج نیاز به پزشک عمومی دارد و کجا ندارد این را هیچ

سازمانی نمی تواند به این راحتی نظر بدهد ، ولی مشکل بر می گردد به همان سازه های قبلی که انجمن را باید دخیل این قضیه کنند ، انجمن قدرت اجرایی ندارد که بیايد و در مقابل این کار بایستد و یا در مقابل این کار ، کاری عملی از خود نشان دهد . در حد نامه نگاری و در حد این که اعتراض خود را به آنان بگوییم متاسفانه باز در همین قضیه ما مشکلی که داریم این است که ما آمارهایمان هم به روز نیست همین الان در خود همین کلانشهر کرج تعداد پزشکانی که در نشریه نظام پزشکی هم چند شماره قبل چاپ شده بود در شهرهای اطراف کرج به هیچ وجه با واقعیت هماهنگ نبود . به فرض من مثال می زنم در محدوده کاری خودم در محمد شهر کرج آن نشریه نظام پزشکی تعداد پزشکان شاغل را 14 یا 15 و 3 نفر دندان پزشک در نظر گرفته در حالی که همان موقع در محمد شهر بالای 30 نفر پزشک و نزدیک به 12 دندان پزشک مشغول به کار بودند و این امر به هیچ وجه با واقعیت نمی خواند و همان موقع وقتی ما به صورت شفاهی پرسش کردیم که آمار از کجاست بالاخره معلوم نشد که منشا این آمار از کجاست ، زیرا اصلا مشخص است وقتی شما در خیابان که دو بار دور بزیند تعداد پزشکان دستتان می آید که چندتایزشک اینجا هستند در شهری مثل محمد شهر آدمیزاد وجود ندارد در حالی که قسمت اول شهر 8 نفر پزشک وجود دارد مشخص است که این آمار ریشه علمی و منطقی ندارد و همه این ها در حالی رفع می شوند که نظام پزشکی ها در کل کشور نه فقط کرج انجمن ها را به عنوان بازوان اجرایی خود قبول کنند از انجمن ها مشورت بخواهند و ما نمی خواهیم کاری به ما بسپارند ولی مشورت هایی که مربوط به صنف خودمان است را حداقل می توانند از ما بخواهند . متاسفانه این عمل انجام نمیگیرد. تاکید می کنم نه فقط در شهر کرج در خیلی از شهرهای کشور نظام پزشکی ما به انجمن ها بهایی که لازم است را نمی دهند و چوب این کار را همه ما خواهیم خورد اول صنف خودمان و بعد کل پزشکان ، زیرا این تسری پیدا می کند به بقیه رشته ها و تنها برای پزشکان عمومی نیست .

**دکتر رجایی :** می دانم که مسائل و مطالب بسیاری باقی مانده ، در این قسمت پایانی که هرکدام از آقایان در حوزه های مورد علاقه خودشان که تبخیر بیشتری در خودشان می بینند و نظر خوانندگان ما را جلب خواهد کرد بنا به سلیقه خودشان به اختصار مطرح کنند . هرچه که دلشان می خواهد و مایل هستند ، حال مثلا از جنبه طرق افزایش کیفیت خدمات درمانی یا چیزهای دیگر و انواع مسائل .

دکتر متقی : با توجه به حجم مطالب سعی بنده این است که فهرست وار مسائل و مشکلات عرصه بهداشت و درمان را عنوان بکنم شاید انعکاس آن در نشریه نظام پزشکی و طرح موضوع موثر واقع شود . مهم ترین مشکلاتی که در رابطه با شغل ما پزشکان عمومی وجود دارد ، این است که واقعا در وضعیت فعلی جایگاه پزشک عمومی در نظام سلامت اساسا نامشخص است . این جایگاه در حال تعلیق است و تا زمانی که این جایگاه مشخص نشود و مسلما بهداشت و درمان آن انتظام و استحکام لازم را پیدانمی کند موضوع بعدی در رابطه با مهم ترین مشکلات پزشکان عمومی در مساله شغلی آنان مساله تعرفه هاست ، تعیین تعرفه های واقعی و عادلانه که بتواند جوابگوی نیازهای زندگی پزشکان عمومی باشد بسیار مهم است . موضوعات بعدی مسئله تعامل نظام پزشکی با ارگان های حکومتی ، مساله مالیات ها ، مساله بیمه ها ، مسئله شهرداری ها ، تابلو و ... می باشد . در حال حاضر کل پزشکانی که طرف قرارداد هستند پنج یا شش ماه است که از بیمه ها بخصوص بیمه تامین اجتماعی پولی دریافت نکرده اند

ما به عنوان یک انجمن از نظام پزشکی انتظار داریم که به عنوان نماینده قانونی صنف ما در این رابطه فعال باشد و یا اگر زمانی شهرداری از پزشکان مطب دار عوارض می خواهد، براساس قانون، مطب جایی هست مسکونی یعنی در واقع در نقاط مسکونی مطب می تواند دایر شود. ما زمانی که می خواهیم مطب را اجاره کنیم سرقفلی به ما تعلق نمی گیرد زیرا تجاری نیست. اما آب و برق و عوارض یا مسأله ی تابلوها و غیره تجاری است. در مجموع فکر میکنم نظام پزشکی با توجه به اختیارات و موقعیتی که الان دارد، میتواند در عرصه ی مطالبات کل پزشکان بخصوص پزشکان عمومی که محرومتر هستند بیشتر و بهتر فعالیت کند.

دکتر روزدار: شاید بحث در مورد اینکه اساسا جایگاه نظام سلامت ما کجاست، بتواند یک مقدار ما را روشن کند که ما اساسا به کدام سمت میرویم؟ داریم به کجا میرویم؟ با این وضعیتی که در حال حاضر ما با نظام سلامت رو به رو هستیم، همانطور که میدانید سلامت در حال حاضر عبارت است از داشتن یک وضعیت جسمی، روحی و روانی و اجتماعی خوب و سالم است. نظام سلامت ما بایستی به این ضرورت پاسخ دهد، نظام سلامت ما متأسفانه خودش تعریف نشده، به اعتقاد من نظام سلامت بایستی در مدار توسعه تعریف شود یعنی کشور ما یک کشوری است که در حال توسعه هست و باید در این مورد نظام سلامت آن شکل بگیرد. زیرا هیچ کدام از شاخص های توسعه ای را در نظام سلامت ما ندیده اند. متأسفانه نظام سلامت ما معلوم نیست بر گرد کدام محور میچرخد؟

اگر مثلا بخواهیم که به شاخصهای توسعه ی انسانی

**HDI (human development index)** فکر کنیم، نظام سلامت ما باید در جهت بهبود این شاخصها حرکت کند، متأسفانه آنچه را که الان بصورت محوری نظام سلامت ما بایستی دنباله گیری کند بحث پزشک خانواده و نظام ارجاع است، اگر نظام سلامت این سیستم را پی گیری کند، امید به بهبود و جهت گیری درست آن هست و اگر این مسیر را پی گیری نکند متأسفانه اقتصاد سلامت همچنان ناسالم خواهد ماند و حوزه ی سلامت همچنان از محور عدالت دور خواهد بود. به اعتقاد من اگر این درست شود، بخش عمده ای از نگاه ما به جاده ی سلامت هم تغییر پیدا میکند و هم درست خواهد شد. در این زمینه من بحث نظام پزشکی را هم میخواهم وارد کار کنم که نظام پزشکی هم متأسفانه الان به آنچه که ازش انتظار می رود پاسخ نمیدهد متأسفانه نظام پزشکی صرف نظر از اینکه چه کسی اداره اش میکند الان به عنوان یک سازمان بوروکراتیک دارد عمل میکند، هیچ گاه به آن وظیفه ای که بر عهده اش گذاشته شده در نظام وارد نمیشود و آن را اجرایی نمیکند.

مثلا به عنوان نماینده صنفی پزشکان هیچ گاه نپرسیده که آقا جان پزشک عمومی الان در چه موقعیت شغلی قرار دارد؟ آیا اساسا شغل دارد؟ آیا بیکاری پزشک عمومی برای دوستان در نظام پزشکی دغدغه هست یا خیر؟ آیا پزشک عمومی در مسیر کاری و حرفه ای خودش پناه دارد یا خیر؟ آنچه که نظام پزشکی متأسفانه الان پیگیری میکند، بیشتر طول و عرض تابلوهاست که این یک جریان اداری است که به اعتقاد من هر سازمان دیگری هم میتواند این را بررسی کند و مشکل آن را حل کند. در حال حاضر مشکل اصلی پزشک عمومی این است که جایگاهش در نظام سلامت معلوم نیست. نظام پزشکی هیچ گاه

نگفته که آقا این جایگاه باید بهبود پیدا کند، مشکل رفاهی پزشک عمومی این است که الان شش ماه است سازمان بیمه گر به او پولی نداده است، نظام پزشکی نرفته بگوید این دوستانی که اینقدر زحمت کشیده اند در این شش ماه چرا حق الزحمه ی همه ی آنان داده نمیشود و غیره، به اعتقاد بنده آنچه که پزشکان عمومی خواهان آن هستند، این است که اولاً جایگاهش در نظام سلامت تعریف شود و دوم این که بدانند که با کدام محور در تماس هستند و گرد کدام محور دارند حرکت میکنند تا اینکه بتوانند به آنچه که خواهان آن هستند برسند.

دکتر بابایی : مشکلات پزشکان عمومی متأسفانه آنقدر زیاد است که خود همین یک تکه احتیاج به چند جلسه دارد، اگر بخواهیم فقط در مورد مشکلات بحث کنیم ولی بخواهیم به صورت سرفصل وار و تیتروار بگوییم، چند مشکل ما داریم که قابل حل هم هست و دنبالش هم رفتیم ولی انجام نشده اند. یک مشکل خیلی مهمی که شاید برای انجمن ما پزشکان عمومی هست و ما میخواهیم شاید نظام پزشکی دنبال حل کردن این قضیه باشد این است که الان در هر قصوری که از جانب پزشکان اگر رخ بدهد از طرف سیستم قضایی اهاله میشود به متخصص آن رشته برای بررسی به عنوان پزشک معتمدشان. متأسفانه ما پزشک مشاور عمومی نداریم در این قضیه، یعنی اگر فردا روزی من پزشک یک کار پستی انجام دهم و احتمال قصور در آن مطرح باشد پرونده ی من اهاله میشود به یک همکار متخصص پوست برای نظر دادن، من حالا نمیخواهم راجع به این پیش دآوری کنم ولی نتیجه اش معلوم است که تقریباً پزشک عمومی در 100% موارد اینجور مشاوره ها محکوم خواهد شد بدون هیچ شکی. و شاید یک علت عمده ی آن این است که پزشکان عمومی خودشان به مشاوره گرفته نمیشوند. ما حتی این را در دوران ریاست قبلی دانشکده کرج که خدمتتون رسیدیم، پیشنهاد دادیم که انجمن یعنی ما حاضریم با شما در نظارت بر مطب و درمان پزشکان عمومی همکاری کنیم. به عنوان کسی که میدانند آیا این پزشک عمومی کارش درست است یا خیر؟ طبیعتاً ناظر به یک رشته ای باید خودش در آن رشته باشد و نه اینکه بالاتر از آن رشته به آن نگاه کند، زیرا خیلی وقتها قصوراتی برای یک پزشک عمومی میگویند که اصلاً جزو کار پزشک عمومی نیست، ولی به عنوان قصور مطرح میشود. مسئله ی دیگری داریم در مورد پزشکان عمومی حالا غیر از پزشکان عمومی مطب دار که ما این را میخواستیم رویش تأکید داشته باشیم. این پزشکان عمومی که الان در نظام پزشکی ارجاع به کار گرفته شده اند و در این سیستم اصطلاحاً پزشک خانواده که ما رویش خیلی بحث داریم که این سیستم فقط اسم پزشک خانواده را حمل میکند و هنوز پزشک خانواده نیست همان بیمه ی روستایی ها است که به شهر کشیده شده است. الان میبینیم که ما در تمامی برنامه ها یک حقوق 1200000 تا 1500000 تومانی را مثل یک چماق بر سر این همکاران ما میکوبند که آقا اینقدر دریافتشان است. ما انتظار داریم سازمان صنفی ما در مقابل این تهمت که به پزشک عمومی زده میشود بایستند، پزشک عمومی اگر ماهی 1500000 تومان حقوق میگیرد در قبال 3 شیفت کار است که در یک روستای دور افتاده میگیرد. اگر همان کارگر در یک کارخانه ای داخل شهر 3 شیفت کار کند با شیفت دوم و سوم و با ضرابی که بهش میخورد، حقوق این پزشک باید دو برابر باشد که این کارگر میگیرد. ولی در اینجا پزشک عمومی ما به یک روستای دور افتاده میرود بیتوته میکند و در قبال بیتوته ای که در آنجا میکند و در هر ساعت شبانه روز اگر مریض مراجعه کرد موظف باشد که بهش پاسخ گو باشد مثلاً 1500000 تومان به او حقوق میدهند. این رقم رقمی نیست که ما الان میبینیم در

تمامی برنامه های پزشکی متأسفانه مسئولین سیستم بهداشت چه قبلی و چه فعلی مانند یک چکش بر سر پزشکان میکوبند. که آقا ما داریم حقوق می‌دهیم پزشکان عمومی نمیروند. این درست نیست، پزشک عمومی به هیچ وجه فرد زیاده خواهی نیست، پزشک عمومی فقط حقتش را میخواهد، حق پزشک عمومی این نیست که برود در یک روستایی مثلا 90 کیلومتری شهر بیتوته کند و به او یک و نیم میلیون حقوق بدهند در قبال بیتوته ی او در آن روستا. فکر میکنم تنها راه حلی که میتواند این قضایا را حل کند این است که نظام ارجاع ما ، نه مثل همینی که الان در حال اجرا شدن است ، یک نظام ارجاع درست فعال شود . یک اشاره و تلنگری هم به سازمان صنفی خودمان بزنیم اینکه سازمان نظام پزشکی قانون خودش را به طور کامل اجرا کند، پزشکان عمومی خیلی طرفدار این هستند که نظام پزشکی قانون نظام پزشکی را به طور کامل اجرا کند، ما در همین قانون سیستم های احترام به همکار را داریم، ما در قانون نظام پزشکی مسئله ی رسیدگی به وضع مطب ها را داریم، جزو وظایف نظام پزشکی است ولی ما میبینیم در همین شهر خودمان مطب هایی هستند که گاهی روزانه 100 تا 150 مریض ویزیت میکنند، نه با هیچ قانونی میخواهد و نه با هیچ منطق علمی ولی میبینیم که نظام پزشکی هیچ کاری با آنان ندارد، درست است آنان همکاران ما هستند ولی ما باید واقعیت را بگوییم که در یک شیفت 6 ساعته 200 مریض را نمیشود ویزیت کرد بلکه فقط میشود با آنان سلام علیک کرد. همه ی ما پزشک هستیم و نمیتوانیم سر خودمان کلاه بگذاریم، پزشکانی هستند در این شهر که این بیماران را معاینه میکنند ولی نه شبکه و نه نظام پزشکی هیچ نظارتی به کار آنان ندارد و یا نخواهد داشته باشد . اینها به عنوان یک مشکل است این تبعیضی که وجود دارد یک مشکلی است که برای پزشکان عمومی میباشد و باید به آنها رسیدگی شود.

**دکتر رجایی : یعنی شما نظرتان این است که اگر یک پزشک عمومی در یک حد تخصصی بالاتری در درمان دخالت کند، به نظر شما نباید متخصص مربوطه این دخالت را بررسی کند؟**

دکتر بابایی : خیر، بنده اصلا چنین منظوری نداشتم ، اول باید این حد را انجمن ما تعیین کند، اول باید این حد را یک انجمن مورد اعتماد تعیین کند که آقا این حد، حد پزشک عمومی بوده یا خیر؟ اگر بالاتر بشد که اصلا حرفی نیست باید متخصص آن رشته جواب دهد ولی وقتی مثلا برای کوتر پزشک عمومی به او گیر میدهند که کوتر هم کاری است که پزشک عمومی که سهل است، الان آرایشگران ما الحمد للّٰه با سطح سواد زیر سیکل مو میکارند در آرایشگاه های خود چه برسد به کوتر کردن، ولی وقتی این را از پزشک عمومی ایراد میگیرند منطقی نیست که پزشکی که میخواهد نظر بدهد این کار درست است یا خیر متخصص پوست باشد، به نظر من منطقی نیست.

**دکتر رجایی : به نمایندگی از هیئت تحریریه ی نشریه ی نظام پزشکی کرج بزرگ از همه ی شما آقایان و بزرگواران که وقت خود را در اختیار نشریه ی خودتان قرار دادید تشکر میکنم.**