



❖ آیا اجرای این قانون در زمان ریاست شما در دانشگاه علوم پزشکی

یزد، بار مالی داشت؟

❖ خیر. کسانی که می خواستند عضو هیئت علمی شوند را این گونه جذب کردیم که افرادی که بر اساس طرح نیروی انسانی، موظف به همکاری با دانشگاه بودند را به صورت تمام وقت جغرافیایی می پذیرفتیم. در طرح تمام وقتی، این اعضا علاوه بر حقوق هیئت علمی، کارانه ۲۰ هم دریافت کرده که یک را بیمه ها پرداخت می کردند و درآمد مناسبی داشتند. این افراد حدود ۴ سال در طرح نیروی انسانی ارائه خدمت می کردند و پس از آن تمایل داشتند که به صورت تمام وقت با بخش دولتی همکاری کنند.

❖ از کجا مطمئن می شدید که این افراد به صورت تمام وقت در بخش

دولتی فعالیت می کنند و در واقع نحوه نظارت شما چگونه بود؟

❖ ما با بخش خصوصی جلسه گذاشتیم و از آن ها خواستیم که اعضای هیئت علمی ما در این بخش اجازه فعالیت نداشته باشند و از طرفی نظارت و بازرسی های جدی را نیز داشتیم.

❖ رضایت پزشکان از اجرای این قانون چطور بود؟

❖ خیلی راضی بودند. عضو هیئت علمی تمایل داشت که تمام وقت به دانشگاه بیاید و پس از آمدن به بخش دولتی، بعضی ها در مقایسه با درآمد بخش خصوصی احساس رضایت نداشتند؛ اما تعداد زیادی از آن ها از فعالیت در بخش دولتی راضی بودند. حتی افرادی داشتیم که از بخش خصوصی به صورت تمام وقت به بخش دولتی می آمدند.

جالب اینجاست که در زمان ما که درآمد بخش دولتی کمتر از الان بود، اعضای تمام وقت تمایل به رفتن به بخش خصوصی نداشتند اما در حال حاضر با وجود اینکه درآمد بخش دولتی چندین برابر شده است، افراد تمام وقت تمایل دارند که به بخش خصوصی بروند که این موضوع نشان دهنده این است که شکاف درآمدی بخش خصوصی و دولتی بیشتر شده است.

❖ یعنی به نظر شما، این شکاف درآمدی بین بخش خصوصی و دولتی

هم یکی از معضلات در اجرای این طرح است؟

❖ بله. اگر ما بتوانیم روند فاجعه بار افزایش درآمد ها در بخش خصوصی را کنترل کنیم، قطعاً به اجرای این طرح کمک می کند اما این موضوع هم به خواست و اراده مسئولین وابسته است. ما در آن زمان دستگاه MRI را با تعرفه دولتی به عضو هیئت علمی واگذار کردیم به گونه ای که خرید دستگاه، هزینه های جانبی و تأمین نیروی انسانی را نیز به همان فرد واگذار شد و مافقط فضای لازم و مجوز را در اختیار او قرار دادیم. الان ۳ سال است که با تعرفه دولتی ارائه خدمت می کند و مردم هم راضی هستند.

❖ آیا الان تعرفه های دولتی از نظر اقتصادی برای پزشکان به صرفه

است؟

❖ کاملاً به صرفه است و تأمین کننده زندگی متوسط به بالا است. متأسفانه آن قدر افزایش تعرفه در سیستم خصوصی افسار گسیخته و بدون نظارت است که قابل مقایسه با بخش دولتی نیست.

داشتند که به عنوان هیئت علمی تمام وقت پذیرفته شوند و در بخش دولتی فعالیت کنند. ما با تشکیل کلینیک های ویژه آن ها را پذیرفتیم و درآمد معقولی نیز در فعالیت در این کلینیک ها به دست می آمد. نباید ارائه خدمات در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور را تک نسخه ای ببینیم چون که شرایط استان های مختلف باهم تفاوت دارد. به عنوان مثال تعداد متخصصان مغز و اعصاب شاغل در یک خیابان تهران ۵ برابر تعداد کل متخصصان مغز و اعصاب در یکی از استان ها است. بنابراین باید با توجه به شرایط هر استان، قانون تمام وقتی را متناسب با شرایط همان استان اجرا کنیم.

❖ شاخص شما در انتخاب شرایط چیست؟

❖ میزان بهره مندی استان ها با توجه به شاخص هایی مثل تعداد دانشگاه علوم پزشکی، تعداد بیمارستان، تعداد رشته های تخصصی، جمعیت و ... از جمله شاخص های ما است. یکی از شاخص های بسیار مهم هم میزان محرومیت استان است چون که بسیاری از پزشکان به دلیل مشکلات زندگی در این مناطق، حاضر به رفتن به آنجا و ارائه خدمت نیستند. به نظر من در استان های بهره مند باید قانون تمام وقتی را برای تمام پزشکان اعم از آن هایی که قبلاً عضو هیئت علمی نبوده اند یا نه، اجرا کرد، بعضی استان ها فقط برای اعضای هیئت علمی جدید می تواند قانون را اجرا کند. مناطق محروم نیز می توانند اعضای هیئت علمی را غیر تمام وقت بپذیرند چون که فرصت فعالیت در بخش خصوصی در این مناطق وجود ندارد. در دوره دکتر لنگرانی مطرح شد که برای مناطق محروم از بدو شروع تخصص، ویژه همان منطقه پذیرش افراد صورت بگیرد یعنی سهمیه جدا داشته باشد. هم اکنون نیز در وزارت بهداشت این بحث مطرح است که باید تضمینی برای ماندگاری این افراد در مناطق محروم به صورت طولانی مدت وجود داشته باشد.

❖ همان طور که میدانید، حدود ۸۰ درصد درمان های سرپایی در

بخش خصوصی انجام می شود. آیا بخش دولتی ظرفیت این را دارد که

با اجرای تمام وقتی بتواند کارکنان بخش خصوصی را جذب کند و در

بخش دولتی از آن ها استفاده کند؟

❖ همان طور که گفتیم این قانون تک نسخه ای نیست. مثلاً تهران از همین الان توانمندی ارائه خدمت در سیستم دولتی برای تمام وقتی جغرافیایی را دارد. به عنوان مثال الان کلینیک ویژه خاتم الانبیا در استان یزد روزانه ۲۵۰۰ الی ۳۰۰۰ نفر را با ویزیت ۴ هزار تومان پذیرش می کند. ما این قانون را زمانی اجرا کردیم که تعیین تعرفه بخش خصوصی دست ساز مان نظام پزشکی بود و اختلاف دولتی و خصوصی زیاد بود یعنی که این کار نیاز به خواست و اراده مسئولین دارد.

❖ یعنی تعرفه بخش خصوصی با اجرای این قانون ارتباطی ندارد؟

❖ خیر. اراده و باور می تواند کار را به انجام برساند.

❖ آیا داشتن اراده، راه حل پایدار محسوب می شود؟

ببینید الان ۴۵۰۰ میلیارد تومان به دانشگاه ها تزریق شده ولی آیا تأثیر قابل توجهی در آموزش و ارائه خدمت داشته است؟ اما قانون تمام وقتی ۱۲۰ میلیارد تومان بار مالی دارد و اجرا نمی شود. مشکل اصلی عدم اراده و خواست مسئولین است و گر نه قانون همیشه وجود دارد.