

## پزشک اضافی:

### سیل پس از خشکسالی

در دهه ۱۳۶۰ شاید بزرگترین تحول در نظام آموزش عالی ایران پس از ایجاد دانشگاه تهران به وقوع پیوست: دانشکده‌های پزشکی را از وزارت علوم جدا کردند و به وزارت بهداشتی پیوند زدند. کسانی می‌گفته‌اند این موضوعی است اداری که تفاوتی مهم ایجاد نمی‌کند. کسانی می‌گویند پزشک را به حد نوکر دولت تقلیل داده‌اند. کسانی پاسخ می‌دهند جامعه پزشکی پیشتر هم کارمند دولت بود؛ متنها، بخش سرمایه‌سالار طب خصوصی چنین وانمود می‌کرد که پزشک از چیزی به نام استقلال برخوردار است و این استقلال فرضی با الحاق دانشکده پزشکی به این یا آن وزارتخانه لطمه خواهد دید.

چندین دهه یکی از مایه‌های بحث و شکایت در جامعه ایران این بود که دوا و درمان کافی در همه جا وجود ندارد. مردم می‌پرسیدند چگونه است که دولت نمی‌تواند برای رسیدگی به همه شهروندان پزشک تربیت کند. مقامها پاسخ می‌دادند دانشکده‌های پزشکی در حداکثر ظرفیت خویش دانشجو می‌پذیرند، اما همه فارغ‌التحصیلان این دانشکده‌ها در کشور نمی‌مانند و بسیاری از آنها به غرب مهاجرت می‌کنند.

در برابر این اعتراض که چرا بخشی از فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی به محیط‌های روستایی نمی‌روند، پاسخ پزشکان همواره این بوده است که تا آب آشامیدنی بهداشتی فراهم نباشد تجویز دارو کاری است کم‌ثمر و بلکه عبث. در آن بحث، این نکته ظریف و اساسی نادیده می‌ماند که نیاز همواره به معنی تقاضا نیست. میلیونها نفر نیاز به خواندن کتاب و مطبوعات دارند تا از کار جهان اندکی سر در بیاورند، اما تقاضا برای اوراق چاپی همان است که در بازار مصرف می‌بینیم. مردم روستا نیاز به دارو و درمان دارند، اما به اندازه مردم شهرنشین توان و مجال و موقعیت ایجاد تقاضا برای آن ندارند. این پرسش که اگر برای هر ۱۴۰۰ نفر یک پزشک وجود دارد پس کوسه پزشک این دهکده ۴۲۰۰ نفری، بدان می‌ماند که خیال کنیم درآمد سرانه ملی یعنی همان عایدی سالانه تک تک افراد. بین میانگین حسابی و انتزاعی روی کاغذ و واقعیت جبری زندگی واقعی فرسنگها فاصله است.

- ۱۶ زمینه فکر، خاستگاه عمل
- ۱۷ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی: از اندیشه تا اجرا
- ۱۹ مسائل امروز دانشکده‌های پزشکی
- ۲۲ کنده شدن یا نشدن: مسئله این بود
- مصاحبه با دکتر ابرج فاضل
- ۲۵ نقد و نظر: راههایی برای بهبود و اصلاح
- دکتر محسن ساغری، دکتر خسرو پارسا، پیشنهادهای سازمان نظام پزشکی
- ۳۳ برنامه نیمه‌تمام پزشکی خانواده
- دکتر محمود ناصری
- ۳۴ برای هر اشکالی باید يك يا چند گناهكار معرفی کرد؟
- و فشرده مذاکرات مجلس شورای اسلامی درباره آموزش پزشکی
- تحقیق و مصاحبه: مهرک کمالی

طی ده سال، شمار دانشکده‌های پزشکی از ۲۰ به ۴۰ رسیده است. مسئله: پزشک مازاد بر احتیاج بیرون می‌دهند. سؤال: اگر شیوه اداره پیشین دانشکده‌های پزشکی دوام یافته بود، امروز شمار پزشکان در حد احتیاج نبود؟ آن جاهایی که محروم از خدمات پزشکی بودند امروز در حد نیاز خویش پزشک دارند؟ سؤال دیگر: آیا تحصیلات عالی به معنی شغلی تضمین شده است و در رشته‌های دیگر بین نیاز بازار کار و پذیرش دانشجوی ارتباطی وجود دارد؟ آیا تعادل بین عرضه و تقاضا در مورد حرفه پزشکی معنی ندارد و باید به نیاز توجه کرد نه به تقاضا؟ پس آن استدلال قدیمی چه می‌شود که پزشک از فلک فرمان نمی‌برد چون کمیاب است و باید به اندازه‌ای فارغ‌التحصیل بیرون داد که، به حکم قانون عرضه و تقاضا، طبیب ناز بیمار را بکشد نه بالعکس؟

بحث تنها بر سر حضور طبیب در هزاران ده و روستا نیست. در ایران، به عنوان جامعه‌ای که امکان ارتقای طبقاتی در آن آسان به نظر می‌رسد، تحصیلات عالی به طور اعم و مدرک پزشکی به طور اخص در درجه اول در خدمت ارتقا و تعالی فرد و آینده خانواده اوست، نه تنها ملاحظات اقتصادی. جامعه و نسل جوان دو دهه پیش می‌پنداشت وقتی درهای آهنی دانشگاه عملاً به روی همه باز است و دانشگاه پاتوق است، این درها در وجه دیگر هم باید به روی همه باز باشد. کمترین توقعی که نیروی جوان پشتیبان جمهوری اسلامی داشت این بود که بگذارند تحصیل کنند. نظام سیاسی خود را موظف می‌دید که هم خیل مشتاقان را در دانشگاه جا بدهد و هم توزیع خدمات درمانی را یکسان کند. هر دو هدف قاعدتاً باید برآورده شده باشد، اما اکنون سبیلی که در پی خشکسالی جاری شده خود مسئله‌ای تازه ایجاد کرده است. برای درست کردن اوضاع باید چه چیزهایی را به چه ترتیبی تغییر داد تا کار سامان یابد؟ اساساً درست شدن و سامان یافتن را چگونه باید تعریف کرد؟

در مجموعه مقاله‌ها، گفتگوها و بازنگری‌های این شماره می‌کوشیم طرحی کلی به دست بدهیم از نظرات مطرح شده در مرحله تغییر در نظام آموزش پزشکی. گله‌ها و شکایتهای دانشجویان پزشکی و پزشکان، و دیگر جزئیات فنی و آماری نیاز به مباحث مفصل تری دارد که باید بماند برای شماره‌های آینده.

## زمینه فکر، خاستگاه عمل



رفتن پی مهارتهای سطح بالا در حکم تجمل‌گرایی است. کوبا با "دوازده استاد" شروع کرد و آن موقع (سال ۱۳۶۴)، "هفده هزار و خرده‌ای دانشجو داشت و همین تعداد پزشک" (دکتر علیرضا مرندي، وزير بهداشتی وقت، در جلسه ۲۰ تیر ۱۳۶۴ مجلس). دکتر خسرو پارسا، جراح، قصد اجراکنندگان را چیز دیگری می‌داند: "قصد این بوده که از جامعه پزشکی مستقل جامعه‌ای ساخته شود، وابسته به دولت؛ پزشکان ماهر و حاذق که با حقوق خودشان نیز آشنایند در اقلیت قرار گیرند؛ پزشکان را به يك عده آدم کم‌توقع، سربه‌زیر و شبیه‌به‌هم که همه متوسط و متوسط‌به‌پایین هستند و هیچ مزیتی و خواسته‌ای و ادعایی ندارند تبدیل کنند."

می‌توان گفت این طرح يك تیر و سه نشان بود. هم امکان می‌داد شمار بزرگتری از خیل متقاضیان وارد دانشکده‌های پزشکی شوند، هم از قدرت سیاسی و اجتماعی پزشکان می‌کاست، و هم نوید می‌داد که معضل کمبود پزشک، در ده سال و کمتر، حل خواهد شد.

**اما** کار تا چه حد مطابق الگوی موردنظر پیش رفته است؟ در هزاران ساعت گفتگو و هزاران صفحه مطلبی که به طرح مشکلات بهداشت و درمان و ارائه راه‌حل برای آنها اختصاص یافت، روشهای دیگر، از جمله طب ملی،\* جای نداشت. دست درکاران، وزیران پیشین و کنونی، مدرسان و استادان دانشگاهها، پزشکان، دانشجویان، صاحبان قلم و روزنامه‌نگاران، جامعه شناسان، اقتصاددانان و حتی اعضای کمیسیون بهداشتی مجلس شورای اسلامی به این موضوع و امکان پیاده کردن آن در ایران نپرداختند (تنها استثنا، دکتر کاظم سامی، وزیر بهداشتی فقید دولت موقت بود).

بسیاری از مقامها، از جمله دکتر محمد فرهادی وزیر وقت فرهنگ و آموزش عالی، اذعان داشتند آنچه در کوبا

در انتهای دهه ۱۳۵۰ و ابتدای ۱۳۶۰، در روند تلاش برای ایجاد مدرسه و آموزش و پرورش اسلامی مشکل چندانی پیش نیامد. اما در آموزش عالی کار چندان راحت پیش نمی‌رفت.

در جریان انقلاب فرهنگی، دانشگاهها تعطیل شد تا دانشگاههایی متناسب با جهان‌بینی و فرهنگ جدید انقلاب اسلامی تأسیس شود. در طول سالهای ۱۳۵۹ و ۶۰ و ۶۱، ستاد انقلاب فرهنگی به ارائه برنامه‌هایی برای ایجاد تغییرهایی بنیادی در دانشگاهها پرداخت. برای این کار باید ابتدا استنادی قابل قبول پرورش می‌یافتند. پس دانشگاه تربیت مدرس تأسیس شد. اما مشکل این بود: چه کسانی به دانشجویان تربیت مدرس درس بدهند؟ برخی از همان استادان موجود به تدریس در دانشگاه تربیت مدرس پرداختند. همین استادان بعدها اجازه یافتند در دانشگاههای دیگر تدریس کنند.

از سوی دیگر، کمبود پزشک معضل بزرگی بود که هر سال شدیدتر می‌شد. بر این باید استقلال عمل پزشکان و قدرت آنان برای تحقق خواسته‌های خود را نیز افزود. شماری در خور توجه از پزشکان شاغل از ایران رفته بودند و کسان دیگری از ماندگان هم می‌توانستند جایی در کشورهای دیگر برای خود دست‌وپا کنند. از آن سو، خواست عمومی به ایجاد یا تقسیم خدمات درمانی قوی بود، در همان حال که جنگ با عراق تنگناهای تازه‌ای ایجاد می‌کرد.

الگوی تغییر فراهم بود، یا می‌توان گفت از روی مصلحت به عاریت گرفته شد: کوبا هم بالاترین استاندارد جهانی در زمینه درمان و هم حکومتی خوشنام و مورد اعتماد اکثر انقلابیون جهان را با هم داشت. در برابر محرومیت میلیونها روستایی ایران، خواست گروه اندک پزشکانی که کیفیت آموزش را مطرح می‌کردند نادیده‌گرفتنی بود. از نظر مدافعان طرح، می‌شد از اتکا به تخت بیمارستانی کاست و عمده آموزش پزشکی را به خدمات درمانی و سرپایی و بهداشتی داد؛ یعنی دانشجو را در محیطی غیر از بیمارستانهای وابسته به دانشگاهها تربیت کرد، بیمارستانهایی که گمان می‌رفت در حکم گلخانه باشند، نه مزرعه‌ای شبیه محیط زندگی واقعی توده مردم عادی. تقریباً همه موافقان جدایی دانشکده‌های پزشکی از وزارت علوم بر ضرورت افزایش شمار پزشکان پای می‌فشرده و اکثریت آنان کیفیت آموزش پزشکی را در اولیونی پس از نیل به خودکفایی، و حتی صدور پزشک به خارج، می‌گذاشتند و تلویحاً می‌گفتند با این وضع خراب،

\* در طب ملی که مبنای بهداشت و درمان در کشورهای اروپایی (به‌ویژه انگلستان) و بعضی کشورهای دیگر مثل کانادا و استرالیاست، دولت تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان را بر عهده دارد و پرداخت حقوق کادر پزشکی و مخارج درمان با دولت است. به عبارت دیگر، از رابطه بیمار و درمانگر پول را حذف کرده‌اند و در بیمارستانها صندوق وجود ندارد. در ایران، به‌رغم تمام تلاشها و گسترش بیمه درمانی، تغییری اساسی در رابطه بیمار و پزشک رخ نداده و سیستم همچنان سرمایه‌داری پزشکی و پزشکی سرمایه‌دارانه است.

و کشورهای نظیر آن می‌گذرد تابع دستور حزبی است و بیشتر جنبه تبلیغاتی دارد تا فایده عملی. به هر حال، قانون تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و اجرا شد. جزئیات آنچه در پی آمد باید موضوع گزارش دیگری شود.

جای پاره‌ای نامه‌های آشنا در این گزارش خالی است: برخی از پزشکانی که در آن زمان مناصبی در سطح تصمیم‌گیری و سیاستگذاری داشتند حاضر به گفتگو با لوح شدند، اما نه برای چاپ در این گزارش با نام خود آنها. شاید از آنچه شده خشنود نیستند و نتیجه سیاستها و اقدامهای خویش را در برابر آنچه پیش روی همه است چندان قابل دفاع نمی‌دانند. یا شاید صلاح کار در این می‌بینند که بنشینند و صبر پیش گیرند تا روزی دوباره در موقعیتی قرار داشته باشند که بتوانند دنباله کار خویش گیرند و بار دیگر طرحی نو در اندازند، یا به اصلاح

اوضاعی که خود پدید آورده‌اند بپردازند. به این دو نکته هم گذرا اشاره کنیم. فیدل کاسترو گفته است پس از انقلاب سال ۱۹۵۹ "درست نیمی از پزشکان ما به آمریکا رفتند - در آن موقع ما حدود ۶۰۰۰ پزشک داشتیم." کاسترو در همین سخنرانی شمار کل استادان دانشگاه را ۲۱,۰۰۰ ذکر می‌کند. (سخنرانی اختتامیه در مجمع جهانی آموزشهای ویژه، ۲۸-۳۱ خرداد ۱۳۷۷، هاوانا؛ به نقل از روزنامه انگلیسی‌زبان **گرانما**، چاپ هاوانا، شماره ۵ ژوئیه ۱۹۹۸).

ادغام دانشکده‌های پزشکی ایران در وزارت بهداشتی، و برنامه پذیرش متقاضی تحصیل نه به عنوان دانشجو بلکه به عنوان کارمند آتی (که به پیش از انقلاب ۱۳۵۷ بر می‌گردد) از الگوی شوروی هم الهام گرفته بود، اما شاید اصحاب آکادمی تصریح این نکات را از همان ابتدا صلاح ندیدند و ترجیح دادند ریش سفید کاسترو را، که فارغ‌التحصیل دانشکده حقوق است، گرو بگذارند.

## آموزش پزشکی

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: از اندیشه تا اجرا



**آندک** زمانی پس از تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی، گروه پزشکی این ستاد به منظور ایجاد تحول در بهداشت و درمان کشور به چاره‌جویی نشست. به گفته دکتر ابوالفضل خسروی، عضو گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی: "از تابستان ۱۳۵۹ روی طرح کار شد... از اوایل ۶۰ تا اواخر ۶۰ و حتی بیشتر، گروه پزشکی در این زمینه کار می‌کرد تا جزئیات تشکیلاتی آن را درست کند." (مصاحبه با نشریه **دانشگاه انقلاب**، خرداد ۱۳۶۱).

خلاصه طرح پیشنهادی تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی در آسفند ماه ۱۳۶۰ منتشر شد. در این خلاصه طرح به کمبود پزشک اشاره آشکاری نمی‌شود اما بر توجه به مناطق محروم و همگانی شدن بهداشت و درمان، تأکید می‌شود. در این طرح از معایب نظام موجود پزشکی در ایران زیر سه عنوان "دانشکده‌های پزشکی"، "وضع موجود بهداشت و درمان" و "وضع موجود پژوهشهای پزشکی" یاد شده است. برای رفع این عیبه‌ها، سه هدف پیش روی طرح عبارت بودند از: (۱) آموزش و تأمین نیروی انسانی پزشکی منطبق با نیازهای واقعی مردم؛ (۲)

تأمین خدمات بهداشتی-درمانی برای همه؛ (۳) ایجاد فرهنگستان علوم پزشکی ایران. رسیدن به این اهداف "مستلزم تغییرات بنیادی در آموزش پزشکی و مدیریت نظام بهداشتی و درمانی است، که تنها با ایجاد نظامی واحد تحت نام "وزارت بهداشت و آموزش پزشکی" امکان پذیر است.

نویسندگان طرح بر آنند که باید از اتحاد وزارت بهداشتی با آموزش پزشکی وزارتخانه جدیدی تشکیل شود که ماهیتاً متفاوت از هر دو اما از امکانات هر دو برخوردار باشد. ارکان اصلی نظام نوین آموزش پزشکی اینها هستند: (۱) استادان گزینش شده؛ (۲) دانشجویان گزینش شده؛ (۳) محیط فیزیکی و آموزشی؛ (۴) آموزش پزشکی. پیشنهاد گروه پزشکی برای آموزش پزشکان به شرح زیر است:

روش تدریس: به صورت مسئله‌گرایی خواهد بود (تأحدی شبیه به نظام آموزشی طلبگی).

مطالب مورد بحث: در سالهای اول و دوم، اولویت با مسائل بهداشتی است؛ در سال سوم، فیزیوپاتولوژی و در سالهای بالاتر مسائل بالینی.

مدت تدریس: هفت سال بدون وقفه. هر سال تحصیلی به سه بخش چهارماهه تقسیم می‌شود.

در سالهای اول تا چهارم دانشجو هشت‌ماه از سال را در مؤسسات آموزش دهنده و بقیه را در روستاها و مناطق محروم خواهد گذراند.

از دیگر ویژگیهای این طرح، تمام وقت بودن استادان و تشکیل شورای عالی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور است. این طرح، با تغییراتی از سوی دولت در تیر ۶۱ به مجلس ارائه شد و به تصویب رسید.

اعضای گروه پزشکی از این تغییرات ناخرسند بودند. به گفته دکتر خسروی: "[در طرح هیئت دولت] آموزش پزشکی را به بهداشتی چسبانند... سیستم وزارت بهداشتی از نظر سازمانی دارای خصوصیات است که نمی‌تواند آموزش را برای خود بقبولاند..."

دکتر سلیمی خلیق از تغییر دیگری سخن می‌گوید: "به دلیل اهمیت خاص مسئله، یک معاونت جدید پیشنهاد کردیم به نام معاونت فرهنگ و معارف و عقاید اسلامی. معاونت جدید را برای اینکه بتوانیم روحیه جدید در پزشکان آینده این مملکت که بر مادیت نباشد استوار سازیم... در شورای عالی یک نفر فقیه قرار دادیم تا اگر خدای نکرده مسائلی در شورا مطرح می‌شود که

جنبه فقهی آن برای ما روشن نیست آن فقیه ما را متوجه کند... در هیئت دولت این فقیه را از ترکیب شورا حذف کردند." (همان).

در همان زمان، در مقابل نظر مهدی جعفری، مخبر کمیسیون تحقیقات و تعلیمات عالی مجلس، که می‌گوید "به عقیده من علت اصلی تجمع پزشکان در شهرهای بزرگ، روحیه سوداگری و تجارت‌پیشگی بوده است." (مصاحبه با اطلاعات، ۳ تیرماه ۱۳۶۱). دکتر محمدعلی حفیظی، دبیرکل وقت سازمان نظام پزشکی، اظهار نظر کرد: "اگر امکانات برای پزشک فراهم شود، تا ابرقو هم خواهد رفت." (همان). دکتر عباس شیبانی گفت: "در اعزام پزشکان به نقاطی که هنوز امکانات پزشکی فراهم نیست، فقط شاهد معطلی پزشکان بوده‌ایم." این معطلی تا امروز ادامه دارد.

از مهمترین امتیازهای طرح که هم در پیش‌نویس گروه پزشکی، هم در گفته‌های مهدی جعفری و هم بعدها در گفته‌های مدافعان دیگر طرح از آن دفاع شد، آموزش دانشجویان بومی در محل خودشان بود تا در همان جا به طبابت مشغول شوند. این آرزو هیچگاه عملی نشد، اگرچه کسانی، مانند دکتر زرگر، با طرح کنکور منطقه‌ای به جای کنکور سراسری برای تحقق این برنامه کوشیدند.

در لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از سوی کمیسیون مرکب (بهداری، فرهنگ و آموزش عالی، امور اداری و استخدامی) در ۸ تیر ۱۳۶۱ به مجلس ارائه شد، شورای عالی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

یکی از ارکان سه‌گانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. از وظایف شورای عالی، تصویب ایجاد، ادغام یا انحلال سازمانها، شرکتها و واحدهای تحقیقاتی و آموزشی و بهداشتی و درمانی در صورت ضرورت است. همچنین ضوابط گزینش، تعیین و ارتقای علمی اعضای هیئت علمی و مؤسسات آموزشی و پژوهشی پزشکی با تصویب شورای عالی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد. اجازه تأسیس، توسعه و انتقال مؤسسات بهداشتی و درمانی نظیر بیمارستان، پلی کلینیک، داروخانه، آزمایشگاه و بخش رادیولوژی در تمام کشور طبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که از سوی شورای عالی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌شود. اما در لایحه سال ۶۴، با حذف این شورای عالی، بسیاری از وظایف آن به شخص وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل شد. تبصره ماده ۱۵ ایجاد و تأسیس مطب جدید در استان تهران و شهرهای شیراز و اصفهان و تبریز و مشهد را ممنوع می‌کند. این تنها ماده‌ای است که می‌کوشد چاره‌ای برای توزیع نامتعادل پزشک در سطح کشور بیاید.

### پوست گردوی دولت برای مجلس

لایحه دولت در ۱۵ شهریور ۱۳۶۱ تصویب شد، اما دکتر هادی منافی، وزیر بهداشتی وقت، آن را پس گرفت. در سال ۱۳۶۳ لایحه دوباره به کمیسیون مربوط رفت و در تیرماه ۱۳۶۴ در مجلس طرح شد. دکتر عباس شیبانی، مخبر کمیسیون بهداشتی و

بهدارستی، دوباره بر تجهیز دانشکده‌های پزشکی شهرستانها و آموزش پزشکان بومی تأکید کرد. نکته قابل‌تأمل این‌که پیش از تصویب لایحه، ظرفیت پذیرش دانشجویان افزایش یافته بود: "با توجه به این‌که وزیر فرهنگ و آموزش عالی و وزیر بهداشتی و جناب آقای نخست‌وزیر برایشان تقریباً مسلم بود که درخواست همه نمایندگان این است که پزشک به نقاط دور افتاده فرستاده بشود و این لایحه را تصورشان این بود که با اکثریت قوی تصویب می‌شود، در کنکور امسال هم به امید این که لایحه تصویب می‌شود حدود ۱۱۰۰ دانشجوی پزشکی بیشتر اعلام کردند. یعنی اگر نمایندگان محترم مجلس معتقد باشند که این لایحه مفید نیست، باید ۱۱۰۰ تا از [پذیرفته‌شدگان رشته پزشکی] کم بکنند." (مذاکرات مجلس، ۱۸ تیر ۱۳۶۴). به این ترتیب، دولت باهای مجلس را در پوست گردو گذاشته بود و اکنون نمایندگان مخالف لایحه پیشاپیش و مستقیماً با لشکر کنکوربان طرف بودند.

آیا در آن زمان دکتر مردندی، وزیر بهداشتی، و دکتر فاضل، وزیر فرهنگ و آموزش عالی، پیش از طرح لایحه، نظر مثبت مجلس را گرفته بودند؟ یا می‌خواستند آن را در مقابل عمل انجام‌شده قرار دهند؟ دکتر مردندی اذعان می‌کرد: "... روی همین اعتبار این لایحه، دانشجوی اضافی گرفته‌اند. بیش از ۷۰۰ نفر دانشجوی اضافی گرفته شده است... دانشکده پزشکی شهید بهشتی تعداد دانشجوی خودش را به امید این لایحه از ۲۰۰ نفر به ۶۷۰ نفر

### خلاصه

## مذاکرات مجلس شورای اسلامی

### درباره

## آموزش پزشکی

### ۸ تیر ماه ۱۳۶۱

موسی زرگر-طبق آخرین آمار سال ۱۳۵۹، ۱۶,۲۰۰ نفر [پزشک داریم] که از این رقم ۹۴۰۰ نفر در بخشهای دولتی و همچنین دارای مطب هستند و ۶۴۰۰ نفر یعنی بیش از یک سوم اصلا کار انتفاعی و مطب ندارند و کار خصوصی نمی‌کنند. بازاء هر ۲۰۷۴ نفر یک پزشک داریم... اقیانوسیه بازاء هر ۱۰۰۰ نفر یک پزشک دارد... در اصل فکر تقریباً هیچ‌کس شک ندارد که این مراکز درمانی، بهداشتی، آموزشی کشور یک کاسه بشود و تحت یک مدیریت قرار بگیرد. این اصل را همه آقایان قبول دارند. ممکن است در نحوه اجرا مختصری با هم اختلاف داشته باشند...

دکتر محمد میلانی (مخالف) - تمام نظرات برادر عزیز ما آقای دکتر زرگر عکس این لایحه را ثابت می‌کند، یعنی اگر وضع تقسیم پزشکان و کادرهای درمانی و بهداشتی به‌شکلی است که روستاهای ما محروم است با تصویب این لایحه روستاهای ما محروم‌تر خواهد شد به‌خاطر این‌که قسمت اعظم نیرویی که جذب می‌شود و در بهداشت و درمان دارد کار می‌کند خواهد کشاند در آموزش و معطل خواهد کرد. دانشگاه‌های ما به‌خاطر تربیت پزشک برای خارج کار می‌کردند.

پزشکهای زیادی بعد از زحمات زیاد می‌رفتند جذب خارج می‌شدند انگار برنامه بود که پزشکان زیادی امتحان (ای سی اف ام جی) بدهند و بروند در خارج طبابت بکنند... دانشگاه و تفکر آموزشی از اول تفکرش به طب تخصصی خاصی بوده است که یک عده خاصی را آموزش داده است و عده خاصی را درمان کرده است. دانشگاه شیوه‌اش این بوده است که در شهرهای بزرگ متمرکز بشود و نتیجه این شده است که اطیبی که از خارج آمده‌اند یا اینجا رفته با تخصص با حقوق کم یا تبت استادبازی و دانشبازی آمده‌اند در شهرهای بزرگ مطب و بیمارستان و غیره... بزرگترین سهام بیمارستانهای خصوصی مال همین اطباء دانشگاه است. بیشترین سهام بیمارستان خصوصی که از پنجاه هزار تومان در آن دوره نظام منحط گذشته شروع شد به حد چندین میلیون تومان و بالاتر رسید، مال اساتید دانشگاه است. تفکر و جهت آموزش کلا طب خصوصی بوده است...

### ۱۸ تیرماه ۱۳۶۴

دکتر شیبانی - در سال ۱۳۸۰ جمعیت کشور به جای ۴۲ میلیون، ۸۵ میلیون خواهد شد ان‌شاءالله و حداقل ۸۵,۰۰۰ پزشک می‌خواهیم. با این روندی که داریم پیش می‌رویم، یعنی اگر سالی ۲۰۰۰ پزشک تربیت بکنیم به هیچ وجه من‌الوجه نمی‌توانیم جوابگوی احتیاجات پزشکی در آن موقع بشویم... با توجه به اینکه وزیر فرهنگ و آموزش عالی و وزیر بهداشتی و جناب آقای نخست‌وزیر برایشان تقریباً مسلم بود که درخواست همه نمایندگان این است که پزشک به نقاط دور افتاده فرستاده بشود و این لایحه را تصورشان این بود که با اکثریت قوی تصویب می‌شود در کنکور امسال ... حدود ۱۱۰۰ دانشجوی پزشکی بیشتر اعلام کردند. اگر نمایندگان محترم مجلس معتقد باشند که این لایحه مفید نیست باید ۱۱۰۰ تا از تعداد [پذیرفته‌شدگان در رشته پزشکی] کم بکنند، یعنی [می‌شود] در سال

رسانده است. برای فزویین ۷۰ نفر دانشجو گرفته [اند] در حالی که اصلاً دانشکده پزشکی [اش] چیزی ندارد...

ناممکن به نظر می‌رسید که وزارت آموزش عالی بتواند بیمارستانهای وزارت بهداشت را در اختیار بگیرد. دکتر فاضل در مجلس به حد توانایی وزارت علوم اشاره می‌کرد: "... ما نتوانستیم این کار را بکنیم. يك دانه بیمارستان را هم نتوانستیم. چرا؟ دو تا وزیر امضا می‌کنند، آقای نخست وزیر هم لطف می‌کنند امضا می‌کنند. يك سال است که در آن مانده‌ایم. چرا؟ برای این که راننده آن از راننده این ۱۵۰۰ تومان بیشتر حقوق می‌گیرد. کارمندش همین طور. دکترش همین طور."

ماده ۲ لایحه جدید، همه وظایف پژوهشی و آموزشی شورای عالی بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را به شخص وزیر محول می‌کند. دکتر فاضل و گروهی از نمایندگان می‌کوشیدند نظارت وزارت علوم را بر دانشگاههای علوم پزشکی حفظ کنند؛ تبصره پیشنهادی دکتر راه‌چمنی بر ماده ۶ به این شرح است: "کلیه ضوابط و مقررات حاکم بر سایر دانشگاههای کشور و نیز ضوابط و مقررات آموزشی از سوی شورای عالی انقلاب فرهنگی و وزارت فرهنگ و آموزش عالی در مورد دانشگاههای علوم پزشکی حاکم و مجری خواهد بود." (مذاکرات مجلس، ۲ مهرماه ۶۴).

این تبصره به تصویب رسید. اما درگامی دیگر

پیشنهاد سبحان‌اللهی در ماده ۷ که "سیاستگذاری، تعیین خط‌مشی و برنامه‌ریزی مجتمعهای آموزشی مذکور در ماده ۶ به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که می‌باید به تصویب وزارت فرهنگ و آموزش عالی برسد" رد شد و عبارت "به تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی برسد" به تصویب رسید. در مراحل بعدی نیز تلاش برخی نمایندگان برای واگذاری بخشی از اختیارات به وزارت فرهنگ و آموزش عالی ناکام ماند.

## سومین تلاش ناکام و اغتشاش دنباله‌دار

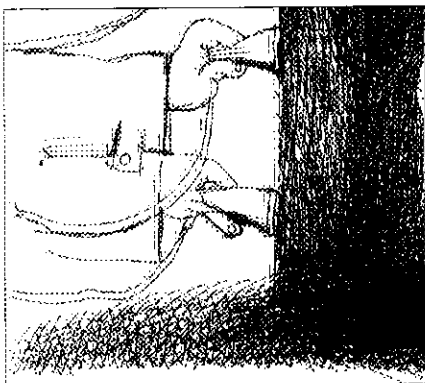
در خردادماه سال ۱۳۶۵ طرحی از سوی وزارت فرهنگ و آموزش عالی برای اصلاح يك ماده از قانون پیشگفته و اضافه کردن دو تبصره و يك ماده به آن به مجلس ارائه شد. وزارت آموزش عالی باز هم کوشید تا مواضع گذشته خویش را تا حدی حفظ کند، بر سیاستگذاری‌ها تأثیر بگذارد و بر آموزش و پژوهش نظارت داشته باشد.

در این مورد، نظرات دکتر محمد فرهادی، وزیر وقت فرهنگ و آموزش عالی، تا حد زیادی منعکس‌کننده نظریات پزشکان و دانشگاهیان نیز هست. او دغدغه خویش را چنین بیان می‌کند: "صرفاً وزارت بهداشت سابق تغییر نام داده شده؛ وزارت جدیدی شکل نگرفته، صرفاً الان همه هم و غم گذاشته شده که دانشکده‌های پزشکی به وزارت

بهداری سابق بچسبید. متولی آموزش عالی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی است و همه جای آن قانونی هم که خود برادرها و مجلس محترم تصویب کرده گفته "با رعایت مقررات آموزش عالی ضوابط وزارت فرهنگ و آموزش عالی و مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی." من دارم عرض می‌کنم این عمل انجام نشده است." (مذاکرات مجلس، ۱۳ خرداد ۶۵). این اصلاحیه با مخالفت نمایندگان مجلس روبه‌رو شد.

در سالهای بعد، چندبارگی آموزش عالی و خودمختاری دانشگاه آزاد افزایش بی‌سابقه تعداد دانشجویان و پزشکان را به دنبال داشت. بحرانی در جامعه پزشکی کشور دور از انتظار نبود. با بروز نخستین نشانه‌های بحران، کوشش برای کنترل آن از سوی ارگانهای مسئول آغاز شد، اما مجلس علیه این تلاش موضع گرفت و در مهرماه ۱۳۷۴ تصویب کرد تا پایان برنامه پنجساله دوم توسعه اقتصادی-اجتماعی، ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی در دانشگاهها ثابت بماند.

در تازه‌ترین تلاش، هشتم آبان ۱۳۷۶ ماده واحده ارائه شده از سوی کمیسیون بهداشتی و بهزیستی به مجلس شورای اسلامی به منظور تعیین ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی در سطح کشور هم با مخالفت نمایندگان روبه‌رو شد و به تصویب نرسید.



شریعتی، در گفتگو با لوح می‌گوید به جای صرف منابع مالی برای ایجاد ترم پزشکی، بهتر می‌بود منابع مادی کشور را صرف گسترش و تعمیق بهداشت عمومی کنیم.

بعضی دیگر مانند دکتر حسن عارفی، وزیر بهداشتی و رئیس پیشین دانشگاه تهران و استاد دانشگاه، جنبه دیگری را باز می‌کنند: "من گفتم گسترش بیش از حد وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وظیفه اصلی آن که بهداشت و درمان است در درجه اول و به امر آموزش و تحقیقات، که قرار است به وظایف آن افزوده شود، در درجه دوم، لطمه می‌زند، با این که وزارت بهداشتی در همان بهداشت و درمان هم

محاکمه بکشند و جواب بخواهند؛ اما این محاکمه تغییر چندانی در اصل مسئله که با تمام ابعادش به جای خود باقی است نمی‌دهد. با این همه، قدیمی‌ترها معمولاً نمی‌توانند گذشته را فراموش کنند. در مقابل، برای جوانترها گذشته مفهوم چندانی جز مقداری داده‌های انتزاعی تاریخی ندارد. در تحلیل بحران پزشکی امروز ایران، باید صحبت صاحب‌نظرانی از هر دو گروه را شنید.

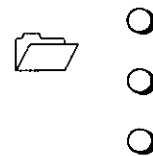
کسانی دلیل بحران کنونی را در جداسازی دانشکده‌های پزشکی از پیکره آموزش عالی می‌دانند. دکتر محسن ساغری، رئیس پیشین دانشکده پزشکی دانشگاه تهران، استاد دانشگاه و رئیس کنونی بخش پزشکی هسته‌ای بیمارستان

در هر بحثی می‌توان از گذشته و ریشه‌های تاریخی شروع کرد و به زمان حال رسید. این نوع تحلیل می‌کوشد علل و ریشه‌ها را از گذشته تا حال بشناسد تا بتواند مسئله را حل کند. اما شناخت علل همیشه به معنی توانایی تغییر آنها نیست. آنچه را صد، پنجاه یا حتی ده سال پیش رخ داده چگونه می‌توان عوض کرد؟ شاید به همین دلیل است که این تحلیل، معمولاً به جبر می‌رسد.

در مقابل، تحلیل هم‌زمانی یا همان "گذشته‌ها گذشته" است. اینجا، مسئله امروز را با مسائل پیرامونش می‌بینیم و می‌کوشیم فضا را تغییر دهیم. البته این حق برای همه محفوظ است که افرادی سیاستها و روشهایی را که به آنها لطمه زده است به

## آموزش پزشکی

# مسائل امروز دانشکده‌های پزشکی



## ”اگر واقعاً در فکر راهگشایی برای آینده به ظاهر تاریک پزشکی هستید، اول این قیف وارونه دانشگاه را سر و ته کنید تا فارغ التحصیل شدن مشکل باشد، نه ورود به دانشگاه.“

چهره موفقی نشان نداده بود.“ (مصاحبه با لوح).  
دکتر موسی زرگر، وزیر پیشین بهداشتی و نماینده مجلس، در دفاع از لایحه مواردی را بر می شمرد: ”پس يك مسئله ای که این لایحه ایجاب کرده است که به مجلس بیاید، کمبود است. دومی توزیع غلط است.... از لحاظ تخت بیمارستانی توزیع غیرعادلانه است.... از اشکالات دیگر،

بهداشت، درمان حاکم است... موضوع دیگر گزینش غلط دانشجویان... اشکال عمده دیگری که وجود داشته مسئله دارو بوده است.... از لحاظ بهداشتی وضع بی نهایت بد بوده.“ (مذاکرات مجلس، تیرماه ۶۱).

دکتر راه چمنی، نماینده مجلس، موارد برشمرده را بیشتر ناشی از ضعف وزارت بهداشتی می داند: ”در مقدمه يك سری موارد و مشکلات و وضعیت نابسامان بهداشت و درمان آمده که ما هم معتقدیم، ولی نگفتید برادرها این کار را چه کسی کرده؟ آیا سیاستگذار پزشکی این مملکت پس از پیروزی انقلاب چه کسی بوده؟ چه کسانی این کار را کرده اند؟ مسئله بعدی که مطرح است: تمام این مشکلات

را ربط داده اند به جدا بودن دانشکده های پزشکی از وزارت بهداشتی و اصلاً این مشکلات چه ربطی دارد به جدا بودن دانشکده های پزشکی؟ وزارت بهداشتی فقط تولید نیرو می کند؛ مسئله آب آشامیدنی، مسئله تغذیه و فقر و محرومیت روستاها چه ربطی به جدا بودن

دانشکده های پزشکی از وزارت بهداشتی دارد؟“ (مذاکرات مجلس، ۲۰ تیرماه ۶۴).

**سالتها** از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می گذرد. در همان روزهای بحث در مورد لایحه در مجلس شورای اسلامی، دکتر مرندي، وزیر بهداشتی وقت، چنین گفت: ”آموزش پزشکی در قدیم در خارج فقط متکی به تخت بیمارستان بود. الان عمده آموزش پزشکی را به خدمات درمانی و سرپایی و بهداشتی می دهند یعنی دانشجو را در خارج از محیط بیمارستان تربیت می کنند. سیستم شبکه ای که اصولاً به بهداشت ارتباط پیدا می کند، به درمان سرپایی ارتباط پیدا می کند، به روستا، به شهرهای کوچک و بزرگ، تمام در اختیار وزارت بهداشتی است. این دانشجوها هم باید در بیمارستان بروند، در این سیستم شبکه.“ (مذاکرات مجلس، ۲۰ تیر ماه ۶۴). این تفکر مجوز تربیت ”پزشک کمی بی سواد“ نیست؟

دکتر رضا ملک زاده، وزیر پیشین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قائم مقام فرهنگستان علوم پزشکی، اشکال اصلی را ”عدم اختصاص سرانه درمانی کافی در سیستم های بیمه درمانی“ در نتیجه پایین نگاه داشتن تعرفه های پزشکی“ می داند و يك تجربه را چنین روایت می کند: ”در نتیجه افزایش تعداد پزشک در مکزیک در سال ۱۹۶۸، ۷ درصد پزشکان بیکار بودند، ۱۱ درصد آنها به شغل های غیر پزشکی روی آورده بودند، ۱۱

۲۰۰۰ دانشجو، در حالی که حداقل ما سالی ۵۰۰۰ دانشجوی پزشکی باید تربیت بکنیم... زمانی که بنده در دانشکده پزشکی بودم بیمارستان شوروی را وزارت بهداشتی گرفته بود... بیمارستان زنان ۱۵۰ تخت داشت به آن جا که منتقل کردیم ۲۵۰ تخت پیدا کرد. یعنی ۱۰۰ تخت همان کادر علمی که سابق آنجا بود اضافه شدند... يك هیئت سه نفری، نماینده این وزارتخانه، نماینده وزارت فرهنگ و آموزش عالی است و نماینده وزارت بهداشتی، یکی هم نماینده نخست وزیر. این سه نفر می نشینند تصمیم می گیرند آنچه به صلاح این وزارتخانه است... اصل کار ما تربیت پزشک بیشتر است.

۲۰ تیر ۱۳۶۴

دکتر زرگر (موافق) - همین آفابانی که با این لایحه موافقت می کنند طرح دیگری را به اسم جدا شدن دانشکده های کشاورزی - به نظر من ان شاء الله که این طور نباشد من شاید سوءتفاهم دارم، بد فکر می کنم - برای خراب کردن این لایحه به مجلسی می آورند. نه وزیر کشاورزی موافق است و خبر دارد، نه وزیر فرهنگ و آموزش عالی خبر دارد نه کمیسیون کشاورزی موافق است. ما می گوئیم با آموزش وزارتخانه ای مخالفتیم. ما با ادغام دانشکده های پزشکی در وزارت بهداشتی صد درصد مخالفتیم. خدای من شاهد است اگر این را رد بکنید، دو دفعه شکر می کنم؛ یکی این که مسئولیت از گردن من می افتد، یکی این که دیگر جوابگو نخواهم بود، چون کارم را انجام داده ام و زحمتم را کشیده ام... يك روزی دانشکده ای در این مملکت با پنج پزشک عمومی تشکیل دادند. امروز آن دانشکده یکی از دانشکده های پزشکی قوی این مملکت است.

دکتر راه چمنی (مخالفت) - می خواهم بدانم شأن نزول این لایحه اصلاً چیست. در سال ۱۳۵۶ يك آفابانی تعدادی را به عنوان طرح برای وسایل پزشکی مملکت

مأمور می کند و اینها می روند طرح مجتمعات علوم پزشکی را تهیه می کنند. به انقلاب می خورد این قضیه اجرا نمی شود. بعد در زمان وزارت برادر عزیزمان آقای دکتر زرگر این طرح به نام (یعنی با همین فکر) یعنی ادغام آموزش با درمان با هم به صورت مجتمعات آموزشی به شورای انقلاب می رود و مجوز می گیرد، پول می گیرد، اعتبار می گیرد برای این که در سطح کشور این را پیاده بکنند... این نامه دانشگاه های تهران است با تمام گروه های آموزشی، اینجا نظر داده است؛ دانشگاه شیراز نظر مخالف داده؛ دانشگاه مشهد کتباً نظر مخالف داده؛ رئیس دانشگاه تبریز نامه نوشته و مخالفت کرده. مرکز علوم پزشکی کتباً مخالفت کرده. دانشگاه یزد مشروط گفته است که این نمی شود در کل کشور فعلاً پیاده کرد، ممکن است موفق نباشد. به صورت آزمایش در دو سه تایشان پیاده بکنند اگر موفق بود در کل کشور تعمیم بدهیم... آمد و پزشکان... مخالفت کردند و فردا از این دانشکده ها استعفا دادند. دانشکده ها خالی از افراد با تجربه، متخصص و عالم می شود، بعد از کجا می خواهید نیرو بیارید؟... مجتمعات آموزشی الان طبق نظری که دانشگاه تهران داده خود اساتید دانشگاه تهران دارند آنجا را می چرخانند. از آنجا می خواهد نیرو بیارند؟ و این شعاری که واقعاً غلط است که مثلاً در گناباد چهار تا پزشک داشته باشیم... بخواهیم دانشکده درست بکنیم، این شعار واقعاً شعار خنده داری است... دانشکده مامایی که فوق دیپلم تربیت می کند نمی توانید در گناباد تأسیس بکنید، آن وقت برسد به دانشکده پزشکی. با این شعارهای گول زننده واقعاً نباید با مسائل پزشکی مملکت برخورد بکنیم. این لایحه احتمال دارد که يك درصد موفق بشود، ۹۹ درصد احتمال دارد که پزشکی مملکت را چنان به هم بریزد که هیچ کسی نتواند کنترل بکند و هیچ کس نتواند دیگر خویش بکند... (یکی از نمایندگان: در گناباد می شود دانشکده پزشکی دایر کرد).

دکتر مرندي (وزیر بهداشتی) - در ارتباط با پتانسیل آموزشی وزارت بهداشتی که

درصد آنها با درآمد بسیار ناچیز به طبابت مشغول بودند، به طوری که قادر به اداره زندگی خود نبودند و در عین حال تعداد قابل توجهی از روستاها بدون پزشک باقی ماندند و سطح آموزش پزشکی در مکزیک به شدت افول کرد. بالاخره در سال ۱۹۸۷ دولت مکزیک تعداد پذیرش دانشجویان پزشکی را کاهش داد و تعداد دانشکده‌های پزشکی را محدود کرد.“ (نشریه نظام پزشکی، مهر ۱۳۷۶).

بسیاری از پزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های علوم پزشکی سالهاست که مشغول کارند. اینان و نیز جوانانی که تازه درس خود را تمام می‌کنند در حصار یادها و تجربیات گذشته اسیر نیستند و مدام به این نمی‌اندیشند که دیروز و پریروز چگونه بوده است. آنها در همین چهارچوب فعلی و با همین وضع موجود مشکلات خود را طرح می‌کنند و پیشنهاد می‌دهند.

دکتر مسعود سلیمانی، از زنجان، می‌گوید: ”دست درکاران محترم معنی کلمه تناسب را چه وقت خواهند فهمید؟ آیا استانداردهای کشورهای پیشرفته همیشه قابل تعمیم به کشور ما هستند؟ من در روستایی بودم با حدود ده هزار نفر سکنه (راسفهان از توابع تاکستان هم اکنون به قزوین ملحق شده است). در این روستا یک مرکز بهداشتی-درمانی به راحتی نیازهای روستا و توابع را پوشش می‌داد و با وجود دولتی بودن باز عده‌ای از مردم به دلیل عدم تمکن مالی به آن مراجعه نمی‌کردند، بخصوص پس از افزایش تعرفه دولتی از ۲۰۰ به ۱۰۰۰ ریال. حال از آقایان دست‌اندرکاران محترم باید پرسید کشور ۶۰ میلیونی ایران چند نفر پزشک و پیراپزشک می‌خواهد؟“ (نشریه نظام پزشکی، مهر ۱۳۷۶).

دکتر حمیدرضا علی‌پورتبیزی، پیام‌آور بهداشت از بیرجند، به سهمیه‌ها و بیمه و مشکلات رفاهی اشاره می‌کند: ”در نظر گرفتن سهمیه‌های گوناگون (از قبیل رزمندگان، خانمها و...) چه در کنکور سراسری و چه از آزمونهای پذیرش دستیار نه تنها باعث تضییع حق افراد مستعد می‌شود بلکه ضرر آن به خود جامعه وارد می‌شود... رابطه مالی بین بیمار و پزشک باید قطع شود. این کار با گسترش شبکه بیمه امکان‌پذیر است. متأسفانه در سالهای اخیر، سازمانهای بیمه خدمات درمانی به‌رغم گسترش یافتن، از بستن قرارداد با پزشکان جوان خودداری می‌کنند یا به عناوین مختلف از تعهدات خود شانه خالی می‌نمایند. از نظر مسائل رفاهی مشمولین طرح، امکانات زندگی در برخی از مراکز روستایی از حد ضعیف هم پایین‌تر است. بنده مدت کوتاهی در استان محروم کهگیلویه و بویراحمد خدمت کردم. متأسفانه به‌علت نبودن ساده‌ترین امکانات تقریباً مجبور به فرار از آنجا شدم.“

دکتر میرمجتبی مولایی می‌گوید: ”وقتی ما صحبت از استانداردهای جهانی می‌کنیم (۱۰۰۰

نفر در مقابل یک پزشک) باید ببینیم آیا ما قادریم برای همه این پزشکان حداقل امکانات شغلی لازم را فراهم کنیم؟“

دکتر حمید جهانلو، از خراسان، بدون بازگشت به گذشته مسئله کیفیت آموزش پزشکی را مطرح می‌کند: ”... اگر واقعاً در فکر راهگشایی برای آینده به‌ظاهر تاریک پزشکی هستید، این قیف معروف وارونه دانشگاه را اول سر و ته کنید تا فارغ‌التحصیل شدن مشکل باشد، نه ورود به دانشگاه.“

دکتر جواد سعیدتهرانی، مدیرکل مرکز تأمین و توزیع نیروی انسانی و پیام‌آوران بهداشت، از مقوله جدیدی به نام استیصال در عالم پزشکی سخن می‌گوید: ”... و آن حالتی است که پزشک احساس می‌کند برای ادامه زندگی شرافتمندانه درمانده است و راه به جایی نمی‌برد. هزینه‌های سنگین زندگی و توقعات جامعه از پزشک و تراز دخل و خرج باعث تلاطم فکر تعدادی از پزشکان می‌شود. او به یکی از معضلات برنامه‌ریزی تربیت نیروی انسانی هم اشاره می‌کند: ”... زمانی می‌رسد که تعداد پرستاران موجود با تختهای بیمارستانی مطابقت دارد، اما با این حال بسیاری از نقاط محروم و نیازمند همچنان دچار کمبود پرستار است. اشکال کار در کجاست؟ آیا برآوردها درست نیست؟ اشکال کار در اینجا است که ما توقع داریم به کمک مامای گیلانی، مراکز تسهیلات زایمانی ایرانشهر پوشش داده شود و معلم آذربایجان، تعهدات خود را در روستاهای کهنوج بگذراند.“

دکتر ابوالقاسم امینی، سرپرست مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، بر تاثیر بحران موجود بر روح و روان متقاضیان ورود به حرفه پزشکی انگشت می‌گذارد: ”(۱) کاهش کیفیت ورودیها: با ایجاد مشکل اشتغال پزشکان، به مرور تمایل دانش‌آموزان ممتاز برای شرکت در این رشته کاهش می‌یابد. (۲) تضعیف فرآیند و کیفیت آموزش: بدون شک محور یادگیری، استعداد انگیزه و تلاش دانشجویان رشته پرزحمت و طول‌المدتی مثل پزشکی با آینده تاریک شغلی مواجه باشند، انگیزه یادگیری آنان به‌شدت کاهش می‌یابد و نتیجه سرمایه‌گذاری‌ها و تلاشهای مؤسسه آموزشی و اساتید نیز متأثر از این پدیده‌ها بوده و خواهد بود. (۳) افت نتیجه یا محصول آموزش: سومین ضربه در حوالی فراغت از تحصیل و ابتدای ورود به جامعه وارد می‌شود. پیامدهای ناگواری وارد بازار کار شدن پزشکان بدون تضمین جایگاه شغلی را متأسفانه کشورهای زیادی تجربه کرده‌اند و اگر ما هم راه چاره‌ای نیندیشیم بزودی گریبانگیر ما هم خواهد بود.“

دکتر احمد نجابت، مخبر کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس، می‌گوید مشکلات قدیمی همچنان ادامه دارند: ”ما در جهرم و فسا ۲۲ سال

است که دانشکده داریم. تا امروز هنوز استاد از شیراز و اطراف برایشان می‌رود و درس یک ترم را در دو روز می‌دهد و برمی‌گردد. ما در تهران و مراکز استانها کلاسهای ۵۰ نفری داریم که اجباراً دانشجویان غیبت می‌کنند. در قسمت بالینی، استاد با ۵۰ دانشجو بالای سر می‌آید، نه استاد دانشجو را می‌شناسد، نه ارتباطهای قدیم استاد و دانشجویی رعایت می‌شود.“ (مذاکرات مجلس، ۸ آبان ۷۶).

به همان نگاه پیشینه‌نگر باز می‌گردیم. دکتر شهاب‌الدین صدر، رئیس کل سازمان نظام پزشکی و رئیس کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس، به



معضلات بهداشت و درمان در رژیم گذشته اشاره می‌کند و می‌پذیرد که ”...در این میان منطقی بود که اولین تغییر در مقام اصلاح و تعدیل ظرفیت دانشکده‌های پزشکی باشد... اما مشکل امروز ما که به تداوم بی‌ضابطه و بی‌ضرورت این سیاست برمی‌گردد، مخاطرات و محذورات غیرقابل پیش‌بینی‌ای برای همکاران گروه پزشکی، به‌ویژه همکاران جوان، به‌وجود آورده است.“ (نشریه نظام پزشکی، مهر ۱۳۷۶).

مشکل دیگری که جای بحث و بررسی دارد، کمبود پزشک در شکل جدید آن است. به این معنا که ما پزشک معمولی بسیار زیاد و پزشک ماهر یا بسیار ماهر کم خواهیم داشت. نفی نخبه‌گرایی و عدم توجه به استعدادهای بالقوه، جمعی از پزشکان هم‌اندازه را شکل خواهد داد که هیچ‌یک مزیتی بر دیگری ندارد.

تقریباً تمامی دست‌درکاران بهداشت و درمان کشور، استادان دانشگاه، دانشجویان و اهل تحقیق به ضرورت تغییر در نظام آموزش پزشکی - و به تبع آن بهداشت و درمان - رسیده‌اند. در وجود عارضه و تشخیص مسئله همه متفق القولند، گرچه پیشنهادها متفاوت است.



# کنده شدن یا نشدن: مسئله این بود

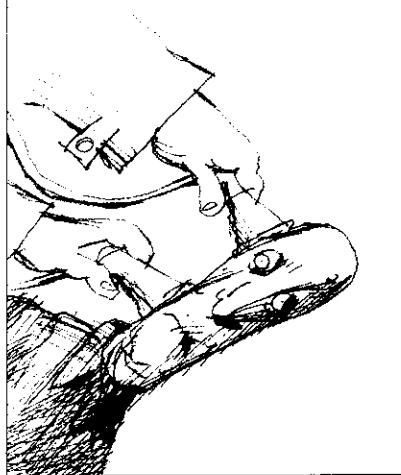
گفتگو با دکتر ایرج فاضل  
جراح و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی

در جلسه ۲۰ تیرماه ۱۳۶۴ مجلس شورای اسلامی، زمانی که دکتر فاضل، وزیر وقت فرهنگ و آموزش عالی، درباره لایحه تبدیل وزارت بهداری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سخن می‌گفت، برای برخی نمایندگان کاملاً روشن نبود که مدافع این لایحه است یا مخالف آن، او، از جمله، گفت: "من به‌عنوان وزیر فرهنگ بایستی بگویم قطعاً نظرمان این نیست که دانشکده‌های پزشکی از دانشکده‌ها کنده بشود و برود به وزارت بهداری. من به طور قطع با همچو چیزی مخالفم." یکی از نمایندگان ایراد گرفت که "ایشان دو پهلو صحبت می‌کنند"؛ و رئیس مجلس تذکر داد: "وقتتان تمام شده، خلاصه بفرمایید، مخالفید یا موافقید با این لایحه."

چند دقیقه بعد، در همان جلسه، کل دانشکده‌های پزشکی از دانشکده‌ها کنده شد و رفت زیردست وزارت بهداری. آیا وزیر فرهنگ و آموزش عالی گرفتار سوءتفاهمی عمیق بود، یا با لایحه‌ای که ظاهراً و بناچار از آن دفاع می‌کرد موافق نبود؟ هفده سال پس از آن سوءتفاهم، یا دودلی، دکتر فاضل در گفتگویی دو ساعته با لوح توضیح داد که چه می‌خواستند و چه شد.

نقاط مختلف کشور استفاده می‌کردیم. در رابطه این پزشکان - که بیشتر هندی، پاکستانی و بنگلادشی بودند - با بیمار ایرانی، مسائل مختلفی از جمله مسائل فرهنگی و اشکالات مربوط به زبان پیوسته مطرح بود.

وضع آموزش پزشکی را کلاً چگونه ارزیابی می‌کنید؟  
دکتر فاضل: ما تا چند سال پیش، به دلیل کمبود نیروی انسانی در رشته پزشکی، از تعداد قابل توجهی پزشکان و متخصصان خارجی در



بسیار خوبی خواهد بود. چرا فقط کشورهای کوبا و هند پزشک صادر بکنند؟ ما که یک جمهوری اسلامی هستیم و برادرمان آقای دکتر وحید، سرپرست هلال احمر، که به آفریقا رفته بود می‌گفت واقعاً اگر ما چند نفر پزشک حزب‌اللهی در اختیار داشتیم و به کشورهای آفریقایی می‌فرستادیم تحولی که می‌توانستیم در آنجا به وجود بیاوریم از لحاظ اسلامی فوق‌العاده بود و متأسفانه ما به علت کمبود پزشک این امکانات را در آن حد نداریم... یک جلسه‌ای آقای دکتر زرگر در کمیسیون بهداری گذاشته بودند که با اصل ۹۰ تشکیل شده بود و اتفاقاً روسای دانشکده‌ها را دعوت کرده بودند، یعنی بزرگترین دانشکده پزشکی ایران. باید عرض بکنم رئیس آنجا گفتند خوب اگر بهداری امکاناتش را در اختیار ما بگذارد ما به جای چهارصدتا دانشجو دوهزارتا می‌گیریم. گفتیم همین الان بنویسند من هرچه‌خواهند در اختیارشان می‌گذارم که دو هزار دانشجو بگیرند و استدعا کردم تا آخر جلسه با فردا خبرش را هم به من بدهند. هیچ خبری نشد.

دکتر فاضل (وزیر فرهنگ و آموزش عالی) - اگر مجلس این سه تا مشکل را از جلو راه من بردارد من می‌توانم تعداد بیش از نیاز مملکت پزشک تربیت بکنم یعنی وزارت فرهنگ می‌تواند نه بنده... یک، ما بیمارستان و تجهیزات بیمارستانی فوق‌العاده کم داریم. مسئله دوم که باید حل بشود نیروی انسانی است، یک کشاورز وقتی گندم می‌کارد این انصاف را دارند که می‌گویند آقا اینقدرش را بردار که سال دیگر دوباره بتوانی گندم بکاری. ما حتی به اندازه بذر هم نمی‌توانیم استفاده بکنیم. پس ما معلمانمان را از کجا بیاوریم؟ پرستار را نمی‌توانیم یک دانه‌اش را استفاده بکنیم. به محض این که تمام شد وزارت بهداری... یکی از آنها را به ما نمی‌دهد. سوم، این مسئله یک بام و دو هواست. وزارت بهداری مجبور است جاذبه‌اش را زیاد کند به خاطر این که مسئول درمان است. ما پزشکان بسیاری در عرض این سه چهار سال فقط به علت این مسئله از دانشگاه از دست دادیم. خود

بعضی از برادرها نگران بودند که نکند بهداری پزشکهای درمانی از کار افتاده‌اش را می‌خواهد به آموزش بگردد مطلقاً منظور این نبوده است. منظور این است که ما بسیاری از بیمارستانهایی در وزارت بهداری داریم، چه در تهران که فراوان است و چه در شهرستانها که افراد بسیار دانشمندی در آن هستند که اینها دوره‌های تخصص و فوق تخصص را بعضی جدید و بعضی قدیم دیده‌اند در بخشهای اینجا الان تخصص داده می‌شود... در بعضی دوره‌ها فوق تخصص داده می‌شود. حیف نیست که اینجا دانشجو تربیت نشود؟... این برادرهای استاد ما نگران این هستند که ما دانشکده‌ها را می‌خواهیم در دل وزارت بگنجانیم. مطلقاً منظور این نیست. هدف ما استقلال دانشکده‌های پزشکی است در حدی که بتوانند بوروکراسی نه تنها در آن بلکه در آن وزارتخانه جدیدی که با جان مردم سروکار دارد کم بشود و بتواند وضع دانشکده‌های پزشکی را از آنچه هست بهتر بکنند... استاندار گیلان... تلفنگرام برای آقای دکتر فاضل و من فرستاده بودند که آقا سریع اینجا بیایید که دانشکده با بهداری با هم کنار نمی‌آیند و ما برای حل قضیه آنجا رفتیم و فعلاً سرپوشی برای حل قضیه گذاشتیم تا برای چهار ماه دیگر صدایش در نیاید... روی علوم پایه صحبت شد. علوم پایه مهم هست اما این قدر بزرگش نکنیم که اصل قضیه فراموش بشود. ما در مملکت خودمان، فرمودند دانشکده‌ای با چند تا پزشک عمومی تاسیس شد؛ در کوبا که الان ابرقدرت بهداشت دنیا است و برای هر ۳۰۰ نفر یک پزشک دارد و به کشورهای آفریقایی و حتی اروپایی پزشک صادر می‌کند موقع انقلابشان از ۴۵۰ استادشان ۳۳۸ نفرشان فرار کردند؛ ۱۲ استاد داشتند و بقیه‌اش از پزشکهای عمومی استفاده کرده‌اند و دو سال پیش که در خدمت آقای دکتر منافی آنجا بودم ۱۷۰۰۰ و خرده‌ای برای چند میلیون جمعیت‌شان پزشک در سرتاسر مملکت‌شان داشتند. یکی از کارهایی که ما می‌توانیم بکنیم اگر واقعاً برادران نگران هستند که پزشک‌مان زیاد می‌شود ان شاء الله بشود وسیله تبلیغی

تا قبل از انقلاب اسلامی در ایران سالانه حدود ۱۰۰۰ پزشک تربیت می‌شد. تعداد قابل توجهی از این فارغ‌التحصیلان - شاید بیش از نیمی از آنها - جذب کشورهای غربی، عمدتاً آمریکا، می‌شدند که در آن زمان کمبود پزشک در آن کشورها چشمگیر بود. آمریکا رغبت زیادی به جذب پزشک، بخصوص از کشورهایی که فارغ‌التحصیلان آنها سابقه خوبی داشتند، نشان می‌داد. البته به دلیل نیاز به گذراندن امتحانات متعدد غالباً بهترین گروه پزشکان ما را جذب می‌کردند و اکثریت قریب به اتفاق این پزشکان پس از اتمام دوره تحصیلات تخصصی در کشورهای دیگر می‌ماندند. پس از انقلاب اسلامی، در نتیجه شرایط جدید، مملکت شمار قابل توجهی از پزشکان شاغل خود را هم از دست داد. عده‌ای به دلیل شرایط روز، ترجیح دادند که در ایران نباشند و عده‌ای به دلیل اخراج از دانشگاه‌ها یا خدمات دیگر، مملکت را ترک کردند. کمبود به طور واضح تری در عرصه درمان بروز کرد. اتفاق بسیار مهم دیگری که موجب بروز نگرانیهای جدی تری شد، جنگ با عراق بود. در دوران جنگ جراحیها و اصولاً مراقبتهای پزشکی و طب رزمی، اهمیت چشمگیری پیدا کرد و این بار عظیم اضافی هم بر دوش مسئولان درمان افتاد.

بروز این نیازهای جدید خاص و تمایل دولتمردان به حل مسائل عام درمانی و پزشکی مردم سبب شد شیوه‌هایی اتخاذ شود تا بتوان از کمبود شدید نیروی انسانی در رشته‌های علوم پزشکی کاست. ایجاد دانشکده‌های پزشکی جدید و افزایش ظرفیت به روال گذشته، سرمایه‌گذاری هنگفتی می‌طلبید که، به‌ویژه در آن زمان، در توان مملکت نبود. لذا این فکر پیدا شد که برای تربیت افراد بیشتر و گسترش فضای آموزشی، از امکانات موجود که خارج از حیطه آموزش پزشکی صرفاً به کارهای درمانی اختصاص داشت برای آموزش استفاده شود و گستره عظیم درمانی وزارت بهداشتی و امکانات وسیع آن به مجموعه آموزش پزشکی کشور بیبوندند. این هسته اصلی فکر ایجاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که لایحه آن را وزارتین بهداشتی و فرهنگ و آموزش عالی به مجلس بردند.

در نتیجه این قانون، تمام دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی جدا و به وزارتخانه جدید اضافه شدند. به این ترتیب بلافاصله امکان افزایش ظرفیت در دانشگاه‌های موجود و حتی ایجاد دانشگاه‌های جدید به وجود آمد. با بیمارستانهای متعدد وزارتخانه جدید، این امکان پدید آمد که در رشته‌های علوم پزشکی چندین برابر گذشته دانشجوی جذب شود و به تدریج نه تنها کمبودهای گذشته را جبران کنند بلکه در آینده به میزان معقول تربیت نیروی انسانی مورد لزوم را به عهده بگیرند. چند سالی پس از این تحولات، دانشگاه آزاد

برابر ظرفیت واقعی دانشگاه دانشجو سر کلاس بنشانیم، با حذف این ظرفیتهای اضافی اجازه دهیم تا اولاً دانشجویان آموزش بهتری ببینند، یعنی کیفیت پزشکی را بالا ببریم، و ثانیاً با بحران مازاد فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم پزشکی که خود مقوله پرعارضه‌ای است روبه‌رو نشویم. متأسفانه به رغم توصیه‌های جدی ارگانهای مسئول - از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگستان علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی - مبنی بر کاهش پذیرش و متعادل ساختن تعداد

اسلامی نیز به این مجموعه اضافه شد و در نقاط مختلف کشور با ایجاد رشته‌های پزشکی که هنوز هم از جاذبه فراوانی برخوردار بود سبب افزایش کمی قابل توجه ظرفیت موجود گشت. این اقدامات سبب شد که هفت سال بعد، فارغ‌التحصیلان این رشته در شمار بالایی وارد بازار کار شوند و کمبودهای قبلی را جبران کنند، به طوری که با در نظرگرفتن مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی و گروه قابل توجه ایرانیانی که در خارج از کشور در این

رشته‌ها مشغول به تحصیل بوده و هستند، سالانه بین هفت الی هشت هزار نفر نیروی انسانی جدید وارد بازار کار شود.

به این نکته بسیار حساس نیز باید توجه کرد که به عکس دو یا سه دهه قبل که فرصتهای فراوانی برای فارغ‌التحصیلان پزشکی کشورهای جهان سوم در غرب وجود داشت، از چند سال پیش، با رفع کمبود پزشک در غرب، این فرصتها نیز از بین رفته است. نه تنها فارغ‌التحصیلان ما امکاناتی ناچیز و بسیار محدودتری برای مهاجرت به غرب دارند، بلکه فارغ‌التحصیلان ما در کشورهای خارج نیز اکثراً مجبورند به کشور خود برگردند. انباشت این تعداد قابل توجه فارغ‌التحصیل در چند سال پیاپی به سرعت کمبودها را جبران کرد و سبب بروز مسئله حاد و تازه‌تری شد که امروز نمود آن را به صورتی ملموس و جدی به عیان می‌بینیم: کثرت و افزایش افزون بر نیاز فارغ‌التحصیلان پزشکی.

**برنامه مورد نظر شما چه بود و برای تحقق آن چه اندازه تلاش کردید؟**

**دکتر فاضل:** قرار بر این بود که به تدریج با کم‌کردن ظرفیتهای افزایش کیفیت، شمار فارغ‌التحصیلان مطابق با نیاز آینده مملکت کاهش یابد و پس از دوره‌ای که مجبور بودیم دو یا سه

دانشجویان پزشکی، طرح پیشنهادی چند نماینده به شکل مصوبه‌ای از مجلس محترم شورای اسلامی گذشت که تا پنج سال این کاهش را ممنوع کرد و راه را بر کارشناسان و دست‌اندرکاران و مسئولین آموزش پزشکی کشور بست. این افزایش تربیت نیروی انسانی، علاوه بر فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی، دامنگیر آموزش تخصصی پزشکی نیز شده است و امروز ما با تربیت افزون بر نیاز متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی مواجه هستیم. با توجه به این نکته که خطر زیادی بودن پزشک بسیار بیشتر از خطر کمبود پزشک برای جامعه است، می‌توان به حساسیت مسئولان و کارشناسان دلسوز این رشته برای سامان دادن به مسائل ذکر شده پی برد.

برخی این افزایش بی‌رویه را مربوط به تفکیک آموزش پزشکی از آموزش عالی و پیوستن آن به وزارت بهداشتی می‌دانند و می‌گویند ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی کیفیت آن را تنزل داده است.

نقطه نظر مقابل این ادعا این است که رشته‌های دیگر که هنوز از سوی وزارت فرهنگ و آموزش عالی اداره می‌شوند از کیفیت بالایی برخوردارند. اما این طور نیست؛ آنها نیز دچار همین عارضه‌اند و از کیفیت بالایی برخوردار

## ” اگر برای سامان دادن به این مسائل اقدام عاجلی نکنیم، وضع نگران‌کننده است و عواقب آن تا بیش از ۵۰ سال گریبانگیر مردم این مملکت خواهد بود.“

نیستند. آموزش عالی ما، در کل، دچار ضعف کیفی شده است، تحت اداره هر وزارتخانه‌ای می‌خواهد باشد. این هم بر می‌گردد به این‌که دانشگاه‌های ما جایگاه واقعی خودشان را ندارند.

**شما در مجلس - در هنگام ارائه لایحه - به ضعف مالی وزارت فرهنگ و آموزش عالی برای اداره بیمارستانها اشاره کردید و این‌که تفاوت حقوق‌بهدار بهداشتی و در وزارت آموزش عالی به حدی است که آموزش عالی از پس رقابت با آن بر نمی‌آید.**

**دکتر فاضل:** آن مسئله مهمی نبود. حل می‌شد. اما این شبکه عظیم بهداشتی با درمانگاهها و بیمارستانهای متعددش را باید می‌آوردیم در وزارت فرهنگ و آموزش عالی؛ که نشد. مشکل آنها هم این بود که کادر درمانی داشتند، کادر آموزشی نداشتند. بنابراین در آن شرایط و در آن وضعیت بحرانی کمبود پزشک و جنگ ما جز آنچه انجام شد چاره‌ای نداشتیم.

**برای حل مشکلات کنونی چه راههایی پیشنهاد می‌کنید؟**

**دکتر فاضل:** هیچ مسئله‌ای نیست که راه‌حلی نداشته باشد اما شاید با صرفه‌ترین و عاقلانه‌ترین راه درمان یک بیماری، پیشگیری است. به نظر من اولین کاری که بطور حادّ باید انجام شود، کاهش ظرفیتهای موجود است. از قدیم گفته‌اند جلو ضرر را هر کجا که بگیری، منفعت است.

اگر امروز ظرفیتهای ما به حد معقولی کاهش دهیم که به‌نظر من مجموعه فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی را به حداکثر ۲۵۰۰ نفر در سال پایین بیاوریم، حداقل این اطمینان ایجاد می‌شود که از هفت سال دیگر که پذیرفته‌شدگان امروز وارد بازار کار شوند، بحران افزایش پزشک قابل کنترل باشد. برای این کار، به‌نظر من، باید لایحه‌ای کارشناسی شده و مستدل از طریق هیئت دولت به مجلس تقدیم شود و با دفاع جدی دولت به تصویب برسد تا مصوبه قبلی را خنثی کند.

در مورد هدایت فارغ‌التحصیلان فعلی به رشته‌های مورد نیاز هم باید برنامه‌ریزی معقول و سنجیده و مؤثری انجام شود که در دستور کار فرهنگستان علوم پزشکی نیز هست. برای مثال، ما در حال حاضر با تعداد کثیری فارغ‌التحصیل روبه‌رو هستیم. اکثر اینها به گذراندن یک دوره تخصصی نیاز و رغبت فراوان دارند و بسیاری از دوره‌های تخصصی نیز به‌تدریج دچار همان افزایش بی‌رویه شده‌اند، بنابراین باید رشته‌های جدیدی به وجود آورد تا ضمن رفع نیاز این فارغ‌التحصیلان، به قوت و استحکام طب مملکت، و در نتیجه، پاسخ به نیازهای درمانی مردم کمک کند. از جمله، طرح تربیت پزشکان خانواده را فرهنگستان به شورای عالی تخصصی پزشکی پیشنهاد کرده است.

تخصص پزشکی خانواده دوره‌ای است که بین سه تا چهار سال طول می‌کشد و فارغ‌التحصیلان این رشته در این مدت در رشته‌های اطفال، زنان،

داخلی و جراحی و به‌طور کوتاه مدت‌تر در رشته‌های دیگر آموزش می‌بینند و افرادی صاحب نظر می‌شوند که می‌توانند مرجع گروه کثیری از بیماران باشند تا جای خالی بین پزشک عمومی و متخصصان را پر کنند، مردم با اطمینان بیشتری برای مسائل مختلف خود به این پزشکان مراجعه کنند و افراد خانواده اعم از کودک و زن و مرد بتوانند پزشک مورد اعتماد و صاحب نظری داشته باشند. این شاید تنها رشته تخصصی است که ما هرگز در آن دچار تورم متخصص نخواهیم شد و هر چه بیشتر از این پزشکان تربیت شود، طب مملکت پایه‌ای محکم‌تر پیدا خواهد کرد. برای مثال، طرحی در دست مطالعه است که بتوان رشته‌های تخصصی طب سنتی و گیاه‌درمانی به‌وجود آورد که پزشکان فارغ‌التحصیل با طی این دوره‌ها جایگزین افراد فاقد صلاحیتی شوند که در حال حاضر ممکن است به صورت پنهانی و غیرقانونی در امور پزشکی دخالت کنند.

**در صورت ادامه وضع فعلی، چشم انداز آینده را چگونه می‌بینید؟**

**دکتر فاضل:** ما امیدواریم که وضع فعلی تغییر کند و نمایندگان محترم مجلس با کارشناسان و متخصصان همفکری کنند تا بتوانیم راه‌حلی برای این مشکل بیابیم. اما اگر برای سامان دادن به این مسائل اقدام عاجلی نکنیم، وضع نگران‌کننده است و عواقب آن تا بیش از ۵۰ سال گریبانگیر مردم این مملکت خواهد بود.

تفسیر یکی این است که وزارت بهداشتی می‌ماند و دانشکده‌های پزشکی جدا می‌شود از دانشگاه می‌آیند در این؛ این نیست... بنده هم با چنین چیزی موافق نیستم. (سبحان‌اللهی: لایحه این طور است...) بله، خوب باید اصلاحش کنیم. اگر هم می‌گوید باید اصلاحش کنیم، ما می‌خواهیم این تشکیلات درمانی موجود در مملکت، در این تشکیلات که کاملاً جنبه آموزش قوی خواهد داشت نباید زیر پوشش آموزشی. موافق هستم، بله، به این ترتیبی که عرض کردم خدمتتان. رئیس - در لایحه قید شده که وزارت بهداشتی منحل می‌شود، ایشان می‌گویند این نظر تامین می‌شود (شیبانی - بلی تامین است). رأی می‌گیریم... با اکثریت قوی تصویب شد.

**۲ مهر ۱۳۶۴**

**سبحان‌اللهی -** اگر خاطرتان باشد وقتی لایحه شور اولش مطرح بود در مجلس بعد از فرمایشات آقای دکتر فاضل، نمایندگان نظر ایشان را صریح وقتی از ایشان سؤال می‌کردند ایشان این شکلی فرمودند: "با اصلاحاتی در شور دوم." بعد در مصاحبه‌ای خود آقای دکتر فاضل در ۲۴ تیرماه در اطلاعات می‌فرمایند: "این لایحه به شکلی که بنده عرض کردم یعنی به کیفیت دانشکده‌های پزشکی لطمه نخورد و به همین شکل در اختیار وزارت فرهنگ و آموزش عالی باقی بماند و از نظر ضوابط برنامه‌های درسی و گزینش دانشجو و ضوابط استاد عیناً در چهارچوب وزارت آموزش عالی و در کنترل این وزارتخانه بماند و تمام مؤسسات آموزشی که در کشور هست آنها را که در اختیار آموزش نیست در اختیار دانشکده‌های پزشکی قرار گیرد یعنی در حقیقت تقویت کلی و اساسی دانشکده‌های پزشکی با امکانات موجود."

دکتر شیبانی (مخبر کمیسیون بهداشتی) - ما به هیچ وجه من‌الوجه

دکتر مردی می‌دانند در این بیمارستان طائفانی چند نفر پزشک بسیار خوب زندگی‌شان اداره نمی‌شود؛ آمدند در وزارت بهداشتی برای این‌که آنجا می‌توانند ۷۰۰۰ تومان دریا بیاورند. در دانشگاه همان ۸۰۰۰ تومان، با حداکثر ۱۰ هزار تومان است... این که گفته می‌شود غالباً هم متاسفانه از طرف غیرپزشکان، که اگر یک جایی درمانی بشود آموزش نمی‌دهد و اگر آموزش بشود درمان از دست می‌رود این واقعیت ندارد. بیمارستانهای آموزشی نه تنها بهترین درمان را و بالاترین سطح درمان را ارائه می‌کنند، یعنی از نظر کیفیت چند برابر بالاتر هستند، از نظر کمیت هم خیلی بهتر کار می‌کنند. بروید هر کدام را می‌خواهید ببینید. این آمارها را بروید ببینید در یک بیمارستان غیرآموزشی با یک تعداد پرسنل مساوی تخت مساوی است با یک آموزشی، چند تا مریض می‌بیند درمانگاه، چند تا عمل می‌کند، چند تا عکسبرداری می‌کند، چند تا مریض سرپایی دارد، تخت روزش چقدر است، اینها را حساب کنید، اصلاً قابل مقایسه با همدیگر نیست. بنابراین در پزشکی درمان و آموزش یکی است... من به‌عنوان وزیر فرهنگ بایستی بگویم ما قطعاً نظرم این نیست که دانشکده‌های پزشکی از دانشگاه‌ها کنده بشود و بروید به وزارت بهداشتی. من به‌طور قطع با یک همچو چیزی مخالفم. نظر ما این نیست. به عکس نظر ما این است که تمام امکانات درمانی مملکت که الان هرز می‌رود اینها باید بیاید زیر نظر وزارت فرهنگ و آموزش عالی تحت نظام آموزشی... الان شما فکر نکنید که در این تهران حقیقتاً بیمارستانهای وزارت بهداشتی است که درمان مملکت را برای بیماران درست می‌کند. خود وزیر بهداشتی قبلی آمد اینجا گفت که در یک بیمارستانی... پنج جراح تمام وقت دارد در عرض شش‌ماه دو تا خخته کرده‌اند. این بیمارستان غیرآموزشی است. حال در همان وزارتخانه شما بروید بیمارستان آموزشی‌اش را ببینید. فیروزگر را ببینید، شهدا را ببینید، ببینید چقدر مریض می‌بینید، چقدر عمل می‌کنند.

## راههایی برای بهبود و اصلاح



**کمتر کسی منکر وجود مشکلاتی بزرگ در عرصه پزشکی و درمانی کشور است، گرچه کسانی این مشکلات را همچنان ناشی از صنف محوری و زیاده خواهی پزشکان می‌دانند:** "بنده موارد متعدد داشته‌ام که به بهانه‌ها و دلایل گوناگون، پزشک می‌خواهد در تهران یا اطراف تهران باشد. می‌خواهد در مرکز استان یا برخی از شهرهای توسعه یافته‌اش باشد. همه‌شان به بهانه‌های مختلف می‌گویند ما نمی‌توانیم به نقاط دور دست و محروم برویم." (قاسم رضانبورنگی، مذاکرات مجلس، ۸ آبان ۱۳۷۶). بعضی نیز طرح این مشکلات را ناشی از منافع صنفی پزشکان می‌شمارند: "از قرار معلوم پزشکان محترم دارند صنفی برخورد می‌کنند... هنوز فاصله طبقاتی بین پزشک و سایر رشته‌ها بالاست. منطبق عرضه و تقاضا را فراموش نکنیم. اگر نمی‌صرفد، خوب نیابند..." (جمشید قبری‌ممان، همان‌جا). این گفته‌ها، که نظر اکثریت را منعکس می‌کند، تاکنون مانع از تغییر نظام پذیرش دانشجو و آموزش پزشکی بوده است.

سؤال این است: تعیین سیاستهای آموزش پزشکی با چه کسی باشد؟ آیا پزشکان مطلع و ماهر می‌توانند - به دور از شائبه دفاع از منافع صنفی - سیاستگذاری کنند؟ و اگر بکنند، آیا با سدهایی، از جمله سد مجلس، مواجه نمی‌شوند؟ مبنای رأی نمایندگان در مجلس چیست؟ علم و اطلاع؟ منافع حوزه انتخابیه؟ احساسات؟ چگونه می‌توان از مرز باریک بین صاحبان نظر و نمایندگان مردم گذشت و اعتماد هر دو را جلب کرد؟ یکی از معضلات بزرگ کشور ما، و نه تنها در مورد آموزش پزشکی، همین فاصله نمایندگان مردم و کارشناسان رشته‌های گوناگون است.

اگر مشکلی وجود داشته باشد، قطعاً راه‌حلی نیز هست. یکی از راهها، بازگشت به خانه اول است: برگرداندن دانشکده‌های پزشکی به وزارت فرهنگ و آموزش عالی.

بسیاری از پزشکان معتقدند که بازگشت به خانه اول نه لازم است و نه ممکن: بهایی را که باید برای چنین کاری پرداخت می‌توان خرج بهبود و

اصلاح وضع موجود کرد و نتایج بهتری گرفت. شمار پزشکانی که از دانشگاههای دولتی و آزاد و خارج از کشور هر ساله وارد بازار کار می‌شوند، حدود ۷۰۰۰ نفر برآورد می‌شود. تفاوت بین سطح دانشگاهها بدیهی است. یکی از راههایی که می‌تواند دانشگاههای ضعیف‌تر را با عدم اقبال مواجه و از صحنه خارج کند، گرفتن امتحان پس از اتمام تحصیل است. این امتحان هم پزشکان با استعداد را متمایز می‌کند و هم موجب رقابت بین دانشگاههای مختلف برای ارتقای کیفیت آموزش می‌شود. کسانی حتماً ایراد خواهند گرفت که مثلاً دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی لارستان چطور می‌تواند با دانشگاه علوم پزشکی تهران رقابت کند؟ این تفکر یک تالی فاسد دارد: اگر نمی‌توانیم دانشکده پزشکی لارستان را به سطح دانشگاه علوم پزشکی تهران ارتقا دهیم، باید مانع از مقایسه آن دو شویم. پس با چه میزانی پزشکان جوان را بسنجیم و به آنها اعتماد کنیم؟ اتفاقاً ضرورت وجود چنین امتحانی، از دور خارج کردن دانشگاههای ضعیف - به قول دانشجویان، "گلابی" - است، بدون آنکه نیاز به بستن در دانشگاهی باشد.

راه دیگر، یکپارچگی آموزش عالی است که دکتر مصطفی معین، وزیر فرهنگ و آموزش عالی، مدافع آن است. دانشگاههای دولتی و آزاد و غیرانتفاعی باید با آزمون واحد دانشجو بگیرند و با ضوابط یکسان با دانشجویان رفتار کنند. این رویه نیز دست وزارت فرهنگ و آموزش عالی را در تعیین ظرفیت برای رشته‌های مختلف، مطابق با نیازهای روز، باز می‌گذارد. این یکپارچگی لزوماً به معنای اداره دانشگاه آزاد یا دانشگاههای علوم پزشکی از سوی وزارت فرهنگ و آموزش عالی نیست، اما مسلماً به معنای پیروی کل پیکره آموزش عالی کشور از تصمیمهای کلی وزارتخانه است.

### پزشکان چه می‌گویند؟

دکتر سعید اردکانیان، از خراسان، می‌گوید: "پزشک خانواده مشکل‌گشای وضعیت موجود است...

منظور از پزشک خانواده پزشک عمومی است که چندین خانواده را تحت پوشش قرار می‌دهد و با داشتن سابقه و شرح حال آنان درمان خود را آغاز می‌کند و در صورت عدم جواب به درمان یا احتیاج به متخصص، مریض را به پزشک عمومی ارجاع می‌دهد. با این طرح، پزشک عمومی جایگاه خود را که در شهرهای بزرگ از دست داده است باز به دست می‌آورد، از تراکم متخصصان کاسته می‌شود و از هزینه بی‌مورد و اتلاف وقت بیماران جلوگیری می‌شود." (نشریه نظام پزشکی، مهر ۱۳۷۶).

دکتر جواد سعیدنهرانی، مدیر کل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، چند جنبه را شایسته توجه می‌داند:

❖ ضرورت پیش‌آگاهی متقاضیان ادامه تحصیل [دانش آموزان دبیرستان].

❖ تامین نیازمناطق غیربرخوردار از نیروهای همان استان یا حداکثر از استانهای مجاور.

❖ فراهم آوردن امکانات زیستی مناسب برای جذب نیروهای انسانی ماهر در مناطق محروم.

❖ ایجاد جاذبه برای خدمت در مناطق غیر برخوردار.

❖ برآورد نیازها. (همان منبع).

دکتر رضا ملک‌زاده، وزیر پیشین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قائم مقام فرهنگستان علوم پزشکی، راه‌حل‌های زیر را پیشنهاد می‌کند:

❖ همکاری با نظام جدید بیمه خدمات درمانی.

❖ اشتغال در سایر بخشها.

❖ اصلاح سیستم آموزش پزشکی شامل:

۱. محتوای برنامه آموزشی پزشکی باید منطبق با نیازهای بهداشتی و درمانی کشور باشد.

۲. شمار پزشکان عمومی چهار برابر پزشکان متخصص، و کادر پرستاری، مامایی، پیراپزشکی حداقل دو برابر پزشکان عمومی باشد.

۳. آموزش سرپایی و درمانگاهی در طب عمومی باید بر آموزش بیمارستانی اولویت یابد.

۴. برنامه آموزش باید جامعه‌نگر و به طریقه مسئله‌گرایی باشد. (همان منبع).

بند ۳ از موارد بالا بیشتر از سوی دکتر مردی، نخستین وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به عنوان روش آموزشی در آن وزارتخانه اعلام شده بود و گروهی برآند آنچه امروز از نظر تنزل

کیفیت آموزش پزشکی شاهد آنیم به این شیوه تفکر باز می‌گردد. "مسئله‌گرایی" بیان شده در بند ۴ نیز در طرح پیشنهادی گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی در سال ۶۰ هم وجود داشت و به دنبال آن

اضافه شده بود: "مثل آموزش طلبگی." مفاهیم "جامعه‌نگر" و "مسئله‌گرا" هم باید دقیقاً تعریف و ابهام زدایی شوند تا بتوانند بنیاد یک برنامه آموزشی باشند.

## برای اصل کار تحقیقی در کار نبود اما برای اصلاحش باید کارشناسی شود

### دکتر محسن ساغری

رئیس پیشین دانشکده پزشکی دانشگاه تهران و استاد دانشگاه

ما با این طرح موافق نبودیم. مدافعان طرح عده کمی بودند و حرفشان پیش رفت. هیچ تحقیق و بررسی جامعی انجام نشده بود و همه چیز بر اساس حدس و گمان پیش می‌رفت. در مقابل، ما می‌گفتیم اگر هدف بالا رفتن تعداد پزشکان است، بیایید در همین دانشکده‌ها امکانات را زیاد کنید. من گفتم در همین سال جاری به جای ۳۰۰ تا، ۲۰۰۰ تا دانشجوی می‌گیریم به شرطی که امکانات و فضا را فراهم کنید. تنها داشتن بیمارستان برای بالا بردن تعداد دانشجوی و تربیت پزشک ماهر کافی نیست. بیایید از مردم و صاحب نظران نظرخواهی

کنید؛ جمعیت و رشد آن را در نظر بگیرید؛ قدرت جذب را در نظر بگیرید (بالاخره تولید پزشک باید جایی جذب شود)؛ چون برای تربیت پزشک باید هزینه سنگینی تحمل کرد. اگر مجانی پزشک می‌شدند، اشکالی نداشت. ما مضر بودیم که به جای صرف منابع مالی کشور برای ایجاد تورم پزشکان، باید این منابع را صرف گسترش و تعمیق بهداشت عمومی کنیم.

امروز بعد از ده سال، تعداد پزشک افزایش یافته اما مسئله بهداشت و درمان همچنان حل نشده باقی مانده است. بعضی می‌گفتند ما پزشک ماهر فلان طوری نمی‌خواهیم، همین قدر که بتواند چهار تا مریض سرپایی ببیند، کافی است. چه عیب دارد اگر یک کم بی‌سواد باشد؟ من

می‌گفتم این قانون همه یا هیچ است: پزشکی که کار عملی نکرده یاد نمی‌گیرد. آخر هشتادتا دانشجو بالای سر یک مریض چیزی یاد می‌گیرند؟ این روند آموزش پزشکی تبعات منفی زیادی دارد از جمله:

از این به بعد کمتر کسی دنبال این حرفه خواهد رفت و ما در آینده با عواقب این دوری از حرفه پزشکی روبه‌رو خواهیم شد.

پزشکی که در بازار رقابت قادر به بیرون کشیدن گلیم خود از آب نیست، ممکن است به طرف کارهای خلاف برود، ممکن است برای بیمار عمل جراحی نابجا تجویز کند و غیره.

خسارت مالی آموزش پزشک سرگردان و معلق متوجه جامعه و کشور است.

تمام قوانین و مقررات را ان‌شاءالله با شرایط مناسبی برای بهبود وضع آموزش خواهند ریخت و در آن وزارتخانه دانشکده‌های پزشکی منتقل می‌شوند و وزارت بهداشتی هم به آنجا منتقل می‌شود. بنابراین مطلقاً این مسئله مورد نظر نیست که دانشکده‌های پزشکی در وزارت بهداشتی ادغام بشود.

### ۷ مهر ۱۳۶۴

دکتر فاضل (وزیر علوم) - آن چیزی که بنده رویش اصرار کردم در شور اول و همین طور در جلسه قبلی مجلس شورای اسلامی که آن ماده اول تصویب شد و الان هم مجدداً می‌گویم (و من تعجب می‌کنم که چرا بعضی از برادران آنها را دو پهلو می‌شنوند، حالا ببینیم یک پهلو دارد یا دو پهلو) این است که مقررات و ضوابط آموزش عالی کشور محفوظ بمانند. دکترهایی که در مجموعه پزشکی وزارت بهداشتی فارغ‌التحصیل می‌شوند وزیر فرهنگ زیرش را امضاء می‌کند این همه جای دنیا ارزش دارد... این چیزی که پیشنهاد می‌شود جز این نیست که باز دو نفر آشنیز درست کنیم... و چیزی را که خوب اجرا می‌شود تبدیلیش بکنیم به یک چیزی که حتماً شکست خواهد خورد. من مخالفم. اگر مسئله دو پهلو نیست بفرمایید. من نمی‌دانم چه جوری می‌شود یک پهلو با شما صحبت کرد؟ باز دوباره می‌گویید دو پهلو.

### ۹ مهر ماه ۱۳۶۴

دکتر شیبانی (مخبر کمیسیون) - اگر خواستیم برای شهری دانشگاه دایر بکنیم، باید آن کسی که می‌آید یک کمی سابقه دانشگاهی داشته باشد، الحمدالله حزب‌اللهی در این مورد به مقدار کافی داریم... [با] این فارغ‌التحصیلان جدیدی که در آمده‌اند من قول می‌دهم اگر صد دانشکده پزشکی هم باز کنند، من صد دکتر حزب‌اللهی واجد شرایط برای اداره آنها معرفی می‌کنم...

دانشکده‌های پزشکی را نمی‌خواستیم بدهیم به وزارت بهداشتی! نه، دانشکده‌ها را به وزارت بهداشتی نمی‌خواهیم بدهیم. اینها می‌گویند به وزارت بهداشتی می‌دهیم. رئیس - به وزارت بهداشت و درمان می‌دهیم.

دکتر شیبانی - نه دانشکده‌ها را نمی‌خواهیم بدهیم. اینها می‌گویند به وزارت بهداشتی می‌دهیم.

رئیس - یعنی با دانشکده‌ها. شما توضیح بدهید که چه جور می‌شود. چون ابهام درست کردند.

دکتر فاضل (وزیر علوم و آموزشی عالی) - مسئله این است که تمام مؤسسات درمانی وزارت بهداشتی که می‌توانند جنبه آموزشی داشته باشند در اختیار آموزش پزشکی قرار بگیرد.

رئیس - شما در این که از لحاظ اداری تحت نظر این وزارتخانه باشد مخالفتی ندارید. یعنی با همان ضوابط اینها به جای دیگر... (حائری‌زاده: آقای دکتر فاضل چرا مبهم صحبت می‌کنید؟)

دکتر فاضل - نظر بنده این است که این مسائل بایستی در چهارچوب آموزش عالی کشور انجام بشود. این نظر مشخص و روشن بنده است.

رئیس - کجای این ماده است؟ فاضل - این بایستی اضافه بشود. یعنی ما این را پیشنهاد داشتیم.

رئیس - پیشنهاد شما در مجلس مطرح نمی‌شود، پیشنهاد نمایندگان مطرح می‌شود.

دکتر مردی (وزیر بهداشتی) - مطلقاً در هیچ نقطه از زمان منظور این نبوده و ان‌شاءالله نخواهد بود که دانشکده‌های پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی جدا بشود و در وزارت بهداشتی ادغام بشود. منظور مطلقاً این نیست. منظور ایجاد یک وزارتخانه جدیدی خواهد بود که ان‌شاءالله مسئولین برنامه‌ریزی خواهند کرد و

پزشکان بیکار دچار سرخوردگی و انواع مشکلات روانی و احیاناً رفتارهای ضداجتماعی می‌شوند.

چرا چنین وضعی پیش می‌آید؟ به دلیل عدم برنامه‌ریزی و عدم دقت، تدبیر و دور اندیشی وجود نداشت و پیامدهای طرح بررسی نشد. امسال شورای تخصصی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این نتیجه رسید که اگر همان سیاست پزشکی عمومی را در آموزش پزشک

متخصص اعمال کنند فاجعه است. دکتر ملک‌افضلی تحقیق کرده‌اند و نتیجه این است که در مورد پزشک متخصص این کار نشود.

اما اصلاح کار آنقدرها هم ساده نیست که بگوییم اگر به شکل سابق برگردد درست می‌شود، و یک طرح جدید بدهیم. اگر در اصل موضوع، تحقیقی در کار نبود، اما برای اصلاحش باید حتماً کارشناسی شود. مسئولان آموزش پزشکی باید به یک گروه تحقیق بی‌طرف مأموریت بدهند کار

انجام شده را دقیقاً بررسی کند. این گروه می‌تواند مشخص کند که در این مدت چند درصد ارتقای درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی داشته‌ایم و اگر این راه را نمی‌رفتیم چه می‌شد. باید به ده سال قبل برگشت و سنجید که بدون این طرح الان می‌توانستیم کجا باشیم. اگر حاصل تحقیق به نفع طرح باشد فیها؛ در غیر این صورت باید به دنبال راه اصلاح منطبق با نیازها گشت.

## کسانی از روی اشتباه چنین وضعی ایجاد کرده‌اند؟

### قاطعانه می‌توانم بگویم نه

دکتر خسرو پارسا  
جراح مغز و اعصاب

از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۵ در مورد نحوهٔ ازدیاد تعداد پزشکان بحثها و جدلهایی در مراکز مختلف، از جمله مجلس، جریان داشت و سرانجام به‌رغم توصیه‌های اکثریت قریب به اتفاق دانشگاهیان و مسئولان دانشکده‌های پزشکی، این دانشکده‌ها از وزارت فرهنگ و آموزش عالی گسستند و به وزارت بهداشتی ملحق شدند. البته این ملاحظه هم رعایت شد که برای پوشاندن نادرستی این کار و دلخوش کردن مخالفان، اسم وزارت بهداشتی را با عنوان جدید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بیاریند. ادعا این بود که از این راه می‌توانیم سالانه ۵۰۰۰ پزشک تربیت کنیم، به اقصی نقاط کشور پزشک بفرستیم و حتی به کشورهای دیگر جهان پزشک صادر کنیم، همان‌طور که هند و کوبا و فیلیپین و پاکستان کرده‌اند. در عین حال، برای خالی نبودن عریضه اظهار می‌شد که کیفیت آموزش هم بدین ترتیب بالا خواهد رفت، پژوهشهای بیشتری انجام خواهد شد و الی آخر. دوازده سال از تصویب این طرح می‌گذرد. نتایج اسفبار آن اکنون آنقدر عیان است که خود مسئولان چاره کار را برگرداندن اوضاع به وضع سابق می‌دانند.

وارد شدن در این بحث به صورتی که مطرح شده افتادن در گرداب دور و تسلسلی است که نهایت ندارد. من ترجیح می‌دهم ابتدا به روند تصمیم‌گیری‌ها و میزان درک برخی افراد از مسائل حیاتی ملی بپردازم و صورت مسئله را نه به نحوی که آقایان ارائه می‌دهند، بلکه به صورتی که جهان پس از چند قرن آموزش دانشگاهی به آن رسیده است مطرح کنم. باید دید درک ما از دانشگاه چیست و چه شناختی از آن داریم. اگر این نکته را

درست دریافتیم، وابستگی آن به این یا آن وزارتخانه بحثی فرعی است.

ابتدا مطلبی از یک برنامهٔ صداوسیما در چند سال پیش نقل کنم و بعد به پاره‌ای از سخنان کسانی که تصویب‌کننده طرح بودند می‌پردازم تا ببینیم در کجای کاریم.

یکی از استادان دانشگاه اوسپالای سوئد به مناسبتی به ایران آمده بود. دانشگاه اوسپالا از دانشگاههای بزرگ و معتبر است با سابقه‌ای چند صد ساله. چند هکتار فضا؛ بیش از پنجاه شصت ساختمان قدیمی و جدید با امکانات فراوان آزمایشگاهی و پژوهشی و کتابخانه‌های عظیم در خدمت تعداد کثیری استاد تا دانشجویان را آن‌طور که باید و شاید تعلیم دهند. با این همه، استادان و دانشجویان این دانشگاه از کمبودها سخن می‌گویند و خواستار امکانات بیشتر برای سرعت بخشیدن به پژوهشها و اعتلای سطح آموزش‌اند. پروفیسور سوئدی، به گفتهٔ مصاحبه‌گر خیلی مفتخر ما، متحیر شده بود که چگونه ما در ایران در طبقهٔ دوم یک ساختمان استیجاری دانشگاه زده‌ایم. مصاحبه‌گر سپس در حالی که چشمانش از غرور برق می‌زد می‌افزود: "البته ما در همین ساختمان دانشجویانی تربیت می‌کنیم که نه تنها دست‌کمی از دانشجویان آنها ندارند، بلکه در بسیاری از زمینه‌ها بهترند."

این یک نمونه از فهم ما از دانشگاه است. اما اگر فکر کنید این تنها نمایانگر میزان درک مصاحبه‌گر صداوسیما، یا رئیس دانشگاهی که در طبقهٔ دوم ساختمان استیجاری دانشگاه "می‌زند"، یا دانش کسی است که به این برنامه اجازهٔ بخش می‌دهد اشتباه می‌کنید. نگاهی به مباحثات مجلس هنگام بررسی این طرح نشان می‌دهد که این طرز تفکر غالب تصمیم‌گیرندگان بود. فردی که خود را مبتکر و مبدع این طرح در دنیا می‌داند اظهار می‌دارد که "دانشکده‌ای با پنج پزشک عمومی



تشکیل دادند و امروز از دانشکده‌های قوی است. " دیگری اظهار می‌دارد "اگر شما به فرهنگ طب اسلامی توجه بکنید، آموزش با درمان یکجا بوده." نمایندهٔ دیگری می‌گوید: "بیش از نیمی از جمعیت دنیا در کشورهای زندگی می‌کنند که دقیقاً همین سیستم در آن پیاده شده... و کوبا یکی از آنهاست" (پس این طرح چندان هم مبتکرانه و ابداعی نبوده است).

نمایندهٔ دیگری در اعتراض به این گفته که در این زمینه باید به نظر مخالف هیئتهای علمی دانشگاهها توجه شود، می‌گوید: "ما می‌گوییم دکترها [یا] نانوایان باید دو برابر شوند. اصل مشکل، شما [هیئتهای علمی] هستید. چرا از شما نظرخواهی؟" و بالاخره نمایندهٔ دیگری می‌گوید: "دو تا انسان، یکی با مغز کوچک و تن بزرگ؛ این وزارت بهداشتی است؛ یکی با مغز بزرگ و تن کوچک؛ این دانشگاه است. شما هیچ راهی ندارید جز این که این دو تا را با هم ادغام کنید." به این ترتیب، به نظر ایشان، از مونتاژ دو تا آدم ناقص یک آدم حسابی به دست می‌آید.

نه مجال من و نه حوصله خواننده اجازه

## تمام ارزش دانشگاه

# وامر آموزش در حرمت و استقلال آن از بازیهای سیاسی است. نحوه درمان و بهداشت مردم نیز بنا به اهمیتی که بر نامه‌ریزی درازمدت در تنظیم آن دارد، قاعدتاً فراتر از تمایلات این یا آن هیئت دولت یا وزیر قرار می‌گیرد.

می‌دهد تا همه سخنان اکثریت تصمیم‌گیرندگان سرنوشت آموزش پزشکی و درمان کشور را تک‌تک زیر و بالا کنیم. مشتی از خروار کفایت می‌کند و تشابه دانشگاه‌زدن و دکان نانوائی‌زدن، و راه‌حل ابتکاری يك آدم حسابی ساختن از دو نیمه، ما را بس.

گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی در طرح خود برای آموزش و تأمین نیروی انسانی پزشکی از نه بند پنج بند را به تربیت پزشکان مؤمن به اسلام،

متعهد، مسلمان، کاملاً اسلامی و چند بند دیگر را به خدمات بهداشتی اختصاص می‌دهد، اما آموزش در این بخش کلاً فراموش می‌شود. در بخش بعد، تحت عنوان روش تدریس، ذکر می‌شود که "روش تدریس به صورت مسئله‌گرایی خواهد بود، تا حدی شبیه به نظام آموزشی طلبگی" که "تمام وقت و در تمام سال بدون وقفه ادامه خواهد داشت." بعلاوه، با گسترش تحقیق و پژوهش، "با همراه کردن آموزش بهداشت و درمان، سطح خدمات درمانی دولتی بالا خواهد رفت که خود موجب رقابت با طب خصوصی می‌شود" و "ایجاد امنیت شغلی و اجتماعی برای اساتید و پزشکان می‌کند" و در سطح کشور "توزیع صحیح پزشکان" تحقق می‌یابد.

این طرح را نمایندگانی با چنان طرز تفکری که به آن اشاره شد با تغییراتی تصویب کردند. دانشکده‌های پزشکی را از وزارت فرهنگ و آموزش عالی جدا کردند و به وزارت بهداشت دادند. اکنون پس از بیش از يك دهه از آن تاریخ، نتایج رقت‌بار آن را نه در حیطه نظر که در عرصه عمل هم می‌بینیم. برای مشاهده نتایج این طرح،

دیگر لازم نیست به آرشيو مباحث مجلس مراجعه کنیم. نگاهی به زندگی روزمره مردم و نحوه درمان آنها، نگاهی به کیفیت آموزش‌یافتگان جدید، نگاهی به خیل پزشکان بیکار، نگاهی به روستاهای بدون پزشک، نگاهی به کیفیت استادان جدید (حتی طبق ارزیابی مقامها) و نگاهی به حد امنیت شغلی استادان نشان می‌دهد که فاجعه‌ای بس عظیم‌تر به وقوع پیوسته است. این فاجعه‌ای اثرگذار بر نابسامانی‌های روزمره زندگی به طور اعم نیست؛ بر جان و یر هستی مردم است. به نظر من وقتی سرنوشت و جان مردم هم آماج بهره‌برداری‌های شخصی و گروهی و جناحی قرار می‌گیرد، ساکت‌نشستن در حکم شرکت در جرم است.

تمام ارزش دانشگاه و امر آموزش در حرمت و استقلال آن از بازیهای سیاسی است. نحوه درمان و بهداشت مردم نیز بنا به اهمیتی که برنامه‌ریزی درازمدت در تنظیم آن دارد، قاعدتاً فراتر از تمایلات این یا آن هیئت دولت یا این یا آن وزیر قرار می‌گیرد. این امور را در جهان - در کشورهای پیشرفته - شوراهایی تعیین می‌کنند از مجربها و متخصصان و فضایی که يك عمر در این امور تجربه و مطالعه داشته‌اند، مسائل حیاتی را تشخیص می‌دهند، مسائل جامعه خود را می‌شناسند و برنامه‌های درازمدت ارائه می‌دهند. این برنامه‌ها را از چندین صافی می‌گذرانند؛ بارها زیر ذره‌بین کارشناسی می‌گذارند، ایرادهای نظری و اجرایی آن را مرتفع می‌کنند و سرانجام به‌عنوان

### ۱۳ خرداد ۱۳۶۵

دکتر فرهادی (وزیر فرهنگ و آموزش عالی) - دانشگاهیان آن موقع هم نظر دادند، در زمان وزیر محترم قبلی آموزش عالی يك جلسه‌ای در وزارت فرهنگ گذاشتند و خودشان برای نظر خواهی سی نفر از متخصصان را که مورد تأییدشان بودند دعوت کردند... تنها پنج نفر موافق بودند. بعد از آن جلسات متعددی در دانشگاه تهران گذاشته شد باز وزیر محترم فرهنگ و آموزش عالی وقت هم آنجا شرکت داشتند. آنجا هم دانشگاهی‌ها گفتند که تبعات اجرایی این قانون برای آموزش چه چیزی می‌تواند باشد و چه مشکلاتی ایجاد خواهد کرد... این هم خدمت نمایندگان محترم قبلاً داده شده بود... وزارت فرهنگ و آموزش عالی افتخارش این است که در دوره بعد از پیروزی انقلاب اسلامی در همه زمینه‌ها، بخصوص در زمینه آموزش پزشکی رشد چشمگیری داشته است؛ ۳۰۰ درصد افزایش پذیرش دانشجو داشته، حال آنکه اعضای هیئت علمی آن نسبت به قبل از انقلاب نصف شده است... با توجه به قانون مجتمعهای آموزش و پژوهش، وزارت بهداشتی از سال ۵۸ دو دانشکده پزشکی با يك بودجه کلان خارج از محاسبه، بنا به اعتراف خود برادران مسئول وقت (معاونت آموزشی و درمان وزارت بهداشتی سابق) چرا این دو تا، سه تا نشده در شهرستانها؟ خوب يك قوانین و مقرراتی هست، يك تخصصی می‌خواهد، يك تشکیلاتی می‌خواهد و تازه با اعتراف خود برادران یکی از این دانشکده‌ها را دادند به دانشگاه شهید بهشتی با تسلطی که به برنامه‌ریزی آموزشی و نظام دانشگاهی داشت و ۲۰۰ دانشجویش را به ۶۰۰ دانشجو رساند. پس این می‌رساند که واقعاً اگر هدف افزایش پذیرش دانشجوست، بهتر است امکانات را در خدمت مراکز آموزش عالی قرار بدهیم. نه این‌که این مراکز آموزش عالی را بیایم وصل به مراکز خدماتی و دستگاه‌های اجرایی بکنیم

که آن را خواهد بلعید. این تعارف هم ندارد... نکته حائز اهمیت دیگر، ارتباط و مرزبندی بین علوم است. امروزه ما نمی‌توانیم يك خط بکشیم و بگوییم از اینجا تا اینجا علوم پزشکی است و از اینجا تا اینجا علوم پایه محض است یا این قسمتش علوم انسانی است و مابقی علوم کشاورزی است... تاکید شد در کشورهای دیگر، نمی‌از کشورها، بخصوص کشورهای سوسیالیستی این اجرا می‌شد... در يك سطح بسیار پایینی، يك تولید انبوهی اینها کردند و آن هم دستور حزبی بوده، نظام خاص کمونیستی-سوسیالیستی است و دستور داده می‌شد که تا ده سال دیگر ده هزار پزشک باید بیرون بیاید. ما خودمان آنجا دانشجوی پزشکی بورسیه داریم... آنها به من می‌گفتند که مهم نیست که ما کلاس برویم یا نرویم، مهم این است که بعد از هفت سال ما پزشک بیرون بیاییم، به دلیل این که دستور این است. و رقمش هم در همان سقفی است که از بالا دستور داده شده است. در شوروی هم به من گفتند دو، سه شب پیش اعلام کردند نظام آموزش پزشکی‌شان به این شیوه‌ای که وجود داشته یعنی آموزش و خدمات همزمان، موفق نبوده و بنا دارند نظام آموزش‌شان را عوض کنند.

در سال ۱۳۶۲ طرحی تحت عنوان بررسی مسائل بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور در وزارت بهداشت سابق تهیه شد و دبیر این جلسات هم خود جناب آقای دکتر مرندی بودند و اینجا بالصراحه به این نتیجه رسیدند که بایستی وزارت بهداشتی به وزارت بهداشت تبدیل بشود و آموزش پزشکی در اختیار وزارت فرهنگ و آموزش عالی قرار بگیرد و آن بیمارستانهای وزارت بهداشتی سابق که توان آموزشی دارند در اختیار دانشگاه‌ها قرار بگیرند برای این که تولید پزشک را بالا ببرند... در ستاد انقلاب فرهنگی سابق برنامه‌ای تدوین کرده‌اند که بعداً گفتند این برنامه سنگین است... پیشنهادش را ما دادیم که دوره آموزشی شش سال بشود از ۷ سالی که در اصل ۸ سال و نیم بود... با کم کردن يك سال دوره

برنامه ملی اعلام می‌کنند. تصمیم‌گیرندگان، صرف نظر از علم و تجربه، مصونیت دارند. برای خوشایند هیچ مقامی و برای حفظ مقام خود نظر نمی‌دهند. برای آنها مصالح درازمدت ملی مطرح است. می‌دانند تصمیمی که امروز برای بهداشت نوزادی می‌گیرند تا شصت، هفتاد سال دیگر در زندگی او تأثیربخش است. می‌دانند پژوهشی که امروز شروع می‌شود ممکن است تا ۱۰-۱۵ سال طول بکشد و در این مدت پژوهشگر باید تأمین داشته باشد. تصمیمهای چنین ارگانهایی است که در امر آموزش در دانشگاهها و در امر بهداشت و درمان اجرا می‌شود.

هیچ مقامی، از رئیس جمهور گرفته تا وزرا و مأموران اجرایی، نمی‌تواند در این تصمیمها تغییری بدهد. رؤسای دانشگاهها در چنین سیستمی تعیین می‌شوند و تغییر آنها بنا به تمایل افراد به محیله کسی خطور نمی‌کند. همین رابطه بین رئیس دانشگاه و استادان هم وجود دارد. در شماره ۶ مجله لوح شرحی از تمایل شاه به اخراج استادان توده‌ای درج شده بود. دکتر سیاسی رئیس دانشگاه تهران که تفاوت دبیرستان و دانشگاه را می‌فهمد صراحتاً به او می‌گوید این کار نشدنی است، و شاه، با همه خودکامگی‌اش، معنای این حرف را می‌فهمد و کوتاه می‌آید. در آن زمان هنوز معیارهای حاکم بر دانشگاهها مبتنی بر شیوه مقبول جهان بود. يك بار در ابتدای دهه ۱۳۴۰ نفرت نیروهای مسلح به دانشگاه تهران ریختند. نه تنها دکتر فرهاد، رئیس دانشگاه، استعفا داد، بلکه کل حاکمیت به "غلط کردم" افتاد. و یادآوری اینها نه غبطه بر روزگاران "خوش" گذشته (که هزاران ناخوشی عمیق به همراه داشت)، بلکه ابراز خشم از روندی است که مسائل را به جای اعتلا به سقوط کشانده است.

اما در کشورهای پیرامونی تنها شبیحی از این وضع به چشم می‌خورد. ظاهراً شوراهای عالی نه به حکم قانون بلکه به فرموده وجود دارند؛ اما مأموران اجرایی، یعنی وزرا، اهرمهایی در اختیار دارند که ترکیب این شوراها را بر حسب تمایلات خود عوض کنند. رؤسای دانشگاهها در سراسر کشور مانند کارمندان ساده با يك حکم وزیر جدید عوض می‌شوند. و این یعنی پایان ماجرای استقلال و هر آن چیزی است که دانشگاهش می‌توان نامید. استادی را می‌شناسم که پس از ۲۸ سال کار آموزشی و درمانی، چند سال پیش به دلیل اختلاف نظر با رؤسا، با يك حکم از تهران به یکی از شهرهای کوچک آذربایجان منتقل شد. فکر نمی‌کنم در هیچ جای جهان بتوان حتی با يك کارمند دون پایه هم چنین رفتاری کرد. و آن وقت همین رؤسا ابراز شگفتی می‌کنند که چرا استادان دلگرم نیستند. چرا کار خصوصی را رها نمی‌کنند و چرا در دانشگاهها پژوهش انجام نمی‌گیرد. در سالهای اخیر همین ابراز شگفتی هم

به تدریج رنگ باخت و آهسته آهسته يك سلسله گزافه به عنوان ابراز افتخار از "دستاوردهای غرورآمیز" جایگزین آن شد. معلوم شد که همه چیز ما از همه دنیا برتر است؛ که مرگ و میر اطفال، و به طور کلی، بهداشت، درمان و دارو در سطحی چنان متعالی است که مدل کشورهای پیشرفته جهان قرار گرفته است؛ که در همه کشورهای جهان بازار سیاه داروهای تاریخ گذشته و نگذشته یا باصطلاح "ناصرخسروی" وجود دارد؛ که سطح پژوهش در ایران چندان هم پایین نیست و این کشورهای استکباری هستند که نمی‌گذارند این پژوهشها در پهنای جهان منتشر شود و ملل و نحل عالم از آن بهره‌مند گردند.

وضع چنین بود تا مجریان امور عوض شدند. شرح بقیه ماجرا را می‌دانید چون چندی پیش از آن نگذشته است. برخی از دعاوی مسئولان گذشته را هنگام تصویب طرحها و لوایح گذشته ذکر کردم و واقعههای کنونی را هم می‌بینیم و هم از دهان مسئولان و در رسانه‌ها می‌شنویم و می‌خوانیم. گویی مسئول این نابسامانی‌ها، گزافه‌گویی‌ها، بی‌برنامگی‌ها و سقوط همه‌جانبه، پزشک و بیمار هستند. با این همه، اکنون به جایی رسیده‌ایم که، همان‌طور که گفته شد، عده‌ای از مسئولان می‌خواهند قضیه به همان وضع قبلی برگردد.

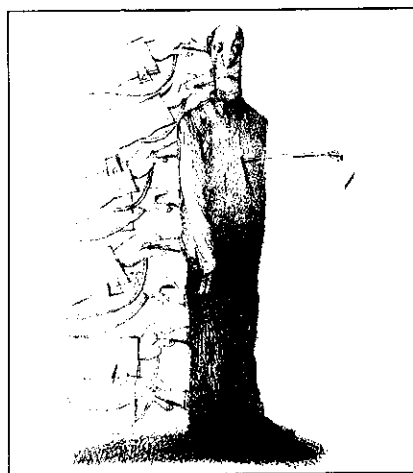
به این نیز خواهیم پرداخت، اما در این جا يك سؤال مطرح است. اگر بنا باشد که برای جرائم عادی محکومیتهای جدی در نظر گرفته شود، برای جرائمی که بنیاد آموزش و بهداشت و درمان را در کشور به چنان وضع فجیعی کشانیده‌اند چه باید کرد؟

**آیا** همین کافی است که بگوئیم کاری که شد اشتباه بود و دانشگاه دکان نانوائی نیست، و استاد و دانشیار و استادیار (بدون آنکه در این تشبیه قصد توہین باشد) خمیرگیر و شاطر و پادو نیستند؟ حال اگر در این میان هزاران هزار جان از بین رفته است صرفاً طلب مغفرت می‌کنیم؟

به نظر من این فاجعه چیزی نیست که صرفاً با تغییر وابستگی دانشگاه به وزارتخانه‌ها درست شود. طب آلمان قبل از جنگ جهانی دوم در اوج قرار داشت. نیازهای جنگ فاشیستی و کشتار مردم و فرار متخصصان مسئولان را مصمم کرد که کارخانه‌وار پزشک تولید کنند. دوران آموزش را کوتاه کردند و تعداد دانشجویان را چندین برابر. جنگ تمام شد اما بلیه سقوط سطح طبابت در آلمان چنان همه‌جانبه بود که امروز هنوز پس از پنجاه سال برنامه‌ریزی جدی، طب آلمان مقام قبلی خود را باز نیافته است چون همان توده پزشک با همان سطح دانش و تجربه اندک، کم‌کم دانشیار و استاد شدند و همینها بودند و هستند که برنامه می‌دهند و دانشجو تربیت می‌کنند. در ایران حتی توجیه جنگ هم وجود نداشت، چون جنگ

ما جنگ ملت بود علیه يك متجاوز، و تمامی پزشکان این مرز و بوم در آن شرکت کردند. طرح نابسامان ارائه شده هم به خاطر کمبود پزشک در جبهه‌ها مطرح نشد. حتی طراحان آن نیز چنین ادعایی نکردند. آنها برعکس می‌خواستند پزشک صادر کنند.

چندی پیش پزشک جوانی را دیدم که پزشک خصوصی یکی از بازاریهای پولدار شده بود. از صبح آقا را تر و خشک می‌کرد، آمپولش را می‌زد، داروهایش را می‌داد و غیره. می‌گفت حاج آقا همانطور که آشپز و راننده و نوکر دارند، پزشک خصوصی هم دارند. از شدت خشم نمی‌دانستم



چکار کنم. به او گفتم از خودت و رشته‌ات و تحصیلاتت خجالت بکش. برو به دورترین روستای بلوچستان و نان خشک بخور. می‌گفت پدرش سکنه کرده و مادرش تنهاست، نمی‌تواند آنها را رها کند. گفتم برو سر چهار راه گردو فروشی کن، اما خودت را نفروش. گریان رفت؛ وضع روحی من هم بهتر از او نبود. همین ماجرا را بارها به شکل‌های مختلف دیده‌ام. گزارشهای روزنامه‌ها و مجلات مملو است از شرح زندگی و "اشتغال" این نوع فارغ‌التحصیلان در رشته‌های مختلف. روی پزشکان انگشت می‌گذارم چون آنها را بهتر و بیشتر می‌شناسم و به خطری که پزشک بیکار برای جامعه و جان مردم ایجاد می‌کند واقف‌ترم، اما نیک می‌دانم که این وضع برای همه رشته‌ها صادق است: مهندس مسافرکش، لیسانسیه آب‌میوه فروش.

اینها همه از نادانی است؟ کسانی که چنین وضعی ایجاد کرده‌اند اشتباه کرده‌اند؟ قاطعانه می‌توانم بگویم نه. در همان زمان ارائه این طرحها فراوان بودند افرادی در داخل و خارج از مجلس که خطرات و مضرات آنها را توضیح می‌دادند. عده‌ای از استادان ساعات بیشماری را صرف بررسی و تشریح آن برای هر ذی‌وجودی کردند؛ آنهايي که معتقد بودند برای "زدن دکان نانوائی" با



هیئت‌های علمی کاری ندارند به جای خود. دیگرانی بودند که در سخن با یکایک ما همراهی و هم‌رأیی می‌کردند، اما در عمل؟ بارها به دوستان می‌گفتم که این مسئولان را در هوش و ذکاوت دست کم نگیرید. همان کسی که در ظاهر به صورت یک انسان ساده با شما روبه‌رو می‌شود، در موقع ضرورت چنان ترفند می‌زند که به عقل جن هم نمی‌رسد. اما ای‌کاش این زرنگی در جای صحیح به کار می‌رفت. درست به همین دلیل است که مخاطبان این نوشته ایداً مسئولان نیستند. آنها آمار و اطلاعاتی بیش از من و امثال من در دست دارند و عمق ماجرا را بهتر می‌دانند.

اما آنچه برای ما در این عمق وجود دارد فاجعه است و برای برخی از آنها پیروزی. من این توهم را ندارم که برای آنها روشن‌نگری کنم. آنها هوش و ذکاوت خداداد فراوانی دارند. مخاطبان من آن بیمارانی‌اند که از نحوه درمان خود رنج می‌برند، دانشجویانی‌اند که از نحوه آموزش خود ناراضی‌اند و فارغ‌التحصیلانی‌اند که به‌رغم گذاشتن سالهای طولانی عمر و جوانی خود در راه تحصیل، تازه به این نتیجه غم‌انگیز می‌رسند که انشاهای دوران نوجوانی در مورد "علم بهتر است یا ثروت" صرفاً "انشا" بوده است؛ خواب و خیال بوده است و بس. اینها هستند که باید بدانند مسئول کیست و چرا چنین شده است.

گفتم که فاجعه برای ما، پیروزی برای طراحان بوده است. آنها موفق شده‌اند. مطابق قوانین، امروزه هر فردی که وزیر شود، به گفته یکی از دست

اندرکاران، نه تنها از "آب آشامیدنی و بهداشت و واکسیناسیون در تمام نقاط کشور گرفته تا رسیدگی به غسلخانه قبرستانها و اعذیه‌فروشی‌ها و کشتارگاهها تا بند قنداق بچه و بهزیستی" را اداره می‌کند بلکه سرنوشت چند صد هزار کارمند و کارگر از استاد و دانشجو و کارگر ساده را به دست دارد. و باز سرنوشت چندین میلیون بیمار را و نحوه کار تشخیصی و درمانی آنها را (البته برحسب جنسیت) معین می‌کند. آیا این یک پیروزی باورنکردنی نیست؟ مدعیان طرح که برخی معتقدند آن را از کوبا گرفته‌اند و برخی خود را مبتکر و مبدع آن در جهان می‌دانند، اما به نظر عده‌ای آن را صرفاً به صورت بدوی و ناقص از روند ایدئولوژیک کردن به سیاق اروپای شرقی کپی کرده‌اند کاملاً پیروز شده‌اند.

امروز دنیای نیست که بتواند در مقابل آنها قدم علم کند. مهم نیست شما استاد چند ساله و با چه سوابقی از کار علمی باشید؛ ناخشنودی وزیر لازم نیست؛ کافی است یک عضو دون‌پایه وزارتخانه از شما خوشش نیاید. کارتان تمام است. تمام دانشگاهها زیر نظر یک وزارتخانه‌اند. همه تحت یک مقررات اداره می‌شوند. نکند به فکر این بیفتید که از این دانشگاه به آن دانشگاه بروید؛ این‌جا هرج‌ومرج نیست؛ این‌جا غرب نیست. نکند که به فکر بیفتید می‌شود اسم رئیس دانشکده یا بخش را در مقاله‌ای که می‌نویسید بالای اسم خودتان نیاورید. درست است که او حتی اسم پروژه شما را نمی‌داند، اما به هر حال رئیس است،

حق دارد. و از آن مهمتر، احتیاج دارد، چون بنا به موهبت ریاست و کار اجرایی، امتیاز علمی و ارتقای مرتبه استادی می‌گیرد. آیا این پیروزی نیست که یک نفر بدون تدریس، بدون کار پژوهشی یا حتی درمانی، به درجه استادی برسد؟ پیروزی که جای خود دارد، این موهبت است.

اکنون سخن بر سر این است که دانشکده‌های پزشکی مجدداً وابسته به وزارت فرهنگ و آموزش عالی شوند چون تجربه گذشته موفق نبوده است. به نظر من این نیز به خودی خود دردی را درمان نخواهد کرد و باز هیاهوی بسیار برای هیچ خواهد بود. درست است که سازمان وزارت فرهنگ و آموزش عالی ذاتاً برای آموزش مناسب‌تر است، در این کار سابقه طولانی تری دارد و اساساً برای چنین منظوری پایه‌ریزی شده، اما این کار بدون توجه به مسئله استقلال دانشگاهها، سرنا را از سرگشاد زدن است. بدون توجه به برنامه‌ریزی استراتژیک برای آموزش عالی از طرف کسانی که هم عالمند و هم باتجربه، هم مسائل جهان را می‌شناسند و هم مسائل ایران را، کسانی که با خواست این یا آن وزیر عزل و نصب نمی‌شوند، کسانی که می‌توانند تصمیم بگیرند و تحت امر نباشند، کسانی که آنقدر وجدان علمی داشته باشند، آنقدر دوراندیشی داشته باشند که تابع سیاست‌بازی‌ها نشوند، این کار شدنی نیست.

در شرایط حاضر، به نظر من، داستان چنان‌هیئت، چنان شورایی و چنان دانشگاههایی باز به‌همان رویاهای نوجوانی و انشاهای آن دوران می‌ماند.

طب حدود ۱۵ درصد ما از نظر زمانی افزایش تولید پزشک خواهیم داشت. بنابراین برنامه‌ریزی‌ها تا این لحظه توسط خود آقایان بوده حالا می‌فرمایید این که هر پنج تا دانشجو یک تخت داشته باشد، خوب کمش می‌کنیم و دو مرتبه پیشنهاد می‌دهیم ... که هر ۱۵ تا دانشجو یک تخت بیمارستانی داشته باشد. معمار (موافق) - شما اگر به فرهنگ طب اسلامی توجه بکنید، آموزش با درمان یکی بوده ... اگر حکومت در ایران از مستضعفین است چرا باید ویزیت دکترها این گونه باشد؟ آخر این ملت چه گناهی کرده‌اند که این گونه باید آنها را بدوشند ... می‌بینیم که طب تجارت شده، یعنی این مطبها از سرگردونه بدتر است. اگر می‌خواهیم کاری انجام بشود که طب از تجارت در بیاید، باید کمبود پزشک را چاره کنیم.

#### ۱۴ خرداد ۱۳۶۵

حائری زاده (مخالف) - تصمیم اولیه در مورد تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آنچه که اول مورد نظرشان بود یک تشکیلات بهداشت، درمان، آموزشی بود که در رأسش شورای تخصصی سیاستگذار وجود داشت. در مجلس اول شورای نگهبان آن قانون را رد کرد و شورای تخصصی سیاستگذار از بین رفت ... الان مخالفت هیئت‌های علمی و نگرانیهای شدیدی که ابراز می‌کنند به این خاطر است که تمام سیاستگذاری فقط خواهد رفت دست یک وزیر؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش ... حالا با هر فکری می‌خواهد باشد و با هر بینشی. با هر سطح علمی بالایی هم که باشد آن کارایی شورای سیاستگذار را ندارد ... در کجای این قانون شورای سیاستگذار هست؟ ... کدام پزشکان خواهند نوانست با آن همه مراجعات در درمان کشور بیایند وقت داشته باشند و ذوق و سلیقه و فرصتی که بیایند کار آموزش را با آن همه گرفتاریهایش دنبال بکنند؟ و جاذبه‌ای که در مسئله درمان ایجاد شده و

حقوقهای بالا و درآمدهای کلانی که در مورد بحث خودکفایی مطرح است ... آیا این پزشک دیگر سرکلاس خواهد رفت؟ ... این که مطرح کردند پزشکان تربیت شده به خارج می‌روند ... کجای قانون ما اجازه نمی‌دهد و جلوگیری می‌کند که پزشکان فارغ‌التحصیل این سیستم جدید ایده‌آلی مورد نظر شما به خارج برود؟ آنها هم از سیستم فرار خواهند کرد.

فارسی (موافق) - این که می‌فرمایید کثرت مخالفان در بین هیئت‌های علمی، آقایان این مربوط به علت است. ده‌ها میلیون آدمی که می‌شود با شده و با بیمار دارد مثل این است که ناوهای مورد شکایت مردمند، می‌گویند صف طولانی است. نان خمیر است و گران، اتحادیه ناوهای نشسته‌اند صد تا هشتاد تایشان امضا کرده‌اند می‌گویند ما نباید افزایش پیدا کنیم ... ما می‌گوییم دکترها، ناوهای باید دو برابر شوند، اصل مشکل شما هستید چرا از شما نظر خواهی؟

دکتر مرنندی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) - مملکت ما اگر می‌خواهد یک پزشک به هر هزار و چهارصد نفر برسد در سال ۱۳۸۱، از الان باید سالی ۵۰۰۰ دانشجو بگیرد ... اگر شما می‌خواهید ۵۰۰۰ دانشجو بگیرید لازم‌اش چند تخت است؟ طبق محاسبه‌ای که کردیم ما احتیاج به ۲۵۰۰۰ تخت بیمارستانی داریم. این یعنی ۱۵۰۰۰ تخت دیگر علاوه بر فرهنگ و آموزش عالی.

دکتر فرهادی (وزیر فرهنگ و آموزش عالی) - نکته حائز اهمیت دیگر ارتباط و مرزبندی بین علوم است. امروزه ما نمی‌توانیم خط بکشیم و بگوییم از اینجا تا اینجا علوم پزشکی و از اینجا تا اینجا علوم پایه محض است ... مهندسی پزشکی رشته‌ای بین مهندسی و پزشکی است. مهندسی زمین دقیقاً علوم زمین است ... بین شیمی، بیوشیمی، داروسازی ما نمی‌توانیم فرق بگذاریم ... این طرح را در زمان انتخاب شدنم ... به‌عنوان طرح‌های جایگزین قبلاً ارائه [داده بودم] ... خودشان دانشکده‌های علوم بالینی پزشکی را تأسیس بکنند، مجوز هم وزارت فرهنگ و