گزارش «شرق» از بیمارانی که به خاطر هزینه‌های بالا، یا درمان را به تعویق می‌اندازند یا قطع می‌کنند

بحران خاموش ترک درمان

فشار هم‌زمان تورم درمانی و کاهش قدرت خرید خانوارها، بیماران را به حذف آزمایش‌ها، مراقبت‌های مزمن و درمان‌های ضروری واداشته و زنگ خطر فقر درمانی را به صدا درآورده است

حسین هنوز برگه MRI را از ترس هزینه بالا در کیفش نگه داشته است. آن‌طرف‌تر، مادری در پایان هر هفته حساب می‌کند چند نوار تست قند خون برای فرزند مبتلا به دیابتش باقی مانده است؛ نوارهایی که به گفته متخصصان، قیمت آنها در ماه‌های اخیر چهار برابر شده است. در خانه‌ای دیگر، یک بازنشسته با دندانی شکسته غذا می‌خورد و درمانی را که می‌داند ضروری است، به زمانی نامعلوم موکول می‌کند. در این خانه‌ها، درمان، بیش از هر زمان دیگری از یک حق و ضرورت به کالایی وابسته به توان مالی افراد تبدیل شده است. افزایش تعرفه‌های پزشکی و تشخیصی، رشد قیمت دارو و تجهیزات درمانی، سهم محدود بیمه‌ها در پوشش هزینه‌ها و کاهش قدرت خرید خانوارها، هم‌زمان فشار مضاعفی بر بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی وارد کرده است. متخصصان حوزه سلامت هشدار می‌دهند بسیاری از بیماران ناچار شده‌اند آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها، درمان‌های دندان‌پزشکی و حتی مراقبت از بیماری‌های مزمن خود را به تعویق بیندازند یا به‌طور کامل کنار بگذارند؛ پدیده‌ای که از نگاه کارشناسان، صرفا یک مسئله پزشکی نیست، بلکه نشانه شکل‌گیری آن چیزی است که برخی جامعه‌شناسان از آن با عنوان «بحران خاموش ترک درمان» یاد می‌کنند؛ بحرانی که معمولا در آمارهای رسمی کمتر دیده می‌شود، اما رد آن را می‌توان در نسخه‌های استفاده نشده، درمان‌های نیمه‌کاره، مراجعه‌های دیرهنگام بیماران و خانواده‌هایی پیدا کرد که برای تأمین هزینه‌های درمان، ناچار به حذف سایر نیازهای زندگی یا چشم‌پوشی از مراقبت‌های پزشکی شده‌اند. روندی که به باور کارشناسان اگر ادامه پیدا کند، نه‌تنها پیامدهای سلامت‌محور، بلکه آثار اجتماعی عمیق‌تری همچون تشدید نابرابری، فقر درمانی و کاهش اعتماد عمومی به نظام رفاه و سلامت را نیز به همراه خواهد داشت.

۴ برابرشدن قیمت نوار تست قند خون

«تینا» هر شب قبل از خواب، تعداد نوارهای قند خون باقی‌مانده را می‌شمارد. پسر ۹ ساله‌اش دیابت نوع یک دارد و باید روزی چندین بار قند خونش کنترل شود. تا یک سال پیش، خرید نوارها سخت بود اما شدنی؛ حالا هر بسته حدود ۷۰۰ هزار تومان قیمت دارد و کمتر از یک هفته دوام می‌آورد. سمیه بارها به این فکر کرده که سراغ نسخه ایرانی نوار قند برود، اما دلش طاقت نیاورده است. به‌جای آن، او و همسرش مدت‌هاست از خریدهای دیگرشان زده‌اند. مثلا آخرین‌باری که برای خودش لباسی خریده را خاطرش نیست. حتی بعضی اقلام خوراکی را محدود کرده‌اند تا درمان فرزندشان ادامه پیدا کند. «اسدلله رجب»، رئیس انجمن دیابت ایران، با تصدیق همین داده‌ها، از اوضاع نابسامان موجود به «شرق» می‌گوید: «یک نوار قند خون که جزء ضروری‌ترین لوازم درمانی یک بیمار دیابتی است، در ماه‌های اخیر چهار برابر گران‌تر شده است. کودکی که دیابت نوع یک داشته باشد، باید در طول روز نزدیک به ۱۰ مرتبه قند خونش را تست کند. نسخه ایرانی این محصول الان بسته‌ای ۲۵۰ هزار تومان شده است و هر بسته، حدود یک هفته کفاف او را می‌دهد. یعنی فقط هزینه نوار قند خون ایرانی یک کودک با دیابت نوع یک، بیش از یک میلیون تومان و در طول ماه نزدیک به پنج میلیون تومان می‌شود. آن‌وقت مگر ما می‌توانیم به کودک بیمار بگوییم درمان را متوقف کن؟». رجب توضیح می‌دهد در این ماه‌ها همه‌چیز گران‌تر شده است، از جمله دارو و این موضوع تأثیر مستقیم بر روند درمان بیماران می‌گذارد: «قلم انسولین حدود ۸۰۰ هزار تومان شده و خیلی هم سخت پیدا می‌شود. برای همین ما پیشنهاد می‌کنیم به‌جای قلم مخصوص، از سرنگ استفاده کنند که البته آن هم ارزان نیست. تلاش ما این است که ببینیم با امکانات فعلی چه کاری می‌شود کرد. سعی بر این است که با افزایش آگاهی و دانش، تا آنجا که ممکن است، جای خالی امکاناتی را که نیست، پر کنیم».

سه میلیون، هزینه یک MRI

«حسین» ۵۲ ساله، کارگر ساختمانی است. چند ماهی می‌شود که درد کمرش شدیدتر شده و پزشک برای او MRI نوشته است. نسخه را در کشوی میز گذاشته و دست به هیچ اقدامی نمی‌زند. او می‌گوید چند میلیون پول برای عکس‌برداری باید بدهد. تازه بعد از آن برود سراغ ویزیت پزشک متخصص. پول دارو یک طرف و هزینه جلسه‌های متعدد فیزیوتراپی هم طرف دیگر. همه اینها به شرطی است که متخصص تشخیص جراحی ندهد. حقوق یک ماه کار او، هزینه یک‌سوم این درمان را هم نمی‌دهد. همین می‌شود که هر روز چند قرص مسکن می‌خورد و راهی کار می‌شود. همسرش اصرار می‌کند آزمایش را انجام دهد، اما حسین حساب و کتاب دیگری دارد؛ اجاره خانه، شهریه دانشگاه دخترش و قسط وام. خرج خانه هم در همین ماه‌های اخیر چندین برابر شده است. او امیدوار است درد خودبه‌خود بهتر شود، هرچند می‌داند ممکن است تأخیر در تشخیص، هزینه سنگین‌تری روی دستش بگذارد. «جلال شکوهی»، رئیس انجمن رادیولوژی کشور، به «شرق» می‌گوید تعرفه‌های این حوزه در سال جدید ۱۰۰ تا ۱۰۵ درصد افزایش داشته است: «بر همین اساس، اگر مرکزی دست به افزایش قیمت بیش از دو برابر بزند، غیرقانونی تلقی می‌شود. مثلا هزینه گرفتن تصویر MRI که تا سال گذشته حدود یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومان بود، به سه میلیون تومان رسیده است و هیچ مرکز درمانی حق ندارد، بیش از این رقم دریافت کند. واضح است چنین افزایش قیمتی با اینکه هنوز هیچ سودی برای پزشک و مرکز درمانی ندارد، کماکان هزینه گزافی برای بیماران نیز محسوب خواهد شد». او با اشاره به سهم کم بیمه‌های درمانی در این موارد توضیح می‌دهد: «سهم بیمه همچون گذشته ۳۰ درصد است و به‌جز بیمه ارتش که بهترین بیمه درمانی با ۷۰ درصد پوشش خدمات درمانی به حساب می‌آید، سایر بیمه‌ها بار چندانی از شانه‌های بیمار برنمی‌دارند. ضمن اینکه همین پرداختی‌ها به مراکز درمانی هم از سوی مراکز بیمه آن‌قدر با تأخیر انجام می‌شود که بسیاری از درمانگرها از خیر قرارداد با بیمه می‌گذرند. در چنین شرایطی که هزینه درمان افزایش می‌یابد، طبعا افراد هم سعی می‌کنند در شرایط حادتر بیماری اقدام به کارهای این‌چنینی همچون عکس و رادیولوژی کنند». شکوهی همچنین با قید افزایش قیمت خود دستگاه‌های مربوط به عکس‌برداری پزشکی تأکید می‌کند: «همه اینها در حالی رخ می‌دهد که یک دستگاه MRI که تا زمستان قبلی ۸۰ میلیارد تومان قیمت داشت، حالا بیش از ۱۸۰ میلیارد تومان به فروش می‌رسد. از سوی دیگر، استهلاک دستگاه‌ها هم به‌گونه‌ای است که باید هر ۱۰ سال یک مرکز درمانی دستگاهش را به‌روز کند. با این عدد، هیچ منطق و انتفاعی برای متخصص وجود ندارد که سراغ کلینیک رفتن برود. چون تعرفه قیمت باید خیلی بیش از اینها باشد که سودی عایدش شود. در واقع، هم درمانگر و هم بیمار از این شرایط ضرر می‌کنند».

ده‌ها میلیون؛ هزینه درمان یک واحد دندان

«فاطمه»، بازنشسته ۶۴ ساله، بیش از یک سال است با یک دندان شکسته غذا می‌خورد. دندان‌پزشک گفته باید عصب‌کشی و روکش انجام شود. یک دندان دیگرش را هم کشیده و باید ایمپلنت کند، اما هزینه درمان از توان مالی او خارج است. حساب سرانگشتی که هشت ماه پیش برای این کارها انجام داده بود، بیشتر از ۱۵۰ میلیون می‌شد. بیمه‌اش هم سهم خاصی از این درمان را تقبل نمی‌کند. در نتیجه راه دیگری برای خودش پیدا کرده است. مثلا در این مدت به خوردن غذاهای نرم‌تر عادت کرده و از لبخندزدن در جمع پرهیز می‌کند. اما مشکل فقط درد نیست؛ اعتمادبه‌نفسش هم آسیب دیده است: «من درمان را متوقف نکرده‌ام، بلکه آن را به آینده‌ای نامعلوم موکول کردم که شاید هیچ‌وقت نرسد. دندان‌پزشکی دیگر سال‌هاست که خدماتی لوکس محسوب می‌شود و برای از ما بهتران است».

سال‌هاست موضوع بالابودن هزینه‌های درمان دندان، این خدمات را برای گروهی از جامعه به امری محال بدل کرده است. هزینه‌های سنگین دندان‌پزشکی و پوشش محدود بیمه‌ها باعث شده بسیاری از مردم درمان دندان‌های خود را به تعویق بیندازند و فقط زمانی به دندان‌پزشک مراجعه کنند که درد غیرقابل تحمل شود. بر اساس گزارش‌ها، هزینه عکس OPG در برخی مراکز به حدود دو و نیم میلیون تومان رسیده و عصب‌کشی هر دندان بین حدود شش میلیون و ۸۰۰ هزار تا ۱۰ میلیون تومان هزینه دارد. همچنین هزینه ایمپلنت هر دندان در برخی کلینیک‌ها تا ۵۰ میلیون تومان اعلام شده است.

ترک درمان؛ بحران اجتماعی خاموش

«علی‌اصغر سعیدی»، جامعه‌شناس و دانشیار و مدیر سابق گروه برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، پدیده «ترک درمان» یا «تغییر درمان به دلیل هزینه بالا» را نه یک مشکل صرفا پزشکی، بلکه نوعی بحران اجتماعی دانست؛ آن هم یک «بحران اجتماعی خاموش»، چون همه را در بر

عکس: حمید وکیلی، فارس

نمی‌گیرد و بخشی از جمعیت را شامل می‌شود: «وقتی هزینه درمان بالا می‌رود، خانواده‌ها درمان را که یک نیاز ضروری است و باید حداقل در هزینه‌های غیرخوراکی در اولویت باشد، حذف می‌کنند. این حذف، به‌طور مثال، شامل چکاپ، دندان‌پزشکی، فیزیوتراپی، روان‌درمانی و داروهای مکمل می‌شود. بعد هم درمان‌هایی که مزمن هستند، به تأخیر می‌افتند؛ به‌ویژه درمان‌هایی که احتیاج به تشخیص دارند و باید آزمایش‌های مختلف برایشان انجام شود. اما در بعضی از بیمارانی که بیماری‌شان شدیدتر است، مثل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی یا کلیوی، یا حتی مشکلات دندان، روند درمان به خاطر هزینه بالا متوقف می‌شود. ایران جزء کشورهایی است که سهم پرداخت مستقیم هزینه درمان از جیب مردم در آن بسیار بالاست. آمارهای مربوط به سال ۲۰۲۳ نشان می‌داد بیش از ۴۰ درصد کل هزینه جاری سلامت از جیب مردم پرداخت می‌شود، نه نظام بیمه. همین باعث می‌شود دهک‌های پایین و متوسط گرفتار شوک مالی شوند». سعیدی البته معتقد است تحریم‌ها، تورم، کاهش قدرت خرید، کمبود دارو، بالارفتن قیمت تجهیزات پزشکی و مهاجرت بخشی از کادر درمان هم این وضعیت را تشدید کرده است: «به‌طور کلی گزارش‌هایی که منتشر می‌شود، نشان می‌دهد ترک درمان و خروج بیماران از بیمارستان‌ها بیشتر به دلیل هزینه‌های بالاست. حتی بعضی از بیمارستان‌ها هم تا زمانی که توان مالی بیمار را نبینند، او را پذیرش نمی‌کنند». این جامعه‌شناس اقتصادی همچنین پیشنهاداتی برای دولت در این زمینه دارد: «با توجه به اینکه شرایط مالی دولت هم‌اکنون مناسب نیست، می‌شود چند اقدام کم‌هزینه انجام داد؛ اقداماتی که حتی در کشورهای دیگر، از جمله آمریکا هم که نظام بیمه سراسری ندارند، انجام می‌شود. تشکیل صندوق‌های محلی یا خیریه‌های درمانی از جمله این پیشنهادات است. برپایی چادرهای ارائه درمان در محل یا راه‌اندازی کلینیک‌های سیار برای بیمارانی که نیاز به دارو یا خدمات دندان‌پزشکی دارند هم از جمله این موارد است. حداقل در حوزه دندان‌پزشکی پایه، این امکان وجود دارد و راه‌اندازی چنین کلینیک‌هایی هم هزینه زیادی ندارد. حتی می‌شود این طرح‌ها را در دانشکده‌های علوم پزشکی اجرا کرد».

بار سنگین درمان روی فقیرترین‌ها

کنترل قیمت دارو هم از دیگر اقدامات مرتبط با این حوزه است: «نظام ارجاع یا پزشک خانواده هنوز در کشور به‌درستی عمل نمی‌کند، در حالی‌که اگر این نظام فعال بود، بخش زیادی از هزینه‌های غیرضروری کاهش پیدا می‌کرد و این نظام می‌توانست مسئله را مدیریت کند. اگرچه در نهایت، راه‌حل اصلی در بلندمدت همان پوشش همگانی مؤثر است، نه بیمه‌ای که فقط در کلام امروز وجود دارد. در غیر این صورت، هزینه درمان مردم را فقیرتر می‌کند. این نیاز وجود دارد که نظام سلامت تا حدی بازتعریف شود؛ هم در حوزه پیشگیری، هم در زمینه داروهای ضروری، دندان‌پزشکی پایه، سلامت روان و غربالگری‌های ضروری که جزء مباحث پیشگیرانه هستند. این موارد، هم پایه‌های نظام سلامت همگانی‌اند و هم جزء حقوق اولیه شهروندی محسوب می‌شوند. در غیر این صورت، افزایش هزینه درمان، بر دهک‌های پایین، تأثیرات منفی شدیدتری خواهد داشت». به گفته او، در سطح جهانی نیز گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد هزینه‌های مستقیم درمان بیشتر به فقرا فشار وارد می‌کند. مطالعات مربوط به پوشش همگانی سلامت هم نشان می‌دهد هزینه‌های درمان عمدتا روی فقیرترین گروه‌ها تأثیر می‌گذارد و اغلب نیز ناشی از هزینه دارو، خدمات سرپایی و دندان‌پزشکی است. سعیدی توضیح می‌دهد چگونه حذف برخی گروه‌های جامعه از دسترسی به بهداشت و درمان، بر بی‌اعتمادی عمومی و همبستگی اجتماعی نیز اثر منفی می‌گذارد: «یکی از کارکردهای مهم سیاست‌های بهداشتی در سیاست اجتماعی، ایجاد همبستگی اجتماعی است. اما وقتی بخشی از مردم تصور کنند این امتیاز به آنها تعلق نمی‌گیرد، نسبت به نهادهای رسمی احساس بی‌اعتمادی پیدا می‌کنند. احساس تعلق اجتماعی‌شان کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه، همبستگی اجتماعی هم در آن جامعه کم‌رنگ می‌شود. نمونه‌اش مسئله دندان‌پزشکی است. وقتی دندان‌پزشکی از درمان عمومی جدا و به یک خدمت لوکس تبدیل می‌شود، ابتدا روی تغذیه و سلامت دهان و دندان و سپس روی اشتغال و حتی روابط اجتماعی افراد اثر می‌گذارد. در سایر کشورها هم هر وقت نظام‌های بهداشتی و درمانی به شکلی سازماندهی شوند که پرداخت مستقیم از جیب مردم بالا برود، این پدیده تشدید می‌شود؛ به‌ویژه در دوره‌هایی که مشکلات اقتصادی و اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. حتی در کشورهایی که پوشش بیمه عمومی دارند نیز این مسئله دیده می‌شود. مثلا در بریتانیا که یک نظام درمان ملی به نام سرویس سلامت ملی بریتانیا دارد، هزینه‌های دندان‌پزشکی باعث شده بسیاری از مردم، چون این خدمات به‌طور کامل تحت پوشش بیمه ملی نیست، از مراجعه صرف‌نظر کنند. حتی در برخی درمان‌ها هزینه‌ها آن‌قدر بالاست که مردم برای درمان به کشورهای دیگر، مثلا کشورهای اروپای شرقی، ترکیه یا جاهای دیگر مراجعه می‌کنند، چون هزینه‌ها در آن کشورها ارزان‌تر است».

یادداشت

از ایده تا اجرا

چرا دوره یک‌ماهه پیش‌دبستانی به‌تنهایی راه‌گشا نیست؟

مجید طهرانیان
کارشناس آموزش و ارتباطات

طرح سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک برای برگزاری دوره یک‌ماهه پیش‌دبستانی برای نوآموزان جامانده، از حیث تشخیص مسئله درست است اما از حیث طراحی مداخله، اجرا و تأمین مالی با چالش‌های جدی مواجه است. این یادداشت با تکیه بر ادبیات علمی رشد کودک و تجربیات بین‌المللی، سه محور اصلی را بررسی می‌کند.

۱. از منظر محتوایی: شکاف بین هدف و ابزار

هدف اعلام‌شده «شکل‌گیری شخصیت، تفکر و آمادگی برای زندگی» است. این هدف با یافته‌های علم رشد کودک هم‌راست. تحقیقات شانتال زاسلو و مؤسسه نوبلیستی هاروارد نشان می‌دهد ۸۰ درصد ساختار مغزی تا پنج‌سالگی شکل می‌گیرد و دوره سه تا شش‌سالگی برای مهارت‌های خودتنظیمی، زبان و کارکردهای اجرایی حیاتی است. اما ابزار پیشنهادی، یعنی مداخله یک‌ماهه، با این هدف تناسب ندارد. ● برنامه Head Start آمریکا که برای کودکان کم‌برخوردار طراحی شده، حداقل هشت ماه و چهار روز در هفته اجرا می‌شود. ارزیابی‌های ۵۰ ساله آن نشان می‌دهد اثرات معنادار بر پیشرفت تحصیلی و کاهش تکرار پایه، فقط در برنامه‌های بالای شش ماه مشاهده شده است. ● مطالعه OECD در ۳۸ کشور نشان می‌دهد اثربخشی پیش‌دبستانی زمانی رخ می‌دهد که مدت آن بیش از ۶۰۰ ساعت باشد. یک دوره یک‌ماهه، حداکثر ۱۲۰ ساعت می‌شود و صرفا نقش «آشناسازی» دارد، نه «جبران شکاف». خطر دیگر، تبدیل‌شدن این دوره به «کلاس آمادگی فشرده» با رویکرد رونویسی و دیکته است که برخلاف رشد طبیعی کودک شش‌ساله بوده و می‌تواند اضطراب مدرسه ایجاد کند.

۲. از منظر اجرا: چالش مقیاس و زمان‌بندی

طرح قصد دارد ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار نوآموز جامانده را پیش از ورود به کلاس اول پوشش دهد. این هدف در مقیاس اجرایی سه مشکل دارد: اول، زمان‌بندی؛ اجرای فشرده در مرداد و شهریور، هم‌زمان با اوج گرما در بسیاری استان‌ها، تعطیلی مدارس و مسافرت خانواده‌هاست. تجربه برنامه‌های تابستانی آموزش و پرورش در دهه ۹۰ نشان داد نرخ حضور در این دوره‌ها از ۴۰ درصد فراتر نرفت. دوم، زیرساخت نیروی انسانی؛ آموزش پیش‌دبستانی تخصص جداگانه‌ای است. معلم کلاس اول بدون گذراندن دوره ۳۰۰ ساعته «آموزش کودک پنج-شش‌ساله» نمی‌تواند این کار را انجام دهد. تربیت این نیرو در یک ماه ممکن نیست. سوم، تفکیک نهادی؛ این طرح بر «مجزابودن دوره از ابتدایی» تأکید دارد، اما ۹۰ درصد پیش‌دبستانی‌های فعلی در فضای مدارس ابتدایی مستقر هستند. جداسازی اداری و بودجه‌ای بدون قانون و اعتبار، صرفا شعار باقی می‌ماند.

۳. از منظر تأمین مالی: ابهام به‌جای راهکار

«طرح برای مناطق محروم رایگان و برای دیگران با تخفیف ۵۰ تا ۱۰۰ درصد اجرا می‌شود». این مدل سه ایراد ساختاری دارد: **۱. بدون ردیف بودجه:** برآورد هزینه سرانه ماهی دو میلیون تومان برای ۴۰۰ هزار کودک، حدود ۸۰۰ میلیارد تومان می‌شود. چنین رقمی در لایحه بودجه ۱۴۰۴ ردیف مستقل ندارد. تجربه نشان داده طرح‌های بدون اعتبار، در مرحله اجرا متوقف می‌شوند. **۲. ناپایداری مدل خیریه‌ای:** اتکا به «خیرین و خود مردم» برای هزینه‌های جاری، پایدار نیست. تجربه مدارس خیریه نشان می‌دهد پس از دو، سه سال، هزینه‌های جاری به دولت بازمی‌گردد یا مرکز تعطیل می‌شود. **۳. نقض عدالت آموزشی:** اگر خانواده پرداخت کند، دقیقا همان کودکانی که به دلیل فقر به پیش‌دبستانی دسترسی نداشته‌اند، باز هم از این دوره محروم می‌مانند. این برخلاف اصل هدف‌گذاری طرح است. در مقابل، تجربه موفق کشورهایی مثل ترکیه و برزیل نشان می‌دهد استفاده از ظرفیت مهد کودک‌های بهزیستی و شهرداری با قرارداد خدمتی، هزینه را تا ۶۰ درصد کاهش می‌دهد.

جمع‌بندی و پیشنهاد سیاستی

طرح پیش‌دبستانی یک‌ماهه، پاسخی عجولانه به یک مسئله واقعی است. برای تبدیل‌شدن آن به یک مداخله اثربخش، سه اصلاح ضروری است: **۱. تغییر مدت:** افزایش به حداقل سه ماه، از خرداد تا شهریور، با سه روز در هفته. **۲. شفاف‌سازی مالی:** تخصیص ردیف بودجه مشخص و ترکیب تأمین مالی؛ ۷۰ درصد دولت، ۲۰ درصد بهزیستی و شهرداری‌ها ۱۰ درصد شهریه پلکانی برای دهک‌های بالا. **۳. استفاده از ظرفیت موجود:** انعقاد قرارداد با مهدکودک‌های دولتی بهزیستی و سازمان بهزیستی، به‌جای ایجاد ساختار موازی. بدون این اصلاحات، خطر تبدیل‌شدن طرح به یک هزینه بی‌بازده و ایجاد توقع کاذب در خانواده‌ها وجود دارد. آموزش پیش‌دبستانی سرمایه‌گذاری است، اما فقط وقتی با استانداردهای علمی و واقعیت‌های اجرایی همخوان باشد.

ایران و آزمون دولت تمدنی در پساجنگ

ادامه از صفحه اول

در دوران پساجنگ نیز همین خیابان می‌تواند رکن قدرت ملی در بازسازی‌های سه‌گانه باشد: بازسازی روایت، بازسازی نهاد و بازسازی تمدنی؛ یعنی جایی که مردم از تماشاگران پیروزی به حاملان فعال ترمیم، اعتماد و آینده‌سازی ملی تبدیل می‌شوند.

۲- دوم، دستاورد نهادی: جنگ نشان می‌دهد کدام نهادها کارآمد بودند، کدام سازوکارها کند عمل کردند، کدام شکاف‌ها خطرآفرین‌اند و کدام سرمایه‌های اجتماعی هنوز زنده‌اند. پساجنگ، زمان تعارف نیست؛ زمان یادگیری نهادی است. باید از جنگ گزارش دقیق ساخت: از مدیریت بحران، ارتباطات عمومی، هماهنگی دستگاه‌ها، حفاظت از میراث، تاب‌آوری شهری، پشتیبانی اجتماعی، گردشگری، حمل‌ونقل و رسانه. اگر دولت از جنگ نیاموزد، دشمن بعدی از همان شکاف‌ها خواهد آموخت.

۳- سوم، دستاورد تمدنی: ایران باید نشان دهد تمدن یعنی توان مراقبت از انسان، میراث و آینده. اگر آثار تاریخی آسیب دیده یا تهدید شده‌اند، مستندسازی، مرمت و روایت جهانی آنها باید بخشی از پروژه ملی پساجنگ باشد. اگر گردشگری ضربه خورده، احیای آن فقط مسئله اقتصادی نیست؛ نشانه بازگشت جامعه به زندگی است. اگر شهرها اضطراب را تجربه کرده‌اند، سیاست فرهنگی باید آرامش، همبستگی و گفت‌وگو تولید کند. میراث فرهنگی در پساجنگ حاشیه نیست؛ زیرساخت معنایی تاب‌آوری ملی است. در جهان پسالیبرال، کشورها فقط با قدرت نظامی سنجیده نمی‌شوند؛ با روایتی که از خود عرضه می‌کنند نیز سنجیده می‌شوند. ایران باید بتواند به جهان بگوید از چه چیزی دفاع کرده است: نه‌فقط از مرزهای خود، بلکه از امکان زیستن یک تمدن کهن در جهانی متکثر؛ تمدنی که می‌خواهد مستقل باشد، اما منزوی نه؛ مقاوم باشد، اما بی‌گفت‌وگو نه؛ تاریخی باشد، اما اسیر گذشته نه؛ دینی و فرهنگی باشد، اما بی‌اعتنا به تنوع جامعه نه. بزرگ‌ترین خطر پس از پیروزی، شکست در روایت شکست‌نخوردن است؛ وضعیتی که دشمن به هدف راهبردی خود نرسیده، اما جامعه در فرسایش اعتماد، بی‌پاسخی و بی‌آیندگی، معنای پیروزی را از دست می‌دهد. پیروزی اگر در زندگی مردم ترجمه نشود، به خودستایی رسمی فروکاسته می‌شود. باید در بازسازی خانه‌ها، حمایت از آسیب‌دیدگان، رونق سفر، حفاظت از میراث، بازگشت مدرسه و دانشگاه به آرامش و احساس حضور دولت در کنار مردم دیده شود. ایران جنگ را با ایستادگی برد؛ اما پساجنگ را فقط با اعتماد خواهد برد. این اعتماد با دستور اداری تولید نمی‌شود. با صداقت در روایت، دقت در جبران، عدالت در توزیع منابع، احترام به تنوع و تبدیل مقاومت به برنامه ساخته می‌شود. تمدن، در نهایت، نه نام گذشته‌های باشکوه، بلکه توان یک ملت برای ساختن زندگی پس از آتش است. پیروزی ایران نیز در همین نقطه کامل می‌شود: وقتی مقاومت به بازسازی، بازسازی به اعتماد و اعتماد به آینده‌ای بهتر بدل شود.

خبر

۸۱ درصد رزیدنت‌ها در فکر مهاجرت

ایلنا: سخنگوی انجمن روان‌پزشکان ایران گفت: «از میان ۲۵۴ دستیار پزشکی، ۸۱.۵ درصد اعلام کرده‌اند تمایل به مهاجرت دارند. همچنین ۷۹.۵ درصد بیان کرده‌اند اگر پیش از ورود به دوره تخصص، شناخت امروز خود را از شرایط دستیاری داشتند، مهاجرت را به ورود به رزیدنتی ترجیح می‌دادند». امیرحسین جلالی‌ندوشن، با اشاره به نتایج یک نظرسنجی از رزیدنت‌ها گفت: «بررسی چند مرکزی که در چهار دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است، تصویری نگران‌کننده از وضعیت دستیاران پزشکی ارائه می‌دهد. از میان آنها حدود ۲۸ درصد گفته‌اند برای مهاجرت برنامه‌ریزی متوسط تا جدی دارند. این عدد اصلا عدد کوچکی نیست. مسئله این است که حتی آن کسی که در بهترین دوران زندگی خود -از نظر شغلی در رشته‌های تخصصی پزشکی که مهارتی حیاتی است- قرار دارد، اصولا دل در جایی که در آن آموزش می‌بیند و فضایی که در آن حضور دارد، ندارد». به گفته این روان‌پزشک، این فاصله میان «میل به رفتن» و «برنامه عملی» نشان می‌دهد مسئله فقط مهاجرت نیست؛ مسئله، فرسایش امید، بی‌اعتمادی به آینده حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای ماندن در ساختار درمانی کشور است. جلالی‌ندوشن ادامه داد: «نکته مهم این است که ۱.۸۱ درصد شرکت‌کنندگان بیان کرده‌اند امید ناچیز یا هیچ امیدی به اصلاح وضعیت موجود ندارند. این داده‌ها نشانه‌ای از بحرانی عمیق در نیروی انسانی سلامت است؛ بحرانی که اگر جدی گرفته نشود، در سال‌های آینده مستقیما بر کیفیت مراقبت، دسترسی مردم به پزشک متخصص و فرسودگی بیشتر کادر درمان اثر خواهد گذاشت». به گفته او، حوادثی که از سال ۹۷ به بعد رخ داده، طبیعتا بر نتایج این پژوهش یا هر پژوهش دیگری تأثیر گذاشته است. اما وقتی به خواسته‌های افراد نگاه می‌کنید و در عین حال نقدهای افراد را نیز می‌بینید، ایده‌ها و حداقل‌هایی وجود دارد که قابل تأمل است: «کار پزشکی ایجاب می‌کند فرد درس بخواند و از ظرفیت دانشگاه بهره ببرد، اما برخی از نیروهای پزشکی‌مان را در مشغولیت‌های دیگر می‌بینیم. هنگامی که این آمار را کنار هم بگذاریم، نتیجه این است که ما با یک فرسایش جدی مواجهیم، هرچند شاهد تدابیر بسیار مناسبی نیز بوده‌ایم». سخنگوی انجمن روان‌پزشکان با اشاره به اینکه یکی از چالش‌های مهم دستیاران پزشکی مسئله ساعت کاری است، افزود: «سال گذشته اقداماتی انجام شد که هرچند هنوز مطلوب نیست، اما معنادار بوده است. دولت‌های مختلف در سال‌های گذشته اقداماتی انجام داده‌اند، اما متأسفانه برخی تدابیر نه‌تنها کمک‌کننده نبوده، بلکه ویرانگر نیز بوده است». سخنگوی انجمن روان‌پزشکان ایران تأکید کرد: «اکنون شاهد خروج تعداد بسیار زیادی پرستار آموزش‌دیده و حرفه‌ای از کشور در سال‌های گذشته بوده‌ایم که در بسیاری از کشورهای اروپایی یا آمریکای شمالی مشغول به کار شده‌اند. این افراد قابل جانشینی نیستند. نیروی حرفه‌ای که با شرایط اینجا رشد می‌کند و با مردم این سرزمین اُخت می‌شود، به‌سادگی قابل جایگزینی نیست. در حقیقت شاید با وضعیتی متأسفانه نابسامان روبه‌رو باشیم».

آگهی دعوت تشکیل مجمع عمومی عادی شرکت بهبود چای ایرانیان
در اجرای ماده ۱۹ اساسنامه شرکت، بدین وسیله از کلیه سهامداران محترم دعوت بعمل می‌آید تا در جلسه مجمع عمومی عادی که رای ساعت ۱۰ صبح روز شنبه ۱۴۰۵/۰۳/۲۳ در محل دفتر شرکت در الهیه تهران برگزار می‌شود، حضور بهم رسانند.
موضوع جلسه:
انتخاب هیئت مدیره
مدیرعامل

مدرک فارغ التحصیلی **مرضیه مدنی ایوری** فرزند سید حسین به شماره شناسنامه ۳۸۰۷ و دارای کد ملی ۰۴۹۰۴۱۴۵۴۰ صادره از شهرری در مقطع کارشناسی رشته علوم اجتماعی پژوهشگری صادره از واحد دانشگاهی دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال به شماره ۳۲۱۱ به تاریخ ۱۳۸۴/۰۲/۲۲ صادر گردیده است، فاقد اعتبار می‌باشد. لذا از یابنده تقاضا می‌شود اصل مدرک را به دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال صندق پستی ۱۶۵۱۱۵۳۵۱۱ آدرس تهران - بزرگراه شهید بابایی (غرب به شرق) - خروجی حکیمیه - خیابان شهید صدوقی - بلوار وفادار - دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال ارسال نماید.

آگهی مناقصه عمومی — **نوبت دوم**

شهرداری رباط کریم در نظر دارد به استناد مجوز شماره ۰۴/۲۵۳۹ مورخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۶ شورای محترم اسلامی شهر اجرای پروژه ذیل را از طریق مناقصه عمومی به شرح و شرایط زیر به پیمانکاران واجد شرایط و دارای گواهینامه صلاحیت و رتبه بندی از سازمان برنامه و بودجه واگذار نماید.
شرایط:
۱ - هزینه درج دو نوبت آگهی بر عهده برنده مناقصه می باشد.
۲- به پیشنهادات مشروط ، مخدوش و فاقد سپرده لازم جهت شرکت در مناقصه ترتیب اثر داده نخواهد شد.
۳- سپرده شرکت در مناقصه میبایست بصورت ضمانت نامه بانکی به نفع شهرداری رباط کریم و یا واریز نقدی به شماره حساب ۰۱۰۶۶۲۵۲۰۶۰۰۸ نزد بانک ملی ایران شعبه مرکزی رباط کریم کد ۲۳۵۴ (شماره حساب شبا IR ۲۸۰۱۷۰۰۰۰۰۰۰۱۰۶۶۲۵۲۰۶۰۰۸) تهیه و برابر دستور العمل مندرج در کاربرگ مناقصه به همراه پیشنهاد قیمت ارائه گردد. لازم به ذکر است سپرده نفرات اول، دوم و سوم مناقصه تا انعقاد پیمان نزد شهرداری نگهداری و هر گاه حاضر به عقد قرارداد نگردند سپرده آنان به ترتیب به نفع کارفرما ضبط خواهد شد.
۴- مهلت دریافت اسناد مناقصه از تاریخ انتشار این آگهی (از پایان وقت اداری روز یکشنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۰۳ به مدت ۱۰ روز) محل دریافت آن صرفا از طریق سامانه تدارکات الکترونیکی دولت WWW.SETADIRAN.IR می باشد.
۵- متقاضیان میبایست پاکتهای پیشنهاد قیمت خود را که برابر شرایط مندرج در کاربرگ مناقصه تنظیم شده است را حداکثر تا ساعت ۱۳ روز سه شنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۲۶ در سامانه تدارکات الکترونیکی دولت WWW.SETADIRAN.IR تسلیم نمایند.
۶- متقاضیان جهت دریافت اسناد مناقصه می بایست فیش واریزی به حساب جاری به شماره ۰۱۰۶۶۲۴۸۱۹۰۰۴ نزد بانک ملی ایران شعبه مرکزی رباط کریم کد ۲۳۵۴ به مبلغ ۱۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال (غیر قابل استرداد) بابت خرید اسناد مناقصه به شهرداری رباط کریم تسلیم نماید.
۷- زمان بازگشایی پاکتهای مناقصه در ساعت ۹ روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۲۷ می باشد.
۸- شهرداری در رد یا قبول هر یک از پیشنهادات مختار است .
۹- سایر اطلاعات و جزئیات در اسناد مناقصه مندرج می باشد.

حمیدرضا اله یاری
شهردار رباط کریم