خبرخوان

صدور کیفرخواست برای پرونده «سما جهانباز»

دادستان شیراز با اتمام تحقیقات در پرونده مفقودی «سما جهانباز» از صدور کیفرخواست این پرونده خبر داد. کامران میرحاجی گفت: «پس از تکمیل تحقیقات پرونده مفقودی سما جهانباز، دختر گمشده در شیراز، در شعبه ۸ بازپرسی دادسرای جنایی و جرائم امنیتی شیراز، کیفرخواست این پرونده صادر و پرونده برای صدور تصمیم نهایی به دادگاه کیفری یک شیراز ارسال شد».

او با بیان اینکه در جریان رسیدگی به این پرونده اتهام علیه یک مظنون ۳۵ساله محرز تشخص داده شده است، ادامه داد: «کیفرخواست صادره با اتهام دعوت شبانه فرد مفقود به بیرون موضوع ماده ۵۱۳ قانون مجازات اسلامی صادر شده است». به گفته دادستان شیراز، در این پرونده تحقیقات گسترده و جامعی در دستور کار مقام قضائی و پلیس آگاهی قرار گرفت و افراد مظنون متعددی با توجه به ابعاد موضوع بازداشت و تحقیقات درخصوص آنان انجام شد که این افراد پس از رفع ظن با قرار تأمین مناسب آزاد شدند. براساس اعلام او، ادامه رسیدگی به پرونده مذکور در محاکم کیفری یک استان فارس انجام می‌شود.

۶۰ درصد فوتی‌های جاده در ۵ استان

براساس اعلام رئیس پلیس راهور فراجا، حدود ۶۰ درصد از کل تلفات جاده‌ای کشور را پنج استان به خود اختصاص داده‌اند؛ فارس، کرمان، سیستان‌وبلوچستان، خوزستان و خراسان رضوی. تیمور حسینی با اشاره به توزیع نامتوازن آمار جان‌باختگان تصادفات در کشور افزود: «براساس آمارهای موجود، این پنج استان حدود ۶۰ درصد از کل تلفات جاده‌ای کشور را به خود اختصاص داده‌اند که این موضوع نشان‌دهنده تمرکز بالای حوادث ترافیکی در این مناطق است».

او با تأکید بر اینکه استان سیستان‌وبلوچستان ازجمله استان‌هایی است که فراوانی تصادفات در آن نگران‌کننده است، ادامه داد: «برای کاهش تلفات و کنترل حوادث در این استان، باید به‌صورت هم‌زمان چند محور را دنبال کنیم؛ توسعه و بهسازی زیرساخت‌های جاده‌ای، تقویت مقدورات و تجهیزات پلیس، گسترش سامانه‌های هوشمند نظارتی و تمرکز بر آموزش و فرهنگ‌سازی ترافیکی ازجمله اقدامات ضروری در این زمینه است».

به گفته حسینی، توسعه فرهنگ ترافیکی و آموزش رفتار درست رانندگی، نقش مؤثری در کاهش تصادفات دارد و این مهم زمانی محقق می‌شود که نهادهای مختلف، از آموزش و پرورش تا رسانه‌ها و دستگاه‌های اجرائی، در این مسیر هم‌افزا عمل کنند. رئیس پلیس راهور فراجا در پایان تأکید کرد: کاهش تلفات جاده‌ای صرفا با برخوردهای پلیسی ممکن نیست، بلکه نیازمند نگاهی جامع و چندبُعدی است که شامل زیرساخت، فناوری، آموزش و فرهنگ‌سازی می‌شود.

استقبال از رشته «نجوم و فناوری‌های فضایی»

ایسنا: رئیس پژوهش‌سراهای دانش‌آموزی با اشاره به استقبال گسترده دانش‌آموزان از رشته «نجوم و فناوری‌های فضایی» گفت: «در پنج دوره اخیر جشنواره علمی-پژوهشی دانش‌آموزی، بین ۷۰ تا ۱۰۰ هزار دانش‌آموز در این رشته شرکت کرده‌اند».

فرهاد لیثی ادامه داد: «براساس آمار گردآوری‌شده از دبیرخانه قطب کشوری نجوم و فناوری‌های فضایی، در پنج دوره متوالی، بین ۷۰ تا ۱۰۰ هزار دانش‌آموز در مرحله منطقه‌ای رشته نجوم و فناوری‌های فضایی شرکت کرده و از میان آنها، حدود ۱۰ هزار نفر به مرحله استانی و حدود هزار نفر به مرحله کشوری راه یافته‌اند که نشان‌دهنده علاقه‌مندی دانش‌آموزان به مباحث نجوم، کیهان‌شناسی و علوم فضایی است».

او با بیان اینکه این رشته به‌گونه‌ای طراحی شده است که از پایه چهارم ابتدایی تا پایه دوازدهم متوسطه را پوشش می‌دهد و متناسب با هر سطح تحصیلی، گرایش‌های خاصی را دربر می‌گیرد، افزود: «در دوره ابتدایی گرایش‌هایی مانند کاوشگر کوچک آسمان، تولید محتوا و مدل‌سازی علمی با تأکید بر مشاهده مستقیم آسمان و پدیده‌های طبیعی و دست‌ورزی دانش‌آموزان و همچنین درک عمیق‌تر مفاهیم نجومی و فضایی و بازتولید آنها طراحی و اجرا شده است». رئیس پژوهش‌سراهای دانش‌آموزی با بیان اینکه در دوره متوسطه اول و دوم محورهایی مانند استهلال، نجوم رصدی و پژوهش در نجوم و کاوش فضایی (ساخت ماهواره مکعبی)، انجمن علمی پژوهشی نجوم و فناوری‌های فضایی و کارآفرینی دانش‌بنیان نجومی به‌صورت تخصصی‌تر اجرا می‌شوند، ادامه داد: «در سال‌های اخیر، معاونت آموزش متوسطه با هدف تحقق مأموریت‌های سند تحول بنیادین، نگاه ویژه‌ای به ترویج علم فضا و نجوم در سطح دانش‌آموزی داشته است».

او با بیان اینکه این قشر از دانش‌آموزان در شاخه‌های مهارتی و فناورانه مرتبط با نجوم و فضا نقش بسیار مؤثری دارند، گفت: «به‌ویژه در محورهای طراحی و ساخت اتاق‌های آموزش نجوم در پژوهش‌سراها و مدارس (مانند رصدخانه، افلاک‌نما و کارگاه‌های نجومی)، تولید تجهیزات آموزشی و ابزار نجومی ازجمله تلسکوپ‌های آموزشی، ماکت‌های حرکتی منظومه شمسی، افلاک‌نمای دیجیتال و ابزارهای کمک‌آموزشی، طراحی و ساخت المان‌های شهری با مضامین نجومی و فضایی در چارچوب گرایش «کارآفرینی دانش‌بنیان نجومی»، همکاری در انجمن‌های علمی و پژوهشی نجوم و فناوری‌های فضایی در بخش‌های فنی و طراحی صنعتی نیز نقش مؤثری دارند».

جریمه ۱۵۰ هزار تومانی خودروها با چراغ زنون

مهر: معاون اجتماعی پلیس راهور تهران بزرگ اعلام کرد: «استفاده از چراغ‌های زنون، خیره‌کننده و چراغ‌های رنگی غیرمجاز تخلف محسوب می‌شود و رانندگان متخلف به پرداخت ۱۵۰ هزار تومان جریمه محکوم خواهند شد».

فیروز کشیر درباره تخلف استفاده از چراغ‌های زنون و رنگی تأکید کرد: «استفاده از نورافکن‌ها، چراغ‌هایی با نور خیره‌کننده یا رنگ‌های غیرمجاز، همچنین چراغ‌های سفید در عقب و چراغ‌های قرمز در جلوی وسیله نقلیه، تخلف محسوب می‌شود و برابر قانون، رانندگان متخلف به جریمه ۱۵۰ هزار تومانی محکوم خواهند شد». او ادامه داد: «برخلاف برخی تخلفات رانندگی مثل عدم معاینه فنی که مشمول محدودیت زمانی یا تعداد مشخصی از جریمه‌ها در بازه‌ای معین هستند، استفاده از چراغ‌های زنون و سیستم‌های روشنایی غیرمجاز مشمول چنین محدودیتی نمی‌شود. این به آن معناست که رانندگان متخلف ممکن است در طول شبانه‌روز، بارها و توسط مأموران مختلف راهنمایی و رانندگی در نقاط گوناگون جریمه شوند».

کشیر ادامه داد: «برخی شرکت‌های معتبر و مشهور خارجی در تولید خودرو از چراغ‌های زنون استاندارد استفاده می‌کنند که هیچ‌گونه خطری برای دید و بینایی رانندگان مسیر مخالف ندارد. اما متأسفانه تعداد کمی از رانندگان از چراغ‌های زنون غیرمجاز و غیراستاندارد بهره می‌برند که باعث آزار و اذیت بینایی رانندگان مقابل می‌شود. برخورد پلیس با این موارد در چارچوب قوانین و مقررات به‌صورت جدی انجام می‌شود».

«شرق» از پرداختی‌های غیررسمی و اجباری ماددران باردار برای تولد جنین گزارش می‌دهد

گروکشی زایمان

همسرم ۴۳ میلیون تومان داد و پزشک هم ۱۲ میلیون تومان به صورت مجزا برای خودش گرفت؛ هرچند پرداخت‌های غیررسمی در برخی بیمارستان‌ها به ۷۰ میلیون تومان هم می‌رسد

مریم لطفی

در اتاق‌های زایمان، گفت‌وگو فقط بر سر تولد نوزاد نیست؛ گاهی بر سر پول است؛ هزینه‌هایی که از جیب بیماران می‌رود و دستمزدهایی که با زحمت پزشکان همخوانی ندارد. «شرق» در این گزارش، واقعیت زایمان در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را روایت می‌کند؛ از تعرفه‌های پایین و دستمزدهای ناچیز تا پرداخت‌های غیررسمی که حالا بخشی از تجربه مادرشدن شده‌اند. هزینه زایمان در ایران، فراتر از تعرفه‌های رسمی، به تجربه‌ای پرچالش برای پزشکان و خانواده‌ها تبدیل شده است. در حالی که بیمارستان‌های دولتی بخش عمده هزینه‌ها را تحت پوشش بیمه ارائه می‌دهند و دسترسی به خدمات تخصصی با تعرفه‌های کمتر ممکن است، در بخش خصوصی عددها به چندصد میلیون تومان می‌رسد و سهم واقعی پزشک از این مبلغ بخش کوچکی است. شکاف میان تعرفه‌های رسمی و واقعیت اقتصادی، زمینه‌ساز فشار مالی برای پزشکان و سردرگمی بیماران شده است؛ وضعیتی که در نهایت، برخی پزشکان را به پرداخت‌های خارج از تعرفه سوق می‌دهد و برخی دیگر را به مهاجرت یا ترک حرفه.

عکس: اعظم داداشی، ایسنا

دولتی‌ها و خصوصی‌ها چقدر می‌گیرند؟

براساس تعرفه‌های رسمی سال ۱۴۰۳، هزینه زایمان در بیمارستان‌های دولتی ایران همچنان فاصله قابل‌توجهی با بخش خصوصی دارد. در این بیمارستان‌ها، نرخ‌ها عمدتا تحت پوشش بیمه‌های پایه و تکمیلی هستند و هزینه نهایی برای بیماران به مراتب کمتر از مراکز خصوصی است. به‌طور میانگین، هزینه زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی حدود ۲۵ میلیون تومان و سزارین حدود ۳۱ میلیون تومان برآورد می‌شود. این عددها بر پایه تعرفه‌های منتشرشده در وب‌سایت بیمارستان‌هایی مانند سیدالشهدای تهران است. البته بیمه‌های درمانی معمولا بخش قابل‌توجهی از این مبالغ را پرداخت می‌کنند و سهم پرداختی بیماران می‌تواند بسته به نوع بیمه و اتاق انتخابی، کمتر از نیمی از این مقدار باشد. در عین حال، امکانات رفاهی و سطح خدمات هتلینگ در بخش دولتی محدودتر است و در برخی موارد، بیماران برای استفاده از اتاق‌های خصوصی یا خدمات ویژه، ناچار به پرداخت هزینه‌های اضافه می‌شوند. در بخش خصوصی، هزینه زایمان به‌طور چشمگیری بالاتر و بسته به نوع زایمان، پزشک و سطح هتلینگ متغیر است. طبق تعرفه‌های رسمی سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌هایی مانند آرش، بهارلو و شهریار تبریز، هزینه زایمان طبیعی بین ۵۰ تا ۱۸۰ میلیون تومان و زایمان سزارین بین ۱۴۵ تا ۳۰۰ میلیون تومان متغیر است. در برخی موارد، مانند زایمان سزارین به همراه بستن لوله‌های رحم، هزینه‌ها حتی تا ۳۵۰ میلیون تومان نیز می‌رسد. علاوه بر این، هزینه هتلینگ (اقامت در اتاق‌های خصوصی) در بیمارستان‌های خصوصی از ۵۰ تا ۹۰ میلیون تومان در نوسان است. این اختلاف فاحش با بخش دولتی، به دلیل خدمات رفاهی بیشتر، تجهیزات مدرن‌تر و سطح بالاتر مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان است. با این حال، بسیاری از خانواده‌ها معتقدند هزینه‌ها در برخی بیمارستان‌های خصوصی از توان پرداخت اقشار متوسط فراتر رفته و بیمه‌ها تنها بخش محدودی از این مبالغ را پوشش می‌دهند.

سهم و دستمزد پزشک از هزینه زایمان

با وجود هزینه‌های سنگین زایمان در سال ۱۴۰۳، سهم واقعی پزشک زنان از کل مبلغ پرداختی بیماران، چه در بخش دولتی و چه خصوصی، چندان چشمگیر نیست. طبق تعرفه رسمی وزارت بهداشت، دستمزد پزشک متخصص زنان برای انجام زایمان طبیعی معادل ۵۰ کا و برای سزارین ۴۰ کا تعیین شده است. از آنجا که ارزش هر «کا» در سال ۱۴۰۳ حدود ۱۰۱ هزار تومان است، مبلغ ناخالص دریافتی پزشک برای یک زایمان طبیعی حدود پنج میلیون تومان و برای سزارین حدود چهار میلیون تومان خواهد بود. در بیمارستان‌های دولتی، این ارقام معمولا به‌صورت مستقیم از سوی بیمه به پزشک پرداخت می‌شود و سهم بیمار در حد فرانشیز ناچیز است. اما در بخش خصوصی، با اینکه هزینه زایمان ممکن است به چندصد میلیون تومان برسد، سهم پزشک از این مبلغ معمولا کمتر از ۱۰ درصد کل هزینه است. بخش عمده هزینه‌ها به خدمات بیمارستانی، تجهیزات اتاق عمل، بیهوشی، هتلینگ، پرستاری و مراقبت‌های نوزاد اختصاص دارد. بسیاری از متخصصان زنان معتقدند با توجه به مسئولیت سنگین عمل زایمان، خطرات احتمالی و ساعات طولانی حضور در بیمارستان، این میزان دستمزد با واقعیت کار همخوانی ندارد.

گلایه پزشکان از تعرفه پایین

ستاره دهدشتی، متخصص زنان و زایمان، در گفت‌وگو با «شرق» وضعیت پرداخت‌ها در بیمارستان‌های دولتی را غیرمنطقی می‌داند. به گفته او، دستمزد پزشکان برای انجام عمل‌هایی با ریسک بالا مانند سزارین، بسیار پایین است و با هزینه‌های واقعی زندگی و تورم همخوانی ندارد. این موضوع باعث شده بسیاری از پزشکان، ازجمله خود دهدشتی، به دلیل شرایط اقتصادی و فشار مالی، مهاجرت کنند. دهدشتی می‌گوید هزینه واقعی انجام عمل سزارین و زایمان، متناسب با تورم، باید بالا برود؛ زیرا پزشکان علاوه بر کار درمان، هزینه‌های مطب، تجهیزات، دستگاه‌های سونوگرافی و سایر ابزارهای تخصصی را نیز پرداخت می‌کنند: «مثلا یک دستگاه برای بی‌اختیاری ادرار حدود سه میلیارد تومان هزینه دارد. وقتی تعرفه پایین است و پزشک مجبور است وقت و انرژی زیادی صرف کند، دخل و خرج به هم نمی‌خورد». او با مقایسه شرایط ایران و سایر کشورها توضیح می‌دهد که در کشورهای پیشرفته، بیمه‌ها هزینه واقعی خدمات پزشکی را پرداخت می‌کنند و پزشکان مجبور به دریافت پول مستقیم از بیمار نیستند: «در آمریکا، ویزیت یک متخصص زنان حدود ۵۰۰ دلار است و بیمه‌ها هزینه عمل را به پزشک پرداخت می‌کنند. در ایران چنین شرایطی وجود ندارد و دستمزدها بسیار پایین است». دهدشتی تأکید می‌کند که فشار مالی و پایین‌بودن تعرفه‌ها باعث می‌شود پزشکان یا مجبور به گرفتن پول از بیماران شوند یا به مهاجرت فکر کنند: «کسانی که نمی‌توانند هزینه‌ها را جبران کنند، مهاجرت می‌کنند. بعضی‌ها هم از انجام درمان صرف‌نظر می‌کنند و وارد کارهای دیگر می‌شوند». او همچنین به ریسک و مسئولیت سنگین پزشکان اشاره می‌کند: «اگر کوچک‌ترین مشکلی برای مادر یا نوزاد پیش بیاید، پزشک مسئول است و حتی ممکن است تا پایان عمر ملزم به پرداخت دیه باشد. وقتی تعرفه‌ها با واقعیت کار همخوانی نداشته باشد، طبیعی است که پزشکان دچار فشار شدیدی شوند». در نهایت، دهدشتی معتقد است که مشکل اصلی، پایین‌بودن دستمزدها و تعرفه‌های پزشکی است و تا زمانی که این مشکل حل نشود، پرداخت‌های خارج از تعرفه و فشار بر پزشکان ادامه خواهد داشت.

۱۲ میلیون زیرمیزی برای زایمان

پایین‌بودن تعرفه‌های پزشکی و فشار ناشی از هزینه‌های اضافی، نه‌تنها پزشکان را در تنگنا قرار می‌دهد، بلکه خانواده‌ها و بیماران را نیز با شرایط پیچیده‌ای مواجه می‌کند. تجربه علی، ۳۷ساله و کارمند، نمونه‌ای روشن از این وضعیت است.

او می‌گوید تا یک یا دو هفته قبل از زایمان همسرش، هیچ نشانه‌ای از پرداخت‌های غیررسمی وجود نداشت و خودشان تا آن زمان چیزی درباره زیرمیزی نمی‌دانستند. روز آخر، هنگام مراجعه همسرش به پزشک، مطلع شدند که هزینه‌ای خارج از تعرفه رسمی برای عمل زایمان در نظر گرفته شده است. علی برای روشن‌شدن موضوع با منشی پزشک تماس می‌گیرد و متوجه می‌شود که این پرداخت مستقیم به پزشک تعلق دارد و شامل بیمه نمی‌شود. او توضیح می‌دهد که بعدا متوجه شده در مقایسه با سایر پزشکان، این مبلغ به نسبت مناسب بوده است. شنیده بود که در برخی بیمارستان‌های تهران، پرداخت‌های غیررسمی تا ۷۰ میلیون تومان نیز می‌رسد و حتی بیمارستان‌ها از این موضوع مطلع‌اند. او تأکید می‌کند که فشار مالی این هزینه‌ها و نگرانی‌های روانی ناشی از آن، بخش مهمی از تجربه خانواده‌ها هنگام زایمان است. مجموع هزینه بیمارستان همسرش ۴۳ میلیون تومان شد و پزشک هم ۱۲ میلیون تومان، همان هزینه مجزا برای خودش را دریافت کرد؛ مبلغی که علی با قرض‌گرفتن از خانواده و دوستانش تأمین کرده بود.

سهم ۶ تا ۸ میلیونی پزشک از زایمان ۵۵ میلیونی

به گفته برخی پزشکان، شکاف میان تعرفه رسمی و فشار کاری بالا باعث شده تا گروهی از همکاران آنها به دریافت «پرداخت‌های غیررسمی» یا همان زیرمیزی روی بیاورند؛ اقدامی که از نظر قانونی تخلف است، اما در نبود سازوکار اصلاح تعرفه و پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه، به پدیده‌ای پنهان و فراگیر در زایشگاه‌ها تبدیل شده است. پریسا طاهرزاده، جراح و متخصص زنان و زایمان با فلوشیپ نازایی است. او در گفت‌وگو با «شرق» از فشار اقتصادی سنگینی می‌گوید که پزشکان زنان در سال‌های اخیر با آن روبه‌رو شده‌اند؛ فشاری که به باور او، زمینه‌ساز رشد پرداخت‌های غیررسمی میان برخی پزشکان شده است. با وجود اینکه خودش هیچ‌گاه چنین پرداختی از بیماران دریافت نکرده، اما از ساختار ناعادلانه تعرفه‌ها و تأخیر در پرداخت‌ها به‌شدت گلایه دارد. او می‌گوید بسیاری از همکارانش مانند او هیچ مبلغ اضافه‌ای از بیماران نمی‌گیرند؛ نه برای زایمان، نه سزارین و نه جراحی‌های دیگر، چه در بیمارستان دولتی و چه خصوصی. در بیمارستان‌های خصوصی نیز رویه‌های کنترلی سخت‌گیرانه‌تری اعمال می‌شود؛ مانند بیمارستان نیکان غرب که در دو سال اخیر از بیماران برگه‌ای مبنی بر پرداخت‌نکردن پول به جراح می‌گیرد. به گفته طاهرزاده، این سازوکار باعث شده دریافت زیرمیزی عملا غیرممکن شود، مگر در مواردی که بیمار خود تمایل به پرداخت مبلغی اضافه داشته باشد. به گفته او، با این حال، پزشکان در برابر این شفافیت، هزینه سنگینی می‌پردازند. او از دستمزدهای پایین جراحی‌ها به‌عنوان «اجحاف بزرگ» یاد می‌کند: «برای نمونه، در یک عمل سزارین که بیمار در بیمارستان خصوصی حدود ۵۵ میلیون تومان هزینه می‌کند، سهم پزشک تنها شش تا هشت میلیون تومان است. اگر هم پزشک بیمه تکمیلی بیمار را بپذیرد، همین مبلغ با چند ماه تأخیر پرداخت می‌شود». به گفته طاهرزاده، در این چرخه مالی، «پزشک همیشه زیان‌دیده است»؛ ساختاری که در آن بیمار راضی نگه داشته می‌شود، اما هزینه رضایت او از جیب پزشک پرداخت می‌شود. به گفته این پزشک متخصص حوزه زنان، این وضعیت به‌ویژه زمانی بحرانی‌تر می‌شود که شکایت‌های بیماران -حتی در مواردی بی‌مورد- افزایش می‌یابد و پزشکان در معرض پیگردهای سنگین قرار می‌گیرند. طاهرزاده می‌گوید بسیاری از همکارانش در چنین شرایطی به این نتیجه رسیده‌اند که انجام برخی عمل‌ها دیگر صرفه ندارد. او به‌عنوان نمونه از عمل هیستروسکوپی یاد می‌کند که ماه گذشته در یکی از بیمارستان‌های خصوصی تهران انجام داده است؛ عملی که بیمار برای آن حدود ۲۷ تا ۳۰ میلیون تومان پرداخته، اما سهم پزشک از این مبلغ کمتر از هفت میلیون تومان و با چند ماه تأخیر بود. درحالی‌که این جراحی، ریسک بالایی دارد و در صورت بروز عارضه‌هایی مانند سوراخ‌شدن رحم، ممکن است به بحران‌های جدی منجر شود. طاهرزاده باور دارد که سیاست‌های وزارت بهداشت در سال‌های اخیر «به نفع بیماران و به زیان پزشکان» پیش رفته و هیچ حمایتی از جامعه درمانی در برابر فشارهای مالی و حقوقی صورت نگرفته است. او با وجود همه این نارضایتی‌ها، هنوز خود را پایبند به اصول اخلاقی حرفه‌ای می‌داند. «زهرا» درباره تجربه خود و خانواده‌اش از پرداخت‌های خارج از تعرفه در بیمارستان توضیح می‌دهد. او می‌گوید چند سال پیش، زایمان همسر برادرش در یک بیمارستان نیمه‌خصوصی انجام می‌شود و هزینه نهایی عمل سزارین حدود ۲۰ تا ۲۱ میلیون تومان بوده است. پیش از زایمان، پزشک خانواده با بیمار توافق می‌کند که مبلغی به‌عنوان پرداخت مستقیم به او داده شود. این پرداخت حدود چهار میلیون تومان بود و به دلیل آشنایی قبلی پزشک با خانواده، کمتر از مبلغ معمولی که پزشکان عنوان می‌کنند، مطرح شده است. او تجربیات مشابهی هم از چند جراحی دیگر در خانواده دارد. چندی پیش که یکی از اعضای خانواده‌شان مجبور به عمل زانو شده، پزشک معالج شرط کرده که یک سکه بهار آزادی پیش از عمل برای او خریداری شود. آنها به هر زحمتی بود سکه را می‌خرند و جراحی انجام می‌شود. زهرا همچنین تجربه‌ای از پرداخت غیررسمی برای عمل چشم خود هم دارد. او می‌گوید سه سال پیش پزشک برای عمل چشم از او ۲۵ میلیون تومان نقد درخواست می‌کند و از او می‌خواهد این پول را به منشی تحویل دهد؛ منشی محل تحویل را مشخص می‌کند و زهرا پول را در دو نوبت تحویل می‌دهد. به گفته او، پزشک اعلام می‌کند در صورت پرداخت با کارت، مبلغ بیشتری (حدود ۱۰ میلیون تومان اضافه) دریافت می‌کند و می‌گوید مبلغ نقدی «بدون مالیات» است و در صورت پرداخت کارت، بیمار باید مالیات و هزینه بالاتری را تقبل کند. زهرا می‌گوید پس از این پرداخت، پزشک از او تعهد می‌گیرد که موضوع را رسانه‌ای نکند.

ضرورت واقعی‌سازی تعرفه‌ها

بابک شکارچی، معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی، پرداخت‌های غیررسمی در حوزه زایمان را نتیجه مستقیم فاصله میان تعرفه رسمی و واقعیت اقتصادی حرفه پزشکی می‌داند. به باور او، وقتی تعرفه واقعی خدمات درمانی تعیین نشده و دستمزد پزشک با مسئولیت و پیچیدگی کار همخوانی ندارد، نمی‌توان انتظار داشت پدیده‌هایی مانند «زیرمیزی» شکل نگیرد. شکارچی در گفت‌وگو با «شرق» تأکید می‌کند که در بیمارستان‌های خصوصی تهران، حتی برای افرادی که توان مالی بالایی دارند، سهم پزشک از هزینه کل زایمان محدود است. او می‌گوید جراح در بیمارستان‌های خصوصی معمولا اجازه دریافت مبالغ بسیار بالا ندارد و بررسی‌ها نشان می‌دهد که حتی در بهترین مراکز، پرداختی به پزشک از سطح واقعی حرفه‌ای او فاصله زیادی دارد. این شکاف به معنای فشار مضاعف بر پزشکان است: «پزشکان در عمل مسئول جان مادر و نوزاد هستند و کوچک‌ترین خطا می‌تواند پیامدهای شدید روحی، حرفه‌ای و قانونی برای آنها داشته باشد». او مقایسه‌ای میان نظام سلامت و نظام آموزش و پرورش ارائه می‌دهد و می‌گوید همان‌طور که خانواده‌ها برای جبران ضعف مدارس دولتی به معلمان خصوصی مراجعه می‌کنند، در نظام درمان نیز بیماران برای اطمینان از کیفیت خدمات به پزشکانی مراجعه می‌کنند که حرفه‌ای‌تر عمل می‌کنند. شکارچی توضیح می‌دهد که مشکل نه در انگیزه پزشکان، بلکه در ساختار سیستم است: «پزشکان اصولا علاقه‌ای به ارتباط مالی مستقیم با بیمار ندارند و ترجیح می‌دهند خدمات از مسیر بیمه‌ها پرداخت شود. وقتی تعرفه واقعی نباشد و بیمه به‌موقع مبلغ را پرداخت نکند، پزشک ناچار به تصمیمات دشوار می‌شود و در نهایت فشار اقتصادی از جیب او تأمین می‌شود». او اضافه می‌کند که عدم واقعی‌سازی تعرفه‌ها در تمام رشته‌های پزشکی دیده می‌شود و تنها محدود به حوزه زنان نیست. مثال می‌زند از جراح ارتوپد یا اعمال دیگر که در بخش دولتی با تعرفه‌های ناچیز مواجه‌اند و در بیمارستان خصوصی نیز سهم پزشک محدود است. نتیجه این شرایط، مهاجرت پزشکان به حوزه‌هایی مانند جراحی زیبایی یا خدمات لوکس است که هم ریسک پایین‌تر و هم درآمد بالاتری دارند، درحالی‌که سلامت عمومی جامعه آسیب می‌بیند. او راهکار واقعی را اصلاح ساختار تعرفه‌ها و حذف رابطه مالی مستقیم بین پزشک و بیمار می‌داند: «باید بیمه‌ها وارد میدان شوند تا پزشک دیگر مجبور نباشد مستقیم از بیمار پول بگیرد. در بسیاری از کشورها، این ارتباط به‌کلی حذف شده است. خدمات لوکس مثل جراحی زیبایی یا دندان‌پزشکی خاص، می‌تواند خارج از این چارچوب باشد، اما خدمات پایه باید تحت پوشش بیمه قرار گیرد و هیچ مبلغی مستقیم از بیمار دریافت نشود». شکارچی همچنین تأکید می‌کند که بیشتر پزشکان، به‌ویژه در حوزه زنان، درستکارانه عمل می‌کنند و درصدی که تخلف دارند، بسیار کم است: «بیش از ۹۰ درصد پزشکان ما کارشان را درست انجام می‌دهند. مشکل واقعی از ساختار سیستم است، نه از پزشکان».

بابک شکارچی، معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی: پزشکان اصولا علاقه‌ای به ارتباط مالی مستقیم با بیمار ندارند و ترجیح می‌دهند خدمات از مسیر بیمه‌ها پرداخت شود. وقتی تعرفه واقعی نباشد و بیمه به‌موقع پرداخت نکند، پزشک ناچار به تصمیمات دشوار می‌شود و در نهایت فشار اقتصادی از جیب او تأمین می‌شود

سلامت

پوکی استخوان در نیمی از زنان بالای ۵۰ سال

مدیرکل دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت با بیان اینکه از هر دو زن بالای ۵۰ سال، یک نفر به پوکی استخوان مبتلاست، گفت: «اگرچه بخشی از عوامل پوکی استخوان مانند ژنتیک، نژاد و جنس قابل تغییر نیست، اما با اصلاح سبک زندگی می‌توان تا حد زیادی روند بیماری را به تأخیر انداخت».

جعفر جندقی با اشاره به آغاز هفته ملی سلامت استخوان و عضلات گفت: «در تقویم جهانی، روز ۲۸ مهرماه مصادف با ۲۰ اکتبر، به‌عنوان روز جهانی پوکی استخوان شناخته می‌شود و به همین مناسبت، ما در کشورمان از چند سال گذشته این روز را در قالب یک هفته، تحت عنوان پویش ملی سلامت استخوان و عضلات برگزار می‌کنیم. هدف اصلی این هفته، ارتقای سواد سلامت مردم در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان و اختلالات مرتبط با آن است».

جندقی با بیان اینکه پوکی استخوان بیماری‌ای خاموش و بدون علامت است، ادامه داد: «معمولا افراد زمانی متوجه بیماری خود می‌شوند که دچار شکستگی می‌شوند. در این مرحله مواد معدنی استخوان کاهش یافته و استخوان‌ها شکننده شده‌اند. شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان اغلب در نواحی حیاتی بدن مانند ستون مهره‌ها، لگن و استخوان ران رخ می‌دهد که نقش اصلی در تعادل و استحکام بدن دارند».

او توضیح داد: «بعضی از این شکستگی‌ها ممکن است حتی بدون ضربه مشخصی ایجاد شوند؛ مثلا با یک عطسه یا سرفه ساده. بسیاری از بیماران سال‌ها با دردهای مزمن یا کمردرد مبهم زندگی می‌کنند، بدون آنکه بدانند دچار شکستگی مهره شده‌اند. در مراحل پیشرفته‌تر، کوتاه‌شدن قد، خمیدگی قامت و محدودیت حرکت بروز می‌کند که کیفیت زندگی را به‌شدت کاهش می‌دهد».

مدیرکل دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت با اشاره به اهمیت پیشگیری از شکستگی لگن گفت: «شکستگی لگن یکی از جدی‌ترین پیامدهای پوکی استخوان است و آغاز فرایند ناتوانی یا زمین‌گیری در سالمندان محسوب می‌شود. حدود ۲۰ درصد از مبتلایان، در سال اول پس از شکستگی فوت می‌کنند و نیمی از بازماندگان دیگر هرگز به زندگی عادی برنمی‌گردند. این افراد معمولا نیازمند مراقبت دائمی خانواده یا خدمات حمایتی هستند و بار اقتصادی و اجتماعی زیادی به نظام سلامت تحمیل می‌کنند».

او در ارائه راهکارهای پیشگیری گفت: «برای جلوگیری از شکستگی‌ها باید دو عامل را مدنظر قرار دهیم؛ نخست ایمن‌سازی محیط زندگی سالمندان و دوم تقویت استخوان‌ها و عضلات. سالمندان به دلیل کاهش تعادل و ضعف عضلات، بیشتر در معرض زمین‌خوردگی قرار دارند. باید محیط منزل‌شان روشن، بدون سیم و مانع و ایمن باشد و در عین حال، دید و شنوایی‌شان به‌طور منظم بررسی شود تا بتوانند تعادل خود را حفظ کنند». به گفته او، در کنار ایمنی محیط، حفظ استحکام استخوان‌ها اهمیت زیادی دارد. هرچه پیشگیری و تشخیص زودتر انجام شود، احتمال شکستگی کمتر خواهد بود. فعالیت بدنی منظم، تغذیه مناسب و پرهیز از رفتارهای پرخطر در این زمینه نقش کلیدی دارد.

جندقی درباره وضعیت شیوع پوکی استخوان در کشور گفت: «آمارهای ما مربوط به افراد بالای ۵۰ سال است. براساس داده‌های ملی، از هر دو زن بالای ۵۰ سال، یک نفر به پوکی استخوان مبتلاست.

همچنین درصد قابل‌توجهی از مردان در سنین بالای ۵۰ تا ۷۰سالگی نیز در معرض این بیماری قرار دارند. به‌طور کلی، پوکی استخوان در زنان شایع‌تر بوده و زودتر بروز می‌کند که علت آن تغییرات هورمونی دوران یائسگی است».