

نگاهی عمیق تر به مسائل مورد بحث این روزها در حوزه پزشکی

ریشه در ادغام آموزش و درمان است؟

قدم اول: اصلاح نگاه و ادبیات

بگذارید ا داغ‌ترین و آخرین اخبار این حوزه که البته پاسخی به حواشی چند وقت اخیر است، شروع کنیم. سعید نمکی، وزیر بهداشت، در مراسم تقدیر پزشکان به مناسبت روز پزشک ناظر به لایحه افزایش دیوربرای ظرفیت پزشکی که در مجلس طرح شده است، گفت: «به دوستانم در مجلس محترم اخطار می‌دهم این افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی، به جز بیشتر شدن پزشکان بیکار، حاصل دیگری نخواهد داشت. «نمکی همچنین خطاب به پزشکان گفت: «می‌دانم که این تعرفه‌ها مورد توجه شما نیست، اما سعی کردم تعرفه‌ها به گونه‌ای باشد که رضایت شما را جلب کند. صراحتا اعلام می‌کنم تا من وزیر بهداشت هستم، اجازه نمی‌دهم کسی بیرون از حرفه پزشکی به درون حرفه ما وارد کند و ما را مورد توهین قرار دهد. طبق قراری که با نماینده انجمن های علمی، وزارت بهداشت و نماینده نظام پزشکی داشتیم، بنا شد مشکلات درونی خانواده پزشکی درون خودمان حل شود. « محمدرضا ظفرقندی، رئیس کل سازمان نظام پزشکی هم همچون نمکی به مناسبت روز پزشک بیانیه‌ای منتشر کرد و در بخشی از آن خطاب به پزشکان نوشت: «وجود یک درآمد مناسب برای افرادی که از نخبه‌ترین اقشار جامعه بوده و در عین حال سال‌ها علاوه بر تلاش و تحمل سختی‌های زیاد در دوره‌های آموزشی خود شامل کارآموزی، کارورزی، دستیاری تخصصی و فوق تخصصی سخت‌ترین شرایط کاری و زندگی را تحمل کرده‌اند و در میانسال

قدم سوم: آنچه منتقدان می‌گویند

مساله سیاستگذاری

مساله نقد به نظام سلامت کشور هم همچون سایر نقدها به سایر نظامات و مسائل حداقل دو طرف دارد که یکی ذینفع و به قولی مدافع آن است و طرف دیگر هم منتقد آن، پس خواندن و نوشتن اظهارات و اعتقادات هر دو طرف جبری است که نمی‌توان از آن فرار کرد و در نهایت خواننده است که باید نتیجه گیری کند؛ تغییر به نفع مردم است یا تثبیت وضع موجود. در نگارش نظرات منتقدان و مصادیق و موضوعات مختلفی وجود دارد که می‌توان به هر کدام از آنها به صورت جداگانه اشاره کرد و در انتها نظرات موافقان را هم در برابر آن نوشت. وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، نظام پزشکی و... به‌عنوان نهادهای سیاستگذار و تصمیم گیر در حوزه سلامت کشور فعال هستند. با نگاهی به ترکیب دو نهاد اصلی نخست، یعنی وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی مساله تامل برانگیز حضور حاکم‌تری پزشکان در آن‌هاست. یعنی از ۱۴ وزیر بهداشت جمهوری اسلامی از ابتدای انقلاب تا امروز، هر ۱۴ نفر پزشک بوده‌اند. در کنار این مساله از ۲۳ عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی هم به‌عنوان یکی دیگر از نهادهای تصمیم گیر در حوزه نظام سلامت ۲۲ نفر پزشک هستند. به‌ادعان منتقدان این کلونی ایجادشده توسط پزشکان در نهادهای تصمیم گیر و سیاستگذار خود تعارض منافع ایجاد می‌کند و به تبع آن نفع مردم و بیماران بعد از نفع شخصی پزشکان مطرح می‌شود.

قصه پرغصه مالیات پز شکان

اگر قرار باشد علل اصلی نوشتن این گزارش را اولویت‌بندی کنیم، یکی از اصلی‌ترین ها مساله مالیات پزشکان است. نصب و استفاده از دستگاه POS در مطب پزشکان ماجرابی است که اخیرا بسیار پررنگ تر شده و کمتر کسی است که از آن مطلع نباشد و اخبار مرتبط با آن را نشنیده باشد. چند وقت پیش هم در گزارشی در شبکه سوم سیما اعلام شد براساس آمار در سال ۹۷ پزشکان مجموعا ۱۵۰ میلیارد تومان مالیات داده‌اند و این در حالی است که براساس گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس مالیات پرداختی پزشکان باید بیش از ۶ هزار میلیارد تومان باشد و آنها ۴۰ برابر کمتر مالیات پرداخته‌اند.
مضاف بر این مجید حسینی یکی از فعالان اجتماعی درباره مالیات پزشکان گفته است طی تفاهنامه‌ای بین نظام پزشکی و اداره مالیات، پزشکان ۷۰ درصد درآمد خود را به عنوان هزینه

قدم چهارم: آنچه موافقان می‌گویند

پیوند محیط آموزشی با محیط کاری موفقیت‌آمیز بود

امیرحسین قاضی زاده‌هاشمی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ضمن واکنش به انتقادات در پاسخ به این سوال که چرا آموزش پزشکی در اختیار وزارت بهداشت است و وزارت علوم در آن نقشی ندارد، گفت: «اوایل انقلاب خیلی کمبود پزشک داشتیم. تعدادی پزشک غیرایرانی در نقاط مختلف مشغول طبابت بودند. آن زمان مشکلاتی بین نظام پزشکی و دولت وقت پیش آمد و دولت وقت به این نتیجه رسید که حوزه آموزش پزشکی را توسعه دهد و تعدادی نیروی انسانی تربیت کند. آن زمان آموزش پزشکی دست وزارت علوم بود. برای اینکه بتوانند از محیط‌های درمانی که در اختیار وزارت بهداری است برای آموزش پزشکی استفاده کنند، لاجرم بخش آموزش پزشکی را در وزارت بهداری ادغام کردند. با توجه به اینکه خدمات بهداشتی و درمانی توسط وزارت بهداری انجام می‌شد ولی پزشکان آن زمان در محیط آکادمیک آموزش می‌دیدند و دور از محیط پزشکی بودند، تصمیم بر این شد پزشکان با محیط واقعی که بعدا می‌خواهند در آن کار کنند، آشنا شوند. گروه آموزشی برای این کار تاسیس شد. هدف این بود که نیروی انسانی که تربیت می‌شود متکی بر نیازهای واقعی محیط خدمت باشد و کاملا آکادمیک نباشد. این تا حدودی موفقیت‌آمیز بود یعنی الان نیاز به پزشک خارجی نداریم، تخصص‌های ما توسعه یافت. آن زمان تعداد زیادی بیمار اعزام به خارج از کشور برای درمان داشتیم و مقدار زیادی ارز از کشور خارج می‌شد. گزارشی گرفتیم که سال گذشته هیچ اعزامی به خارج از کشور برای دریافت خدمات درمانی نداشتیم. با این شیوه آموزشی دانش پزشکی هم رشد خوبی داشته است، کمتر از یک‌دهم اساتید دانشگاه و بخش آموزش کشور در اختیار پزشکی است اما بیش از ۳۰ درصد علم در کشور از حوزه علوم پزشکی تولید می‌کند.»

در گزینش پزشک ایراد داریم؛ ۴۰ درصد از متخصصان وارد بازار کار نمی‌شوند

قاضی زاده در ادامه به مشکلات تربیت نیرو و توزیع پزشک اشاره کرد و گفت: «ما در حوزه شبکه در مان و سلامت بیشتر مشکل توزیع نیروی انسانی داریم تا کمبود. نمی‌خواهم بگویم کم یا زیاد است چون اطلاعات دقیق ندارم که از این تعداد پزشک چند نفر کار می‌کنند و چند نفر مهاجرت کردند. آماری دادند که هشت‌هزار پزشک عمومی در مشهد داریم که از این تعداد ۴ هزار ۲۰۰ نفر کار می‌کنند و بقیه پزشکی نمی‌کنند. این معنی دار است. این پزشک درس خوانده و تربیت شده یا توان پزشک شدن را ندارد چون کار سختی است و با خون و مرگ و... باید روبرو شود یا جای دیگری درآمد بهتری دارد و پزشک عمومی را رها کرده است. الان باید پرس وجو کنیم که نیروهایی که تربیت می‌کنیم، چرا وارد بازار کار نمی‌شوند. همین الان نیمی از نیروی انسانی عمومی و ۲۰ درصد متخصصان ما وارد بازار کار نمی‌شوند. تخصص می‌گیرند ولی کار تخصصی نمی‌کنند. باید دلیل این را فهمید و مشکل را حل کرد. در گزینش پزشک نباید کنکور ملاک باشد. در دنیا هم همین است. سه، چهار مرحله آزمون اعم از شخصیت‌شناسی و... دارند و صرفا کنکور نیست. باید رصد کنیم وضعیت شغلی اینها چه می‌شود. پزشکی حوزه خدماتی است. خیلی‌ها تخصص می‌گیرند و حاضر نیستند شهر دور بروند یا اینکه حقوق خوبی به آنها داده می‌شود. شهرهای محیطی ما خالی می‌ماند. کسی بخواهد رسیدگی کند باید این مسائل را آسیب‌شناسی کند. تنها تعدادی از کسانی که پشت کنکور مانده‌اند، دوست دارند دکتر شوند، البته من فکر می‌کنم می‌توان ۲۵ درصد ظرفیت آموزش پزشکی را افزایش داد، به شرطی که آموزش پزشکی صدمه نینیند، البته همچنان معتقدم مشکل اصلی در اینجا نیست و جای دیگری است.»

مساله آموزش پزشکی

پس از انقلاب و در ایامی که پزشکان خارجی از کشورهای مختلف در کشور محصور پررنگ و زیادی داشتند، شورای عالی انقلاب فرهنگی به‌منظور افزایش تعداد پزشکان و تربیت نیروی پزشکی بیشتر مساله آموزش و پزشکی راه به وزارت بهداشت محول کرد. این تفویض اختیار آموزشی به وزارت بهداشت که وزارتخانه‌ای خدماتی است به اذعان منتقدان زمینه‌ای را برای انحصار در این حوزه ایجاد کرده است. تنظیم گلوگاه‌های ورودی و تربیت نیروی متخصص و تنظیم و تعیین ظرفیت پذیرش دانشجو توسط وزارت بهداشت نه وزارت علوم و آموزش مساله‌ای است که به گفته منتقدان شرایط را برای بهره‌برداری‌های منفعتی مهیا کرده است. مقاومت شدید وزارت بهداشت و پزشکان و کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در برابر افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی هم به‌عنوان مصداقی در جهت حفظ شرایط انحصاری توسط پزشکان، از سوی منتقدان اعلام می‌شود.

درنظر گرفته و الباقی را هم با شرایطی کمتر از حد مالیاتی اظهار می‌کنند و اکثرا معاف از مالیات می‌شوند. یکی از دلایلی هم که از نصب دستگاه POS در مطب‌ها ممانعت می‌کنند همین پنهان ماندن اصل درآمد آنهاست. نکته جالب دیگری که حسینی به آن اشاره می‌کند، تعطیلی ادارات کل درمان استان هاست که بودجه کل حوزه سلامت و درمان بعد از آن تحت اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی و رئیس این دانشگاه قرار می‌گیرد و از آنجایی که مدیریت هیات‌امانی است، با زسی خاصی صورت نمی‌گیرد و این بودجه بسیاری که به دانشگاه علوم پزشکی داده می‌شود و فقط بخشی از آن برای دانشگاه‌های علوم پزشکی و آموزشی است و بخش اعظم آن برای باقی بیمارستان‌های فعال در شهرها و استان هاست، مشخص نیست طی چه سازوکاری هزینه می‌شود.

نظام پزشکی نقش دادستانی دارد، نه قضاوت

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در ادامه به انتقادات وارد به سازمان نظام پزشکی پاسخ داد و گفت: «این حرف غلط است که بگوییم فقط نظام پزشکی قانون و اختیارات زیادی دارد. نظام مهندسی، نظام کشاورزی، نظام روانشناسی، نظام پرستاری و... قانون دارند و همه واجد همین اختیارات به صورت کم و بیش هستند. نکته دوم اینکه کار نظام پزشکی همانند پزشکی قانونی دست‌محور حکم نیست بلکه یک نوع کار کارشناسی در پرونده‌های پزشکی است. طبیعتا نمی‌توان انتظار داشت وقتی حوزه تخصصی مورد گالیه و شکایت است کسی که به لحاظ علمی صلاحیت ندارد، قضاوت کند. من در حوزه ساخت ساختمان شکایت دارم، اگر ذی‌فن نباشد چطور می‌تواند تشخیص دهد قصوری اتفاق افتاده یا خیر؟ همه حوزه‌ها همین است. قاضی‌ای که حکم صادر می‌کند از طرف حرف قضائیه منصوب می‌شود. نظام پزشکی به عبارتی نقش دادستانی دارد، نه قضاوت! در دنیا هم همین است. طبق قانون وظایف صنفی بر عهده نظام پزشکی قرار گرفته است. منتها طبیعتا مثل نمایندگان مجلس حوزه فعالیت آنها ملی است. اشکالی هم در مجلس ششم که قانون نظام پزشکی تصویب شد، وجود دارد. تعرفه‌گذاری را به سازمان داده بود که بعدا در قالب برنامه ششم اصلاح شد. البته در هیات دولت، نه شورای بیمه، بیمه پیشنهاددهنده و هیات دولت تصویب کننده است.»

نیمی از دانشجویان پزشکی، پزشک نمی‌شوند

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در پاسخ به این سوال که با این تفاسیر مشکل اصلی کجاست؟ گفت: «من خودم استاد دانشگاه هستم و از اوضاع تربیت نیرو و دانشجویان پزشکی آگاهم، تعداد زیادی از دانشجویانی که نزد ما می‌آیند، قابلیت پزشک شدن ندارند و پزشک هم نمی‌شوند. نزد مدارس می‌خوانند و نمرات بدی هم ندارند ولی اصلا در حال و هوای پزشک شدن نیستند. من این امر متوجه می‌شوم. فقط می‌خواهند عنوان دکتر داشته باشند و تمام شود. من در دانشگاه‌های شهید بهشتی استاد هستم و این موردی که عرض می‌کنم در این دانشگاه است. کسانی که به شهید بهشتی می‌آیند ریزه ریز ۱۰۰ هستند و من می‌دانم نیمی از اینها توان پزشک شدن ندارند. ممکن است مدرک بگیرند ولی در بازار نمی‌توانند پزشک شوند و سرخورده می‌شوند و اگر یکی، دو پرونده در نظام پزشکی هم برای آنها درست شود و بار دادگاه بروند در کل پزشکی را رها می‌کنند.»

چهارشنبه ۶ شهریور ۱۳۹۸ | شماره ۲۸۴۹

۱۶

جامعه

روزنامه‌نگار

ابوالقاسم رحمانی

روزنامه‌نگار

حواشی گوناگون پیرامون این صنف و حرفه می‌شنویم و می‌بینیم، اگر باز هم وجوب پرداخت به مساله پزشکیان را درک نکنیم می‌توان با کلیدواژه‌ها این پرداخت را توجیه کرد؛ کار تخوان، انحصار، افزایش ظرفیت، افزایش تعرفه، پر کیس و... همین‌ها را که چندباری مرور کنیم و جست‌وجوی مختصری هم در فضای مجازی و رسانه‌ای داشته باشیم، احتمالا به راحتی توجیه می‌شویم که باید نوشت و فهمید که در عالم پزشکی و نظام سلامت کشور چه می‌گذرد که عده‌ای برای نقد آن شب و روز نمی‌شناسند و عده‌ای دیگر هم برای حفظ وضع موجود تمام تلاش خود را می‌کنند.

قدم دوم؛ طرح درست صورت مساله

برای تغییر به نفع مردم و وقوع اتفاقی که در نهایت نفعش را مردم و مستضعفان ببرند، نه پوپولیسم راهگشاست و نه شعار توسعه و سرمایه‌داری، بنابراین برای نقد و مقابله با هر پدیده‌ای ابتدا باید صورت‌مساله و اصل مطالبه روشن باشد. رفع انحصار، سیاستگذاری انحصاری، تعیین تعرفه‌ها و تعارض منافع، افزایش ظرفیت و بسیاری دیگر از تیت‌رها و موضوعات همه مسائلی است که حول نقد نظام سلامت موجود در کشور مطرح می‌شود؛ مسائلی که در هر کدام از آنها زیرمساله‌های بسیار و جزئیات گوناگونی وجود دارد که با پرداخت کلی به یکی از آنها نمی‌توان انتظار نتیجه مطلوب داشت. بگذارید ر ا حثرت بنویسیم، چند وقتی است تمرکز منتقدان و تصمیم‌گیران، به‌صورت اخص وزارت بهداشت و مجلس شورای اسلامی روی لایحه دو فوریتی افزایش دیوربرای ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی متمرکز شده است و دو طرف، یعنی منتقدان و سیاستگذاران هر دو حول این محور در حال بحث و جدل هستند. اما آیا واقعا مساله اصلی این است؟ آیا تمام نقد به ساختار نظام سلامت موجود در همین یک مولفه خلاصه می‌شود؟ حتما این طور نیست و این به نوعی ابزاری برای تقویت تسویه حساب‌های شخصی و از آن طرف هم‌راهی برای مسدود کردن هر نوع انتقاد و تغییری شده است. بنابراین ابتدا باید طرح مساله درستی صورت بگیرد و بعد از آن طرف نقد نیز مشخص و سپس مراحل بعدی اجرا شود.

رسیدگی به خطای پزشکی

مساله قصورات و خطای پزشکان شاید یکی از مسائلی است که اگر با آن مواجه نبوده‌ایم از آن بسیار شنیده و خوانده‌ایم، صفحه حوادث روزنامه‌ها و حتی نقل قول‌های دهان به دهان. یکی از انتقادات جدی دیگر به وضع موجود در نظام سلامت که از سوی منتقدان مطرح می‌شود و حالا بعد از پرداخت به نظام پزشکی باید آن را بررسی کرد، نحوه رسیدگی به قصورات پزشکی است. نظام پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، تعزیرات حکومتی، قوه قضائیه و... نهادهایی هستند که به مساله قصورات پزشکی رسیدگی می‌کنند. یعنی خود پزشکان به تخلفات خودشان رسیدگی می‌کنند و به اذعان منتقدان حتی در برخی شهرستان‌های کوچک که تعداد پزشکان محدود است، ممکن است خود پزشکی که خطا کار بوده مسئول رسیدگی به پرونده اش باشد. این حضور پررنگ پزشکان در مساله رسیدگی به قصورات پزشکی و حتی استفاده قوه قضائیه از پزشکان معرفی شده توسط نظام پزشکی برای رسیدگی به پرونده‌های قصورات پزشکی مجرابی برای ایجاد تعارض منافع و عدم احقاق حقوق عامه توسط منتقدان عنوان می‌شود.

تخصص‌ها، محل اصلی نقد

در پایان بیان انتقادات به نظام سلامت، نکته قابل تاملی وجود دارد و آن اینکه بخش اعظم و اصلی نقدها متوجه تخصص هاست، متخصصانی هستند که به اذعان منتقدان پرکیس‌های چندصد میلیونی دارند، متخصصانی هستند که درآمد‌های بالا دارند و خیلی از آنها از پرداخت مالیات سر باز می‌زنند، متخصصانی هستند که قائل به ورود افراد بیشتر و افزایش تعداد متخصص‌ها نیستند و... پس نقد اصلی به آن‌هاست، چرا که ریزندت‌ها بعد از سال‌ها تحصیل در مدت کار کردن در بیمارستان‌ها و... درآمد‌های حداقلی و زیر ۳ میلیون تومان دارند، پزشک‌های عمومی قربانی انحصار متخصص‌ها و محدود شدن فعالیت‌هایشان توسط متخصص‌ها هستند، تا جایی که برای رادیولوژی و عمل آپاندیس که در آموزش‌های عمومی قرار دارد نمی‌توانند اقدام کنند و درآمدی داشته باشند، پرستاران همواره در درآمد‌های پایین و مشکلات معیشتی و حرفه‌ای آسیب می‌بینند و متذد وضع موجودند، بهیچان و کارشناسان بهیوشی و اتاق عمل و آزمایشگاه و... همه را حثت از محدودیت‌ها و درآمد‌های پایین هستند و...

افزایش ظرفیت به ضرر مردم است

این نماینده مجلس به‌سراغ مساله داغ این روزها یعنی افزایش ظرفیت پزشکی رفت و درباره آن گفت: «این موضوع حساسی است، از این لحاظ که اگر نیروی انسانی کم داشته باشیم دسترسی مردم دچار اختلال می‌شود و اگر زیاد داشته باشیم هم مردم ضرر می‌کنند. چون مکانیسم‌های درآمد کشور ما مبتنی بر ویزیت است. باید تعداد بیماران مراجعه کننده به پزشکان زیاد باشد تا آنها برای تأمین زندگی خود درآمد مناسبی داشته باشند. اصطلاحی در دنیا به‌عنوان تقاضای القایی وجود دارد که به معنای ایجاد هزینه بی دلیل برای مردم بر شرکت بیمه برای دریافت هزینه‌هاست، یعنی کسی که درآمد کافی ندارد مجبور است برای انسان‌های سالم هزینه‌تراشی کند تا تأمین درآمد کند. بنابراین کسانی که طرفدار افزایش تعداد پزشک هستند فکر نکنند کار درستی است، چهار هزار نفر را هشت‌هزار نفر می‌کنند، به چهار هزار نفر خدمت و به ۸۰ میلیون خیانت می‌کنند. تجربه‌ای را عرض می‌کنم. رئیس دانشگاه در سمنان بودم. متخصص جراح مغز و اعصابی را به آنچا فرستاده بودند که به آن نیاز داشتیم، کارش هم خوب بود. نیرو به اندازه کافی نداشتیم. بعد از مدتی متوجه شدم هر مرضی که برای مشکل کم‌ر درد به ما مراجعه می‌کند را برای درآمد بیشتر عمل می‌کند و من وقتی متوجه شدم اخراجش کردم. نتیجه افزایش ظرفیت این می‌شود. بنابراین کسانی که بی دلیل دنبال افزایش ظرفیت هستند بعدا به مردم خیانت می‌کنند. آمریکا یکی از بدترین سیستم‌های پزشکی جهان را دارد. هزینه‌های درمان در آمریکا به حدی زیاد است که اقتصاد این کشور را زمین می‌زند. برخی آمریکا را مثال می‌زنند، اشتباه است. من می‌گویم پزشک باید به اندازه نیاز باشد یعنی باید بدانیم مجموعه شبکه بهداشت و درمان کشور چقدر نیروی نیاز دارد و براساس آن نیرو تربیت کنیم. اینجا جای رقابت نیست، رقابت در پزشکی به ضرر مردم است. اصلا رقابت در بازار سلامت بی‌معناست.»

شکاف موجود در ساختار پزشکی به خاطر نظام پرداخت و مالیات است

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در پایان به وضعیت ویژه متخصص‌ها اشاره کرد و گریزی هم به مساله مالیات دادن و ندادن پزشک‌ها زد و گفت: «مشکل اصلی که باعث شکاف بین متخصص و پزشک عمومی و... می‌شود، نظام پرداخت است. نظام پرداخت و نظام مالیات در کشور مشکل دارد و تنها برای پزشکان نیست، و کلا هم همین مشکل را دارند. تمام حقوق خوانده‌ها وضع خوبی دارند؟ تمام و کلا در پرونده‌ها یک میلیارد می‌گیرند؟ خیلی کم هستند ولی هستند. هر کسی حقوق خوانده را نمی‌توان شامل این بحث دانست که درآمد میلیاری دارد. این نظام پرداخت یعنی نظام توزیع منابع و مالیات درست نیست. مثلاً در کشور آمریکا یک متخصص اطفال در سال ۱۵۰ هزار دلار درآمد دارد. این آمار برای سال ۵۸ است. درآمد جراح مغز و استخوان در آمریکا یک میلیون دلار در سال است. تفاوت بین این زیاد است ولی نوع مالیات‌رسانی چطور است؟ کاری می‌کنند که آن ۱۵۰ هزار دلار، ۱۲۵ هزار دلار شود و یک میلیون دلاری ۶۵۰ هزار دلار می‌شود. یعنی ۵۶۱ درصد از آن مالیات می‌گیرند. ۵۰ هزار دلار بیشتر است ولی تفاوت ۱۵۰ هزار تا یک میلیون دلاری نیست. این نظام مالیات‌ستانی فاصله‌ها را کم می‌کند. فرق این است. نظام توزیع منابع هم به همین صورت است. باید به اندازه نقش‌ها منابع توزیع شود. یعنی نسبت متخصص با پزشک عمومی با پرستار چطور است، به همان ترتیب منابع توزیع شود. اینها ربطی به رشته و تخصص ندارد. مردم انتخاب‌شان را با بازار تنظیم می‌کنند. وقتی رشته‌ای درآمد بیشتری دارد به سمت آن رشته علاقه‌مند می‌شوند. رشته‌ای که ۵۲ سال پیش هیچ علاقه‌مندی نداشت، امروز همه طرف‌دار آن شده‌اند. یعنی بازار شرایط را تغییر می‌دهد. یک زمان کسی دندانپزشکی نمی‌رفت ولی الان نمرات بالا به سمت این رشته می‌روند. این ربطی به رشته و علم و درس ندارد. نظام اقتصادی وارد حوزه علم می‌شود و این مشکلات را ایجاد می‌کند.»