



سال گذشته، موضوع شرایط انحصاری صدور مجوز طبابت بعد از چهار دهه مورد بازبینی قرار گرفت. در نهایت بعد از چند ماه، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی نسبت به کاهش امتیازبندی این مجوز اقدام کردند. طی این اقدام وزارت بهداشت، امتیازات لازم برای اخذ پروانه طبابت در ۵ شهر بزرگ (تهران-اصفهان-مشهد-تبریز و شیراز) از ۲۶۰ امتیاز به ۲۵۰ امتیاز و امتیاز لازم برای اخذ پروانه در سایر مراکز استان ها از ۲۵۰ امتیاز به ۱۷۰ امتیاز کاهش یافت. اگرچه کاهش امتیاز صدور مجوز طبابت موجب تسریع نسبی فرایند اخذ مجوز برای پزشکان جوان شد، اما همچنان بستر کسب امتیاز در بخش دولتی پاسخگوی تعداد افزایشی فارغ التحصیلان این رشته نیست.

بنابراین در گام بعدی دولت با تفکیک «پروانه طبابت» از «پروانه مطب» فرصت‌های قابل توجهی برای اشتغال آزاد پزشکان جوان فراهم خواهد کرد. در نتیجه پزشکان می‌توانند بعد از گذراندن تعهدات قانونی خود، حق انتخاب آزاد برای طبابت در بخش دولتی یا خصوصی داشته باشند.

با اعمال تفکیک، طبابت غیررسمی و زیرزمینی پزشکان، عملاً حذف خواهد شد؛ زیرا که دیگر برای طبابت پزشکان نیازی به کسب امتیاز نیست و می‌توانند بلافاصله پس از گذراندن طرح به طبابت بپردازند. برای افزایش انگیزه پزشکان جوان به فعالیت در مراکز درمانی دولتی نیز، اقدام دولت برتری دادن سابقه فعالیت درمانی برای کسب امتیاز تأسیس مطب، در بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی خواهد بود.

باتوجه به وضعیت نامطلوب توزیع پزشک در کشور، دولت به دنبال آن است تا شرط کسب امتیاز برای تأسیس مطب در شهرهایی که دچار کمبود پزشک هستند حذف شود و با تسهیل شرایط، انگیزه بازگشت پزشکان به شهرهای بومی خود افزایش پیدا کند؛ چرا که نزدیک ۸۰ درصد پذیرفته شدگان پزشکی از مناطق ۲ و ۳ کنکور بوده و مهاجرت معکوس و پایدار این گروه بایستی اصلی‌ترین هدف در تنظیم توزیع پزشک با صدور مجوز تأسیس مطب باشد. در پایان بایستی یادآور شده که کاهش امتیازبندی مجوز طبابت تنها گام نخست ایجاد تحول در ورود آسان پزشکان به حوزه خدمت‌رسانی به مردم عزیز ایران است و دولت سیزدهم با عزمی راسخ به دنبال تکمیل زنجیره اقدامات خود تا رفع تمامی موانع سرراه پزشکان جوان ایرانی است.

عارضه دیگری که در انحصار صدور مجوز طبابت مشاهده می‌گردد، رواج امضاها و طلایی در فرایند صدور آن، کارشناس محور بودن بررسی امتیازات متقاضیان و همچنین وابستگی تأیید سوابق پزشکان به ارائه گواهی از مراکز درمانی محلی، زمینه‌ساز گسترش فساد در این حوزه بوده است. طی ماه‌های گذشته نیز شبکه گسترده فساد در صدور مجوز طبابت توسط نهادهای نظارتی شناسایی شد. به گفته سرپرست اداره ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات سازمان نظام پزشکی، از بین افرادی که در این سال‌ها شماره نظام گرفتند به طور تصادفی ۵۱۰ پرونده از میان شماره نظام پزشکی‌های ۱۳۰ هزار به بالا مورد بررسی قرار گرفت که ۶۸ پرونده مشکل داشت و بررسی‌ها نشان داد که اقداماتی مانند اخذ رشوه، جعل نامه و... صورت گرفته است.

ضرورت بازبینی دولت در شرایط صدور پروانه طبابت

مسئله انحصار در صدور پروانه طبابت به شکل مستقیم پزشکان جوان را تحت تأثیر قرار داده و مانع اشتغال مستقل آنها بلافاصله بعد از گذراندن تعهدات آموزشی و قانونی خود می‌گردد. باتوجه به افزایش قابل ملاحظه تعداد پزشکان کشور نسبت به چند دهه پیش و تأمین بخش عمده نیاز مراکز دولتی از طریق بکارگیری پزشکان بومی، محدودسازی امکان طبابت پزشکان جوان با سازوکار فعلی توجیهی نداشته و ندارد؛ زیرا باعث توزیع پایدار خدمات پزشکی در مناطق محروم نگردد.

با ورود اولین پزشکان بومی مناطق محروم به بازار خدمات پزشکی، که از اواسط دهه ۹۰ پذیرش شده‌اند، مسئله دسترسی به پزشک در مناطق محروم نیز تا حدود زیادی در حال حل شدن است و ظرفیت مراکز دولتی این مناطق برای اشتغال پزشکان و کسب امتیاز محدودتر خواهد شد. این پزشکان موظفند بعد از اتمام تحصیل به مدت ۱۰ سال (۷،۵ سال برای متخصصین) در مناطق محروم طبابت کنند. همچنین روند افزایشی پذیرش بومی پزشکان با مصوبه «افزایش ظرفیت پزشکی عمومی» سال ۱۴۰۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی به طور قابل توجهی تأمین نیاز مناطق محروم را تسریع می‌نماید.

دولت به دنبال حذف کامل موانع اشتغال پزشکان جوان

به دنبال نامه رئیس مرکز ملی مطالعات، پایش و بهبود محیط کسب‌وکار به رئیس سازمان نظام پزشکی در شهریور

غیردولتی، منوط به جمع‌آوری امتیاز باشد، امری نادر و غیرمنطقی است؛ در دیگر رشته‌های نظام سلامت نیز امر اشتغال دانش‌آموختگان، منوط به اخذ امتیاز نیست. همچنین در قانون «اجازه تأسیس مطب» مصوب سال ۱۳۶۲ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب سال ۱۳۶۳ نیز، بحثی از «پروانه طبابت» مطرح نشده و صرفاً «پروانه تأسیس مطب» منوط به جمع‌آوری امتیاز شده است و تعمیم حکم قانون درباره «پروانه تأسیس مطب» به «پروانه طبابت» توسط وزارت بهداشت، بدون پشتوانه قانونی و حتی مصوبه هیأت وزیران بوده است.

تبعات صدور پروانه طبابت بر اساس امتیازبندی

در سازوکار قبلی، فعالیت در مراکز درمانی دولتی، اصلی‌ترین بستر اخذ امتیاز است. این در حالی است که ظرفیت پایین بخش دولتی برای فعالیت بیش از ۵ هزار پزشک جوان که سالانه دانش‌آموخته می‌شوند، موجب گسترش فعالیت‌های غیررسمی آنان در درمانگاه و مطب‌های خصوصی کلانشهرها یا افزایش انگیزه‌های مهاجرت نیز شده است که این مسئله از عوامل دشواری دسترسی به خدمات پزشکی در مناطقی از کشور است. اگرچه فعالیت غیررسمی پزشکان جوان در درمانگاه‌های خصوصی درآمد بهتری نسبت به بخش دولتی برای آنها به همراه دارد، اما برنده این وضعیت صرفاً درمانگاه‌های خصوصی هستند؛ چرا که بعد از مدتی به سوءاستفاده از پزشکان بدون پروانه روی می‌آورند. برای مثال در برهه زمانی که درآمد یک درمانگاه خصوصی کاهش پیدا می‌کند، پزشکان بدون پروانه تبدیل به ابزاری برای تجویزهای غیرمنطقی اقلامی چون سرم و داروهای نیازمند تزریق و یا القای خدمات دیگر به منظور درآمدزایی برای بخش‌های دیگر درمانگاه خصوصی می‌شوند.

از سوی دیگر، باتوجه به اینکه تأسیس مراکز درمانی جدید مثل درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود نیازمند مشارکت پزشکان دارای پروانه طبابت است، می‌توان گفت محدودیت در صدور مجوز طبابت نه تنها به خروج پزشکان جوان از فعالیت‌های رسمی و قانونی می‌انجامد، بلکه مانعی برای گسترش زیرساخت‌های درمانی و افزایش بستریهای اشتغال پزشکان در کشور نیز بوده است. این در حالیست که با گسترش درمانگاه‌ها و دیگر مراکز ارائه خدمات به صورت گروهی، هزینه‌های زیرساختی پزشکان کاهش یافته و باتوجه به فعالیت شبانه‌روزی این مراکز، میزان دسترسی مردم به خدمات درمانی نیز افزایش می‌یابد.

اگرچه فعالیت غیررسمی پزشکان جوان در درمانگاه‌های خصوصی درآمد بهتری نسبت به بخش دولتی برای آنها به همراه دارد، اما برنده این وضعیت صرفاً درمانگاه‌های خصوصی هستند؛ چرا که بعد از مدتی به سوءاستفاده از پزشکان بدون پروانه روی می‌آورند



شهرستان	جمعیت شهرستان	پروانه طبابت فعال	درصد جمعیت از کل	درصد پروانه طبابت فعال از کل
تهران	۹,۰۳۹,۵۰۰	۲۰,۳۶۸	۱۱	۲۸
مشهد	۳,۶۱۹,۸۱۷	۴,۶۶۲	۴	۷
شیراز	۱,۹۵۵,۵۰۰	۳,۸۱۰	۲	۵
اصفهان	۲,۱۷۸,۷۰۰	۳,۷۰۳	۳	۵
تبریز	۱,۸۵۱,۸۰۰	۲,۴۰۱	۲	۴
مجموع ۵ کلانشهر	۱۸,۶۴۵,۳۱۷	۳۴,۹۴۴	۲۲	۴۹
کل کشور	۸۴,۰۵۶,۲۶۵	۷۱,۷۴۱	۱۰۰	۱۰۰