■ سال بیست‌وهشتم ■ شماره ۷۸۳۷ ■ یکشنبه ■ ۱۰ بهمن ۱۴۰۰ ■ ۲۷ جمادی الثانی ۱۴۴۳ ■ 30 Jan. 2022

ایران زندگی

رئیس سازمان فناوری اطلاعات در نخستین نشست خبری خود اعلام کرد

حمایت از کسب و کارهای نوپا با صرفه‌جویی یارانه‌ها

صفحه ۱۱

کودکان فصل سرما را دوست دارند اگر هوا آلوده نباشد، کرونا برود و برف به اندازه کافی ببارد

رؤیای یک دل سیر برف‌بازی کردن

صفحه ۱۲

«ایران» در گفت‌وگو با پزشکان متخصص طرحی، از چرایی امتناع طبابت آنها در مناطق محروم گزارش می‌دهد

رنج طبیب شدن

عکس: رضا معطریان / ایران

فریبا خان احمدی
خبرنگار

هزاران کیلومتر دورتر از زن و بچه و خانه واقعی‌شان هستند. آنها همان پزشکان متخصصی هستند که دوره طرح‌شان را در مناطق محروم می‌گذرانند، فرق‌شان با پزشکان نجومی بگیر زمین تا آسمان است، زیرمیزی ندارند، مطب ندارند ولی ناباورانه هردوی‌شان دریک کفه ترازو قضاوت می‌شوند. اگر گذرتان به مناطق محروم و صفر مرزی افتاده هرروز آنها را در حال رفت و آمد در جاده‌های صعب‌العبور می‌بینید. تعهدنامه محضری برای ماندگاری در مناطق محروم دست و پای‌شان را بسته و به اجبار با کمترین درآمد تن به طبابت در مناطق محروم می‌دهند. رد برخی‌های‌شان را که بگیرید می‌بینید بعد از فارغ‌التحصیل شدن یا راهی کشورهای همسایه مانند عمان می‌شوند یا قید طبابت را می‌زنند و مشاغل آزاد را به حقوق ۸ یا ۱۰ میلیون تومانی ماهیانه و کارانه‌های چندرغازی ترجیح می‌دهند. می‌گویند، زهوار در و پنجره پانسیون‌های پزشکی در رفته، موش و عقرب هم که میهمان دائمی‌شان است و بوی نم چهاردیواری، صدای چکه سقف خانه‌ها و ترس از مارگزیدگی روی اعصاب‌شان رژه می‌رود. جاده‌های برخی روستاهای دورافتاده هم آنچنان خطرناک است که اگر پزشک متخصص، زن باشد و باردار باید مدام نگران سقط جنینش باشد.

پزشکان متخصص طرحی همه این رنج‌ها و مشقت‌ها را تحمل می‌کنند تا طبیب شوند اما در نهایت هیچ انگیزه‌ای برای ماندن در مناطق محروم ندارند. منتظر می‌مانند پایان طرح‌شان فرابرسد و خودشان را از آن منطقه آزاد کنند. برای همین هم مناطق محروم با بحران کمبود پزشک متخصص مواجه‌اند. بسیاری از پزشکان متخصص طرحی به‌دلیل حذف طرح‌های تشویقی که قبلاً در طرح تحول نظام سلامت برای ماندگاری آنها در مناطق محروم در نظر گرفته شده بود و همچنین مالیات و پرداخت پلکانی، پرداخت دیرهنگام کارانه و وضعیت سخت معیشتی و کمبود امکانات رفاهی قید حضور در مناطق محروم را می‌زنند و اهالی این مناطق برای انجام یک جراحی ساده یا ویزیت متخصص آواره شهرهای بزرگ می‌شوند. ما در این گزارش به یک معادله چندمجهولی و پیچیده درباره چرایی عدم‌ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم می‌پردازیم. این گزاره که کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم کاملاً محسوس است، اما سؤال این است چرا پزشکان متخصص طرحی از حضور در مناطق محروم امتناع می‌کنند؟

■ پزشکان متخصص «طرحی ضریب کا» و «متعهد خدمت» چه می‌گویند؟

پزشکان سهمیه منطقه محروم باید ۸۵ درصد نمره قبولی در دانشگاه را کسب کنند و بعد از گذراندن دوره دستیاری باید ۱۲ سال معادل سه برابر مدت تحصیل‌شان طرح اجباری‌شان را در مناطق مرزی، دورافتاده یا ساحلی خدمت کنند در غیر این صورت مدرک‌شان برای طبابت در گرو دانشگاه علوم پزشکی باقی می‌ماند. اما در طرح ماندگاری پزشکان «سهمیه آزاد» مشمول طرح دو ساله هستند که با احتساب ضریب محرومیت مناطق بین ۲ سال تا ۱۴ ماه و ۱۲ روز باید در نقاط محروم خدمت کنند. اما اعتراض اصلی هر دو گروه متخصصان سهمیه آزاد و سهمیه مناطق متوجه پرداختی‌ها و دستمزدهای پایین‌شان است. مشاهدات میدانی ما در سال ۹۴ بعد از اجرای طرح ماندگاری پزشکان در منطقه محروم صفر مرزی میرجاوه‌وشهرستان‌های خاش نشان می‌داد پزشکان برای رفتن به مناطق محروم به‌دلیل دریافتی بالا (یک پزشک عمومی در شبکه بهداشت روستایی در آن سال‌ها ۱۶ میلیون تومان در ماه دریافتی داشت) به اصطلاح سر و دست می‌شکستند. چرا؟ چون آن زمان قانون پرداخت بر مبنای طرح پلکانی وجود نداشت، پرداختی‌ها بموقع و البته رقم‌شان بالا بود و پزشکان متخصص طرحی به‌دلیل همین جذابیت‌ها حاضر بودند مشقت و سختی‌های ماندن در بی‌امکانات‌ترین نقاط کشور را تحمل کنند. بعد از چند سال طرح تحول نظام سلامت به‌دلیل عدم تأمین منابع کافی وقتی به نقطه شکست خود نزدیک شد. در گام اول، بساط مشوق‌های مالی برای پزشکان متخصصی که در مناطق محروم طرح‌شان را می‌گذراندند، جمع شد، اما همه سرخوردگی‌ها و بی‌انگیزه شدن متخصصان برای ماندن در نقاط محروم به اینجا ختم نمی‌شود. اصل ماجرا با کلیدواژه طرح «پلکانی درآمد و پرداخت مالیات» شروع شد. اسناد و مدارکی که پزشکان متخصص طرحی در اختیار خبرنگار ما قرار داده‌اند نشان می‌دهد، پرداخت مبتنی بر «طرح قاصدک» در برخی دانشگاه‌ها گاهی با ۱۸ ماه تأخیر انجام می‌شود. درواقع بسته «طرح ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم» که قرار بود راهی به سوی نظام سلامت مطلوب کشور باز کند حالا به یک معادله چندمجهولی وگره کوری بدل شده است. یعنی زمانی که قطار طرح تحول از ریل اصلی‌اش خارج شد و در نهایت با مدیریت نادرست منابع در دولت یازدهم و دوازدهم عملاً سازمان‌های بیمه گر دست نظام سلامت را خالی گذاشتند. نتیجه چه بود؟ چون پول نداشتند از سر و ته پرونده پزشکان مناطق محروم می‌زدند و بیمه‌ها پس از کسر کسورات بالا و بستن مالیات‌های سنگین به دریافتی این پزشکان عملاً به حق و حقوق ماندگاری پزشکان در مناطق محروم پشت کردند. در کنار همه این ارثیه‌های دولت گذشته به این نکته هم که از زبان پزشکان متخصص طرحی بیان می‌شود و البته عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز تأیید می‌کند، توجه کنید؛ پزشکان متخصص در پایتخت در مراکز خصوصی ۱۰ درصد مالیات می‌دهند اما از یک پزشک متخصص که در یک منطقه دوردست و محروم ارائه خدمت می‌کند تا ۳۵ درصد مالیات گرفته می‌شود! در آخر نیز در کنار چنین قوانین و آیین‌نامه‌های ناعادلانه، مسائل و سختی‌های زندگی در مناطق محروم و دوری از خانواده را هم اضافه کنید.

سینا سیدی‌پور، جراح عمومی و پزشک متخصص سهمیه مناطق است. او تعهد دارد حداقل ۱۲ سال در منطقه محروم کهنوج استان کرمان خدمت کند. دکتر سیدی‌پور به «ایران» می‌گوید: بیمارستان کهنوج دو پزشک جراح دارد که هر کدام از ما ۱۵ روز از ماه را کشیک هستیم، گاهی نیز هر دو، کل ماه را می‌مانیم و یک روز در میان کشیک می‌دهیم. برخی تخصص‌ها مانند گوش و حلق و بینی ۲۳ روز موظف‌اند کشیک دهند. با آنکه هر ساعت از شبانه روز باید بر بالین بیمار حاضر شویم اما حق ماندگاری ما به‌صورت ابهام آمیزی پرداخت نمی‌شود، در حالی که قانون تصویب شده ولی برخی دانشگاه‌ها سلیقه‌ای عمل می‌کنند و مصوبه را اجرا نمی‌کنند.

فیش حقوقی این جراح عمومی ۸ میلیون و ۹۰۰ هزار تومان است. حقوق مابقی تخصص‌ها نیز بین ۸ تا ۱۰ میلیون تومان در ماه متغیر است. بستگی به وضعیت تأهل و منطقه خدمت‌شان دارد. کارانه‌ها هم بر حسب تعداد عمل جراحی و به شکل طرح پلکانی پرداخت می‌شود؛ البته بین ۶ الی ۱۸ ماه زمان می‌برد کارانه بعد از کسر مالیات پرداخت شود. طرح پلکانی یعنی آنکه سقف عمل جراحی بیش از رقم اعلامی باشد. برای عمل‌های بعدی هیچ کارانه‌ای تعلق نمی‌گیرد. کارانه برخی رشته‌ها مثل زنان و جراحان ارتوپدیست‌ها بر حسب حق عمل است اما متخصص‌های پوست و اطفال و داخلی همین را هم ندارند و دستمزدها برحسب بستری شدن بیماران و خدمات‌شان در بخش بستری است. به گفته دکتر سیدی‌پور بیش از ۹۰ درصد پزشکان متخصص طرحی بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان درآمد دارند و کارانه‌ها به قدری ناچیز است که درصد کمی‌شان به سقف کارانه می‌رسند.

این پزشک جراح در ادامه از برخی کاستی‌ها نیز گلایه می‌کند و می‌گوید: گاهی جراح را به منطقه‌ای می‌فرستند که متخصص بیهوشی ندارد. خب این جراح چگونه عمل کند؟ گاهی رادیولوژیست نیست که سونوی مریض را انجام دهد، یعنی نوعی توزیع ناموزون نیرو وجود دارد. در بیمارستان کهنوج کرمان ۹ عدد تخت بستری را به جراح اختصاص داده‌اند یعنی مجبورم مریض اورژانس و غیراورژانس را فقط روی همین ۹ تخت بخوابانم، تخت اضافی نمی‌دهند. بنابراین میزان کارم باید بر اساس ۹ تخت باشد، بیشتر از آن ظرفیت ندارد و در نتیجه نمی‌توانم درآمد بیشتری داشته باشم. ظرفیت نامتوازن است در صورتی که تخت هست و مریض هم داریم اما تخت بیشتری در اختیار جراح قرار نمی‌دهند و مریض‌هایی هم که به در بسته می‌خورند به جیرفت و بندرعباس و کرمان می‌روند و همین رفت و آمدهای جاده‌ای، نارضایتی بیماران را هم بیشتر می‌کند.

پزشکان متخصص طرحی حداقل در سن ۳۵ سالگی فارغ‌التحصیل می‌شوند و بر این باورند که چون وقت و انرژی‌شان را صرف مردم مناطق محروم می‌کنند، با کمبود امکاناتش می‌سازند اما درآمدهای‌شان هیچگونه آینده‌شان را تضمین نمی‌کند. دکتر سیدی‌پور در ادامه به زدوبند و رانت برخی پزشکان متخصص طرحی برای فرار از طرح اجباری در مناطق محروم نیز اشاره می‌کند و در پاسخ به اینکه آیا پزشکان طرحی اجازه کار در بخش خصوصی یا تأسیس مطب را دارند، پاسخ می‌دهد: «به پزشکان طرحی اصلاً اجازه کار در بخش خصوصی را نمی‌دهند مگر اینکه دانشگاه اعلام کند که پزشک طرحی در مراکز تابع دانشگاه بر حسب نیازشان در بیمارستان دیگری کار کند. تصمیم‌گیری برعهده دانشگاه است و دانشگاه تعیین می‌کند کجا بروید کار کنید. مگر آنکه متخصص طرحش تمام شده باشد و بعد از کشیک در بیمارستان، در مطب نیز مریض ببینند.»

■ تعهدنامه محضری برای ماندگاری پزشکان طرحی در مناطق محروم

دکتر علی سلحشور، دبیر کارگروه پزشکان طرحی ضریب K نظام پزشکی و متخصص بیهوشی نیز درباره چرایی امتناع پزشکان متخصص برای ماندن در مناطق محروم به «ایران» می‌گوید: خدمت در مناطق محروم مختص ایران نیست که فرمول راه حل آن را ندانیم. ساده‌ترین کار نگاه به کشورهای دیگری است که پزشکان شان به مناطق محروم می‌روند و خدمت می‌کنند. سؤال اصلی ما این است چرا باید بعد از دوره تخصصی به منطقه محروم برویم؟ اولاً پزشکی جزو معدود شغل هایی است که در ازای تحصیل رایگانی که انجام می‌دهد خدمت رایگان برای دولت و کشور در مناطق محروم و با هزینه‌های پایین ارائه می‌کند. البته این تعهد بعد از پایان دوره پزشکی عمومی انجام می‌شود که طبق قانون دو سال طرح می‌رویم و وزارتخانه، محل خدمت را تعیین می‌کند. کمبود پزشک در مناطق محروم وجود دارد. اگر وزارت بهداشت و دولت شرایط کار و زندگی را برای پزشکان و غیرپزشکان در این مناطق فراهم کنند، یعنی تسهیلات و امکانات رفاهی در اختیارشان قرار دهند، و از نظر بحث‌های حقوقی جذابیت ایجاد کنند، هیچ گاردی برای نرفتن به این مناطق وجود ندارد. برای مثال شما مهندس‌های عسلویه را در نظر بگیرید؛ دو هفته کار می‌کنند و دو هفته استراحت و پایه حقوقی‌شان کاملاً متفاوت با بقیه مهندس‌ها است. این تفاوت‌ها باید معنی‌دار و بسته به شرایط کاری باشد. دوم، اعتراض ما به وزارت بهداشت است که می‌گویند کاری نداریم دو سال طرح پزشک عمومی را گذرانده‌اید، اگر تخصص بخوانید باید به من تضمین دهید که طرح اجباری را بگذرانید. بنابراین اگر بخواهیم متخصص شویم تنها راه ورودی آن وزارتخانه است؛ یعنی باید دو نفر ضامن در دفترخانه گذراندن طرح اجباری ما را تضمین کنند وگرنه اجازه تحصیل نداریم در حالی که طرح تخصصی ضریب k غیرقانونی است. او درباره دریافتی پزشکان متخصص «طرحی ضریب k» نیز می‌گوید: دریافتی بستگی به رشته تخصصی و دانشگاه علوم‌های پزشکی دارد و نظم و یکپارچگی بین دانشگاه های مختلف نیست، البته پرداختی حقوق ثابت است ولی کارانه ها طبق طرح پلکانی پرداخت می شود. برای مثال اگر هزینه اقدامات درمانی مریض تصادفی ۲۰ میلیون تومان باشد یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومانش را از جیب پرداخت می کند و حق پزشک در آن فاکتور ۷۰۰ هزار تومان است. اگر مجموع این ۷۰۰ هزار تومان‌ها در ماه ۱۰ میلیون تومان شود، طبق طرح پلکانی و کسر مالیات و کسورات ۵ میلیونش را به پزشک می دهند، یعنی به معنای واقعی از فاکتور ۲۰ میلیون تومانی بعد از کم کردن کسورات و مالیات، ۴۰۰ هزار تومان هم به پزشک داده نمی شود. البته همین کارانه هم به صورت پلکانی و با کسورات زیاد یک سال یا هجده ماه بعد پرداخت می‌شود.

دکتر سلحشور درباره اجازه تأسیس مطب به پزشکان طرحی ضریب k نیز می گوید: پزشک طرحی نمی تواند در طول طرح جای دیگری باشد مگر آنکه در ۱۵ روزی که کشیک نیستیم دانشگاه اجازه دهد که در بخش خصوصی کار کنیم. با همه اینها پزشک طرحی با حجم کار بالا، مسئولیت و استرس زیادی که دارد درپافتی اش از یک کارشناس هوشبری، مامایی یا اتاق عمل کمتر است. از طرفی مالیات پزشکان در بخش خصوصی ۱۰ درصد و دولتی ۳۵ درصد است. از نظر من قانونگذار کاری کرده که پزشک رغبتی برای ماندن در بخش دولتی نداشته باشد، برای همین هم هیأت علمی ها از دانشگاه ها خارج می شوند و آموزش پزشکی آسیب می بیند. آمار بگیرید و ببینید که از ۵ درصد رتبه اول تمام رشته‌ها چند نفر به بخش دولتی رفته‌اند؟

■ مطالبات پزشکان متخصص طرحی ضریب k و تعهد خدمت

با همه این مشکلات وزارت بهداشت سال‌هاست می گوید بودجه ای نداریم که فردی را با حقوق و دریافتی معقول به مناطق محروم ارسال کنیم و با این شرایط هم کسی حاضر نیست برود. از سویی هم مسئولان استان‌ها و شهرها تأکید می‌کنند که در این مناطق کمبود وجود دارد، اما وزارت بهداشت چه می‌تواند انجام دهد؟ سعید کریمی معاون درمان وزارت بهداشت در پاسخ به این سؤال می گوید: «پزشکان پس از دوره فارغ‌التحصیلی یک دوره اجباری را در مناطق محروم می‌گذرانند، اما بعد از پایان طرح، هیچ تعهدی برای ماندگاری ندارند. اگر قرار باشد ماندن‌شان در این مناطق صورت بگیرد باید شرایط اقامت برای آنها تسهیل شود. رفع مشکل کمبود پزشک در مناطق محروم جزو پیشنهادهایی است که ارائه کردیم تا بتوانیم برای افرادی که در مناطق محروم ارائه خدمت انجام می‌دهند، تسهیلاتی فراهم کنیم که البته هنوز این بسته تصویب نشده است.»

به هر ترتیب تعداد پزشکانی که در مناطق محروم حضور دارند کافی نیست اما این بدان معنا نیست که پزشک متخصص به اندازه کافی نداریم بلکه تجمع آنها در مراکز استان‌ها بیشتر است و در مناطق محروم حضور ندارند. البته تصمیم نهایی شورای عالی انقلاب فرهنگی یعنی افزایش ظرفیت‌های پزشکی به‌صورت بومی‌گزینی راه‌حلی است که برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تصویب شده است.

افزایش معنی دار حقوق ثابت متناسب با مسئولیت اقدامات پزشکی، حذف مالیات و پرداخت پلکانی در مناطق محروم، اجرای مصوبات و قوانین موجود بصورت یکسان در دانشگاه‌ها، ارائه تسهیلات وام و خدمات رفاهی و تأسیس خانه برای پزشکان، از جمله مطالبات این پزشکان است اما ۹۰ درصد مشکلات شان را مربوط به بیمه ها می دانند و بزرگترین چالش پاسخ به این مطالبات مربوط به سازمان های بیمه گر است. بی توجهی به این مطالبات در سال های اخیر موجب افزایش مهاجرت پزشکان و خروج پزشکان از چرخه طبابت شده است. پزشکان متخصص طرحی معتقدند؛ تا زمانی که شرایط ماندگاری پزشکان در مناطق محروم را تغییر ندهند هر اندازه هم ظرفیت ها را افزایش دهند باز هم پزشکان با رانت جابه جا می شوند.

یکی از پزشکان متخصص طرحی در پاسخ به اینکه افکار عمومی معتقد است پزشکان با هزینه بیت المال تحصیل می کنند اما هنگام ارائه خدمت رایگان هزار جور عذر و بهانه می آورند، عنوان می کند: ما در دوران رزیدنتی چهار سال تمام خدمات تقریباً رایگان ارائه می دهیم، اینها حساب نیست؟ ۴ سال شبانه روز کشیک دادیم و شب‌ها کف اورژانس‌ها سختی رزیدنتی را کشیدیم، از نظر شما اینها خدمات نیست؟ هزینه بیت المال در چند سال اول رزیدنتی ده برابر جبران می شود چون ما از دو شب تا ۶ صبح در بیمارستان ویزیت مریض ها را شروع می کردیم و ساعت ۶ صبح استاد می آمد. در اتاق عمل نیز رزیدنت ها عمل ها را انجام می دهند یعنی از کشیک گرفته تا پرونده نویسی و عمل ها را انجام می دهند. تمام خدمات بیمارستان روی دست رزیدنت ها می چرخد. گاهی اوقات بیشتر از ۴۸ ساعت در بیمارستان می دویم. در طول روز کنار استاد عمل می کنیم. میزان خدمات طی رزیدنتی خیلی فراتر است. می دانید اگر رزیدنت به هر دلیل تصادف کند یا بمیرد سه برابر هزینه تحصیلاتش را باید ضامن او پرداخت کند؟ پزشکان متخصص به دنبال پاسخ به این پرسش‌های‌شان هستند. اینکه چرا نیروی طرحی که ۱۲ سال درس خوانده از کسی که ۴ سال کارشناسی خوانده کمتر دریافتی دارد؟ چرا پزشکان طرحی که اطراف تهران طرح‌شان را می‌گذرانند با آنهایی که در استان های جنوب طرح می گذرانند یکسان حقوق می گیرند؟ چرا پزشکان تا ۴ سال پیش مایل بودند به مناطق محروم بروند اما الان نمی روند؟ چرا وزارت بهداشت در تقسیم بندی متخصص‌ها فقط می خواهد مراکز پر از پزشک باشد که گاهی اتاق عمل هم ندارند و جراح مریض سرپایی می‌بیند؟

یادداشت

هنر پایدارکردن خدمت پزشک در مناطق محروم

ملک فاضلی
عضو کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی

کمبود پزشک به‌طور عام در کل کشور نداریم بلکه مشکل اصلی عدم توزیع پزشک است. توزیع پزشک در کشور نمی‌تواند دستوری باشد باید مشوق‌هایی برای پزشکان در نظر بگیریم که با میل خودشان به مناطق محروم بروند و سال‌ها آنجا بمانند. اولین مشوق، مالی است. وقتی درآمد پزشک نسبت به سال ۹۳ به یک دهم مبلغ قبلی کاهش پیدا کرده است و از طرفی ارزش پول کم شده، بنابراین چطور می‌توان از پزشک متخصص انتظار داشت با این پرداختی‌ها در منطقه صفر مرزی همچون سراوان ماندگار شود؟ آیا افزایش پرداختی به پزشکان مناطق محروم در توان دولت است؟ خیر. برخی از دوستان سرانه پزشک نسبت به جمعیت را مطرح می‌کنند و طرح‌های نسنجیده‌ای نیز مطرح می‌کنند. در حال حاضر شماره نظام پزشکی به دویست هزار افزایش یافته است. اگر از این رقم ۵۰ هزار پزشک نیز از طبابت خارج شده باشند ۱۵۰ هزار پزشک داریم. طبق معیار بین‌المللی هر شخصی در سال ۴ بار مریض می‌شود و اگر همه امکانات از جمله دسترسی و توان پرداخت فراهم باشد حاصل ضرب این عدد در ۸۰ میلیون جمعیت برابر با ۳۲۰ میلیون نفر می‌شود که با احتساب تعداد ۱۵۰ هزار پزشک سرانه هر پزشک به ۱۰ نفر در روز می‌رسد، با این حال پزشکان طبابت را رها می‌کنند و اگر روزانه هزار پزشک نیز به سیستم اضافه کنیم مشکل مناطق صفر مرزی و استان‌های محروم حل نمی‌شود. افزایش ظرفیت‌های پزشکی طبق مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی باید مطابق با طرح بومی گزینی باشد، یعنی از مناطق محروم پزشکان را جذب کنند و شماره نظام پزشکی پزشکان مشمول طرح بومی گزینی فقط در همان منطقه محروم معتبر باشد. در غیر این صورت اگر روزانه دو هزار پزشک هم تربیت کنیم به‌دلیل درآمدهای کم بعد از اتمام طرح‌شان در مناطق محروم نمی‌مانند. بنده به‌عنوان نماینده مجلس روزانه با والدین زیادی روبه رو می‌شوم که دنبال جمع‌آوری امضا از نمایندگان مجلس هستند تا فرزندان‌شان برای خدمت تعهد پزشکی به مناطقی همچون سراوان اعزام نشوند. در نهایت نیز با نفوذ و ایجاد لابی با برخی نماینده‌ها شرایطی فراهم می‌کنند که ما را در مقابل مردم قرار می‌دهند. برخی‌ها نیز در هنگام انتخاب رشته محل تحصیل‌شان مناطق محروم را انتخاب می‌کنند اما بعداً با نفوذ و رانت به شهرهای بزرگ می‌روند. من به‌عنوان نماینده مجلس روزانه مراجعه کننده‌های زیادی دارم که دنبال راه چاره برای فرار از مناطق محروم هستند. بنابراین پزشک منطقه محروم باید در آب و خاک آن منطقه بزرگ شود و در منطقه خودش طبابت کند. با همه اینها ما در تهران با پزشکانی مواجه هستیم که ۱۰ برابر پزشکان شاغل در مناطق محروم درآمد دارند ولی مشمول طرح پلکانی نمی‌شوند و البته مالیات‌های‌شان هم از پزشکان مناطق محروم کمتر است. در چنین شرایطی کاملاً شفاف است که پزشک به مناطق صفر مرزی و محروم نمی‌رود. در چنین شرایطی در نظر بگیرید مصدوم تصادفی به‌دلیل نبود پزشک متخصص نورولوژیست مجبور است برای جراحی به زاهدان اعزام شود در حالی که باید در آن واحد عمل شود ولی در سراوان این بیماران باید راهی قبرستان شوند. باید مالیات و پرداخت پلکانی پزشکان متخصص طرحی برداشته شود و مالیات این گروه نباید از ۱۰ درصد بیشتر باشد. در آخر اینکه متأسفانه برخی نماینده‌های مجلس که تریبون مجلس دستشان است اظهار نظرهای غیر کارشناسانه می‌کنند و جو منفی علیه پزشکان مناطق محروم ایجاد می‌شود که واقعاً ایثار می‌کنند. میانگین دریافتی پزشکان متخصص طرحی به‌صورت عام ۸ میلیون تومان است. هنر آن است که خدمات نظام سلامت را در مناطق محروم پایدار کنیم.