

از: کمیسیون اصل نودم قانون اساسی

به: مجلس شورای اسلامی

موضوع: گزارش کمیسیون اصل نود از روند پیگیری و تصویب افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی

مقدمه

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی از مهم‌ترین حقوق هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی، یکی از تعهدات حاکمیتی است. همچنین مبارزه با هرگونه انحصارطلبی و رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه مردم بر اساس بند ۹ اصل سوم قانون اساسی از دیگر تعهدات دولت است.

در حال حاضر یکی از بزرگ‌ترین معضلات نظام سلامت دسترسی ناکافی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی است. کمبود پزشک به ویژه پزشک متخصص از جمله مهم‌ترین عوامل ایجاد و تشدید این معضل به شمار می‌رود.

به وجود آمدن بازار انحصاری در ارائه خدمات سلامت (به‌خصوص خدمات تخصصی)، کاهش کیفیت خدمات درمانی، افزایش خطاهای پزشکی در اثر فشار بالای کاری و نبود نیروی جایگزین، صف‌های طولانی انتظار برای دریافت خدمات و همچنین توزیع نامتوازن پزشک در کشور از تبعات کمبود پزشک است.

همچنین کمبود پزشک در بحران‌هایی نظیر کرونا، آسیب‌های فراوانی از جمله افزایش مرگ و میر به علت عدم دسترسی به خدمات و فشار کاری بالا و خستگی کادر درمان به‌ویژه پزشکان را به دنبال دارد.

## اهمیت و ضرورت موضوع

### ۱- لزوم اجرای قوانین و اسناد بالادستی

وجود قوانین و اسناد بالادستی در این حوزه می‌تواند روشن‌کننده چشم‌انداز کلی کشور برای مدیران اجرایی باشد. از جمله اسناد بالادستی حوزه سلامت در خصوص افزایش دسترسی به پزشک و افزایش ظرفیت پزشکی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

الف- بند ۵، ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی

ب- ماده ۱۳ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به‌صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور

ج- بند ۲ تبصره ۲ ماده ۷۴ برنامه پنج‌ساله ششم توسعه

- به‌منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تعیین نموده و اقدامات لازم را به عمل آورد.

د- بند ۴ ماده ۴ سیاست‌های اجرایی و ضوابط اشتغال دانش‌آموختگان (مصوب جلسه ۱۲۲ شورای عالی انقلاب فرهنگی مورخ ۱۳۹۸/۶/۲)

- طراحی سازوکار تعیین تعداد و ظرفیت رشته‌ها و گرایش‌های تحصیلی در همه زیرنظام‌های آموزش عالی با همکاری وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، صنعت معدن تجارت، جهاد کشاورزی، فعالین بخش خصوصی و سایر مراجع ذیربط بر اساس سیاست‌ها و ضوابط آمایش آموزش عالی با تأکید بر نیازها و ظرفیتهای منطقه‌ای و بازار کار، تحولات سریع فناوری و فناوری‌های نوظهور و استانداردهای جهانی سرانه جمعیت شاغلین خصوصاً برای رشته‌های گروه علوم پزشکی.

ه- قانون اصلاح بند (۳) ماده واحده قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تخصصی - مصوب ۱۳۹۲

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ۳۰٪ ورودی‌های رشته‌های پزشکی عمومی، دستیاری تخصصی پزشکی و سایر رشته‌های گروه پزشکی را از طریق جذب دانشجوی بومی با اولویت مناطق محروم و متناسب با نیاز استان‌ها و در چهارچوب نظام سطح‌بندی پذیرش نماید.

## ۲- کمبود پزشک و دندانپزشک

الف- سرانه پزشک ایران در مقایسه با سایر کشورها

سرانه پزشک ایران در حال حاضر ۱۳۰ به‌ازای ۱۰۰ هزار نفر است این در حالی است که این عدد در کشورهای پیشرو از جمله کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، عموماً بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ است. سرانه پزشک ایران در منطقه نیز از جایگاه مناسبی برخوردار نیست. ایران رتبه نوزده از بیست و پنج در بین کشورهای منطقه را دارد و در جایگاه پایین‌تری نسبت به کشورهای همچون عربستان و ترکیه قرار دارد.

ب- سرانه پزشک متخصص ایران در مقایسه با سایر کشورها

سرانه پزشک متخصص در ایران ۵۴ پزشک به‌ازای ۱۰۰ هزار نفر است. این آمار برای کشورهای اروپایی عمدتاً بالای ۲۰۰ و حتی ۳۰۰ است. در

کشورهای پیشرو به طور معمول ۷۵ درصد پزشکان، متخصص هستند ولی در ایران این نسبت نزدیک به ۴۲ درصد است. از طرفی کمبود پزشک متخصص در برخی از شهرها، منجر به بلا استفاده ماندن تجهیزات درمانی گاهی تا بیش از یک سال شده است. به گونه‌ای که مردم مجبور هستند، برای دسترسی به متخصص به مراکز استان‌ها و حتی سایر استان‌ها بروند.

ج- سرانه دندانپزشک ایران در مقایسه با سایر کشورها

سرانه دندانپزشک به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در ایران ۳۲ و میانگین سرانه کشورهای پیشرو در حوزه سلامت ۸۰ دندانپزشک است. باتوجه به اینکه عمده هزینه خدمات دندانپزشکی مربوط به دستمزد دندانپزشک است، این کمبود موجب افزایش شدید قیمت این خدمات شده، به طوری که بسیاری از مردم به دلیل هزینه‌های سنگین دندانپزشکی امکان استفاده از این خدمات را ندارند.

د- کمبود پزشک خانم؛ تشدیدکننده کاهش دسترسی زنان به پزشک

دسترسی به پزشک خانم به‌خصوص در برخی تخصص‌های مهم و موردنیاز زنان مانند زنان و زایمان، جراحی کلیه و مجاری ادراری، پزشکی قانونی، رادیولوژی و سونوگرافی و رشته‌های جراحی با محدودیت‌های بسیار زیادی همراه است. به‌ازای هر یک میلیون زن، ۱,۵ متخصص اورولوژی خانم، ۳ متخصص پزشک قانونی خانم و به‌ازای هر ۱۰۰ هزار زن، ۳ متخصص رادیولوژیست خانم و ۱,۵ پزشک جراح خانم وجود دارد.

۳- توزیع نامتوازن پزشک؛ تشدیدکننده کاهش دسترسی به پزشک

علاوه بر سرانه پزشک به جمعیت، میزان پراکندگی آن‌ها نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس آمار سازمان نظام‌پزشکی به طور میانگین ۳۷ درصد پزشکان متخصص در شهر تهران که دارای ۱۱ درصد جمعیت کشور است، حضور دارند. بیش از ۵۰ درصد جمعیت کشور در مناطقی هستند که سرانه پزشک آن‌ها کمتر از ۳۸ پزشک به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر

است. این مسئله موجب شده تا دسترسی مناطق محروم به پزشک خصوصاً پزشک متخصص به شدت کاهش پیدا کند.

نکته حائز اهمیت در رفع مشکل توزیع نامتوازن پزشک، درک این واقعیت است که پزشکانی که در شهرهای بزرگ مشغول به کار هستند قابل انتقال به مناطق محروم نیستند و هر طرحی به جز افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان تعهدی و بورسیه خدمت در مناطق محروم با شکست مواجه خواهد شد و هزینه‌های سنگینی را به کشور تحمیل خواهد کرد. قبلاً در طرح تحول سلامت برای جذب پزشک به مناطق محروم حقوق پزشکان تا پنج برابر افزایش یافت اما در نهایت طبق گفته دکتر قاضی‌زاده هاشمی (وزیر بهداشت وقت) تنها ۱۵۰۰ نفر داوطلب خدمت در این مناطق شدند.

#### ۴- طوفان سالمندی جمعیت و پیش‌بینی بحرانی بزرگ

معضل دیگری که نظام سلامت در آینده با آن مواجه خواهد بود، افزایش قابل توجه تعداد سالمندان در کشور است. مطالعات نشان می‌دهد تعداد افراد مسن تا سال ۱۴۳۰ به بیش از ۳ برابر تعداد کنونی خواهد رسید. بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، فشارخون، دیابت، اختلالات روانی و در کل بیماری‌های غیرواگیر و مزمن شیوع بالایی در بین سالمندان دارند که این موضوع نیاز به خدمات پزشکی را در کشور افزایش خواهد داد.

از طرفی تا ۲۰ سال آینده ۳۴ درصد پزشکان کنونی در سن بازنشستگی قرار خواهند گرفت و این یعنی ایران در ۲۰ سال آینده، به دلیل خروج تعداد قابل توجهی از پزشکان کنونی از چرخه خدمت و افزایش نیاز به خدمات به دلیل سالمندی جمعیت، با بحران کمبود شدید پزشک روبرو خواهد شد.

۵ – لزوم توسعه گردشگری سلامت و جذب توریست سلامت، فرصتی وابسته به افزایش پزشک

گردشگری پزشکی یکی از زیرمجموعه‌های گردشگری سلامت محسوب می‌شود. سهم بازار جهانی گردشگری پزشکی از بازار گردشگری در سال ۲۰۱۷ معادل ۵۳ میلیارد دلار بوده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به ۱۴۳ میلیارد دلار برسد.

بر اساس سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، باید تا سال ۱۴۰۴ به عدد دو میلیون گردشگر سلامت در سال دست پیدا کنیم. این در حالی است که این رقم در سال ۹۷ حدود ۶۰۰ هزار نفر بوده است. به گفته مسئولین این حوزه هر گردشگر سلامت برای ایران تا ۳ هزار دلار درآمد دارد.

مطابق با آمارهای سازمان جهانی گردشگری، به ازای هر ۴ گردشگر سلامت، یک شغل در کشور میزبان ایجاد می‌شود. این بدان معناست که در صورت تحقق هدف چشم‌انداز ۱۴۰۴ درآمد ارزی ۶ میلیارد دلاری و ۵۰۰ هزار شغل در کشور از طریق گردشگری پزشکی ایجاد خواهد شد. نکته حائز اهمیت این است که برای تأمین خدمات موردنیاز جمعیت ۵۰۰ میلیونی منطقه، به تعداد بسیار بیشتری پزشک نیاز است. در صورت توسعه گردشگری بدون افزایش تعداد پزشک، باتوجه به درآمد بالای ارزی این حوزه، تمایل پزشکان برای خدمت به مردم کاسته خواهد شد و این مسئله دسترسی مردم به پزشک را سخت‌تر خواهد کرد.

در حال حاضر کشورهای چون ترکیه، امارات و عمان در حال رقابت با ایران برای جذب گردشگر سلامت هستند و بر اساس پیش‌بینی‌ها کشورهای گرجستان و آذربایجان نیز تا ۵ سال آینده به مقصد گردشگری سلامت تبدیل خواهند شد. این در حالی است که سرانه پزشک ایران در مقایسه با کشورهای یادشده پایین‌تر است و این مسئله موجب از دست رفتن این فرصت خواهد شد.

اهم عناوین و موضوعات مطروحه در شکایات واصله به کمیسیون اصل نود بنا بر شکایات متعدد واصله از طرف نمایندگان مجلس شورای اسلامی به‌ویژه نمایندگان مناطق محروم و همچنین اعتراضات داوطلبان آزمون‌های پزشکی

نسبت به کاهش ظرفیت پذیرش دانشجو در این رشته‌ها، کمیسیون اصل ۹۰ مجلس شورای اسلامی بنا بر وظیفه قانونی خود در رسیدگی به طرز کار دستگاه‌ها و رسیدگی به شکایت‌های مربوط به این موضوع ورود کرد. با بررسی شکایات، دو تخلف اصلی زیر در این پرونده مورد پیگیری قرار گرفت:

۱- عدم تخصیص سهمیه ۳۰ درصدی طبق قانون تعهد خدمت در مناطق محروم

بهموجب «قانون اصلاح بند (۳) ماده واحده قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تخصصی»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ۳۰٪ ورودی‌های رشته‌های پزشکی عمومی، دستیاری تخصصی پزشکی و سایر رشته‌های گروه پزشکی را از طریق جذب دانشجوی بومی با

اولویت مناطق محروم پذیرش نماید. بررسی‌ها نشان داد از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰، درصد اختصاص یافته ظرفیت پذیرش رشته پزشکی آزمون سراسری به دانشجویان تعهدی ویژه مناطق محروم همواره زیر ۳۰ درصد بوده است و روند پذیرش دانشجوی تعهدی رو به کاهش است.

درصد پذیرش دانشجویان دوره پزشکی عمومی با سهمیه مناطق محروم  
۱۳۹۲-۱۴۰۰

۲- کاهش ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری ۱۴۰۰ در اوج بحران کرونا

به اذعان کارشناسان، اصلی‌ترین راهکار جبران کمبود پزشک متخصص، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در این مقطع است. درحالی‌که کشور با کمبود شدید پزشک متخصص مواجه است، ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری سال ۱۴۰۰ با کاهش ۱۶ درصدی از ۴۳۰۰ نفر در سال ۱۳۹۹ به ۳۶۰۰ نفر کاهش یافته بود.

این کاهش ظرفیت در حالی رخ داد که در شرایط عادی (بدون درگیری کرونا) حجم بالای بیماران در برابر تعداد کم رزیدنت (دانشجوی تخصص) باعث تحمیل شیفت کاری بیش از حد به این دانشجویان شده است.

اقدامات کمیسیون اصل نود (جلسات و پیگیری‌ها)

در مرداد ۱۴۰۰ پس از اعلام ظرفیت‌های آزمون دستیاری دوره ۴۸ و کاهش ظرفیت پذیرش نسبت به سال ۱۳۹۹، با شکایت جمعی از متقاضیان آزمون دستیاری، پرونده‌ای در کمیسیون اصل نود تشکیل شد.

کمیسیون اصل نود در گام نخست در تاریخ ۱۴۰۰/۵/۱۷ مکاتبه‌ای با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در خصوص کاهش ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری و لزوم جلوگیری از آن باتوجهبه شرایط بحرانی کرونا و همچنین نیاز شدید مردم به پزشک متخصص انجام داد.

پس از آن در تاریخ ۱۴۰۰/۵/۱۹ به دعوت کمیسیون اصل نود، جلسه‌ای با حضور معاون آموزشی و دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی و دبیر شورای گسترش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین رئیس

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و تعدادی از نمایندگان مجلس و اعضای کمیسیون اصل نود، با موضوع لزوم افزایش ظرفیت آزمون دستیاری و نحوه اجرای قانون برقراری عدالت آموزشی در محل این کمیسیون برگزار شد. در این جلسه پس از بحث و بررسی، موارد ذیل به تصویب رسید:

- ظرفیت آزمون دستیاری ۱۴۰۰ هیچ کاهشی نسبت به سال ۱۳۹۹ نداشته باشد.

- در هیچ رشته‌ای نسبت به سال گذشته کاهش ظرفیت نباشد.

- در برخی رشته‌ها افزایش ظرفیت باشد تا در مجموع ظرفیت پذیرش ۱۴۰۰ بیش از گذشته شود.

- تهران هیچ‌گونه افزایش ظرفیتی نداشته باشد

- مناطق محروم مورد توجه ویژه قرار گیرد.

در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲ دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی با ارسال نامه‌ای به کمیسیون عنوان کرد: بنا به درخواست متقاضیان شرکت در آزمون و تأکید اعضای محترم کمیسیون اصل ۹۰ مجلس شورای اسلامی، اقدامات لازم در زمینه تغییر ظرفیت‌های چهل و هشتمین دوره آزمون پذیرش تخصصی و جایگزینی آن با جدول ظرفیت پذیرش چهل و هفتمین دوره این آزمون و انطباق جدول پذیرش در سهمیه مناطق محروم (منطبق با قانون عدالت آموزشی) با ظرفیت‌های اخیر صورت گرفت.

در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۱۷ نامه‌ای از طرف رئیس کمیسیون اصل ۹۰ به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با موضوع «قانون اصلاح بند (۳) ماده واحده قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تخصصی» ارسال شد. در این نامه به تکلیف قانونی وزارت بهداشت و وعده وزیر بهداشت در جلسه رأی اعتماد مجلس در خصوص گسترش آموزش پزشکی با رویکرد بومی‌گزینی، اشاره شد. همچنین خواسته شد تا آن وزارت‌خانه در فرصت باقیمانده تا اعلام نتایج نهایی آزمون

سراسری ۱۴۰۰ نسبت به افزایش ظرفیت دانشجویان تعهدی به‌گونه‌ای اقدام کند تا در مجموع ۳۰ درصد از کل ظرفیت پذیرش را شامل شود.

اقدام بعدی کمیسیون اصل ۹۰ نامه به دبیر شورای عالی انقلاب فرهنگی در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۳۰ بود. در این نامه به دستور کار جلسات شورای عالی انقلاب فرهنگی بر اساس ماده ۸ طرح پیشنهادی «سیاست‌ها و ضوابط ساماندهی سنجش و پذیرش متقاضیان ورود به آموزش عالی (پس از پایان دوره متوسطه)» که در آن پیشنهاد شده بود ۳۰ درصد از ظرفیت پذیرش رشته پزشکی به جذب از مقطع کارشناسی اختصاص یابد، اشاره شد. همچنین خواسته شد وضعیت تصویب این ماده جهت نظارت بر اجرای قانون توسط دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط، به کمیسیون اصل ۹۰ اطلاع داده شود.

در تاریخ ۱۴۰۰/۹/۳ نامه‌ای به رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران و رئیس شورای عالی انقلاب فرهنگی ارسال شد. در این نامه به مصوبه جلسه ۱۵۵ ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور، در خصوص افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی اشاره شد. همین‌طور خواسته شد، رئیس‌جمهور توجه ویژه خود را نسبت به تصویب این طرح در صحن شورای عالی انقلاب فرهنگی و اجرای آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبذول نمایند.

همچنین جلسه‌ای در تاریخ ۱۴۰۰/۹/۹ در کمیسیون اصل ۹۰ با موضوع «عدم اجرای قانون برقراری عدالت آموزشی، کاهش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و دستیاری تخصصی» با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونان، مسئولان و مشاوران حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اعضای محترم کمیسیون تشکیل شد. باتوجه‌به اهمیت جان مردم لزوم توجه بیشتر به نیاز کشور به پزشک، علی‌الخصوص در مناطق محروم و تمکین در برابر قانون و اجرای آن مورد تاکید قرار گرفت.

در تاریخ ۱۴۰۰/۹/۲۱ باتوجه‌به طرح موضوع «لزوم افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و دستیاری تخصصی» جلسه‌ای با حضور

برخی نمایندگان و اعضای کمیسیون آموزش و تحقیقات و کمیسیون بهداشت و درمان در مجلس شورای اسلامی و نماینده شورای عالی انقلاب فرهنگی، در صحن کمیسیون اصل نود برگزار گردید.

در تاریخ ۱۴۰۰/۹/۲۳ مجدداً نامه‌ای به رئیس و اعضای شورای عالی انقلاب فرهنگی ارسال و درخواست قبلی پیگیری شد.

همچنین رئیس کمیسیون اصل ۹۰ برای پیگیری موارد طرح شده در جلسات ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور و شورای عالی انقلاب فرهنگی حضور یافته و موارد موجود در پرونده را مطرح کردند. پس از پیگیری‌های فراوان، در نهایت در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۲، ماده واحده «افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی» به تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی رسید.

نتایج رسیدگی ها و پیگیری‌های کمیسیون اصل نود

این پرونده بیش از هشت ماه است که در کمیسیون تشکیل شده است. پیگیری پرونده تا رفع تخلفات، مشکلات و اجرای صحیح قانون ادامه دارد. برخی نتایج حاصل شده در این مدت به شرح زیر است:

- جلوگیری از کاهش ظرفیت آزمون دستیاری سال ۱۴۰۰ و بازگشت ظرفیت به میزان سال ۱۳۹۹.

- مصوبه افزایش ظرفیت پذیرش رشته پزشکی و دندانپزشکی در مقطع عمومی و تخصص شورای عالی انقلاب فرهنگی که جزئیات آن به این صورت است:

- افزایش ۲۰ درصدی ظرفیت پذیرش رشته پزشکی در مقطع عمومی از سال ۱۴۰۱ به مدت حداقل ۴ سال. (طبق مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به تدوین آیین‌نامه اجرایی این ماده واحده شامل میزان و نحوه تعهد پذیرفته‌شدگان حداکثر طی یک ماه و ابلاغ آن پس از تصویب در شورای سنجش و پذیرش دانشجو شد.)

جدول نحوه افزایش پذیرش رشته پزشکی طی سال های ۱۴۰۱ لغایت ۱۴۰۴

سال پذیرش افزایش پذیرش در سال هدف جمع پذیرش در سال هدف

۱۴۰۰ -	حدود ۸۰۰۰ نفر	
۱۴۰۱	معادل ۱۶۰۰ نفر ۲۰٪ ۹۶۰۰ نفر	
۱۴۰۲	معادل ۱۹۲۰ نفر ۲۰٪ ۱۱۵۲۰ نفر	
۱۴۰۳	معادل ۲۳۰۴ نفر ۲۰٪ ۱۳۸۲۴ نفر	
۱۴۰۴	معادل ۲۷۶۵ نفر ۲۰٪ ۱۶۵۸۸ نفر	

- همچنین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شد طرح افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع تخصص و دندان پزشکی عمومی و تخصصی را به همراه اصلاحات پیشنهادی خود برای تشویق دانشجویان به تحصیل در رشته‌های مورد نیاز و کم متقاضی پزشکی در مقطع تخصص، تهیه و ظرف مدت ۲ ماه جهت تصویب به ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور ارائه دهد.

لازم به ذکر است، پیگیری‌های لازم از سوی این کمیسیون جهت تصویب متن مصوبه‌های مورد اشاره ماده واحده و همچنین اجرای آن در دستور کار کمیسیون قرار دارد.

پیشنهاد‌های کمیسیون اصل نود در ادامه مسیر اصلاح وضع موجود

باتوجه به مجموعه شرایط و اقدامات انجام شده در ماه‌های اخیر در خصوص افزایش ظرفیت پذیرش رشته پزشکی، کمیسیون اصل ۹۰ مجلس شورای

اسلامی، پیشنهادهای خود را به شرح ذیل خدمت نمایندگان محترم مجلس ارائه می‌دهد.

### ۱- افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی

پایین نگاه‌داشتن ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی در دوره‌های عمومی و تخصص مهم‌ترین عامل در بروز وضعیت فعلی است. درحالی‌که کشورهای نظیر کشورهای اروپایی با سرانه پزشک بالا علاوه بر پذیرش پزشکان خارجی، همچنان افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی را در دستور کار خود قرار داده‌اند، در سال‌های اخیر ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی در کشور ما متناسب با نیاز کشور رشد نداشته است و بعضاً با کاهش پذیرش دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی نیز مواجه بوده‌ایم. در صورت عدم افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی و با توجه روند پیری جمعیت در کشور بحران کمبود پزشک در آینده تشدید خواهد شد.

### ۲- افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های تخصصی پزشکی

با توجه به بحران سالمندی جمعیت در آینده، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان در رشته‌های تخصصی پزشکی همچون زنان، اطفال، اورولوژی، چشم‌پزشکی، قلب و عروق و جراحی عمومی ضروری است.

### ۳- سوق یافتن پذیرش دانشجوی پزشکی به سمت بومی گزینی

پرداخت حقوق بالا به پزشکان غیربومی برای ماندگاری در منطقه محروم به دلیل اقامت موقت در منطقه و تفاوت‌هایی فرهنگی و همچنین افزایش دستمزد پزشکان به دلیل انتظارات درآمدی بالا نمی‌توانند راه‌حل مناسبی برای تأمین نیروی انسانی در مناطق محروم باشند. با توجه به محدودیت منابع، بومی گزینی دانشجویان پزشکی به شرط خدمت در مناطق محروم می‌تواند به‌عنوان راه‌حل جایگزین معرفی گردد، با این روش نیاز به پرداخت‌های نجومی برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم برطرف خواهد شد.

۴- بورسیه دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی توسط نهادهایی با مأموریت محرومیت‌زدایی

بورسیه دانشجوی پزشکی توسط نهادهایی که دارای مأموریت محرومیت‌زدایی هستند، مانند بنیاد مستضعفان، ستاد اجرایی فرمان امام (ره)، آستان قدس رضوی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی می‌تواند راهکاری برای کمک به تأمین پزشک مناطق مختلف کشور به صورت تمام وقت باشد. هم اکنون ارتش، سپاه و نیروی انتظامی نیز با توجه به نیاز خود، اقدام به بورسیه دانشجوی پزشکی می‌کنند.

۵- ایجاد رشته‌های حد واسط مانند مراقب سلامت یا بهداشت‌کار دهان و دندان

یکی از اهداف بسیار مهم نظام سلامت دسترسی آسان به خدمات سلامت برای تمام مردم است. هم‌اکنون بسیاری از مردم مناطق محروم در دسترسی به سطح اول خدمات سلامت دچار مشکل هستند. از طرفی استقرار پزشک و دندان‌پزشک برای پاسخ به این خدمات می‌تواند هزینه بالایی را بر نظام سلامت تحمیل کند. پیشنهاد می‌شود رشته مراقب سلامت در مقطع کاردانی یا کارشناسی با هدف پاسخگویی به سطح اول خدمات سلامت مانند غربالگری سلامت جامعه، توانمندسازی جامعه هدف در خودمراقبتی، درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها و... در مناطق محروم ایجاد شود.

۶- اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی

الف- کاهش مدت‌زمان تعهد مناطق محروم فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی

ب- به دلیل کمبود شدید نیرو در مناطق محروم و لزوم اصلاح از مبدأ در پذیرش دانشجو، لازم است، سهمیه پذیرش مناطق محروم از ۳۰ به درصد بالاتری افزایش یابد.

ج- با توجه به شدت بیشتر کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم پیشنهاد می‌شود محدودیت‌های وضع شده برای ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر برای رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی به شرط حضور در مناطق محروم برداشته شود.

۷-بازنگری در سیاست ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت و اجازه آموزش پزشکی به سایر دانشگاه‌ها

با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، آموزش پزشکی با هدف افزایش ظرفیت پزشکی و تأمین نیروی انسانی موردنیاز بخش بهداشت و درمان کشور، از وزارت فرهنگ و آموزش عالی به این وزارتخانه منتقل شد؛ اما با بررسی روند پذیرش دانشجوی پزشکی از ابتدای انقلاب تاکنون، دیده می‌شود که تنها سه سال پس از تصویب قانون مذکور این روند اجرا شده و در ادامه ظرفیت پذیرش دانشجو به‌شدت کاهش یافته است. تا اینکه در سال ۱۳۸۴ با افزایش تعداد دانشکده‌ها، ظرفیت پذیرش روند افزایشی به خود گرفته اما هیچ‌گاه نسبت پذیرش دانشجو به امکانات آموزشی به میزان سال ۱۳۶۷ بازنگشته است.

دلیل این کاهش ظرفیت ایجاد تعارض منافع ساختاری در وزارت بهداشت و درمان و وجود ذی‌نفعان حوزه پزشکی در مناصب تصمیم‌گیری در وزارت بهداشت بوده است که با ایجاد انحصار، مانع از افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی و افزایش ارائه‌دهندگان خدمات در این حوزه شده‌اند. برای مثال انجمن‌های علمی و صنفی که دارای تأثیرگذاری بالایی در تعیین میزان پذیرش دانشجوی پزشکی به‌خصوص در مقطع تخصص هستند در سال‌های اخیر مقاومت زیادی در برابر افزایش ظرفیت پذیرش رشته پزشکی از خود نشان داده‌اند.

از طرفی این اقدام موجب تضعیف برخی رشته‌های مهم و مشترک میان وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند، شیمی، زیست‌شناسی، ژنتیک و روان‌شناسی شده است که در نهایت تضعیف تعامل رشته‌های علوم پزشکی و رشته‌های علوم پایه را به دنبال داشته است؛ بنابراین بنظر می‌رسد که انحصار آموزش پزشکی در وزارت بهداشت منجر به افزایش تعارض منافع در این وزارتخانه شده که نیازمند تدابیر و اصلاحات جدی در سطح قانون‌گذاری و نظارت است.

۸-توسعه ارائه خدمات و آموزش طب سنتی

توسعه خدمات طب سنتی همگام با طب نوین می‌تواند به افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی کمک کند. همچنین توسعه این خدمات کاهش انحصار در حوزه درمان را در پی خواهد داشت. از طرفی در بند ۱۲ سیاست‌های کلان ابلاغی در حوزه سلامت در سال ۹۳ به تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی و همچنین برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی صریحاً تأکید شده است.

بدیهی است پیگیری‌های این کمیسیون برای تحقق دقیق قانون و اجرایی شدن پیشنهادهای مذکور تا حصول نتیجه ادامه خواهد یافت. /۴۱

حسن شجاعی

رئیس کمیسیون