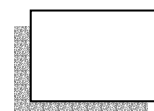
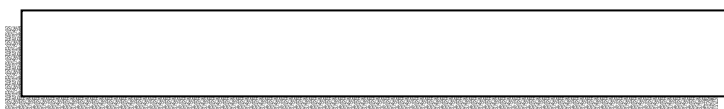
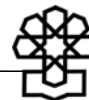
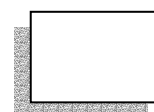


چکیده	۱
مقدمه	۱
۱. بازار آموزش عالی	۳
۲. تربیت پزشک در ایران	۴
۳. بیکاری پزشکان	۸
۴. مروری بر بیکاری پزشکان در جهان	۱۱
۵. بیکاری پزشکان در کشور	۱۶
۶. عوامل مؤثر بر تعداد پزشک مورد نیاز	۱۹
۷. اطلاعات لازم جهت برنامه‌ریزی صحیح نیروی انسانی	۲۱
۸. برآورد پزشک مورد نیاز	۲۳
۹. قوانین ناظر بر تربیت و به‌کارگیری پزشکان	۲۶
جمع‌بندی	۲۹
راهکارهای پیشنهادی	۳۱
منابع و مأخذ	۳۲



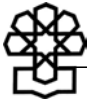
آهنگ رو به رشد تربیت نیروی انسانی در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی که بخش قابل توجهی از آنها از دانشگاه‌هایی غیر از دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی فارغ‌التحصیل می‌شوند از یکسو و تحدید فرصت‌های شغلی موجود برای پزشکان در دستگاه‌های دولتی از سوی دیگر، رسیدن به تعادل در عرضه و تقاضای نیروی انسانی گروه پزشکی را که در سال ۱۳۸۱، جمعاً ۹ درصد بیکاران فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی را به خود اختصاص می‌داده، با مشکل جدی مواجه ساخته است.

پزشکان مهمترین عامل در مدیریت تخصیص منابع بخش سلامت محسوب می‌شوند و نقش اساسی را در میزان اثربخشی و کارایی خدمات بهداشتی درمانی برعهده دارند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی کمبود پزشک به شدت در کشور احساس می‌شد که برای جبران این کمبود، افزایش ظرفیت دانشکده‌های پزشکی در دستور کار قرار گرفت. اما از سال ۱۳۷۶ کم‌کم زمزمه بیکاری پزشکان در کشور شنیده شد و در سال‌های اخیر این موضوع شدت بیشتری گرفت. در مقابل نیز با توجه به کمبودهای موجود، هنوز هم کشور نیاز به پزشک را احساس می‌کند. این تناقض آشکار یکی از مشکلات بخش بهداشت و درمان کشور است. در این گزارش سعی شده به جنبه‌های مختلف این موضوع پرداخته شود.



یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار، نظام سلامت است. تأمین سلامتی آحاد جامعه، بخش جدایی‌ناپذیر توسعه پایدار برای ارتقا و شکوفایی زندگی است. ارتقای سلامت جامعه مهمترین وظیفه نظام سلامت است.

شاغلین حرفه پزشکی از بنیادی‌ترین اجزای نیروی انسانی ارائه‌کننده خدمات هستند. ویژگی‌های منحصر به فرد مشاغلی همچون گروه پزشکی از جمله تأثیر در سلامتی که حیاتی‌ترین



جنبه زندگی بشر است، توجه به امر برنامه‌ریزی و آینده‌نگری در این حیطه را ضروری می‌سازد^۱ توجه به برنامه‌ریزی نیروی انسانی از دو جنبه حائز اهمیت است: اول اینکه نیروی انسانی از عوامل اساسی در اثربخشی خدمات است و دوم اینکه حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد منابع مالی بخش سلامت، صرف پرداخت حق‌الزحمه نیروی انسانی می‌شود.^۲

ویژگی‌های نیروی انسانی پزشکی شامل سه جزء اساسی: تعداد، نسبت متخصصین رشته‌های مختلف و نحوه توزیع آنها است. آموزش مناسب پزشکان براساس پیش‌بینی دقیق نیاز آینده، اشتغال پزشکان در محل‌های مورد نیاز و برآورد صحیح از میزان فعالیت نیروهای غیرپزشک که به‌نحوی به ارائه خدمات پزشکی مشغولند، از مهمترین اهداف برنامه‌ریزان پزشکی است.^۳ به زبان ساده عدم برابری عرضه و تقاضای پزشک از دو بُعد زیر قابل بررسی است:

() این موضوع بر کسی پوشیده نیست که کمبود تعداد پزشکان، گذشته از آثار زیانبار اقتصادی و اجتماعی با تأثیر مستقیم در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، کیفیت این خدمات را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

() عدم تخصیص بهینه منابع باعث اتلاف سرمایه‌های مالی و انسانی می‌شود. از دیدگاه اقتصاد بهداشت و درمان، فقط هزینه مستقیم صرف شده در زمینه پزشکان و پزشکان متخصص را نباید در نظر گرفت، بلکه هزینه فرصت آنها بسیار با اهمیت‌تر است. با توجه به تئوری‌های اقتصادی، هنگامی که پزشک را به‌عنوان یک عامل تولیدی متغیر در نظر بگیریم و سایر منابع مورد استفاده برای تولید سلامتی را ثابت فرض کنیم، عامل تولیدی متغیر تا مرزی قابل افزایش بوده و بعد از آن مرز، نه تنها بازدهی نداشته بلکه ضرر و زیان نیز خواهد داشت. حتی با متغیر در نظر گرفتن همه عوامل تولید باز هم با توجه به شرایط بهینه‌یابی، باید سطح مطلوبی از عوامل تولیدی انسانی به‌کار گرفته شود تا از لحاظ اقتصادی، کارایی برآورد شود.^۴

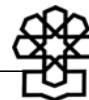
بخش سلامت با توجه به گستردگی خدمات و اهمیت اهداف خود برای دستیابی هرچه بیشتر به سلامت برای همه و عدالت اجتماعی، نیازمند تربیت و توزیع مناسب نیروی انسانی در تمامی گستره زمانی و مکانی مورد نیاز کشور است. بی‌تردید تربیت نیروی انسانی توانمند و متخصص شرط لازم نظام سلامت بوده که این مهم با تلاش‌های بسیار در سال‌های گذشته حاصل شده است ولی حفظ و ارتقاء آن و به‌کارگیری مناسب نیروهای تربیت شده و فراهم آوردن فرصت‌های اشتغال برای آنان اگر شرط کافی هم نباشد قطعاً از ضروریات نظام سلامت و توسعه اقتصادی،

1. National ad hoc working group, 1995.

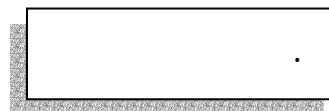
2. تقوی، ۱۳۸۰.

3. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰.

4. واریان، ۱۳۷۷.



اجتماعی و فرهنگی به‌شمار می‌رود. تربیت ناهمگون و نامتناسب نیروی انسانی علاوه‌بر اتلاف منابع سلامت، جامعه را نیز به خطر می‌اندازد از آنجایی که تربیت نیروی انسانی در حوزه سلامت هزینه زمانی و مالی نسبتاً بالایی دارد، برآورد نیروی مورد نیاز بسیار حساس و خطیر است.



قبل از ورود به بحث اصلی لازم است چند جمله‌ای درخصوص بازار آموزش عالی و شرایط آن در کشور صحبت شود.

بازار آموزش عالی را به‌دلیل ویژگی‌های خاص آن می‌توان از بُعد آموزش به دو بخش کلی: بازار تولید خدمات آموزشی در آموزش عالی و بازار کار آموزش عالی تقسیم‌بندی کرد. در بازار اول یعنی تولید خدمات آموزشی در آموزش عالی، بنگاه‌هایی به نام دانشگاه‌ها و مراکز عالی به تولید و ارائه خدمات آموزشی می‌پردازند. در این بازار، در طرف عرضه، مراکز آموزش عالی قرار دارند که در زمینه ظرفیت‌سازی برای پذیرش دانشجویان جدید فعالیت می‌کنند و در طرف تقاضای آن افراد و اعضای خانوارها قرار دارند که برای کسب تخصص و آموزش مورد نیاز یا مورد علاقه خود متقاضی ورود به دانشگاه‌ها هستند. در بُعد دیگر بازار آموزش عالی، بازار کار قرار دارد که در طرف عرضه آن دانش‌آموختگان و متخصصان جویای کار و در طرف تقاضای آن، بنگاه‌های تولیدی و خدماتی قرار دارند که برای رفع نیاز خود به نیروی متخصص، به این بازار مراجعه می‌کنند.

با مقایسه بین بازار تولید خدمات آموزشی در آموزش عالی و بازار کار آموزش عالی، شاهد نوعی تضاد و ناهماهنگی بین این دو بازار هستیم؛ به‌طوری که در بازار الف، یعنی بازار تولید خدمات آموزشی، تقاضا بیشتر از عرضه است؛ یعنی تعداد متقاضیان ورود به دانشگاه بیش از تعداد جایگاه‌های ایجاد شده برای آموزش توسط مراکز آموزش عالی است. تقاضای آموزش عالی در این بازار حدود دو برابر عرضه آن است.

از سوی دیگر، در بازار ب (بازار کار آموزش عالی) شاهد فزونی عرضه بر تقاضا هستیم. در سال تحصیلی ۱۳۸۵، بالغ بر ۴۵۰ هزار نفر، از دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، اعم از دولتی و غیردولتی فارغ‌التحصیل شده‌اند که بخش‌های مختلف اقتصادی توان جذب همه آنان را نداشته‌اند و بدین‌ترتیب بر تعداد بیکاران دارای تحصیلات عالی افزوده شده است. با این حال، سیاست آموزشی کشور معطوف به بازار اول - یعنی برآوردن تقاضای اجتماعی - است، هرچند هنوز هم تا رسیدن به حد مطلوب برآورده شدن تمام تقاضاها فاصله وجود دارد. البته باید توجه داشت که در این زمینه، ساختارهای اقتصادی کشور نیز لازم است به‌گونه‌ای اصلاح شوند که با سرمایه‌گذاری



بیشتر و اشتغال‌زایی، خیل نیروی کار متخصص تازه‌وارد، جذب بازار کار شوند. بدیهی است که مسئولیت این امر برعهده مسئولان و سیاستگذاران بخش‌های مختلف اقتصاد کشور است.^۱



پزشکان مهمترین عامل در مدیریت تخصیص منابع بخش سلامت محسوب می‌شوند و نقش اساسی را در میزان اثربخشی و کارایی خدمات بهداشتی درمانی برعهده دارند. تعداد پزشکان کشور در سال ۱۳۵۷ حدود ۱۴۷۰۰ نفر بوده است. با پیروزی انقلاب اسلامی تعدادی از پزشکان به دلیل وقوع جنگ و شرایط خاص از کشور خارج شدند. در آن سال‌ها قریب به ۶ هزار پزشک پاکستانی در کشور حضور داشتند. از سوی دیگر جنگ موجب تشدید بسیاری از نیازها در این بخش شد و خسارت‌های بسیاری از آن باید از لحاظ پزشکی جبران می‌شد. به دلیل کمبود نیروی انسانی، افراد متخصص باید چندین کار را به صورت همزمان (آموزش، پژوهش، درمان و مدیریت) انجام می‌دادند. از سوی دیگر با پیروزی انقلاب اسلامی ضرورت تجدیدنظر در ساختار کلی کشور به گونه‌ای که زمینه ایجاد تحول اساسی در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نیز توسعه و تعمیم آموزش عالی و رشد و تربیت نیروی انسانی متخصص را فراهم آورد، احساس شد.

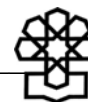
به منظور استفاده بهتر از تمام ظرفیت‌های درمانی کشور برای تربیت کادر مورد نیاز و تعمیم و توسعه بهداشت به عنوان یک اصل که پیشگیری مقدم بر درمان است، آموزش پزشکی از وزارت علوم جدا و با انحلال وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت در سال ۱۳۶۴ و به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور دستیابی به اهداف پیشگفته و سایر وظایف و مسئولیت‌های مندرج در قانون مزبور تشکیل شد.

با طرح ادغام آموزش پزشکی در درمان نه تنها تعداد دانشجویان پزشکی افزایش یافت، بلکه مسئولان آموزش پزشکی کشور به آموزش گروه‌های مختلف سلامت، جامع‌نگرتر شدند تا بتوانند مشکلات کشور را حل کنند. در آن زمان وقتی تعداد پزشکان را به جمعیت تقسیم می‌کردیم برای هر ۲ هزار و ۸۰۰ نفر یک پزشک و اگر تهران را حذف می‌کردیم، برای هر ۴ هزار نفر یک پزشک داشتیم. اما به دلیل اینکه توزیع عادلانه نبود در عمل جز در شهرهای بزرگ برای هر ۱۸ هزار نفر یک پزشک وجود داشت.^۲

در فاصله ۱۳۵۶ تا ۱۳۸۰ تعداد پزشکان کشور تقریباً ۵/۵ برابر و معادل ۷۲۷۹۲ نفر شد.

۱. مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۵.

۲. مردی، ۱۳۸۶.



شاخص تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۰/۸ در سال ۱۳۵۶ به ۱/۱۲ در سال ۱۳۸۰ رسید. در دهه ۱۳۵۰ تعداد زیادی از پزشکان خارجی در ایران مشغول فعالیت بودند که با گذشت زمان و افزایش ظرفیت دانشگاه‌ها تعداد آنها کاهش یافت و به صفر رسید. جدول ۱ نمایانگر تعداد پزشکان کشور در سال‌های ۱۳۴۹ تا ۱۳۶۱ و جدول ۲ گویای نسبت تعداد پزشک به جمعیت در فاصله سال‌های ۱۳۵۷ تا ۱۳۸۶ است.

7780	1349
۸۷۲۴	۱۳۵۰
۹۵۳۵	۱۳۵۱
۱۰۲۸۵	۱۳۵۲
۱۱۷۶۰	۱۳۵۳
۱۱۳۷۳	۱۳۵۴
۱۲۴۴۰	۱۳۵۵
۱۳۴۲۸	۱۳۵۶
۱۴۷۰۰	۱۳۵۷
۱۶۲۰۰	۱۳۵۸
۱۶۹۳۷	۱۳۵۹
۱۵۱۸۲	۱۳۶۰
۱۵۹۴۵	۱۳۶۱

: سالنامه آماری کشور، سال‌های ۱۳۵۴ الی ۱۳۶۲.

(ارقام به هزار نفر)

۱/۳۵	۱/۰۱	۰/۳۵	۰/۳۸	تعداد پزشک به جمعیت

: گزارش ربع قرن عملکرد نظام جمهوری اسلامی ایران و گزارش اجمالی عملکرد سی‌ساله وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی.

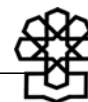
در جدول ۳ آمار فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی از دانشکده‌های پزشکی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۰۰ تا ۱۳۶۱ درج شده است. همان‌طوری که مشخص است، طی سال‌های متمادی تعداد فارغ‌التحصیلان در حد تقریباً ثابتی بوده است و رشد چندانی را نشان نمی‌دهد.



-	4910	۱۳۰۰-۱۳۴۰
-	491	1340
1283	554	1341
-64.44	197	1342
15381	500	1343
3000	650	1344
-5.54	614	1345
-6.84	572	1346
9.27	625	1347
-2.08	612	1348
-4.41	585	1349
-13.33	507	1350
38.26	701	1351
2.00	715	1352
8.53	776	1353
-14.43	664	1354
-5.87	625	1355
6.88	668	1356
-12.87	582	1357
27.49	742	1358
-4.18	711	1359
2.95	732	1360
-21.85	572	۱۳۶۱
-	18305	

: سالنامه آماری کشور، ۱۳۶۱.

جدول بعدی تعداد فارغ التحصیلان رشته پزشکی را در فاصله سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۳۸۶ به تفکیک سال ارائه کرده است. طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۸۳ جمعاً معادل ۵۳۷۵۸ نفر در این رشته فارغ التحصیل شده‌اند.



()

				1362
/	596	413	183	1363
-31.71	407	252	155	1364
30.22	530	367	163	1365
93.21	1024	690	334	1366
*	*	*	*	1367
-	1569	975	594	1368
29.00	2024	1262	762	1369
34.49	2722	1782	940	1370
18.74	3232	2117	1115	1371
49.63	4836	3380	1456	1372
2.23	4944	3310	1634	1373
-3.62	4765	3288	1477	1374
-14.10	4093	2743	1350	1375
-26.19	3021	2206	815	1376
32.27	3996	2667	1329	1377
-29.83	2804	1893	911	1378
11.27	3120	2050	1070	1379
-6.51	2917	1899	1018	1380
14.36	3336	1948	1388	1381
-4.71	3179	1809	1370	1382
0.66	3200	1616	1584	1383
-	*	*	*	1384
-	*	*	*	1385
-	3516	1797	1719	1386

: آمارنامه مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.

× اطلاعات موجود نیست.

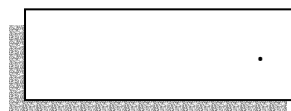
تعداد دانشجویان پزشکی طی سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۶ نیز در جدول ۵ آمده است.



()

25871	17501	8370	1367
31037	21795	9242	1369
30225	21466	8759	1370
32317	23411	8906	1371
33910	24490	9420	1372
32398	22917	9481	1373
30864	21135	9729	1374
30509	20300	10209	1375
30593	19908	10685	1376
30217	18590	11627	1377
27468	15975	11493	1378
28165	15459	12706	1379
24850	12731	12119	1380
23081	11685	11396	1381
22143	10289	11854	1382
21135	9566	11569	1383
20461	8638	11823	1384
26973	11186	15787	1385
26484	10463	16021	1386

: آمارنامه مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.



بیکاری که به‌عنوان یک معضل در همه کشورهای در حال توسعه سایه انداخته، قبل از آنکه یک عارضه اقتصادی باشد، یک مشکل اجتماعی است. مقصود از مشکل اجتماعی، مشکلی است که با زندگی و کار گروه عظیمی از انسان‌ها در رابطه است. این مشکل طبعاً راه‌حل فردی نداشته، بلکه ریشه‌های آن در ساختار اجتماعی یعنی نظم حاکم بر جامعه نهفته است.

بیکاری مشکلی است پیچیده، که علل مختلفی سبب به‌وجود آمدن آن می‌شود و آثار گوناگونی نیز از خود بجا می‌گذارد. این مشکل دارای جنبه‌های اقتصادی، روانی و فرهنگی نیز هست. اگرچه مسئله بیکاری با توجه به تبعات آن در ناهنجاری‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای کلیه آحاد جمعیت کشور آزاردهنده و برای اقتصاد کشور بازدارنده است، با این حال بیکاری فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها از حساسیت و اهمیت بیشتری برخوردار است.

بیکاری تعاریف مختلفی دارد. تئوری بیکاری اینچنین مطرح می‌شود هرکس که حقیقتاً نتواند کاری که منطبق با روح و روان وی است انجام ندهد یا کار او متناسب با بیشترین درجه آموزشی



که او را به بالاترین حد عزت نفس برساند نباشد، بیکار محسوب می‌شود. در تعریف جدید نیز شخص بیکار به کسی گفته می‌شود که مایل به انجام کار با دستمزد متداول باشد و جویای کار باشد؛ اما قادر به یافتن شغل نباشد.

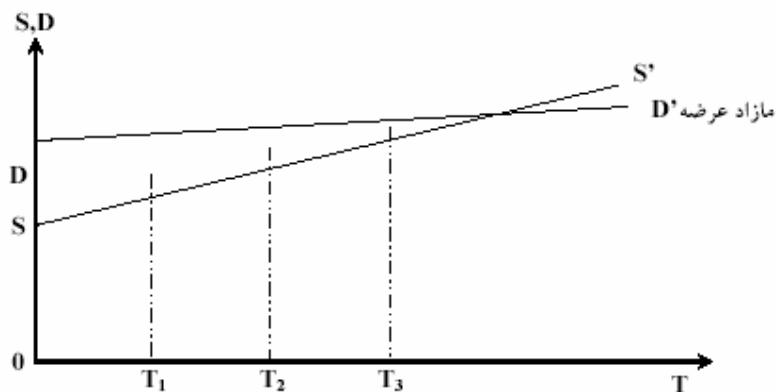
بدین‌سان بیکاری پزشکان نیز به وضعیتی اشاره دارد که پزشکی مایل و قادر به کار کردن است ولی نمی‌تواند شغلی پیدا کند. از طرفی کم‌کاری به وضعیتی اشاره دارد که پزشک شغلی دارد که نیاز به سطح پایین‌تری از مهارت و دانش دارد.^۱

- .

تعالیل به این مفهوم است که کشورها مطمئن شوند عرضه نیروی انسانی بهداشتی - درمانی و توزیع بهره‌برداری از آن، برحسب حرفه، رده شغلی، مناطق جغرافیایی، سطح مراقبت (اولیه، ثانویه، پشتیبان)، نوع سازمان، تخصص و رعایت اصول هزینه- اثربخشی سازگار است و می‌تواند از عهده پاسخگویی به نیازهای بهداشتی همگانی و تقاضای مردم در همه زمان‌ها و همه مکان‌ها برآید. مواردی چون افزایش آگاهی عمومی در مورد مسائل بهداشت و درمان، آموزش بهداشت، رشد و توسعه سطح خدمات پزشکی، تخصصی شدن و تکنیکی شدن خدمات بهداشتی - درمانی، خارج شدن طب از الگوهای سنتی و از همه مهمتر، رشد جمعیت از عواملی است که به افزایش تقاضا منجر می‌شود. از طرفی، وجود سنت دیرینه فرهنگی، علاقمندی به تحصیل رشته طب و رشته‌های مرتبط و وجود پایگاه اجتماعی دارندگان شغل پزشکی و عنوان دکتری در کشور ما و همچنین توسعه بیش از حد فیزیکی دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی در دو دهه گذشته در محدوده فعالیت‌های آموزشی دولتی و غیردولتی (خصوصاً دانشگاه‌های آزاد اسلامی) مستقیماً در عرضه نیروی کار در گروه پزشکی تأثیر گذاشته است. برای توجیه این مطلب، از نمودار ذیل کمک می‌گیریم. در این نمودار، محور OS, OD تعداد عرضه یا تقاضای نیروی انسانی بهداشتی - درمانی را در یک رشته مثلاً پزشکی نشان می‌دهد و محور OT نمایشگر بُعد زمان است. SS خط عرضه و DD خط تقاضا در طی زمان است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، شیب SS بیش از شیب DD است تا در زمان T_3 در نقطه E تعادل برقرار شود ($S=D$) تا قبل از این نقطه کمبود عرضه وجود دارد. از این نقطه به بعد، چنانچه در آهنگ افزایش عرضه و تقاضا تغییری حاصل نیاید، مازاد عرضه پیش می‌آید. به عبارت دیگر، جامعه قدرت جذب نیروهای دانش‌آموخته جدید را نخواهد داشت و این عده به صورت «مازاد تولید» سرگردان خواهند شد.^۲

1. علاءالدینی، ۱۳۸۱.

2. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷.

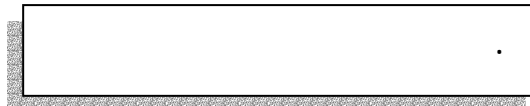


عدم توازن نیروی انسانی بهداشتی - درمانی به طرق گوناگون قابل تعریف است. این تعاریف با توجه به شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورهای مختلف متفاوت هستند. در یک تعریف عدم توازن نیروی انسانی بهداشتی - درمانی عبارت است از اختلاف بین تعداد، انواع، عملکرد، توزیع و کیفیت کارکنان بهداشتی - درمانی از یکسو و نیازهای کشور به خدمات آنان از سوی دیگر.

عدم تعادل در نیروی انسانی گروه پزشکی پدیده‌ای است متنوع و پیچیده که دارای سه بُعد است: الف) از نظر تعداد، عرضه کمتر یا بیشتر از حد نیروهایی که جامعه به وجود آنها نیازمند است. ب) از حیث کیفیت، عدم تناسب بین آموزش و نیازمندی‌های شغلی. ج) به لحاظ توزیع، که ممکن است برحسب جغرافیایی، شغلی، سازمانی، یا تخصصی باشد.

از دست دادن کار، روی آوردن مجدد به آموزش (به منظور اخذ تخصص، فوق تخصص)، کاهش تعداد بیماران و ساعات کاری، نبودن امکان اشتغال برای فارغ‌التحصیلان، فراهم کردن خدمات بیشتر به ازای هر بیمار، ثبت نام صدها نفر جهت یک فرصت شغلی، پذیرش موقعیت‌های شغلی بدون جذابیت، پرداختن به امور دیگر مانند کارهای اداری، تأسیس شرکت‌های فنی یا مشاوره‌ای بازرگانی و قبول تغییر در نظم نیروی حرفه پزشکی، نمودی از قوت پیش‌بینی وجود مازاد نیروی پزشک است. لکن نشانه‌ها گاهی دیر یا بسیار دیر مشخص می‌شوند، چرا که عرضه معمولاً هماهنگ با تقاضا نیست.^۱

1. علاءالدینی، ۱۳۸۴.



بیکاری پزشکان مشکلی نیست که محدود به ایران و کشورهای مشابه باشد، بلکه بسیاری از کشورهای پیشرفته نیز با این مشکل دست به گریبانند. به نمونه‌هایی از این کشورها در زیر اشاره شده است.

- .

مطالعات نیروی پزشکی در آمریکا طی چند دهه اخیر نشان داده است که ایالات متحده در مرز افزایش خطرناک عرضه پزشک قرار دارد.

در دهه ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ رهبران بهداشت و درمان آمریکا بر این باور بودند که تعداد پزشکان فعال ایالات متحده، به خصوص در مناطق محروم، کافی نیست. در نتیجه برنامه‌ریزی کردند که تعداد دانشکده‌های پزشکی را افزایش دهند و کلاس‌ها را نیز بزرگ‌تر کنند.

در سال ۱۹۸۰ گزارشی توسط کمیته ملی اجرایی آموزش فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی، که کمیته‌ای فدرال جهت ارزیابی نیروی انسانی پزشکی، ارائه شد. این گزارش حاکی از آن بود که ۷,۰۰۰ نفر پزشک بیش از حد مورد نیاز در سال ۱۹۹۰ و ۱۴۵,۰۰۰ مازاد تا سال ۲۰۰۰ وجود خواهد داشت. توصیه‌ها شامل کاهش تعداد دانشجویان و کلاس‌های دانشکده‌های پزشکی، محدودیت قائل شدن در ورود فارغ‌التحصیلان بین‌المللی، محدودیت جهت اخذ تخصص و تشویق فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی جهت تحقیق در اصول اولیه مراقبت‌های بهداشتی تا زمینه‌های تخصصی بود.^۱

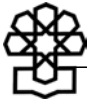
در سال‌های دهه هشتاد فارغ‌التحصیلان غیرآمریکایی یا IMG،^۲ ۴۰ درصد ورودی‌های به GME^۳ را تشکیل می‌دادند. کمیته‌های تخصصی در مورد نیروی انسانی پزشکی به این نتیجه رسیدند که برای کاهش عرضه پزشک باید محدودیت‌هایی برای تعداد پزشکانی که وارد GME می‌شوند اعمال شود. بیشترین مشکل در گروه پزشکان غیرجنرال‌لیست بود.^۴ هر چند ۱۰ درصد پزشکان غیرجنرال‌لیست در سال ۱۹۹۵ شغل تمام‌وقت نداشتند؛ اما فقط ۲/۲ درصد آنها بیکار بودند. بیشترین مشکل (کار نیمه‌وقت) در رشته پاتولوژی با ۱۰/۸ درصد بود. در رشته ارولوژی اصلاً

1. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۹.

2. International Medical Graduate

3. Graduate Medical Education

4. پزشک خانواده، طب داخلی، اطفال و جراحی عمومی و برخی موارد زنان.



مشکلی وجود نداشت. به نقل از AMA^۱ تقریباً ۷/۱ درصد از تمام پزشکان فارغ‌التحصیل در عرض ۶ ماه بعد از تکمیل درمان دستیاری مشغول به کار نمی‌شوند. در سال ۱۹۹۸ این رقم به ۷/۹ درصد رسید. جالب است که ۱۱ درصد رزیدنت‌ها در سال ۱۹۹۹ بیان کرده بودند که به دنبال انتخاب زمینه کاری دیگری هستند. این تعداد در سال ۱۹۹۷، ۵ درصد و ۱۹۹۵، ۸ درصد بود.^۲ در سال ۱۹۸۶ کنگره به شورای عالی آموزش پس از فراغت از تحصیل اجازه داد که به دایره بهداشت و خدمات انسانی توصیه‌هایی در زمینه عرضه و توزیع پزشکان در ایالات متحده داشته باشد.

کمیسیون بررسی نظام پرداختی پزشکان (که مشاور کنگره در زمینه هزینه خدمات درمانی است)، نیز این توصیه را که نسبت پزشک به جمعیت نباید افزایش یابد مورد تأیید قرار داد. توصیه‌ها به صورت طرح حفاظت از بهداشت ریاست جمهوری در سال ۱۹۹۳ درآمد که شامل محدودیت در ورود به تخصص و نیاز به افزایش درصد در موقعیت‌های مراقبت اولیه بهداشتی بود.^۳

در سال ۱۹۹۶، ۸/۴۰ درصد کسانی که مایل به ادامه تحصیل بودند علت آن را عدم وجود وضعیت‌های شغلی کافی در حیطه تخصصی خود ذکر کرده‌اند. در سال ۱۹۹۶ بیکاری ۲/۳ درصد برآورد شد. بیکاری در میان فارغ‌التحصیلان خارج از آمریکا، اقلیت‌هایی که نماینده نداشتند و زنان بیشتر بود. رشته‌های هماتولوژی، طب سالمندان، پاتولوژی، انکولوژی، چشم و طب داخلی بیشتر بود. میزان بیکاری تنها در ۸ درصد رشته‌های تخصصی کمتر از ۵ درصد بود. در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ تعداد ۷۳۰۸۰۱ پزشک در ایالات متحده وجود داشت که تقریباً ۲۶ پزشک در ازای هر ۱۰,۰۰۰ نفر موجود است.^۴

پس از تحقیقات انجام شده نظر کلی این بود که علت پزشک‌مازاد در آمریکا به تربیت بیش از حد پزشک و تغییر سیستم ارائه مراقبت‌های سلامتی (که پزشک کمتری را در هر واحد جمعیت به کار می‌گیرد) برمی‌گردد.^۵

- .

در نتیجه افزایش تعداد پزشک در مکزیک در سال ۱۹۶۸ و دهه ۱۹۷۰ آموزش پزشکی در این کشور رشد کنترل نشده‌ای کرد که البته بحران اقتصادی و نبود کار مناسب از جمله عوامل روآوردن بیش از حد جوانان به دانشگاه‌ها شد. این بحران از سوی دیگر سبب کاهش رشد سرویس‌دهی پزشکی

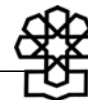
1. American Medical Association

2. Jacoby, 1998.

3. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷.

4. Jacoby, 1998.

5. Vanselow, 2000.



شد و جذب نیروهای فارغ‌التحصیل کاهش قابل توجهی کرد. نتیجه این امر این بود که هفت درصد پزشکان بیکار بودند، ۱۱ درصد آنها به شغل‌های غیرپزشکی روی آورده بودند، ۱۱ درصد آنها با درآمد بسیار ناچیز به طبابت مشغول بودند، به طوری که قادر به اداره زندگی خود نبودند و در عین حال تعداد قابل توجهی از روستاها بدون پزشک باقی ماندند و سطح آموزش پزشکی در مکزیک به شدت افول کرد.^۱ در سال ۱۹۸۴ از هر ۴ پزشک یک نفر توانست شغل مناسب پیدا کند. جالب این است که توزیع نامتقارن پزشکان سبب عدم بهره‌گیری ۱۱ درصد جمعیت از حداقل مراقبت‌های بهداشتی شده بود و این در حالی بود که هزاران پزشک بیکار در مکزیک وجود داشت.^۲

بالاخره در سال ۱۹۸۷ دولت مکزیک تعداد پذیرش دانشجویان پزشکی را کاهش داد و تعداد دانشکده‌های پزشکی را محدود کرد و این مشکل تا حدی کاهش یافت.^۳ کاهش پذیرش پزشک موجب شد آمار پزشک بیکار یا کم‌کار که در سال ۱۹۸۶ حدود ۳۰ درصد بود به ۱۶ درصد در سال ۱۹۹۳ کاهش یابد.^۴

- .

حدود سی سال پیش به علت کمبود فراگیر پزشک و به خاطر اینکه تعداد قابل توجهی از جوامع روستایی هیچ‌گونه پزشک شاغلی نداشتند، سیاست نیروی انسانی پزشکی به‌عنوان یک بحث ضروری در ژاپن مطرح شد. جهت پاسخگویی به فشارهای ملی و اجتماعی مخصوصاً از سوی نواحی مشخصی که دسترسی کمی به خدمات درمانی داشتند، دولت ژاپن سیاستی مبنی بر تأسیس حداقل یک دانشکده پزشکی در هر منطقه و افزایش دانشجویان پزشکی ارائه کرد. یک هدف این سیاست افزایش نسبت پزشک به جمعیت به نسبت ۱۵ در هر ده هزار نفر بود. ۱۸ دانشکده پزشکی در نواحی فاقد دانشکده پزشکی تأسیس شد. به علاوه ۱۶ دانشکده خصوصی پزشکی نیز افتتاح شد (بیشتر در مناطق با تراکم جمعیت بالا) و تا اواسط دهه ۱۹۸۰ تعداد فارغ‌التحصیلان این رشته از ۴۰۰۰ نفر به ۸۰۰۰ نفر بالغ شد.

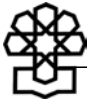
طبق قانون، پزشکان بایستی گزارش مکان اشتغال خود را در پایان هر ۲ سال ارائه دهند و وزارت سلامت و رفاه ژاپن نیز داده‌هایی را درباره تعداد پزشکان شاغل در هر جامعه انسانی از سال ۱۹۷۷ ارائه می‌دهد. اداره دیگر دولتی موسوم به آژانس همگانی و مدیریت نیز مسئله سرشماری ملی را هر ۵ سال به عهده دارد.

1. Frank, 1991.

2. ملک‌زاده، ۱۳۶۷.

3. Frenk, 1999.

4. KNAUL, 2000.



بین سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ تعداد پزشکان شاغل حدود ۳۷ درصد افزایش داشت و از ۱۴۸,۸۱۵ به ۲۰۳,۷۹۷ نفر رسید. نسبت پزشکان به ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت نیز از ۱۲۷ به ۱۶۵ رسید. با این حال، تفاوت نسبت پزشکان در تمام شهرها، بخش‌ها و روستا تغییرات بسیار کمی را در طی این مدت نشان داد. اگر چه سیاست افزایش دانشکده‌های پزشکی و دانشجویان، به افزایش تعداد پزشکان منجر شد و باعث هموار شدن نسبی مشکلات کمبود پزشک شد، ولی سبب بهبود توزیع پزشکان در ژاپن نشد. این سیاست برحسب اندازه واحد جمعیتی تغییر می‌کرد. چرا که واحدهای جمعیتی با جمعیت بالای ۳۰۰۰۰ نفر بیشترین جذب (در مورد پزشکان) را داشتند درحالی که جوامع زیر ۱۰۰۰۰ نفر جذب کمتری داشتند.

هم مقامات دولت مرکزی و هم محلی همراه با انجمن‌های پزشکی ژاپن تصمیم به دست‌وپنجه نرم کردن با مسئله توزیع ناهمگون گرفتند. آنها حتی مزایا و حقوقی را نیز برای دانشجویانی که در نواحی مواجه با کمبود پزشک مشغول به تحصیل هستند، قائل شده‌اند. دانشکده پزشکی JICHI، پزشکان را برای خدمات در مناطق فاقد امتیاز تربیت می‌کند و نیز مطب‌ها و بیمارستان‌های دولتی برای پزشکانی که در مناطق روستایی خدمت می‌کنند ایجاد شده است. اما این تلاش‌ها نیز با شکست مواجه شده‌اند. ژاپن استثنایی از این مسئله نیست و این مشکل تمام کشورهای است که خواسته‌اند با افزایش تعداد پزشک، توزیع آن را متعادل سازند.^۱

- .

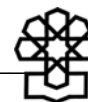
عدم تطابق تعداد پزشک با جمعیت و عدم تناسب در توزیع نیروی کار در کشور اسپانیا نیز مشهود است. طبق آمار سال ۱۹۹۲ تعداد ۲۲ درصد پزشکان در اسپانیا بیکار بودند. این کشور بیشترین تعداد پزشک بیکار را در اروپا دارد.

در انتهای سال ۱۹۹۸ این کشور ۲۴۰۰۰ پزشک بیکار داشت که معادل ۲۲ درصد کل پزشکان این کشور بودند. اگر وارد توزیع سنی پزشکان بیکار شویم ۸۸ درصد پزشکان زیر ۳۰ سال را بیکار می‌بینیم. این بیکاری حتی در میان پزشکان متخصص هم کاملاً مشهود است. برآوردها حاکی از آن است که اگر اقدامی برای این مشکل صورت نگیرد در سال ۲۰۱۸ حدود ۴۷ هزار پزشک بیکار در اسپانیا وجود خواهند داشت.^۲

علت این شرایط را در وضعیت خوب پزشکان در دهه ۷۰ و اوایل ۸۰ و روآوردن تعداد زیادی از جوانان به این رشته، ایجاد نواحی خودمختار داخلی که دانشکده‌های پزشکی زیادی را تأسیس

۱. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷.

۲. علاءالدینی، ۱۳۸۱.



کردند و غفلت دولت و منفعل بودن آن می‌توان دید.^۱

- .

تعداد پزشکان شاغل در انگلیس از حدود ۷۱ هزار نفر در سال ۱۹۷۶ به ۱۰۲ هزار نفر در سال ۱۹۹۶ رسید. در سال ۱۹۷۹، ۴/۷ درصد پزشکان در این کشور بیکار بودند که بیشتر آنها زنان بودند. پزشکان زن مسائل خانوادگی را مهمترین علت بیکاری خود می‌دانستند. البته نبود موقعیت شغلی و قبول نکردن مشاغل موجود هم مؤثر بود.^۲

طبق آمارهای ارائه شده در سال ۲۰۰۷ حدود ۴۰۰۰ پزشک تازه فارغ‌التحصیل در انگلیس نتوانستند شغل مناسبی برای خود پیدا کنند. براساس این گزارش از ۱۳۶۲۴ پزشک متقاضی کار در سال ۲۰۰۷ در انگلیس برای ۳۶۸۷ نفر شغل مناسبی پیدا نشد. این در حالی است که برای تربیت هر پزشک در این کشور حدود ۲۵۰۰۰۰ پوند به‌عنوان هزینه تحصیل به دولت تحمیل می‌شود.^۳

از طرف دیگر انجمن پزشکی انگلیس در گزارشی اعلام کرد که ۸۰۰۰ پزشک فارغ‌التحصیل در این کشور به‌علت کمبود کار به کشورهای خارجی مهاجرت کرده‌اند.^۴

جدول زیر براساس گزارش سال ۲۰۰۹ سازمان جهانی بهداشت، تعداد پزشکان و تعداد آنها به‌ازای هر ۱۰,۰۰۰ نفر را در خلال سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ نشان می‌دهد.

۲۵	۴۷۸۷۵	استرالیا
۳۷	۳۰۶۸	اتریش
۴۲	۴۴۱۲۴	بلژیک
۱۲	۱۹۸۱۵۳	برزیل
۱۹	۶۲۳۰۷	کانادا
۲۷	۱۹۸۰	بحرین
۱۱	۱۷۲۵۰	شیلی
۵۹	۶۶۵۶۷	کوبا
۲۴	۱۷۹۹۰۰	مصر
۳۴	۲۰۷۲۷۷	فرانسه
۳۴	۲۸۴۴۲۷	آلمان

1. Mosberg, 1992.

2. علاء‌الدینی، ۱۳۸۱.

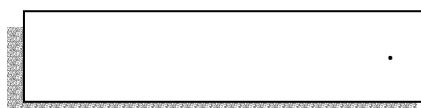
3. HighBeam Research, 2007.

4. Beattie, 2007.



۶	۶۴۵۸۲۵	هند
۳۷	۲۱۵۰۰۰	ایتالیا
۲۱	۲۷۰۳۷۱	ژاپن
۷	۱۷۰۲۰	مالزی
۲۰	۱۹۵۸۹۷	مکزیک
۳۷	۶۰۵۱۹	هلند
۳۳	۱۳۵۳۰۰	اسپانیا
۱۵	۶۳۸۰	سنگاپور
۳۳	۲۹۱۹۰	سوئد
۴۰	۲۸۸۱۲	سوئیس
۲۳	۱۳۳۶۴۱	انگلستان
۲۶	۷۳۰۸۰۱	آمریکا
۳۶	۳۶۵۹۵	چکسلواکی

Source: World Health Statistics, 2009.

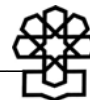


قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران کار برای همه و ایجاد اشتغال کامل را از وظایف دولت می‌داند. مطابق اصل ۲۸ قانون اساسی، هرکسی حق دارد هر شغلی را که بدان مایل است و مخالف اسلام و مصالح عمومی و حقوق دیگران نیست، برگزیند. دولت موظف است با رعایت نیاز جامعه به مشاغل گوناگون، برای همه افراد امکان اشتغال به کار و شرایط مساوی را برای احراز شغل ایجاد کند.

آموزش عالی در ایران طی دو دهه اخیر گسترش سریعی یافته است. افزایش ظرفیت‌های آموزش عالی از طریق ایجاد دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی در کلیه استان‌های کشور و از طریق ایجاد دانشگاه آزاد اسلامی موجب افزایش قابل ملاحظه عرضه فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها شده و عدم هماهنگی بین فرصت‌های شغلی موجود در بخش‌های مختلف اقتصاد و به عبارتی کمبود تقاضا، زمینه بروز پدیده بیکاری فارغ‌التحصیلان دانشگاهی را فراهم ساخته است.

از سال ۱۳۷۶ زمزمه مشکل فارغ‌التحصیلان بیکار در گروه پزشکی مشخصاً به گوش می‌رسید. افزایش عرضه نیروی پزشکی از سویی و سیاست کوچک‌سازی بدنه دولت از سوی دیگر (که خود را در محدود کردن استخدام دولتی نشان می‌دهد) موجبات بیکاری قشر گسترده‌ای از فارغ‌التحصیلان پزشک را فراهم آورده است.

از ابتدای برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره سعی کرده که تعادلی بین عرضه و تقاضای نیروی انسانی در گروه پزشکی ایجاد



کند ولی از آنجایی که بخش قابل توجهی از نیروهای جویای کار در گروه پزشکی از دانشگاه‌های غیر از دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند، لذا رسیدن به تعادل در این رابطه تدابیر جدیدی را طلب می‌کند.

از تعداد پزشکان و پیراپزشکان بیکار، اطلاع دقیق و قابل اعتمادی در دسترس نیست. با این وصف بنا به نظر و بیان مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی در مباحث مربوط به بیکاری فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی، حدود ۷۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر از پزشکان با مشکل بیکاری صرف روبه‌رو هستند.^۱

برپایه اطلاعات به‌دست آمده از اجرای طرح بزرگ شناسایی جویندگان کار گروه پزشکی که در سال ۱۳۸۱ معاونت اشتغال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری شرکت پست جمهوری اسلامی به‌عمل آورد، تعداد ۲۸۷۴۷ نفر فارغ‌التحصیل گروه پزشکی بیکار در سطح کشور در رشته‌های مختلف گروه پزشکی وجود دارد که بیش از نیمی از آنها را ۶ رشته پرستاری، پزشک عمومی، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی و هوشبری به خود اختصاص می‌دهند.^۲

سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۸۱ تعداد پزشکان بیکار را در حدود ۱۲۰۰۰ نفر اعلام کرده، که البته به‌طور دقیق محاسبه نشده است. با توجه به اینکه نزدیک به ۳۵۰۰ نفر در سال فارغ‌التحصیل رشته پزشکی هستند و تفاوت‌چندانی در وضعیت به‌کارگیری و ظرفیت‌ها حاصل شده است. رقم بیکاری در حال حاضر به‌مراتب بالاتر از این ارقام است.^۳

در مطالعه دیگری شیوع بیکاری کامل در بین پزشکان ایران در سال ۱۳۸۰ برابر ۹/۴ درصد تخمین زده شده است. براین‌اساس شیوع بیکاری پزشکی یعنی عدم اشتغال به حرفه پزشکی بالاتر بوده و به ۱۳/۷ درصد می‌رسد. علاوه‌بر بیکاری و کم‌کاری کیفی، میزان کم‌کاری کمی نیز در بین پزشکان بالا است و مجموع این سه نوع مشکل اشتغال به ۲۵/۵ درصد می‌رسد. نیمی از پزشکان بیکار، حداقل برای مدت یک سال در جستجوی کار بوده‌اند که مهمترین دلایلی را که برای عدم موفقیت خود در یافتن شغل پزشکی اعلام کرده‌اند، درآمد ناکافی مشاغل پزشکی و محدودیت در به‌کارگیری پزشکان در بخش دولتی بود.^۴

مطالعه دیگری که انجام شده تعداد پزشک عمومی فعال مورد نیاز کشور را برای سال ۱۳۹۲ رقمی معادل ۲۵۵۰۰ نفر برآورد کرده است درحالی که پیش‌بینی می‌شود ۴۴۰۱۱ نفر پزشک عمومی

1. علاءالدینی، ۱۳۸۱.

2. رحمانی، ۱۳۸۲.

3. علاءالدینی، ۱۳۸۱.

4. ، ۱۳۸۴.



در آن تاریخ وجود خواهد داشت که رقمی معادل ۱۸۵۱۱ نفر پزشک مازاد قابل محاسبه است.

- .

کمبود مزمن پزشک در دهه ۵۰ و ۶۰ شمسی سبب افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی و افزایش پذیرش دانشجو شد که سبب ورود خیل عظیم دانش‌آموختگان و عدم تناسب با نیاز روز شد.

از سایر علل می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. عدم سیاستگذاری مناسب در پذیرش دانشجو،
۲. تأسیس دانشکده‌های جدید بدون نیازسنجی،
۳. عدم استخدام مناسب پزشکان،
۴. عدم بازنشستگی در سن معمول بازنشستگی،
۵. عرضه بیش از تقاضا با کاهش دادن سیستم مراقبت بهداشتی،
۶. حمایت مالی نامناسب برای رفتن پزشکان به نواحی روستایی.^۲

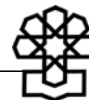
- .

عدم وجود پزشک مورد نیاز در برخی مناطق کشور نشان می‌دهد که هنوز هم کشور از پزشک اشباع نشده است.

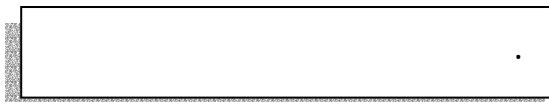
به عبارت دیگر با وجود این تعداد پزشکان فارغ‌التحصیل، ما باز هم کمبود پزشک وجود دارد. در اروپا به ازای هر ۳۰۰ تا ۴۰۰ نفر، یک پزشک وجود دارد و حتی در آمبولانس‌ها هم پزشک حضور دارد؛ اما ما عادت داریم به اینکه کارهای سلامت مردم از سوی بهورز انجام شود که درس کمتری خوانده است. جمعیت کشور ما نیازمند تعداد بیشتری پزشک است. هنوز بسیاری از نقاط کشور پزشک متخصص و حتی عمومی ندارد. البته رفع این مشکل شرایطی می‌طلبد. دولت باید برای سلامت مردم سرمایه‌گذاری کند. به طور مثال، پزشکی که برای خدمت به مناطق محروم می‌رود، باید از امکانات زندگی مناسب مانند مسکن و امکان تحصیل فرزندان خود برخوردار و امید داشته باشد که این مدت خدمت در مناطق محروم مقدمه پیشرفت وی خواهد بود. اما دولت سرمایه‌گذاری لازم را در این باره نداشته است و این امر نشان می‌دهد، ارزشی را که کشورهای توسعه‌یافته برای مردم خود قائل‌اند، ما قائل نیستیم، در حالی که محور توسعه، انسان سالم است. برای حل این مشکل، تنها به یک برنامه‌ریزی درست نیاز داریم؛ زیرا روشن است که کشور در چه

1. ، ۱۳۸۱: ۱۴.

2. ، ۱۳۸۱.



مناطق به پزشک و کاردرمانی نیاز دارد.^۱



متغیرهای بسیاری بر روی تعداد نیروی انسانی مورد نیاز اثر دارند که بررسی آنها بسیار مشکل و گاه غیرممکن است. این عوامل را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد.^۲

. -

یک انگیزه مهم برای افزایش خدمات پزشکی، پیشرفت وسایل تشخیصی و درمانی بوده است. طی برآوردی، در عرض ۲۵ سال گذشته، کاربرد خدمات پزشکی نیاز جامعه به پزشک را در حدود ۲ پزشک در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت افزوده است.

. -

چهار عامل سن، جنس، شیوه زندگی و کیفیت ارائه خدمات بر روی تعداد نیروی انسانی مورد نیاز تأثیر دارد.

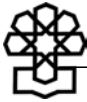
(نیروی کار پزشکی، ارتباط بسیار زیاد به سن دارد. با افزایش سن میزان کارکرد کاهش می‌یابد. به طور مثال، طی بررسی در آمریکا، پزشکان ۵۵ ساله یا بیشتر، ۱۲ درصد کمتر از پزشکان زیر ۵۵ سال کار می‌کنند. به علاوه سن بازنشستگی نیز یکی از عوامل مهم و جزو مفروضات همه طرح‌های تعیین تعداد متخصصین مورد نیاز، است. شواهد نشان می‌دهند که اخیراً پزشکان آمریکا در سنین پایین‌تری بازنشسته می‌شوند.

(: با بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که در رشته پزشکی زمان کار زنان کمتر از مردان است. با افزایش نسبت زن به مرد در کل جهان و نیز با توجه به قوانین کشور ما این نسبت همچنان در حال افزایش است و می‌بایست جهت برآورد نیروی انسانی به آن توجه شود.

(: شیوه زندگی و توقعات پزشکان روزبه‌روز در حال تغییر است. پزشکان جوان به دنبال تعادل بیشتری بین زندگی خصوصی و حرفه‌ای خود هستند. اغلب پزشکان از برنامه‌های سنگینی که باعث می‌شود زمانی برای وقت آزاد باقی نماند، شاک می‌خورند. بسیاری از پزشکان نیز به خاطر تطابق بیشتر با سبک زندگی دلخواهشان وضعیت شغلی خود را از حالت خود-

1. مرندی، ۱۳۸۶.

2. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷.



استخدامی به استخدامی درآورده‌اند. به‌طور متوسط، پزشکان استخدامی خصوصاً آنهایی که در گروه‌های بزرگ کار می‌کنند، ساعت‌های کمتری در هفته به‌کار اشتغال دارند، برخورد کمتری در طول هفته با بیمار دارند و هفته‌های کمتری را در سال به نسبت پزشکان مستقلی که به تنهایی یا در گروه‌های کوچک هستند، کار می‌کنند. فراوانی پزشکان و دیگر کلینیسین‌ها این امکان را به‌وجود آورده است که برنامه‌های کاری سبک‌تری طراحی شوند. در حقیقت، با افزایش نیروی انسانی نیز، تعدیلی (۱۵ درصد کاهش) در تعداد بیماران ویزیت شده توسط یک پزشک به‌وجود آمد.

(: پزشکانی که کیفیت پایینی در ارائه خدمات دارند، کارایی کمتری نیز خواهند داشت و حتی گاهی موجب افزایش نیاز جامعه به پزشک می‌شوند. نقش آموزش و تطابق آن با نیازهای جامعه بسیار مهم است. کیفیت پایین تنها به سواد آکادمیک مربوط نمی‌شود و مردم‌داری، برخورد صحیح با بیمار، آشنایی با نیازهای فرهنگی و اجتماعی ناحیه را نیز در برمی‌گیرد.

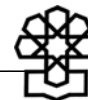
- .

نظام سلامت و قوانین آن با هر تغییری محاسبات نیروی انسانی را تغییر می‌دهد. قوانین مربوط به سیستم ارجاع، حیطه کاری پزشکان، نحوه استخدام و توزیع، نحوه پذیرش و آموزش دانشجویان، تعیین تعرفه‌ها، وجود محدودیت در تعداد ویزیت‌های روزانه و سیستم بیمه، همگی در ارتباط با اهداف نظام سلامت تعیین و ابلاغ می‌گردند و تأثیر خود را از طرق مستقیم یا غیرمستقیم بر روی نیروی کاری وارد می‌سازند.

- .

هر جمعیتی با توجه به توزیع سنی، جنسی، تراکم، سرعت رشد، فرهنگ و درآمد، میزان توجه به مسائل بهداشتی، انتظارات اجتماعی و شاخص‌های دیگر جمعیتی نیاز تعریف شده خود را دارد. (: در هنگام محاسبه تعداد پزشک برای هر ناحیه، به‌خصوص به تفکیک رشته تخصصی، می‌بایست اطلاعات سنی و جنسی منطقه را در نظر گرفت. افراد سنین بالا و پایین و زنان در سنین باروری نیازهای خاص خود را طلب می‌کنند.

(: میزان تراکم در سطح مناطق و راه‌های ارتباطی بین شهرها و روستاها، ایجاد گروه‌های کوچک‌تر مناطق در نواحی بزرگ و انتخاب کانون مرکزی، در نیاز ناحیه تأثیرگذار است. (: سرعت رشد جمعیت بیشتر برای آینده‌نگری و نیز برآوردهای مورد نیاز جهت تخصص‌های زنان و کودکان مورد نیاز است. سرعت رشد را می‌بایست با توجه به نرخ

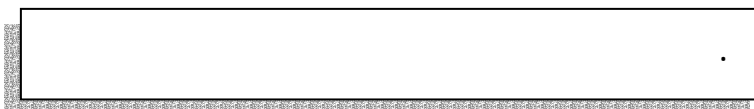


زادوولد بحث نمود، چرا که مهاجرت و زادوولد (دو فاکتور مؤثر بر رشد جمعیت) تغییراتی متفاوت بر روی توزیع سنی و جنسی جامعه ایجاد می‌کنند.

(فرهنگ مراجعه به پزشک و میزان درآمد جوامع، بر میزان مراجعات و نسبت نیاز به پزشک عمومی و متخصصان تأثیر بسزایی دارد. کاهش درآمد موجب افزایش نیاز و در عین حال در مواردی که مشکلات بیمه موجود باشد، باعث کاهش مراجعه می‌شود. در مناطق محیطی شهرهای بزرگ افزایش درآمد موجب کاهش مراجعه می‌گردد، چرا که افراد جهت درمان به مناطقی با امکانات بهتر مراجعه می‌کنند.

- .

کمیت و کیفیت راه‌های ارتباطی هر منطقه و محصور بودن منطقه توسط عوامل طبیعی (نظیر جزایر جنوبی کشور) نیاز به خود کفایی منطقه را در تأمین نیروهای بهداشتی و درمانی می‌طلبد و این نیاز به خصوص در رشته‌هایی که با فوریت‌های پزشکی همراه می‌باشند، حیاتی است. مناطقی که از نظر سیاسی مورد توجه هستند (مناطق مرزی) نیز با نیازی متفاوت از مناطق دیگر روبه‌رو هستند. ضمن اینکه آب و هوای گرم یا سرد با توجه به تأثیری که بر روی شیوع بیماری‌ها و نیز میزان ارتباطات منطقه می‌گذارد؛ تأثیر خود را بر روی نیروی انسانی اعمال می‌کند.



کارشناسان مطالعه نیروی انسانی بهداشتی- درمانی سازمان بهداشت جهانی فهرستی از اطلاعات اساسی را به برنامه‌ریزان توصیه می‌کنند که در ارتباط نزدیک با برنامه‌ریزی نیروی انسانی بهداشتی- درمانی است و در تشخیص مسائل و ارائه راه‌حل‌ها مؤثر واقع می‌شود. این فهرست شامل موارد زیر است:^۱

- .

- تعداد، جنس و ساختار سنی جمعیت فعلی و پیش‌بینی میزان آن در آینده
- تراکم و پراکندگی جمعیت
- مهاجرت
- امید به زندگی

1. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۷.



- نرخ زادوولد و مرگومیر پیش‌بینی آینده

. -

- هزینه عرضه خدمات بهداشتی و هزینه نگهداری پرسنل مختلف
- برآورد آثار هزینه‌های برنامه‌های خاص بهداشتی - درمانی
- نرخ اشتغال و توزیع آن به نسبت مشاغل اصلی موجود در جامعه
- سودهای حاصله از بیمه خدمات بهداشتی - درمانی
- حجم تنوع فعالیت بخش خصوصی در برابر بخش دولتی

. -

- نرخ‌های مرگومیر و ابتلا به بیماری برحسب علل بیماری‌ها، سن و جنس و توزیع جغرافیایی
- وسعت علل اساسی مرگومیرها و بیماری‌ها و میزان تأثیر آنها بر تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و مقدمات اجتماعی
- عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت جامعه مانند: محیط زیست، تغذیه، فرهنگ، سواد و آموزش و ...

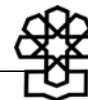
. -

- خدمات بهداشتی - درمانی مورد استفاده برحسب تعداد، نوع، کیفیت و آثار حاصله
- خصوصیات استفاده‌کنندگان شامل مقدمات و اطلاعات آنها درباره استفاده از خدمات بهداشتی و سیستم بهداشتی که از ایشان حمایت می‌کند
- حجم خدمات بهداشتی مورد انتظار (برحسب نوع خدمات) که در حال حاضر در اختیار جامعه قرار دارد

- خصوصیات افرادی که به این خدمات نیازمندند یا خواستار این خدمات هستند
- دلایل عدم دسترسی به خدمات مورد نیاز یا مورد تقاضا
- تقاضای مؤثر برای خدمات و تکنولوژی بهداشتی - درمانی در جامعه

. -

- اطلاع از تعداد، وسعت، مختصات و توزیع امکانات بهداشتی - درمانی و نیز الگوهای شغلی شامل مشاغل خالی و روابط بین مشاغل



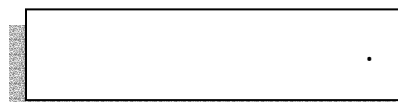
- اطلاع از ابعاد مختلف نیروی انسانی، وظایف رده‌های مختلف، مؤسسه‌ها و سازمان‌ها و زمینه‌های قانونی فعالیت پرسنل بهداشتی - درمانی و میدان عمل آنها
- روند تغییرات حاصله در عرضه نیروی انسانی بهداشتی - درمانی؛ افزایش یا کاهش. کاهش‌ها ناشی از فوت، بازنشستگی، تعویض شغل و مهاجرت

- .

- مشخصات کمی و کیفی متقاضیان تحصیل
- تعداد پذیرش‌ها و ثبت‌نام‌ها در هر سال تحصیلی به تفکیک رشته تحصیلی
- گرایش‌ها و اهداف مؤسسات آموزشی
- طول مدت تحصیل - مقاطع تحصیلی
- تعداد و تخصص‌های پرسنل آموزشی
- علل اصلی سرخوردگی یا مردود شدن دانشجویان
- اطلاعات درباره دانش‌آموختگان دوره‌های قبل و ارزشیابی درجات و مدارک تحصیلی دانش‌آموختگان کشورهای خارجی
- هزینه‌های آموزشی بخش بهداشت - درمان
- ساختار و محتوای دوره آموزشی

- .

- هیئت‌های برنامه‌ریزی، نهادهای آموزشی و خدماتی و مصرف‌کنندگان و گروه‌های اجتماعی علاقمند به نیروهای انسانی بهداشتی و خدمات بهداشتی - درمانی
- نیازهای بخش‌های غیربهداشتی برای نیروی آموزش‌دیده
- سیاست‌های جاری دولت، اولویت‌ها و ساعات کار اداری
- آینده‌نگری طرح‌های توسعه بلندمدت
- ظرفیت‌ها و محدودیت‌های امور اداری



روش‌های مختلفی در برآورد نیروی انسانی وجود دارد که در آن جمعیت هدف، دفعات مراجعه برای دریافت خدمت در یک سال، متوسط زمان صرف شده از طرف ارائه‌کنندگان خدمت برای هر خدمت و متوسط زمان کار مفید سالیانه فرد ارائه‌دهنده خدمت و به‌عنوان متغیرهای آن مطرح



هستند. نگاه‌های مختلفی در ارزیابی نیازمندی به پزشک وجود دارد. در این گزارش مطالعه‌ای که توسط فرزندی و همکاران در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مورد تعداد پزشک مورد نیاز کشور ایران مورد بررسی قرار گرفته است مبنای آمار و محاسبات ارائه شده قرار گرفته است.^۱

در این مطالعه برای پیش‌بینی سال ۱۳۹۲ اگر نحوه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به افراد جامعه مانند الگوی فعلی کشور (پزشک عمومی) سه سناریو طراحی در نظر گرفته شده است.

در سناریوی اول هیچ‌گونه تغییری در میزان مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی پزشکی عمومی ایجاد نشده است و تنها جمعیت زیاد شده است. در این سناریو ۲۵۸۸۲ نفر پزشک عمومی نیاز داریم.

در سناریوی دوم نیمی از تقاضای افراد جامعه که منجر به مراجعه برای دریافت خدمت پزشکی عمومی نمی‌شود منجر به مراجعه برای دریافت خدمت می‌شود. در این برآورد ۳۱۳۵۵ نفر پزشک عمومی نیاز داریم.

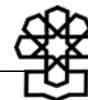
در سناریوی سوم تمامی تقاضاها برای دریافت خدمت منجر به مراجعه و دریافت خدمت می‌شود. در این برآورد ۳۲۷۷۵ نفر پزشک عمومی نیاز داریم.

اگر آیین‌نامه جدید نظام ارجاع و پزشک خانواده که در سال ۱۳۸۱ تدوین شد مبنای محاسبات قرار گیرد، برای سه سناریوی فوق به ترتیب ۳۸۱۶۲۸، ۴۶۸۶۱ و ۵۴۹۶۱ نفر پزشک عمومی نیاز داریم. جدول زیر مقایسه این دو وضعیت در سه سناریو را نشان می‌دهد.

		()			()	
۳۸۱۶۲۸	۱۹۹۲	۳/۳۸	۲۵۸۸۲	۲۹۷۳	۲/۲۲	اول
۴۶۸۶۱	۱۶۴۲	۴/۱۰	۳۱۳۵۵	۲۴۵۴	۲/۶۹	دوم
۵۴۹۶۱	۱۴۰۰	۴/۸۱	۳۲۷۷۵	۲۰۸۹	۳/۱۶	سوم

: فرزندی ۱۳۸۷ برآورد پزشک عمومی و داروساز مورد نیاز کشور جمهوری اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی.

1. در این گزارش بدون تحلیل چگونگی انجام مطالعه صرفاً به بیان نتایج پرداخته می‌شود.



این سه سناریو در دو وضعیت ذکر شده برای ارائه خدمت پزشکی به افراد است و نیاز خدمات مدیریتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۲ را شامل نمی‌شود. طبق برآورد انجام شده تعداد ۹۸۱۰ پزشک عمومی برای ارائه خدمات مدیریتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد نیاز است. به‌علاوه سالیانه تعدادی از پزشکان عمومی وارد حوزه تخصصی می‌شود که تعداد پذیرش پزشک عمومی در رشته‌های تخصصی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ برابر ۲۵۳۷ نفر خواهد بود.

	*	*	
تعداد پزشک عمومی	۵۰۹۶۵	۲۸۲۲۰	سناریوی اول**
	۵۹۱۹۹	۴۳۶۹۳	سناریوی دوم**
	۶۷۲۹۹	۴۵۱۱۳	سناریوی سوم**

: فرزدی ۱۳۸۷ برآورد پزشک عمومی و داروساز مورد نیاز کشور جمهوری اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی.

در سال ۱۳۸۴ با فرض اینکه تمام ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی وظیفه پاسخگویی به تمام مراجعات افراد جامعه را داشته و نحوه ارائه خدمات با الگوی فعلی کشور انجام پذیرد، تعداد پزشک عمومی مورد نیاز برای جمعیت نزدیک به فعالیت ۷۰ میلیون نفر سال ۱۳۸۴ را معادل ۲۳۰۲۹ نفر برآورد کرده است. در این برآورد هر پزشک عمومی می‌تواند پاسخگویی مراجعات ۲۹۷۳ نفر از افراد جامعه باشد.

در این برآورد حجم کار پزشک عمومی به‌ازای هر نفر از جمعیت کشور معادل ۳۳/۳ دقیقه است. در برآورد بر مبنای آیین‌نامه جدید نظام ارجاع و پزشک خانواده تعداد مورد نیاز ۳۴۳۷۱ نفر بوده است که هر پزشک عمومی می‌تواند پاسخگویی مراجعات ۱۹۹۲ نفر از افراد جامعه باشد. در این محاسبه زمان مورد نیاز ارائه خدمت به‌ازای هر نفر از جمعیت کشور معادل ۵۰/۷ دقیقه است. برای پوشش‌دهی کلیه موارد فوق شامل پزشک عمومی مورد نیاز در عرصه خدمات پزشکی، مدیریتی و تربیت نیروی تخصصی در هر دو وضعیت در سه سناریو در جدول ۸ دیده می‌شود. تعداد پزشک عمومی فعال (عرضه) در سال ۱۳۹۲ که حاصل کم کردن نیروی انسانی که در فاصله سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۹۲ از حرفه پزشکی عمومی جدا شده‌اند از مجموع تعداد پزشکان فعال در سال ۱۳۸۳ و فارغ‌التحصیلان فعال در فاصله این سال‌ها است.

تعداد پزشک عمومی شاغل در سال ۱۳۸۳ براساس سه منبع اداره کل جامعه پزشکی، سازمان



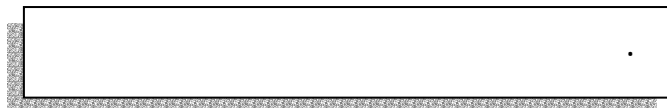
نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ترتیب ۳۷۰۸۹، ۵۸۹۸۷ و ۳۷۷۱۷ نفر بوده است. اطلاعات ارائه شده از طرف اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی حاصل از ثبت مشخصات پزشکان عمومی است که در سال‌های برگزاری آموزش مداوم در دوره‌های بازآموزی شرکت کرده است که البته با توجه به عدم نیاز تمام پزشکان عمومی فعال در حوزه‌های مختلف به گذراندن دوره بازآموزی، این اطلاعات حد پایین شاغلین را نشان می‌دهد. آمار سازمان نظام پزشکی بر مبنای افرادی است که شماره نظام پزشکی دریافت کرده‌اند که لزوماً در حرفه پزشکی مشغول نیستند.

آمارها نشان می‌دهد تعداد نیروی انسانی در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۹۲ که به حرفه پزشکی وارد می‌شوند معادل ۳۳۱۲۵ نفر است.

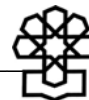
تعداد نیروی انسانی که در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۹۲ به دلیل بازنشستگی، ورود به رشته‌های تخصصی از حیطه پزشکی عمومی خارج می‌شوند به ترتیب ۴۹۰۰ و ۱۷۳۹۰ نفر است؛ لذا در سال ۱۳۹۲ تعداد پزشک عمومی فعال ۴۸۱۹۵ نفر پیش‌بینی می‌شود.

تعداد عرضه پزشک عمومی تا سال ۱۳۹۵ بر اساس پیش‌بینی‌های انجام شده در مورد تعداد پزشک فعال موجود و در سال ۱۳۹۲، تعداد ۲۱۰۰ نفر بازنشسته در فاصله ۱۳۹۲-۱۳۹۵ و جذب ۷۶۳۱ نفر از پزشکان عمومی در رشته‌های تخصصی ۲۸۴۸۴ نفر است. پیش‌بینی‌های انجام شده در مورد تعداد مورد نیاز پزشک در سال ۱۳۹۵ معادل ۵۲۶۹۴ نفر بوده است که در صورت اجرای الگوی پزشک خانوار ۴۲۱۰ نفر پذیرش در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۹ نیاز است که تعداد بین ۲۰۰ نفر در سال ۱۳۸۵ تا ۲۸۷۰ نفر در سال تحصیلی ۱۳۸۸ مورد نیاز است.

در بررسی دیگری که توسط هادیان صورت پذیرفت با استفاده از روش‌ها و الگوهای اقتصادی و ریاضی، برآورد تعداد نیروی انسانی پزشک عمومی که باید سالیانه وارد سیستم شوند برای سال‌های ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۰ به ترتیب ۳۸۶۴، ۴۵۰۷، ۵۲۸۲، ۶۲۲۴، ۷۳۸۳ و ۹۰۱۱ نفر برآورد شده است.^۱



- بر اساس قانون استفاده از خدمت خارج از وقت اداری اعضای هیئت علمی و اعضای غیرهیئت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور، مصوب ۱۳۶۵، به وزارت فرهنگ و آموزش عالی (و سپس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) اجازه داده می‌شود بنابه تشخیص خود از

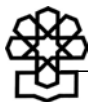


خدمت خارج از وقت اداری اعضای هیئت علمی و به مقدار ضرورت از خدمات اعضای غیرهیئت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی با موافقت آنان در رشته‌های مختلف استفاده و در ازای آن حقالزحمه حداکثر برابر حقوق و مزایای مستمر به آنان پرداخت کند. در قبال این موضوع وزارت فرهنگ و آموزش عالی موظف شد در جهت افزایش تعداد دانشجویان در رشته‌های مورد نیاز کشور موظف است هر دانشکده، دانشگاه یا مؤسسه آموزش عالی را که امکان داشته باشد دو هفته کند. این قانون سرآغاز افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان از جمله در گروه پزشکی بود.

- براساس قانون تثبیت ظرفیت‌های پذیرش دانشجویان گروه پزشکی، مصوب ۱۳۷۴/۴/۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کلیه مؤسسات آموزش عالی دولتی که امر تربیت دانشجویان گروه پزشکی را عهده‌دارند موظف شدند در طول سال‌های برنامه پنج‌ساله دوم توسعه، حداقل تعداد ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی را (به‌ویژه در رشته‌های دکترای پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی) برابر با ظرفیت سال تحصیلی ۱۳۷۳-۱۳۷۴ ثابت نگهدارند.

- قوانین مربوط به خدمت خارج از مرکز پزشکان: طرح نیروی انسانی یکی از شرایط ویژه کشور ماست که تأثیر بسیاری بر وضعیت اشتغال پزشکان دارد. بی‌تردید الزام به خدمت پزشکان در مناطق شهری و روستایی محروم، فعالیت و اشتغال پزشکان، با نیت و اندیشه خیر برای تأمین موجبات سلامت، تأمین عدالت، کاهش محرومیت و پاسخگویی به خواست و انتظار به حق مردم بوده است. نخستین اقدام قانونی برای این منظور توسط شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران در قالب تصویب «لایحه قانونی اصلاح خدمتگزاری پزشکان مصوب مردادماه ۱۳۱۸» و «قانون اصلاح استخدام پزشکان مصوب اردیبهشت‌ماه ۱۳۲۸» صورت گرفت. به‌موجب قانونی که در شهریور ۱۳۵۸ به تصویب شورای انقلاب رسید، مقرر شد قانون کلیه فارغ‌التحصیلان پزشک دانشکده‌های پزشکی داخل و خارج از کشور موظفند مدت دو سال اول طبابت خود را در هر نقطه از کشور به غیر از تهران و شهرهایی که دارای دانشکده پزشکی هستند انجام دهند و متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و تشخیص طبی که بعد از تصویب این قانون متخصص شناخته شوند، موظفند دو سال اول طبابت خود را در هر نقطه‌ای از کشور به استثنای تهران انجام دهند.

تصویب لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در سال ۱۳۵۸ در شرایطی صورت گرفت که موضوع کمبود پزشک، توزیع ناعادلانه پزشکان در سطح کشور «بین استان‌ها و مراکز استان‌ها با دیگر شهرهای هر استان»، محرومیت شدید دسترسی مردم مناطق روستایی و بخش‌های محروم و دور دست از وجود و حضور پزشکان، توزیع عادلانه‌تر امکانات و منابع تأمین خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور و جلوگیری از تمرکز پزشکان در شهرهای بزرگ و مناطق مرفه، به شدت مطرح بوده است.

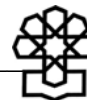


در فاصله سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۵ ضوابط، مقررات و شرایط خدمت الزامی خارج از مرکز پزشکیان و پیراپزشکان بارها و بارها در قالب لوایح و طرح‌های قانونی یا اصلاح قوانین مورد بازبینی و تجدید نظر قرار گرفت که ضمن اشاره به قوانین و اصلاحیه‌های قانونی مهم و تأثیرگذار متن مواد و احکام اصلی آنها برای یادآوری و آگاهی از روند تغییرات بازنویسی می‌شود. براساس این قانون کلیه پزشکان عمومی و متخصص، دندانپزشکان، داروسازان و صاحبان حرف وابسته به پزشکی به تفصیل آیین‌نامه اجرایی وزارت بهداشتی که از تاریخ تصویب این قانون در مراکز آموزشی مربوطه داخل و خارج از کشور فارغ‌التحصیل می‌شوند به استثنای کادرهای نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ملزم به انجام خدمت خارج از مرکز به مدت پنج سال در هر نقطه از کشور به غیر از تهران و شهرهایی که دارای دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی است هستند. در این قانون اشاره شده است که پزشکان و دندانپزشکان و داروسازانی که در روستاها و بخش‌های مناطق محروم به تفصیل آیین‌نامه الحاقی وزارت بهداشتی خدمت کنند سه سال خدمت در مناطق فوق معادل پنج سال محسوب می‌شود.

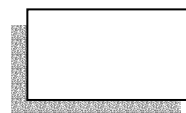
در سال ۱۳۶۷ قانونی به تصویب رسید که هدف آن توزیع عادلانه پزشک و حرفه‌های وابسته به پزشکی و پیراپزشکی در سطح کشور و تأمین نیروی انسانی گروه پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز مناطق روستایی و عشایری و بخش‌ها و شهرستان‌های فاقد دانشکده پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. از تاریخ تصویب این قانون همه‌ساله حداکثر ۴۰ درصد از کل ظرفیت پذیرش دانشجویان برای کلیه رشته‌های گروه پزشکی را به داوطلبان دیپلمه بومی (محلّی) واجد شرایط اختصاص دهد تا این قبیل فارغ‌التحصیلان معادل دو برابر مدت تحصیل خود را صرفاً در مناطق مزبور و در واحدهای بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام دهند. تبصره «۱» این قانون تأکید داشت که تحویل مدرک تحصیلی و ریز نمرات یا تأییدیه آن یا هر سندی که نشان‌دهنده طی دوره آموزشی باشد و همچنین صدور پروانه اشتغال به‌کار در بخش خصوصی، قبل از انجام خدمت موضوع این قانون ممنوع است.

در سال ۱۳۷۰ اصلاحاتی در این قانون انجام شد و تبصره «۱» از آن حذف شد. این اصلاح در واقع از جمله جامع‌ترین اصلاحات قانونی در حوزه، حدود و شمول و موازین ناظر بر خدمات الزامی و قانونی نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی تلقی می‌شود.

مصوبه قانونی مورخ ۱۳۷۵/۲/۱۲ مجلس شورای اسلامی درخصوص خدمت پزشکیان و پیراپزشکان را می‌توان به‌عنوان نشانه تغییر اصولی و اساسی تفکر، جهت‌گیری و روش اجرایی برای به‌کارگیری بهینه نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی و توجه به شرایط و موقعیت فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی از یکسو و ظرفیت جذب و استقرار آنان در



امکانات و مراکز بهداشتی و درمانی کشور، از سوی دیگر دانست. به موجب این قانون مدت خدمت پزشکان و پیراپزشکان در سطح کارشناسی و بالاتر به حداکثر دو سال و مدت خدمت پیراپزشکان در مقطع کاردانی به یک سال کاهش یافت. مشمولان این قانون از لحاظ حقوق و مزایا و امور رفاهی (مرخصی‌های استحقاقی، استعلاجی، بدون حقوق، پاداش، کمک‌های غیرنقدی، بیمه عمر و درمان و حادثه و سایر مزایا) تابع قوانین و مقررات استخدام کشوری و نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت هستند و چنانچه به دستگاه دیگر معرفی شوند که دارای مقررات استخدامی خاص هستند، تابع ضوابط حقوق و رفاه آن دستگاه خواهند بود. به موجب دیگر مواد و ضوابط این قانون، میزان و موارد معافیت‌ها از انجام خدمت و شمول موضوعی آن به‌طور قابل ملاحظه افزایش یافته است.



هرچند آمارهای فوق نشان‌دهنده نیاز کشور به تربیت نیروی انسانی پزشک و در نتیجه پیش‌بینی حتی کمبود تا سال ۱۳۹۲ است؛ ولی در این بین آنچه به چشم می‌آید بیکاری مشهود پزشکان است که موضوع مورد بحث بسیاری از نمایندگان و مسئولان تاکنون بوده است.

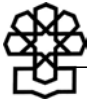
درآمدهای نسبتاً پایین این گروه، جستجوی طولانی برای یافتن شغل مناسب، شرکت انبوه در آزمون‌های استخدامی و تخصصی و عدم رضایت و امنیت شغلی را می‌توان دلیلی بر وجود مشکلات موجود پزشکان دانست.

با توجه به سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های قانونی برای اصلاح ساختار اداری و مدیریتی بخش عمومی، کاهش میزان و حدود و شمول تصدیگری دولت که با هدف کوچک‌سازی تشکیلات سازمانی، عدم گسترش تشکیلات دولت، اصلاح و بهینه‌سازی ترکیب نیروی انسانی، کاهش تدریجی تعداد شاغلان که در دستور کار اجرایی دولت قرار دارد، در صورت عدم پیش‌بینی تمهیدات لازم، محدود شدن زمینه اشتغال و فرصت‌های شغلی و بروز پدیده بیکاری در میان دانش‌آموختگان و فارغ‌التحصیلان دانشگاهی، پدیده‌ای قابل انتظار خواهد بود.

ظرفیت سالیانه جذب پزشک در شبکه بهداشتی و درمانی کشور براساس آخرین اصلاحات در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور، در چارچوب روابط به هم پیوسته و شبکه‌ای این نظام چهار سطح برای انجام و ارائه خدمات به شرح زیر است:

الف) سطح اول شامل مجموعه‌ای از خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی در خانه‌های بهداشت روستایی و پایگاه‌های بهداشتی شهری.

ب) سطح دوم شامل مجموعه‌ای از مراقبت‌های بهداشتی و خدمات تشخیصی و درمان سرپایی



در مراکز بهداشتی درمانی مستقر در روستاها و شهرها.

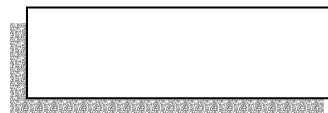
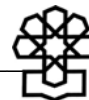
ج) سطح سوم شامل مجموعه‌ای از مراقبت‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی سرپایی تخصصی‌تر و درمان بستری عمومی، در مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان‌های عمومی مستقر در شهرها «شهرستان».

د) سطح چهارم شامل مدیریت، برنامه‌ریزی، هدایت و نظارت خدمات بهداشتی، خدمات درمانی و خدمات درمان بستری تخصصی مستقر در مراکز بهداشت استان و بیمارستان‌های تخصصی یا چند وظیفه‌ای.

با توجه به میزان استقرار مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی در چارچوب طرح گسترش شبکه، فاصله کم مراکز فعال با اهداف کمی مصوب در طرح گسترش و روند محدود افزایش سالیانه این مراکز که علی‌القاعده نیاز به جذب و بکارگیری نیروی انسانی جدید از جمله پزشکان را تقاضا می‌کند و همچنین برآورد افزایش حداکثر ۱۵۰۰ تخت بیمارستانی جدید در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های آتی، نیاز و ظرفیت تقاضای جذب پزشکان برای امکانات جدید و توسعه‌یافته از حدود ۴۵۰ الی ۵۰۰ نفر سالیانه تجاوز خواهد کرد که این رقم نسبتی کمتر از ۸ درصد فارغ‌التحصیلان سالیانه رشته‌های پزشکی است.

درواقع فاصله بسیار زیاد بین فارغ‌التحصیلان سالیانه و نیروهای مورد نیاز برای اعزام به مناطق محروم و نیازمند از یک‌سو و محدودیت بسیار شدید جذب نیروها در بخش عمومی و نبود ظرفیت‌های تولید خدمت و در نتیجه عدم تناسب تقاضای خدمات به‌خصوص در سطح پزشک عمومی «در غیاب نظام درمانی کنترل شده»، از سوی دیگر توازن بین عرضه و تقاضا را در نظام موجود پزشکی و رفتار حاکم بر حوزه سلامت از بین برده که نتیجه اجتناب‌ناپذیر آن، محدودیت بیشتر فرصت اشتغال و درآمد مورد انتظار برای فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و در نهایت روند رو به گسترش میزان و دامنه بیکاری این گروه است.

این وضعیت سبب خروج بسیاری از پزشکان از حرفه پزشکی و روآوردن آنها به مشاغلی شده است که نیاز چندانی به آموزش طولانی و پرهزینه نداشته است که این درواقع نوعی کم‌کاری (نه بیکاری) محسوب می‌شود. به‌علاوه بسیاری از پزشکانی که برای تحصیل آنها هزینه نسبتاً زیادی پرداخت شده است به‌دلیل عدم امنیت شغلی از کشور خارج می‌شوند.



شکی نیست برای برنامه‌ریزی صحیح نیاز به منابع اطلاعاتی دقیق است. بررسی اجمالی نشان می‌دهد هیچ‌یک از مراکز مسئول و مرتبط با پزشکان بانک اطلاعاتی منسجم و یکپارچه‌ای جهت بررسی وضعیت اشتغال پزشکان، محل اشتغال، نحوه اشتغال و ... ندارند. (این موضوع در مطالعه واعظ مهدوی (۱۳۸۶) نیز تأیید شده است). به نظر می‌رسد تشکیل بانک اطلاعات پزشکان ایران در مرحله نخست بسیار ضروری است.

در ساختار فعلی

دولت، این وظیفه برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. از سوی دیگر قوانینی نظیر قانون تثبیت ظرفیت‌های پذیرشی دانشجویان گروه پزشکی مصوب ۱۳۷۴ و ... عملاً اجازه این کار را به وزارت بهداشت نمی‌دهد.

)

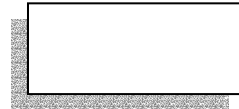
(

البته

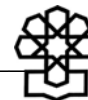
نمی‌توان این قانون را یک‌شبه لغو کرد،

البته برای نیل به این منظور نیاز به اعمال اصلاحاتی در

شیوه اجرای طرح و ایجاد مشوق‌های پایدار برای پزشکان در مناطق محروم است. با اجرای کامل این طرح امکان ارزیابی و تعیین تعداد دقیق پزشک مورد نیاز کشور با سهولت و دقت بیشتری قابل انجام خواهد بود.



۱. آمارنامه مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، گزارش ملی آموزش عالی ایران، ۱۳۵۸.
۲. بختیاری، صادق، تحلیلی از وضعیت اشتغال و بیکاری فارغ‌التحصیلان نظام آموزش عالی عنوان مجموعه مقالات اولین همایش اشتغال و نظام آموزش عالی کشور، ۱۳۸۲.
۳. تقوی، مهرداد، برآورد نیروی انسانی متخصص مورد نیاز توسعه و فناوری و نیازسنجی نیروی انسانی متخصص و سیاستگذاری توسعه منابع انسانی کشور، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۰.
۴. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، تعداد متخصصین مورد نیاز کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷.
۵. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، مروری بر برنامه‌ریزی نیروی انسانی پزشکی و روش‌های برآورد تعداد پزشک مورد نیاز، ۱۳۷۹.
۶. رحمانی، سیدعلی، خروج از بحران بیکاری فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی با ایجاد فرصت‌های جدید شغلی، مجموعه مقالات اولین همایش اشتغال و نظام آموزش عالی کشور، ۱۳۸۲.
۷. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، گزارش ربع قرن عملکرد نظام جمهوری اسلامی ایران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۳.
۸. علاءالدینی، فرشید و همکاران، میزان بیکاری و علل عدم یافتن شغل مناسب در پزشکان ایرانی در سال ۱۳۸۰، فصلنامه علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱: ۸۹، بهار ۱۳۸۴.
۹. علاءالدینی، فرشید، بررسی میزان و علل بیکاری در پزشکان ایرانی پاییز، ۱۳۸۱.
۱۰. علاءالدینی فرشید، برآورد تعداد پزشک عمومی ۲۴ رشته تخصص بالینی و دندانپزشک مورد نیاز کشور.
۱۱. علاءالدینی، فرشید، بررسی قوانین مقررات و اصول مربوط به توزیع عادلانه پزشکان عمومی در کشور، ۱۳۷۹.
۱۲. فرزندی، فرانک، برآورد پزشک عمومی و داروساز مورد نیاز کشور جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.
۱۳. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۵۴.
۱۴. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۵۴.
۱۵. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۵۵.
۱۶. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۵۷.
۱۷. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۵۸.
۱۸. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۶۰.
۱۹. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۶۱.
۲۰. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۶۲.
۲۱. مردنی، علیرضا، کام مردم را تلخ نکنیم، تحلیل بهداشت و درمان پس از انقلاب، هفته‌نامه سپید، ۱۳۸۶.
۲۲. ملک‌زاده، رضا، تجربه مکزیکی، نشریه نظام پزشکی، مهر ۱۳۷۶.



۲۳. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، مجموعه مقالات ارائه شده در همایش اقتصاد بهداشت و درمان، ۱۳۸۰
۲۴. واریان، هال، اقتصاد خرد: ترجمه رضا حسینی، نشر نی، ۱۳۷۷
۲۵. واعظ مهدوی، محمدرضا، نقش بانک‌های اطلاعاتی نیروی انسانی پزشکی در افزایش ضریب اشتغال، مجموعه مقالات همایش نقش فناوری اطلاعات در اشتغال، ۱۳۸۶.
۲۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش اجمالی عملکرد سی‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۸۷.
۲۷. هادیان، محمد، بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای پزشک عمومی و پیش‌بینی تعداد پزشک عمومی تا سال ۱۳۹۰، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی، سال ششم، شماره سوم، ۱۳۸۶.
28. BEATTIE JASON. "New NHS system leaves junior doctors jobless." Evening Standard - London. Associated Newspapers Ltd. 2007. HighBeam Research.
29. Frank J, Alagon J, Nigenda G, et al. Patterns of medical employment: a survey of imbalances in urban Mexico. Am J Public Health. 1991;81:23-29.
30. Frenk J, Knaul F M, Vázquez-Segovia L A, and Nigenda G. Trends in medical employment: persistent imbalances in urban Mexico. Am J Public Health. 1999; 89(7): 1054-1058.
31. HighBeam Research "4000 UK junior doctors jobless: Report. (Report)." PTI - The Press Trust of India Ltd.. Asia Pulse Pty Ltd. 2007. HighBeam Research.
32. Jacoby I, Meyer GS. Creating an Effective Physician Workforce Marketplace. JAMA. 1998; 280: 822-824.
33. JASON BEATTIE. "New NHS system leaves junior doctors jobless." Evening Standard - London. Associated Newspapers Ltd. 2007. HighBeam Research.
34. Knaul Felicia, The Gender Composition of the Medical Profession in Mexico: Implications for Employment Patterns and Physician Labor Supply. JAMWA Vol.55, No.1, 2000.
35. Mosberg, W H Medical manpower needs at home and abroad - Article Summary, Neurosurgery, 1992: 30 : 639-48.
36. National ad hoc working group on physician resource planning, physician resource planning in Canada, a report of NAWG, September 1995.
37. Vanselow NA: physician workforce planning in the United State. In filerman GL: NIS/US Health Workforce planning 2000.
38. World Health Organization, World Health Statistics 2009: 95-107.



:

: چالش بازار کار و آموزش در رشته پزشکی

: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

: علی اخوان بهبهانی، سیدعلی هاشمی

: ایروان مسعود اصل

: علی لاریجانی (رئیس مجلس شورای اسلامی)

: حسین صدری‌نیا

—:

// :