

## آینده سلامت ایران

# ص نمی خواهند

## نده، شرایط حاکم بر پزشکی عمومی و دوره دستیاری خبر می دهند

این تصمیم جزو چالش برانگیز ترین انتخاب‌های زندگی آنها به شمار می‌رود. البته انتخاب تخصص پزشکان یکی از موضوعات مهم برای جامعه و سلامت افراد است که عوامل متعددی از علاقه فردی، درآمدزایی و نقش نهاد قانونگذار در آن اثر گذار است. در این گزارش با استفاده از منابع تحقیقاتی به بررسی عوامل تأثیر گذار برای انتخاب تخصص پرداخته ایم.

همچنین در نتایج پژوهش باقری لنگرانی و همکارانش در آمد به عنوان یکی از انگیزه‌های تمایل پزشکان عمومی به تخصص دانسته شده که بر انگیزه پزشکان عمومی برای کسب تخصص تأثیر دارد: «یکی از علل ورود به دوره تخصص در آمد بالاتر متخصصان در مقایسه با پزشکان عمومی است. تفاوت در آمد بین متخصصان در مقایسه با پزشکان عمومی با دلیلی همچون طول مدت آموزش، دشواری‌های آموزشی که در طول دوره دستیاری داشته‌اند و تفاوت در توانایی قابل مشاهده شده و غیر قابل مشاهده آنها در ارائه خدمات و مراعات بیشتر توجه شده است. این عوامل تنها نیمی از تفاوت بین در آمد این دو گروه را توضیح می‌دهند، محتمل ترین توضیح برای تفاوت در آمد باقیمانده، افتراق‌هایی است که در زمان ورود باین تخصص‌ها وجود دارد. بحران‌هایی مانند بحران‌های مالی همه‌گیری کرونا، تورم و مشکلات خاص برخی کشورها مانند تحریم‌ها همگی بر روی در آمد و انتخاب تخصص تأثیر گذارند.»

### ظرفیت‌هایی که تکمیل نمی‌شود

در نتایج این تحقیق همچنین مشخص شده است: «نظام سلامت در ایران در سال‌های اخیر با مسأله تکمیل نشدن برخی رشته‌های تخصصی مواجه شده که البته در برخی دیگر از کشورها هم تجربه شده است. برای مثال تایوان، در دهه ابتدایی سال ۲۰۰۰ با وجود تعداد مناسب پزشک، با مشکل تکمیل نشدن ظرفیت متخصصان زنان، بیهوشی و جراحی مواجه شد و علت انتخاب تخصص‌های خاص، فرصت‌های شغلی، ترجیحات شخصی مرتبط با توانمندی و هوش توسط دانشجویان اظهار شد. اگر چه تکمیل نشدن ظرفیت برخی رشته‌های تخصصی در ایران در گذشته هم به صورت نادر رخ داده بود، اما برای نخستین‌بار در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در ایران، تکمیل نشدن ظرفیت به صورت گسترده در بسیاری از رشته‌های تخصصی اتفاق افتاد.» در بعضی رشته‌ها مانند طب اورژانس، حتی در برخی از دانشگاه‌های بزرگ تهران و مراکز استان، تمایل به صفر رسید یا رشته‌هایی مثل رادیولوژی که پیش از این تقاضای بالایی داشت، با عدم تمایل برای ورود مواجه شد، به نحوی که وزارت بهداشت مجبور شد برای تکمیل ظرفیت در چند نوبت اقدام به کاهش حداقل نمره قبولی کند. این مسأله یک هشدار جدی برای سیاست‌گذاران سلامت ایران به شمار می‌آید و فهم دلیل و زمینه‌های اجتماعی و سیاست‌گذارانه آن، نیازمند پژوهش‌های گسترده است. از آنجایی که در این زمینه مطالعه‌ای انجام نشده و مافاقد یک رویکرد مفهومی نسبت به مسأله هستیم و انجام تحقیق کیفی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد ضروری است فهم عمیقی از مسأله یعنی عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری تخصصی در ایران داشته باشیم.

باقری لنگرانی و همکارانش، تحقیق خود را گام نخست برای شناخت پدیده دانسته‌اند و هدف آن را صرفاً «مطالعه، واکاوی علل عدم تمایل ورود به دوره دستیاری در بین پزشکان عمومی ایران» معرفی کرده‌اند. با این وجود، در بخشی از مقاله نتیجه‌گیری کرده‌اند: «بر اساس یافته‌ها، توجه به نیازهای دانشجویان پزشکی، ایجاد تحول در آموزش پزشکی و به‌روزرسانی برنامه‌های درسی، امیدآفرینی و بهبود شرایط اقتصادی به‌ویژه حمایت مالی از پزشکانی که در مناطق محروم خدمت می‌کنند از ضرورت‌های سیاستگذاری در ایران است که در نهایت اصلاحات در انحصار نهادینه شده بر نظام سلامت در ایران را رویکرد میان‌رشته‌ای و فراقه‌ای پیشنهاد می‌شود. با این وجود به باور نگارندگان این مقاله نتیجه این تحقیق برای برنامه‌ریزان و سیاستگذاران منابع انسانی در سطح وزارت بهداشت بسیار کمک‌کننده خواهد بود.» گذشته از این‌ مقاله به طور کلی محبوبیت در رتبه‌بندی تخصص‌های پزشکی به عوامل مختلفی بستگی دارد که از جمله آنها می‌توان به طول سال‌های تحصیل، سختی یا آسانی کار، تعداد شیفت‌های کاری، درآمد، جایگاه اجتماعی و آینده تخصص‌های پزشکی را می‌توان نام برد که همگی در انتخاب و برطرف‌دار شدن رشته‌های مختلف مؤثر است. البته این بدان معنا نیست که بعضی از تخصص‌ها بر دیگر تخصص‌ها برتری دارند و باعث رتبه‌بندی تخصص‌های پزشکی می‌شود، یا اینکه کار تعدادی ناچیزتر از بقیه است. رده‌بندی عموماً بر اساس میزان استقبال و تقاضای داوطلبان و رتبه‌بندی تخصص‌های پزشکی صورت می‌گیرد، اما به طور کلی اگر عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری پزشکی یکی از چالش‌های جدید و مهم نظام سلامت کشور در نظر گرفته شود باید چاره‌ای برای آن اندیشید. چون با وجود افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی در سال‌های اخیر، روند کاهش‌ی تمایل پزشکان عمومی برای تخصص ادامه دارد و طبق نظر بعضی مسئولان و کارشناسان کمبود با پزشک، بخصوص در برخی رشته‌ها مواجه خواهیم شد؛ به نحوی که در سال‌های آیند ممکن است باز هم کمبود پزشک متخصص چالش ساز شود. در آینده نه‌چندان دور ما سیر صعودی افزایش سالمندان را تجربه خواهیم کرد و به متخصصان طب سالمندی و داخلی یا پزشکان خانواده بیشتری نیاز خواهیم داشت تا در فرایند پیری، مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان بیماری، افراد مسن انجام دهند.



لنگرانی و همکارانش با عنوان «علت عدم تمایل ورود به دوره دستیاری در بین پزشکان عمومی در ایران» در زمستان سال ۱۴۰۰ منتشر کردند عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری پزشکی را یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت ایران دانسته‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد مشارکت‌کنندگان از شرایط حاکم بر پزشکی عمومی و دوره دستیاری، ناراضی و نسبت به آینده، نگران هستند. در مقدمه این مقاله آمده است: «ایران در سال ۲۰۱۶ به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ۴۶ پزشک متخصص داشته و در سال ۲۰۲۶ به ازای همین جمعیت به ۶۳ پزشک متخصص نیاز خواهد داشت و اگر به این نیاز پاسخ داده نشود، نابرابری جدی در ارائه و تأمین مراقبت سلامت تخصصی به وجود خواهد آمد. این در حالی است که بر اساس همین پژوهش روند فعلی تربیت دستیار تخصصی این فرضیه را تقویت می‌کند.» این پژوهشگران ادامه می‌دهند: «برای حل مسأله نابرابری موجود و اشکال شدیدیتر نابرابری بالقوه، نظام سلامت، نیازمند تربیت پزشک متخصص هستیم، بخشی از پزشکان عمومی که برای ورود به رشته پزشکی



## دانشجویان پزشکی در طول دوره عمومی با بیشتر رشته‌های تخصصی در قالب بخش‌های خود آشنا می‌شوند، اما از برخی رشته‌ها شناخت کمتری پیدا می‌کنند

نیازمند مهارت‌ها و خصوصیات شخصیتی و تعهد حرفه‌ای خاص هستند تا پس از اتمام دوره با صرف هزینه- فرصت دوره تخصص، دشواری‌های امتحان ورودی دستیاری و گذراندن دوره چند ساله را پشت سر بگذارند و به عنوان متخصص ادامه فعالیت دهند. انتخاب تخصص و ورود به دوره دستیاری تخصصی به عنوان یک خواسته مطلوب بین پزشکان عمومی، حتی از زمان دانشجویی تلقی می‌شود. در بین افرادی که دوره پزشکی عمومی خود را به اتمام رسانده‌اند، تقاضا برای دوره تخصص تاکنون بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است.

بر اساس یافته‌های آنها، بیشتر مطالعات در حوزه پذیرش رشته‌های تخصصی پزشکی به دلیل تقاضای بالا برای ورود به دوره تخصص بیشتر بر عوامل مؤثر بر انتخاب رشته تخصصی یا عواملی که در صورت انتخاب تخصص باعث ماندگاری متخصص در مناطق محروم می‌شوند، تمرکز داشته است. هرچند روشن است که علل مختلفی بر انتخاب رشته تخصصی مؤثرند، این عوامل با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی به صورت پویا در حال تغییر هستند.

### درآمد، عامل مهم بی تخصصی

در کشورهای با درآمد کم و متوسط به طور کلی عوامل مؤثر بر انتخاب رشته تخصصی عوامل تعیین کننده شخصی، جنبه‌های تحقق زندگی، جنبه‌های شغلی تأثیر گذار، عوامل تعیین کننده آموزشی و تأثیرات بین فردی بوده‌اند.

## جامعه



### دیدگاه



نگاهی به روند قانونی طی شده بر افزایش نرخ باروری در کشور

## چرا قوانین جمعیتی موفق نمی‌شوند؟



این سیاست تاکنون چندین طرح و لایحه تصویب شده اما اثرگذاری لازم بر افزایش باروری نداشته که دلیل عمده آن، ناهمخوانی این سیاست‌ها با واقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی است.

### مروری بر تجارب جهانی

بررسی تاریخی قوانین و مقررات مبتنی بر افزایش باروری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد این قوانین هم بر اساس محرک‌های تشویقی برای خانواده‌های صاحب فرزند و حمایت‌ها و خدمات اجتماعی، بهداشتنی و مالی به آنها استوار بوده و هم بر مبنای ایجاد برخی محدودیت‌ها تنظیم شده، اما سیاست‌های محدودکننده اثرگذاری مطلوبی نداشته است. لذا از نیمه دوم قرن بیستم، سیاست‌های تنظیمی عموماً تشویقی بوده و شامل مواردی نظیر کمک‌های اجتماعی به خانواده‌ها، کمک‌های نقدی به مادران در طول دوران بارداری، زایمان مجانی، تسهیلات در آموزش مهد کودک، تخفیف‌های مالیاتی و... شده است. تجربه جهانی نشان می‌دهد قوانین جمعیتی لازم‌ا کافی نبوده‌اند. این در حالی است که به همراه قانون جمعیتی، باید سطح رفاه عمومی و امنیت اقتصادی و اجتماعی بالا رود تا قوانین تشویقی اثرگذار باشند. در چارچوب سیاست‌های رفاهی؛ به‌ویژه برای طبقات متوسط و پایین جامعه، سیاست جمعیتی جدید می‌تواند بر نامه‌ریزی و اجرا شود.

### اتکاء قانون بر شرایط جامعه

در سال ۱۳۹۳، طرحی تصویب شد که بیشتر متکی بر ممنوعیت‌ها بود که از نظر جمعیت‌شناسان و کارشناسان سلامت و بهداشت می‌توانست سلامت باروری را نیز به خطر بیندازد؛ «طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت» که بر اساس آن، تبلیغ برای کاهش فرزند و عقیم‌سازی در ایران ممنوع شد و کلیه اقدامات مربوط به سقط جنین، عقیم‌سازی و وازکتومی و توبکتومی جرم‌انگاری شد. وسایل پیشگیری که تا پیش از آن به طور رایگان در اختیار طبقات متوسط به پایین قرار می‌گرفت نیز جمع شد. ذهنیت طراحان این‌س بود که باید رفتار مردم را تنظیم کنند؛ البته این بار در جهتی معکوس، غافل از اینکه جامعه تنها سیاست‌ها و قوانینی همراهی خواهد کرد که با منافع و ارزش‌های عمومی هم‌راستا باشد. با توجه به این ملاحظات، در ادامه چند نکته اصلی که موجب موفقیت قوانین جمعیتی می‌شوند، بازگو می‌شود:

۱- قوانین جمعیتی باید مبتنی بر از بین بردن زمینه‌های اصلی کاهش باروری باشند: مطالعات نشان می‌دهند سیاست تنظیم خانواده و قوانین آن از عوامل فرعی کاهش باروری در ایران بوده؛ نه عامل اصلی آن. بر اساس این مطالعات، عوامل اصلی کاهش باروری، عدم اطمینان اقتصادی و مسائل اجتماعی کلان هستند، در حالی که ایده‌آل باروری عمومی در سطح جایگزینی جمعیت است.

۲- قوانین جمعیتی باید با سیاست‌های کلی جمعیت همسویی و همخوانی داشته باشند: طرح افزایش باروری با سیاست‌های کلی جمعیت همخوانی نداشت. جهت‌گیری سیاست‌های کلی عدتاً معطوف به زمینه‌سازی فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی برای افزایش ازدواج و فرزندآوری و همچنین فراهم کردن بستر مناسب برای اسکان و رفاه جمعیت جدید در سرتاسر کشور در آینده است، اما طرح قانونی مذکور فقط نوعی اجبار را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند که ممکن است مقاومت منفی خانواده‌ها را در پی داشته باشد.

۳- قوانین باید تسهیل‌کننده خواست مردم در مورد ازدواج و تعداد فرزند باشند: طبق مطالعات انجام شده، خواست واقعی خانواده‌ها در مورد میزان باروری دو فرزند و بیش از دو فرزند است. قانونگذاری باید در حوزه‌هایی باشد که به مردم یاری رساند تا بتوانند خواست‌شان را (دو فرزند و بیشتر) را محقق کنند. در واقع در حال حاضر شکافی بین خواست مردم (دو فرزند و بیشتر) و واقعیت (۱.۷ فرزند) وجود دارد. قانونگذاری باید زمینه‌های اصلی این شکاف که عموماً زمینه‌های اقتصادی و بهداشتی و درمانی هستند را آماده کند تا توسط مردم این شکاف پر شود.

۴- تأثیر کم ممنوع کردن عمل وازکتومی و توبکتومی: برخی ممنوعیت‌های قانونی مانند ممنوع کردن عمل وازکتومی و توبکتومی با توجه به اینکه تأثیر چندانی در افزایش نرخ باروری ندارد، هدف افزایش باروری را محقق نخواهد کرد. بنا بر شواهد و آمار، امروز استقبال از عمل‌های عقیم‌سازی بشدت کاهش یافته و ترجیح افراد عمدتاً بر استفاده از روش‌های پیشگیری است که مدیریت آن در اختیار افراد باشد؛ نه روش‌های عقیم‌سازی. این طرح می‌تواند به زیرزمینی شدن روش‌های رایج پیشگیری از باروری منجر شود.

سال ۱۳۹۳ با در نظر گرفتن کاهش نرخ باروری به زیر سطح جانشینی در سرشماری سال ۱۳۹۰ (۱.۸) فرزند برای هر زن در دوره باروری) سیاست‌های جمعیتی جدید از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد. بر اساس بند «یک» سیاست جدید، نرخ باروری باید افزایش یابد تا به سطح جایگزینی باروری یعنی (۲.۱) فرزند برای هر زن در دوره باروی) و حتی بیش از آن برسد. در راستای سیاست‌های جدید از سال ۱۳۹۳ تاکنون، چندین طرح و لایحه تصویب شد اما هیچکدام اثربخشی لازم را نداشت، نرخ باروری نه تنها رشد نکرد بلکه کاهش نیز داشت و به ۱.۷ فرزند رسید. اکنون پرسش این است چرا قوانین افزایش باروری موفق نبودند؟ با توجه به تجربه سایر کشورهایی که با این مشکل مواجه بوده‌اند، قانونگذاری برای رشد جمعیت چگونه باید باشد که اثربخشی لازم را داشته باشد؟ برای پاسخ به این سؤالات، اولین طرح قانونی که در این ارتباط مجلس مطرح شد را مورد بررسی قرار می‌دهیم. این مقاله با نقد و بررسی آثار و پیامدهای این طرح و میزان اثربخشی آن و نیز با مطالعه تطبیقی و تجربیات جهانی، الزامات و راهبردهای اساسی برای کارایی و اثربخشی قانونگذاری را مطرح می‌کند.

به منظور تحقق سیاست جمعیتی ابلاغی از سوی رهبر معظم انقلاب، نمایندگان مجلس در سال ۱۳۹۳، کلیات «طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت» را به تصویب رساندند. در این طرح، تبلیغ برای کاهش فرزند و عقیم‌سازی در ایران ممنوع و کلیه اقدامات مربوط به سقط جنین، عقیم‌سازی و وازکتومی و توبکتومی جرم‌انگاری شد.

### تغییرات جمعیتی و سیاست‌های جمعیتی

در تاریخ معاصر ایران بر اساس الزامات اجتماعی و اقتصادی، سیاست جمعیتی در سه دوره (سال‌های ۶۷، ۶۴ و ۹۳) تدوین و اجرا شد که شامل این موارد است:

**سیاست جمعیتی دوره اول:** جمعیت ایران در سال ۱۳۳۵ از ۱۸.۹ میلیون نفر با نرخ رشد ۲.۵۲ درصد به ۲۵.۷ میلیون نفر در سال ۱۳۴۵ با نرخ رشد ۲.۱۳ درصد رسید. با توجه به شرایط آن دوره از سال ۱۳۴۶، سیاست تحدید و کنترل جمعیت و تنظیم خانواده با این هدف که در سال ۱۳۵۵ نرخ رشد جمعیت به دو درصد که «حد بهینه و مطلوب» تلقی می‌شد، برسد اما تا سال ۱۳۵۵، نرخ رشد جمعیت به ۲.۷ درصد رسید و هدف دو درصد متحقق نشد. در واقع مردم تا حدی با برنامه و سیاست دولت در زمینه کاهش جمعیت و باروری همراهی کردند، اما نه کاملاً؛ عوامل ارزشی و همچنین عوامل اقتصادی و اجتماعی باعث شد رفتار باروری مردم فقط تا حدی با سیاست کاهش موالید همراه شود.

**سیاست جمعیتی دوره دوم:** با وقوع انقلاب اسلامی، سیاست تنظیم خانواده عملاً پیگیری نشد. کنار گذاشتن سیاست کنترل جمعیت و تحولات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منبعث از انقلاب شکوهمند اسلامی باعث رشد زمینه‌های مساعد برای افزایش باروری و جمعیت شد؛ به طوری که در سال ۱۳۶۵، جمعیت ایران به نرخ رشد ۳.۹ درصد رسید. تصور سیاستگذاران در آن زمان این بود که این میزان رشد با توجه به شرایط اقتصادی کشور می‌تواند مشکل‌زا باشد؛ لذا مجدداً از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۵، سیاست تقلیل و کاهش جمعیت و تحدید موالید تدوین و تصویب و در متن برنامه اول توسعه در سال ۱۳۶۸ نیز بندی مربوط به کنترل جمعیت گنجانده شد. در این دوره یکی از سریع‌ترین دوره‌های گذار از «باروری طبیعی» به «باروری کنترل شده و ارادی» در ایران اتفاق افتاد و طی یک دوره ۲۲ ساله، نرخ رشد جمعیت از بالای ۳ درصد به ۱.۳ درصد رسید. البته در این دوره علاوه بر سیاست تنظیم خانواده، رکود اقتصادی، بیکاری، افزایش سن ازدواج، تحولات اجتماعی، تغییر سبک زندگی، افزایش تحصیلات زنان، رشد زنان شاغل و... نیز در کاهش نرخ باروری مؤثر بود.

**سیاست جمعیتی دوره سوم:** نتایج سرشماری جمعیت در سال‌های ۸۵ و ۹۰ نشان داد نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری تا حدی پایین آمده که به کمتر از سطح جایگزینی باروری رسیده است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، نرخ رشد جمعیت ۱.۳ درصد و نرخ باروری کل ۱.۸ فرزند برای هر زن ثبت شد. واقعیت جمعیتی رخ داده بسیاری را نگران کرد؛ چراکه مسائل جمعیتی آینده به مسائل اساسی و حیاتی کشور همچون مسأله پیری جمعیت و تأمین نیروی کار، امنیت و قدرت کشور ارتباطی عمیق دارد. یکی از عوامل اصلی وضعیت پیش آمده که مورد تأکید کارشناسان نیز قرار گرفت، ادامه سیاست‌های کنترل جمعیتی، بدون بازبینی آنها طی دو دهه گذشته بود. به نظر آنها سیاست‌های کاهش باروری باید از اواسط دهه ۷۰ بازبینی می‌شد. با توجه به شرایط جدید در سال ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی جمعیتی مبتنی بر افزایش جمعیت تدوین و ابلاغ شد. پس از ابلاغ

## ۹