

گریز نخبگان حوزه سلامت از ایران، بحران اقتصادی یار کودا خلاق و سیاست؟

دستاوردهای روزافزون علمی و فناوری در زمینه سلامت در کشورهای پیشرفته مرهون دو تلاش در عرصه عمومی و سیاسی است: نخست، فهم در لزوم تولید و ترویج علم به منظور توسعه دانش و فناوری کاربردی؛ و دیگر ترویج نوآوری برآمده از آن در زمینه سلامت. در این روند، مهم‌ترین وظیفه دانشگاه‌ها، دانشمندان و دانش پژوهان تربیت کادر متخصص برای توسعه تحقیقات و فناوری و مهار چالش‌های منطقه‌ای و جهانی در سلامت است. به طوری که متخصصان هر کشور علاوه بر پاسخ‌گویی به نیاز سلامت در زادبوم به فهم منطقه‌ای معضل سلامت در جهان کمک می‌کنند. در ایران، با رشد چشمگیر تعداد دانشجویان و دانش پژوهان در پنج دهه اخیر، بدنه دانشگاهی و علمی در حوزه سلامت به خود کفایتی نسبی در حوزه سلامت دست یافته است، اما مطالعه آمار صدخانه مهاجرت در ایران نشان می‌دهد توانمندترین و مستعدترین دانش‌آموختگان عالی کشور به خصوص در حوزه سلامت در مسیر مهاجرت هستند و مشکلات مسیر مهاجرت را با موفقیت طی می‌کنند. این تمایل نزد بیش از ۳۰ درصد شاغلان و ۵۰ درصد کل بدنه دانشجویی تخصصی کشور در حوزه سلامت مشاهده می‌شود؛ حدود ۲۵ درصد آن‌ها برای مهاجرت اقدام عملی انجام داده‌اند و زمان مشخصی برای ترک ایران در نظر دارند. ناهنجاری‌های اقتصادی، اجتماعی و رکود اخلاق از مهم‌ترین علل گریز از کشور از جانب آن‌ها بیان شده است. این معضل از این منظر قابل توجه است که نه هشدار نخبگان کشور و نه تذکر مدیران مسئول در این زمینه، پژواک لازم را پیدا نکرده است و نشانه‌ای در برنامه‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی کلان و خرد کشور در نقد و درک علل اصلی گریز نخبگان دیده نمی‌شود. به نظر می‌رسد فهم عمیق این پدیده و اتخاذ تصمیمات لازم برای مواجهه با این بلیه ملی نیاز مبرم است. کارورزان، فرهیختگان، شاغلان سلامت و شهروندان باید به سرعت به گفت‌وگو و بحث در این زمینه بپردازند و مسئولان را مکلف به یافتن راه‌حل‌های بنیادین کنند.

رشد تعداد دختران دانشجو چندین برابر بیشتر از سهم رشد پسران است. تحولات اجتماعی، سیاسی پس از انقلاب به نابسامانی بازار اقتصادی و انزوای بین‌المللی به خصوص قطع کامل ارتباط علمی میان دانشگاه‌های ایران و دانشگاه‌های معتبر دنیا منجر شد. نبود مدیریت و فقدان سیاست کلان دانشگاهی به خصوص ناهماهنگی میان تولید مقوله علمی و نیاز بازار اقتصاد به بروز پدیده بیکاران دارای مدرک منجر شد که در آن نیز بانوان بخش چشمگیری از فارغ‌التحصیلان بیکار را تشکیل می‌دهند. گرچه پدیده مهاجرت نخبگان در تاریخ معاصر ایران ریشه در وقایع دهه‌های ۳۰ و ۴۰ شمسی دارد، اما در دو دهه اخیر شتاب بی‌سابقه‌ای پیدا کرده است. حوزه سلامت به لحاظ طولانی بودن و پرهزینه بودن تربیت کادرهای متخصص اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. به علاوه، علوم پزشکی دانشگاهی در پهنه سلامت رابطه تنگاتنگی با نوآوری دارد و ناگزیر به عرضه کالادرمانی به‌روز شده و پاسخگویی به تقاضای آن در بازار کار است. در این مقاله پس از توصیف وضعیت سلامت در جهان و دستاوردهایی که در قرن پیش به دنبال داشته است، به جایگاه ایران، کالبدشکافی بدنه نیروی انسانی و نخبگان دانشگاهی در زمینه سلامت می‌پردازیم، روند مهاجرت و علل رو به رشد نخبگان در این حوزه را منعکس می‌کنیم. در نهایت و تا آنجا که میسر است به دنبال فهم علل و پیامدهای این پدیده خواهیم بود.

« پیش درآمد

بدنه دانشگاهی (دانشجویان و هیئت علمی) ایران در چهار دهه اخیر رشد کمی چشمگیری داشته است. در سال ۱۳۵۷ تعداد دانشجویان ایران بالغ بر ۱۷۵ هزار و تعداد اعضای هیئت علمی حدود ۱۳ تا ۱۵ هزار نفر در سراسر کشور برآورد شده است. در آستانه انقلاب ۵۷، این بدنه دانشگاهی در ۲۴۸ مرکز آموزشی مشغول فعالیت بودند. در دهه ۷۰ شمسی، تعداد دانشجویان از مرز ۱٫۵ میلیون نفر تجاوز کرد. با گسترش مؤسسات خصوصی که ریشه حقوقی احداث آن‌ها در تاریخ ایران به مصوبه مجلس در سال ۱۳۴۰ مربوط می‌شود، در سال‌های پایانی دهه ۱۳۹۰ تعداد کل بدنه دانش‌آموختگان از مرز ۴ میلیون در سال تجاوز می‌کند. پیشتازی دختران دانشجو در این تحول چشمگیر است: نیمی از قبولی کنکور ورودی رشته پزشکی و ۳۰ الی ۶۵ درصد سایر رشته‌ها را زنان رقم می‌زنند. بدین ترتیب سهم

ایرج سبحانی

استاد علوم پزشکی و متخصص گوارش-دانشکده پزشکی دانشگاه کرتی فرانسه



نقش دانشگاه و مؤسسات آموزش عالی، در کشف و ثبت تازه‌های علم، جذب سرمایه برای پشتیبانی از نوآوری معطوف به تولید ثروت و ایجاد شغل در زمینه سلامت است

سلامت و درمان در جهان

یکی از بیشترین دستاوردهای بشری در قرن اخیر در عرصه بهداشت و درمان است. افزایش بیست الی سی ساله به عمر شهروندان اروپا، امریکا و ژاپن مرهون دو کلان تلاش اجتماعی و سیاسی در قرن اخیر است: ۱. اختصاص اعتبارات لازم در ردیف‌های بودجه‌ای این کشورها برای حمایت از سلامت در کنار امنیت و آموزش و پرورش و تغذیه به عنوان زیربناهای حقوق فردی و قوام اجتماعی در دستور کار دولت‌ها؛ و ۲. لحاظ اعتبارات لازم برای تولید و ترویج علم و حمایت از فناوری به مثابه تولید ثروت ملی؛ بنابراین، سهم مهمی از درآمد سرانه در این کشورها صرف توسعه فناوری تشخیص و درمان و گسترش علوم پزشکی به منظور بهبود وضعیت سلامت و پیشگیری از آسیب شده است. به عنوان مثال، در کشور فرانسه، سهم بودجه بهداشت و درمان، از ۲/۵ درصد در سال ۱۹۵۰ به ۸/۹ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.^۵ علاوه بر این سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در صنایع دارویی و تکنولوژی پیرامونی، حجم ثروتی که در این کشور به بهداشت و درمان انحصار داده شده را به سطح چشمگیر ۱۰ الی ۱۲ درصد تولید خالص ملی افزایش داده است. کلیه هزینه‌های مربوط به بهداشت و سلامت و خدمات درمانی

و دستمزد شاغلان آن، از محل مالیات مستقیم بر درآمد تأمین می‌شود. بدین معنی که این دو روند در سیاست‌های منسجم و درازمدت جای پیدا کرده‌اند. (نمودار ۱)

در کشورهای پویا وظایف کلان دانشگاه‌ها، دانشمندان و دانش‌پژوهان در رابطه با این پدیده، در پنج رکن تعریف می‌شود: ۱. ترویج دانش اولیه و به‌روز کردن آن؛ ۲. توسعه تحقیقات و فناوری به منظور تولید ثروت از طریق کشف ناشناخته و تعریف دانش‌های نو؛ ۳. تربیت نیروی دانشمند و دانش‌پژوه و کارورز متخصص برای پاسخ‌گویی به نیاز جامعه و پشتیبانی از ساختار صنعتی و پویایی اقتصادی؛ ۴. توسعه فرهنگ علمی و آموزش فناوری در بستر جامعه؛ و ۵. تربیت نیروی متخصص برای ایجاد و توسعه همکاری‌های بین‌المللی.

به دیگر سخن، نقش دانشگاه و مؤسسات آموزش عالی، در کشف و ثبت تازه‌های علم، جذب سرمایه برای پشتیبانی از نوآوری معطوف به تولید ثروت و ایجاد شغل در زمینه سلامت است. در قری که گذشت، به موازات این تحولات و بازتاب دستاوردهای آن در بهداشت و درمان (مهار همه‌گیری‌ها و بیماری‌های عفونی و عروق و سرطان)، زندگی خودمحور (اندیویدوالیسم) در ذهنیت شهروندان این کشورها روندی مستمر پیدا

کرد. در نتیجه، خانواده‌ها کم‌جمعیت‌تر شد و انتظار شهروند از ساختار درمانی افزایش یافت.^۶ در واقع به شکرانه طولانی‌تر شدن دوران آموزش و پرورش، کسب دانش و فناوری، شکوفایی بیشتر اقتصادی در غرب و تولید مطلق ثروت بیشتر، موفقیت‌های فردی افزایش یافته است و جوانان نسبت به این روند هدفمندتر شده‌اند.

سلامت و درمان در ایران

ایران در این زمینه از ناهنجاری‌های ساختاری و مدیریتی رنج می‌برد. آمار مربوط به ایران نشان می‌دهد سهم بهداشت و درمان در بودجه کشور در دوران قبل و بعد از انقلاب ۱۳۵۷، هرگز از مرز ۵ درصد تجاوز نکرده است. به عنوان مثال در بودجه سال ۱۳۹۷ دولت و مصوبه مجلس، سرانه هر ایرانی در درآمد دولت ۳ میلیون و ۱۰۰ هزار تومان است که از کل آن، کمتر از ۸۲۷ هزار تومان به وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی و ۳۴۰ هزار تومان سهم سرانه نهادهای علمی، آموزشی و تحقیقاتی در بودجه ملی است.^۷ بخش خصوصی در ایران نیز شاید به علت نبود چشم‌انداز درازمدت در بازدهی سرمایه و امنیت اقتصادی کافی، میل یا توانایی سرمایه‌گذاری در تازه‌های پزشکی را نداشته تا از

نمودار ۱: سه روند موازی در حوزه سلامت در کشورهای پیشرفته در قری که سپری شد: تغییر و تحول نسبت به مقطع سنی، و جایگاه بودجه سلامت.

دست آورد یک قرن تحول و نوآوری در زمینه سلامت

سلامتی		مراقبت		بیماری		سلامتی	
دهه نخست قرن 21		دهه نخست قرن 20		دهه نخست قرن 21		دهه نخست قرن 20	
امید به زندگی	25 - 35 سال	امید به زندگی	15 سال	امید به زندگی	55 سال	امید به زندگی	85 سال
	20 - 15 سال		30 سال		40 - 45 سال		20 - 15 سال
	30 - 20 سال		20 سال		30 - 25 سال		20 سال
	20 - 35 سال		20 سال		30 - 25 سال		20 سال
	40 - 45 سال		10 سال		30 - 25 سال		10 سال
	30 - 20 سال		20 سال		30 - 25 سال		20 سال
	20 - 35 سال		20 سال		30 - 25 سال		20 سال
	30 - 25 سال		10 سال		30 - 25 سال		10 سال

۴ - ۲ درصد در آمد خالص سالانه در فرانسه

۱۲ درصد در آمد خالص سالانه در فرانسه

در ایران: پیوسته بودجه سلامت ۵٪ <درآمد سالانه

نمودار ۲: روند افزایش تعداد شاغلان حوزه سلامت در مؤسسات دانشگاهی علوم پزشکی در ایران

آمار کشوری
۱۸-۱- کارکنان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی بر حسب گروه شغلی

سال و استان	جمع	پزشک ^(۱)	پیراپزشک	سایر کارکنان ^(۲)
..... ۱۳۸۵ ^(۱)	۲۲۱۵۴۴	۲۹۹۳۷	۱۷۳۰۷۶	۱۱۸۵۳۱
..... ۱۳۹۰	۳۶۱۶۲۷	۳۲۴۹۳	۲۱۵۹۵۰	۱۱۳۱۸۴
..... ۱۳۹۵	۴۳۴۵۱۱	۴۶۸۵۲	۲۶۲۸۴۵	۱۲۴۸۱۴
..... ۱۳۹۶	۴۵۲۳۸۶	۴۸۳۳۰	۲۷۴۵۱۵	۱۲۹۵۴۱
..... ۱۳۹۷	۴۵۰۴۷۱	۴۸۸۰۶	۲۸۲۱۸۳	۱۱۹۴۸۲
..... ۱۳۹۸ ^(۲)	۳۵۰۲۲۵	۵۰۲۱۲	۲۸۰۸۲۱	۱۱۹۱۹۲
..... ۱۳۹۹ ^(۳)	۴۵۹۰۵۰	۵۲۹۶۸	۲۸۵۸۳۴	۱۲۰۲۴۸
..... ۱۴۰۰ ^(۴)	۴۸۵۳۷۱	۵۳۰۵۰	۳۱۱۱۲۱	۱۲۳۲۰۰
تهران	۳۰۲۲۴	۳۸۸۹	۱۷۶۰۳	۸۷۳۲

۱۸-۲- پزشکان و دکترای تخصصی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی بر حسب رشته و نوع تخصص

سال و استان	جمع کل	پزشک عمومی	دندانپزشک	دکترای علوم آزمایشگاهی	داروساز	پزشک متخصص	پزشک فوق تخصص	دکترای تخصصی
..... ۱۳۸۵	۲۹۹۳۷	۱۳۴۸۵	۲۷۸۶	...	۱۳۲۷	۱۲۲۵۸
..... ۱۳۹۰	۳۲۴۹۳	۱۴۹۰۱	۳۶۲۵	...	۱۷۳۱
..... ۱۳۹۵ ^(۱)	۴۶۸۵۲	۱۵۸۶۸	۴۱۴۵	۳۷۴	۲۰۱۶	۱۷۴۵۲	۲۴۶۷	۴۵۳۰
..... ۱۳۹۶	۴۸۳۳۰	۱۶۵۷۹	۴۲۷۰	۲۶۵	۱۹۸۷	۱۷۷۲۵	۲۶۲۹	۴۸۷۵
..... ۱۳۹۷	۴۸۸۰۶	۱۶۱۳۰	۵۲۲۲	۳۴۰	۲۴۰۶	۱۶۵۳۰	۲۶۲۶	۵۵۵۲
..... ۱۳۹۸ ^(۲)	۵۰۲۱۲	۱۶۳۱۶	۵۲۲۱	۳۵۹	۲۴۴۶	۱۷۰۹۰	۲۶۷۹	۶۱۰۱
..... ۱۳۹۹ ^(۳)	۵۲۹۶۸	۱۶۸۳۹	۵۲۱۵	۳۰۴	۲۵۶۱	۱۸۳۴۲	۲۹۱۷	۶۷۹۰
..... ۱۴۰۰ ^(۴)	۵۳۰۵۰	۱۷۴۲۳	۶۶۸۳	۳۰۴	۲۶۲۳	۱۷۹۶۷	۲۵۵۳	۶۴۹۷
تهران	۳۸۸۹	۸۹۲	۲۷۵	۱۴	۲۷۷	۱۷۲۲	۲۷۱	۴۲۷

۱۸-۳- پیراپزشکان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی بر حسب رشته و نوع تخصص

سال و استان	جمع کل	پرستار حرفه‌ای (کارشناس و بالاتر)	پرستار (کاردان)	کاردان/ کارشناس اتاق عمل	کاردان/ کارشناس بهداشتی
..... ۱۳۸۵	۱۷۳۰۷۶	۳۶۷۱	...
..... ۱۳۹۰	۲۱۵۹۵۰	۵۹۹۹۰	...	۵۲۲۶	۴۳۹۵
..... ۱۳۹۴	۳۳۸۸۶۹	۷۳۷۹۵	۴۱۴	۶۱۶۸	۵۲۶۸
..... ۱۳۹۵	۳۶۲۸۴۵	۸۳۳۵۵	۴۸۰	۶۲۷۱	۵۱۴۶
..... ۱۳۹۶	۳۷۴۵۱۵	۹۰۵۴۴	۳۵۱	۶۵۶۷	۵۳۸۸
..... ۱۳۹۷	۲۸۲۱۸۳	۹۲۷۹۲	۳۵۷	۹۴۵۶	۸۱۸۴
..... ۱۳۹۸ ^(۱)	۲۸۰۸۲۱	۹۳۶۶۳	۳۲۴	۹۷۹۷	۸۳۴۰
..... ۱۳۹۹ ^(۲)	۲۸۵۸۳۴	۹۸۸۴۲	۴۲۰	۱۰۶۲۶	۹۰۷۹
..... ۱۴۰۰ ^(۳)	۳۱۱۱۲۱	۱۰۶۶۴۶	۴۲۳	۱۲۰۷۲	۱۰۲۶۶
تهران	۱۷۶۰۳	۶۷۷۸	۲۵۲	۹۱۱	۷۴۲

۱۸-۳- پیراپزشکان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی بر حسب رشته و نوع تخصص (دنباله)

سال و استان	بهبار	بهورز	ماما	سایر پیراپزشکان
..... ۱۳۸۵	...	۲۷۶۲۰	۱۰۵۵۵	...
..... ۱۳۹۰	۲۰۰۰۷	۲۸۶۹۱	۱۶۴۲۹	۸۱۷۱۲
..... ۱۳۹۴	۱۰۷۱۳	۳۰۱۳۱	۲۱۰۶۸	۹۱۳۱۲
..... ۱۳۹۵	۱۱۶۵۷	۳۰۸۶۸	۲۳۷۵۳	۱۰۱۳۱۵
..... ۱۳۹۶	۱۱۵۶۳	۲۹۷۸۲	۲۶۰۰۰	۱۰۴۳۲۰
..... ۱۳۹۷	۱۰۳۰۲	۳۰۲۵۹	۲۵۲۰۷	۱۰۵۶۲۶
..... ۱۳۹۸ ^(۱)	۹۷۶۶	۳۰۰۹۰	۲۴۸۵۹	۱۰۳۹۸۲
..... ۱۳۹۹ ^(۲)	۹۸۶۱	۲۸۱۲۴	۲۵۰۱۱	۱۰۳۸۷۱
..... ۱۴۰۰ ^(۳)	۹۰۹۸	۲۸۷۳۵	۲۷۱۴۱	۱۱۶۷۴۰
تهران	۲۲۳	۳۲۷	۱۰۴۱	۷۳۲۹

طریق علوم پزشکی تحصیل سود و تولید ثروت کنند. دانشگاه، از جنبه‌هایی مانند تربیت نیروی انسانی با پیشرفت‌های چشمگیری مواجه بوده، اما توانایی لازم برای ایجاد علم و ثروت و همسویی خود با بازار اقتصادی داخلی یا خارجی را ندارد. این در حالی است که شهروند ایرانی تنها به لطف منابع زیرزمینی و نه به کوشش جمعی در تولید ثروت، به ادامه امکان تحصیل در مدارس متوسطه و دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، و دسترسی به شبکه‌های ارتباطی توسعه دست یافته است؛ هم‌زمان، میانگین عدد سن امید به زندگی در ایران ۷۴ سال و در رده رتبه‌های سازمان ملل رتبه ایران ۶۹ (رتبه به ترتیب ۷۸ سال و رتبه ۵۲) است. همچنین در ایران همان شاخص‌های زندگی فردی مدرن^۸، مانند افت ضریب بارداری زنان و تشکیل خانواده کوچک مشاهده می‌شوند؛ به دیگر سخن، شهروند امروز ایران با تأثیرپذیری از تحولات جهانی دارای همان انتظارات نسبت به حقوق فردی و اجتماعی سزاوار جایگاه خود است.

«نیروی انسانی متخصص در ایران»

آمار سازمان بهداشت جهانی^۹ از نظر ظرفیت متناسب پزشک، ایران را میان ۱۹۷ کشور در رتبه ۱۱۳ قرار داده است. با این وجود، در مردادماه ۱۳۹۸ سعید نمکی، وزیر بهداشت و درمان دولت دوازدهم، با افزایش ظرفیت دانشجوی پزشکی به صراحت مخالفت کرد و طرح افزایش ظرفیت (دو برابر شدن ظرفیت پزشکان کشور) به علت عدم کسب اکثریت آرای در مجلس شورای اسلامی رد شد.^{۱۰} این در حالی است که بر اساس این روند افزایش سالانه، بیش از بیست سال نیاز می‌بود که تعداد پزشک‌ها به سرانه میانگین جهانی برسد. به علاوه، با وجود رشد کند تعداد پزشکان متخصص نسبت به جمعیت کل ایران، تمرکز ایشان در شهرهای بزرگ و مراکز استان‌ها معضل جدیدی برای حوزه سلامت ایجاد کرده است؛ زیرا این خود عامل شکاف‌های غیرمعقول در توزیع توانایی و کالای درمانی در سطح کشور شده است.^{۱۱} در نتیجه، دسترسی محدود بیماران به پزشک، افزایش فشار کاری بر پزشکان و کاهش کیفیت خدمات، به وجود آمدن صف‌های طولانی برای دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی، از جمله نتایج این مدیریت سیاسی در سطح کشور است (نمودار ۲). حال مهاجرت را باید به عنوان پدیده‌ای دانست که ابعاد این مشکلات را عمیق‌تر می‌کند.

«پدیده مهاجرت نیروی متخصص»

دانشجویان علوم پزشکی و علوم مهندسی در بالاترین رده مهاجرت نخبگان و فارغ‌التحصیلان از بهترین و قدیمی‌ترین دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی کشور قرار دارند، اما تا یک دهه پیش، در رابطه با زادبوم، این دو گروه از نیروهای جاذبه و دافعه یکسان برخوردار نبودند. فارغ‌التحصیلان رشته‌های مهندسی درصد نسبی مهاجرت بالاتری نسبت به رشته پزشکی دارند. نسبت به کشور میزبان، تشریفات اداری و حقوقی پذیرش و معادل‌سازی مدرک تحصیلی در خارج از کشور برای ایشان بسته به کشور میزبان ساده‌تر است. فارغ‌التحصیلان پزشکی در خارج از ایران برای دست یافتن به سطح درآمد در کشور میزبان در مقایسه با ایران، می‌بایست تلاش بیشتری بکنند تا از سد برابری مدارک و اجازه طبابت گذر کنند. در بسیاری موارد مجبور به گذراندن دوران طولانی کارآموزی و اثبات توان فردی خود هستند. پس از پایان مراحل معادل‌سازی مدرک برای کسب موقعیت رزیدنتی (کارآموزی تخصصی) نیاز به تلاش مداوم و طولانی دارند؛ بنابراین، نسبت به بازار اقتصادی زادبوم، خروجی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تاکنون کمتر از فارغ‌التحصیلان فنی و علوم انسانی، با مهاجرت نسبی کمتری همراه بود؛ البته دلایل اقتصادی متفاوت نیز بر ماندگار شدن ایشان در کشور یا مهاجرت به خارج بی‌تأثیر نیست. درآمد سرانه متخصصان سلامت (پزشکان و پیراپزشکان) در ایران به مراتب نسبت به سرانه درآمد فارغ‌التحصیلان فنی و پیرامونی بالاتر است.

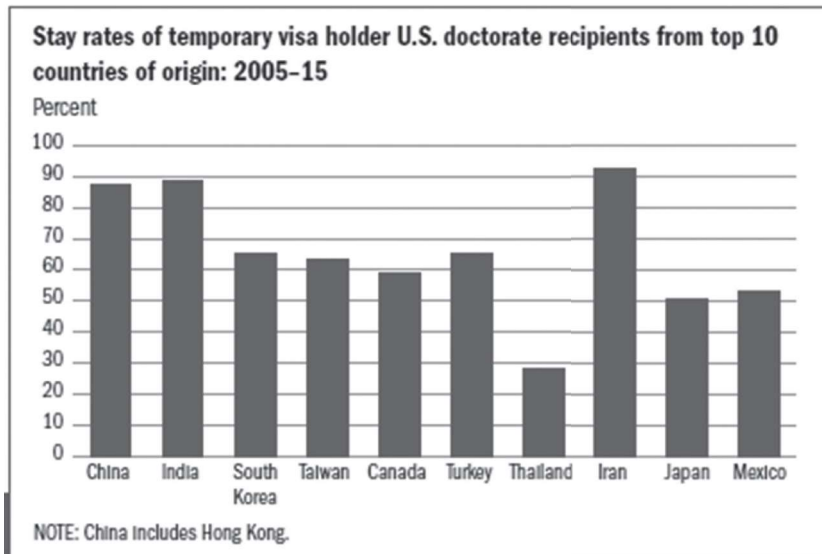
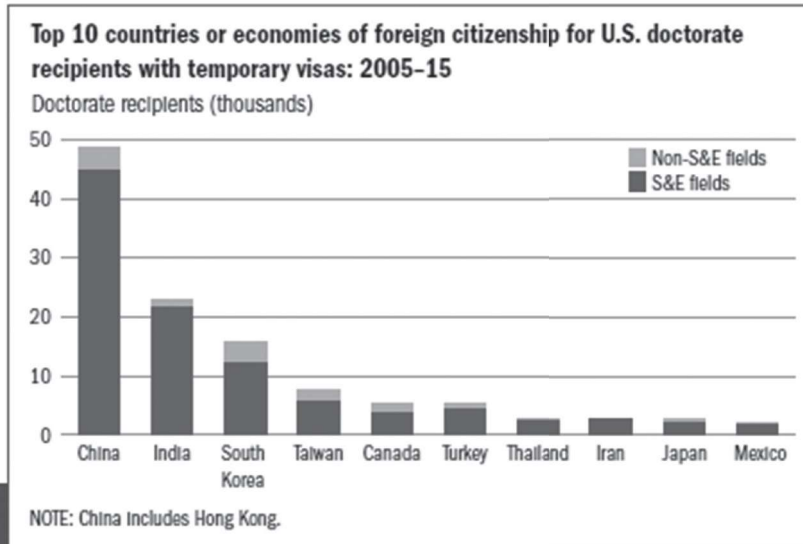
پزشکان، تنها پس از مدت قابل ملاحظه‌ای اشتغال در کشور میزبان انتظار هم‌سطح کردن یا افزایش درآمد سالانه خود نسبت به ایران را دارند. زمان دسترسی به این هم‌سطحی یا افزایش درآمد در مورد فارغ‌التحصیلان فنی کوتاه‌تر است. با وجود این، مهاجرت نیروی انسانی متخصص حوزه سلامت به خصوص مهاجرت پزشکان به خارج رو به افزایش است؛ البته می‌توان ادعا کرد بدنه علمی و پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی با افزایش تربیت نیروی جوان به ازای تعداد مهاجران پزشک قادر به جایگزینی است. آمار منتشره رصدخانه مهاجرت در ایران حکایت از رشد نسبی کارکنان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی، پزشکان متخصص و پیراپزشکان در دو دهه اخیر در ایران دارد.

اما این رشد خود با دو ناهنجاری مواجه است: یکی بحران علم در دانشگاه؛ دیگری ثابت نبودن این نیروی دانشگاهی در مراکز درمان و آموزش. نبود امکان شکوفایی علمی برای آن دسته از شاغلان در حوزه دانشگاهی و علمی، که فعالیتشان از طریق شاخص‌های تولید علم؛ یعنی تعداد مقالات و پایان‌نامه‌های ارائه شده ارزیابی می‌شود، خود علتی برای انگیزه مهاجرت است. با توجه به نبود نظارت مسئولانه و تخصصی بر تولید علم باعث به وجود آمدن معضلی به نام «تن دادن به فساد در تولید علم یا کوچ از دانشگاه» شده است.^{۱۲} با توجه به تعهد سیاسی و وابستگی اقتصادی که دستگاه مدیریتی به کانون قدرت سیاسی دارد این بحران تشدید می‌شود. گرچه، حوزه پزشکی از فساد دانشگاهی کمتری رنج می‌برد، اما پزشک و پژوهشگر این

نمودار ۳: روند تعداد ایرانیانی که پس از اخذ مدرک دکترا در امریکا تقاضای ویزای اقامت درازمدت کرده‌اند



نمودار ۴. رده بندی تعداد فارغ التحصیلان دوره دکتری علوم و اقتصاد در امریکا نسبت به کشور



حوزه برای فرار از بحران عمومی ترجیح می دهد خود به عنوان بازیگری مستقل و متخصصی توانا و نیز تأمین معیشت شخصی وارد بازار کار شود. به دیگر سخن، گرچه دانشگاه، دانشجوی پزشکی را به درستی با مجهولات تازه علوم آشنا می کند، اما زمینه رشد علمی مبتنی بر اخلاق و استقلال مالی و منزلت اجتماعی کافی را برایش فراهم نمی کند تا دست کم تعدادی از آن ها توانایی و وقت خود را معطوف به نوآوری در زمینه تشخیص و درمان و تربیت نیروی جوان و طالب تخصص کند.

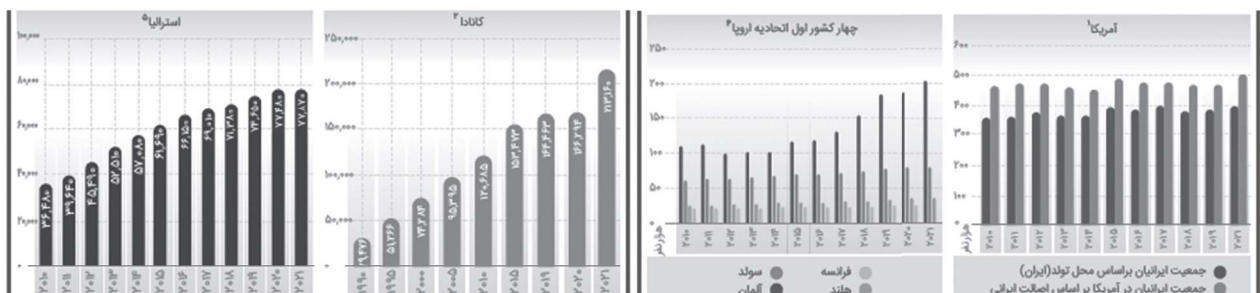
این بیماری دانشگاه ایران ساختاری است، اما الزاماً مانعی برای تربیت نخبه نبوده است. تعداد بی شماری از نخبگان دانش آموخته ایرانی پس از مهاجرت کرسی ها و جوایز بین المللی در دنیای علم و در حوزه سلامت را از آن خود کرده اند؛ بنابراین، برخی از همین پزشکان به شکرانه لیست مقالات منتشر شده خود و سابقه کار پژوهشی به شکلی آسان تر جایگاهی در زمینه آموزش و تحقیقات در خارج پیدا می کنند؛ بنابراین، ناتوانی دولت ها در تبدیل علم نظری به ثروت ملی «ایجاد نوآوری» و حمایت از آن به بحران کنونی دامن زده است. هر اندازه سطح نخبگی و تخصص بالاتر، علائم این بیماری بارزتر شده است.

◀◀ ماندگاری ایرانیان فارغ التحصیل در امریکا و برخی کشورهای پیشرفته

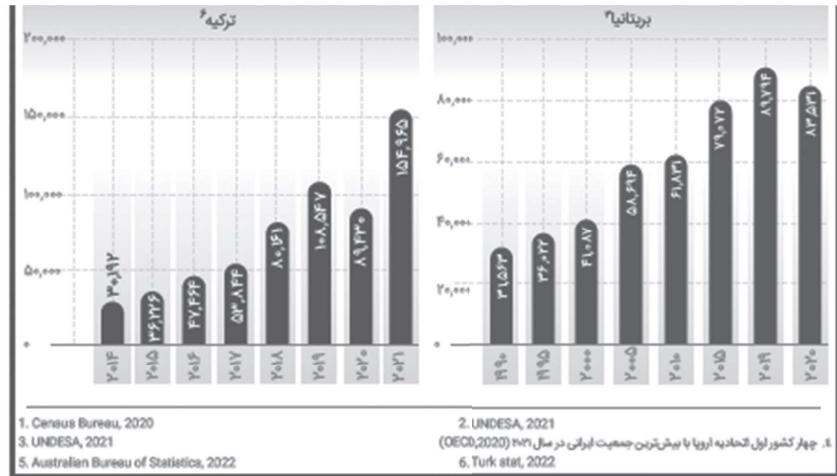
یکی از کشورهایی که جذابیت بالایی برای نخبگان ایرانی داشته و دارد ایالت متحده امریکا است. گرایش به ماندگار شدن در امریکا سابقه دیرینه ای دارد.^{۱۱} نمودار تعداد دانش پژوهانی که موفق به دریافت مدرک پایان دوره دکتری خود در امریکا شده اند از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۰ در دسترس است. (نمودار ۳)

نمودار ۵: جمعیت ایرانیان در مقاصد اصلی مهاجرت؛ برگزیده از رصدخانه مهاجرت ایران

نمودار جمعیت ایرانیان در مقاصد اصلی مهاجرتی



نمودار ۶: نوسانات در جذب نخبگان ایرانی در برخی کشورهای اروپایی



این نمودار نشان می‌دهد در این برهه زمانی منحنی تعداد فارغ‌التحصیلان نوسانات چشمگیری داشته است؛ بی‌تردید دو پیک سال‌های میانی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۹۰ بی‌ارتباط با وقایع اجتماعی-سیاسی^{۱۵} این دو دهه در ایران نیست. این دو پیک همراه با روند ماندگاری ایرانیان به‌عنوان مهاجر در این کشور بوده است. اما در دو دهه اخیر روند ماندگاری شکل تازه‌ای به خود گرفته است. به‌عنوان مثال، آمار تعداد فارغ‌التحصیلان ایرانی که به مهاجر (ماندگار) در آمریکا در دهه ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ تبدیل می‌شوند نشان می‌دهد در زمینه علوم و اقتصاد^{۱۶} درصد تبعه‌های

دانش‌پژوه ایرانی، ژاپنی و تایلندی در آمریکا یکسان است (نمودار ۴-الف)، در صورتی که برخلاف شهروندان ژاپن و تایلند، ایرانیان پس از اخذ مدرک پایان تحصیل میل بیشتری به ماندگاری در آمریکا دارند (نمودار ۴-ب) نه تنها ایرانیان در زمره یکی از ده ملیت ماندگار در آمریکا به شمار می‌آیند، بلکه ایرانیان بزرگ‌ترین نرخ ماندگاری را از آن خود کرده‌اند.

جمعیت ایرانیان در آمریکا طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ حدود ۱۱/۵ درصد رشد کرده است، در حالی که جمعیت ایرانیان در برخی کشورها روند صعودی بیشتری داشته است. برخی کانون‌ها در اروپا،

استرالیا، کانادا و ترکیه مهم‌ترین کشورهای میزبان هستند که ارقام بالایی از مهاجران ایرانی را در خود جای داده‌اند. در اتحادیه اروپا به ترتیب آلمان، سوئد و هلند دارای بیشترین جمعیت ایرانیان در سال ۲۰۲۱ بودند. در کانادا تا پیش از انقلاب ۱۳۵۷ کمتر از ۴۰۰۰ مهاجر ایرانی شناسایی شده بود؛ در سال ۲۰۱۰ این تعداد به بیش از ۴۲۰۰۰ و در سال ۲۰۲۱ از مرز ۲۱۰۰۰۰ نفر فراتر می‌رود.^{۱۷، ۱۸} در این دهه جمعیت ایرانیان در کانادا ۷۷ درصد رشد داشته و استرالیا مقصد جدیدی برای ایرانیان طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ شده است که در آن مهاجران با روندی ثابت افزایش یافته‌اند (نمودار ۵).^{۱۹}

وضعیت فارغ‌التحصیلان دوره دکترا از دانشگاه‌های آمریکا در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵: ایران در رده هشتم هم‌سطح با ترکیه و تایلند و ژاپن است (نمودار الف-بالا). در عین حال ایرانیان با تقاضای ویزای اقامت درازمدت اولین رتبه ماندگاران-مهاجر را از آن خود می‌کنند (ب-نمودار پایین).^{۲۰}

برخی کشورها مانند فرانسه و بریتانیا با روندی متفاوت مواجه هستند که بی‌شک مربوط به شرایط سیاسی-اجتماعی آن‌هاست: در بریتانیا جمعیت ایرانیان طی سی سال اخیر بیش از ۲/۵ برابر شده است اما در سال ۲۰۲۰ نسبت به سال قبل ۷ درصد کاهش یافته است (نمودار ۶).

شاغلان مراکز دانشگاهی اعم از هیئت‌علمی و دانش‌پژوهان و پزشکان شاغل در بخش خصوصی پس از ترک ایران به صف پزشکان یا هیئت‌علمی در کشور میزبان می‌پیوندند.

نمودار ۷: وضعیت رشد نظم مهاجرت شاغلان و دانش‌پژوهان در حوزه سلامت (رصدخانه مهاجرت ایران)

جدول ۱۰۰-تعداد پزشکان آموزش‌دیده در ایران فعال در کشورهای عضو OECD (۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰)

کشور	۲۰۲۰	۲۰۱۹	۲۰۱۸	۲۰۱۷	۲۰۱۶	۲۰۱۵	۲۰۱۴	۲۰۱۳	۲۰۱۲	۲۰۱۱	۲۰۱۰
کانادا	۸۶۶	۸۴۰	۸۱۵	۷۵۵	۶۹۲	۶۴۰	۵۹۶	۵۵۸	۵۰۴	۴۶۳	۴۳۱
فرانسه		۷۵	۷۵	۷۳	۷۴	۷۰	۶۹	۶۸	۶۸	۶۵	۶۵
آلمان	۱,۰۸۸	۱,۰۵۶	۱,۰۰۳	۹۵۶	۸۸۶	۸۰۶	۷۶۹	۷۱۸	۶۹۱	۶۰۲	۵۸۷
بریتانیا	۳۴۹	۳۴۷	۳۳۱	۳۳۵	۳۲۵	۳۲۲	۳۳۷	۳۴۵	۳۴۷	۳۵۲	۳۳۷
آمریکا			۸,۰۰۰ ^۱		۳,۰۳۸	۳,۰۴۳	۳,۰۵۵	۳,۲۶۶	۳,۱۳۴	۲,۹۲۵	۲,۷۱۲
سایر کشورهای گزارش شده ^۲	۱۷۹	۱۷۵	۱۵۲	۱۴۲	۱۳۷	۱۳۵	۱۳۵	۱۲۱	۱۱۷	۱۰۹	۸۶
مجموع			۱۰,۳۷۶		۵,۱۵۲	۵,۰۱۶	۴,۹۶۱	۵,۰۷۶	۴,۸۶۱	۴,۵۱۶	۴,۲۱۸

(OECD stat, 2022) (MPI, 2022)

نمودار ۸: جایگاه نیروی کار مهاجران ایرانی در بخش سلامت در آمریکا در سال ۲۰۱۸ (صدخانه مهاجرت ایران)

جدول ۱۰-۱ جایگاه نیروی کار ایرانی مهاجر در بخش بهداشت و درمان آمریکا در سال ۲۰۱۸

کل	تعداد	مشاغل تخصصی و حرفه‌ای پزشکی			
		پزشکان و جراحان	پرستاران	سایر	کل
۲,۶۴۷,۰۰۰	۲۶۹,۰۰۰	۵۱۴,۰۰۰	۷۱۹,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۱۳۸,۰۰۰
۱۰۰٪	۱۰٪	۱۹٪	۲۸٪	۵۷٪	۴۳٪
۱۹ بریتانیا	تعداد	۵,۰۰۰	۸,۰۰۰	۱۱,۰۰۰	۲۴,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۲٪	۳٪	۴٪	۱٪
۲۰ اوکراین	تعداد	۲,۰۰۰	۶,۰۰۰	۷,۰۰۰	۱۴,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۰٪	۱٪	۱٪	۰٪
۲۱ ایران	تعداد	۸,۰۰۰	۴,۰۰۰	۱۲,۰۰۰	۲۴,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۳٪	۱٪	۵٪	۱٪
۲۲ لهستان	تعداد	۲,۰۰۰	۵,۰۰۰	۹,۰۰۰	۱۶,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۰٪	۱٪	۳٪	۰٪
۲۳ روسیه	تعداد	۴,۰۰۰	۵,۰۰۰	۸,۰۰۰	۱۷,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۱٪	۱٪	۳٪	۰٪
۲۴ پاکستان	تعداد	۱۳,۰۰۰	۲,۰۰۰	۷,۰۰۰	۲۲,۰۰۰
۱۰۰٪	سهم	۵٪	۰٪	۳٪	۱٪

(MPI, 2020)

تأمین اقتصادی و حس مفید بودن برای جامعه دارد. گرچه در بیش از ۸۰ درصد موارد علل رفاهی و اقتصادی برتری دارند، اما شاغلان حوزه سلامت رکود اخلاقی (رانت خواری و وجود مدیریت ناسالم) و فراهم نبودن تکنولوژی به روز را جزء علل اصلی تصمیم خود ذکر می‌کنند؛ دانشجویان رشته پزشکی نیز اخلاق مدیریت، جمله وجود روابط و رانت خواری، مدیریت ناسالم، تبعیض و نبود شایسته‌سالاری و همچنین وضعیت نابسامان آموزش را مهم‌ترین علت گریز از کشور می‌دانند. اضافه بر این بیش از ۴۳ درصد جمعیت مورد سنجش مهم‌ترین علت تمایل به ادامه تحصیل در خارج را عوامل اقتصادی ذکر می‌کنند.

مدت زمان فراگیری فنون تخصصی، در کنار فراگیری دانش نظری دوران پرتنش است. شرایط آموزشی و کاری بهتر برای بیش از ۳۵ درصد از همین دانشجویان و دانش‌پژوهان انگیزه‌ای برای مهاجرت شناخته شده است.

به‌عنوان نمونه می‌توان به وضعیت تربیت متخصصان پزشکی و جراح در دوره‌های طولانی رزیدنتی؛ یعنی کارآموزی تخصصی و عملی در کارگاه‌های درمانی به‌خصوص در رشته‌های جراحی اعصاب، قلب و اطفال، همچنین بیهوشی، مراقبت‌های ویژه در ایران اشاره کرد. این آموزش زیر سرپرستی پزشکی دانشگاهی است. این دوره از سخت‌ترین دوران فراگیری تخصصی پیش از دست یافتن به بازار کار تخصصی و فوق تخصصی است. با دریافت مدرک تخصصی است که پزشک به‌عنوان کالای درمانی و اقتصادی خود را به بازار کار عرضه می‌کند. برخی از دانشجویان این دوره‌های پنج الی شش سال نوعی «بیگاری»، «تحمل تحقیر از جانب استاد راهنما»، «نبود زندگی خصوصی» به علت روزها و شب‌های متمادی کشیک‌های پی‌درپی بدون بازده اقتصادی، معرفی می‌کنند.

حاصل این ناهنجاری کمبود تقاضا برای پرکردن پست‌های رزیدنتی در برخی از همین رشته‌های پرکار در حوزه سلامت است. برای امرار معاش رزیدنت‌ها ناگزیر به تن دادن به دستیاری پزشکی و جراحی بدون برخورداری از مزایای شغلی هستند. این در حالی است که قانون‌گذار موظف است زمینه‌ای را برای آموزش ایجاد کند که دانش‌پژوه این دوره، دغدغه‌ای به‌جز کسب دانش و مهارت نداشته باشد. با مشاهده افزایش ۵ تا ۱۰ برابری درصد خودکشی در جامعه پزشکی جوان (رزیدنتی) به تناسب جمعیت دیگر گروه‌های جامعه، ارتباط

دوروند مهاجرت نخبگان فارغ‌التحصیل در ایران و فارغ‌التحصیلانی که در کشور میزبان ماندگار می‌شوند، نیروی انسانی مهمی برای پاسخگویی به نیاز جامعه میزبان در حوزه سلامت است. (نمودار ۸)

« تمایل به گریز یا تشویق به مهاجرت؟ »

نظرسنجی به‌عمل‌آمده مسئولان کشور از دانشجویان، دانش‌پژوهان و شاغلان در حوزه سلامت نشان می‌دهد بیش از ۵۰ درصد شاغلان و دانشجویان حوزه سلامت از تمایل به مهاجرت سخن می‌گویند؛ ۲۵ درصد مدعی‌اند اقدامات لازم را برای سفر به انجام رسانده‌اند. تأمل برانگیز است در پاسخ این سؤال که آیا با توجه به مشکلات تأیید برابری مدرک تحصیلی حاضر به پذیرفتن شغل پایین‌تر در کشور میزبان خواهند بود، بیش از ۴۰ درصد پاسخ مثبت داده‌اند.^{۲۱}

از سال‌ها پیش جامعه‌شناسان و صاحب‌نظران^{۲۲} در زمینه ناهنجاری‌های اجتماعی و نیز برخی اساتید^{۲۳} دانشگاه‌ها و اعضای بدنه علمی و آموزشی در ایران مسئولان سیاست را متوجه این معضل کرده‌اند. از لابه‌لای نظرسنجی دانشجویان و دانش‌پژوهان حوزه سلامت سرخ‌هایی برای درک علل این گریز به دست می‌آید. داده‌های آماری استخراج‌شده از پرسشنامه‌ها سه دسته از علل را شاخص می‌سازد: جست‌وجوی منزلت اجتماعی،

طبق آمار منتشرشده مسئولان کشور^{۲۴} پویایی مهاجرت نخبگان امری جدید و رو به تشدید است. نمودار ۱۰۰ مندرج در فصل ۶ سالنامه مهاجرتی ایران که در سال ۱۴۰۱ منتشرشده (نمودار ۷) شاهد افزایش منظم مهاجرت شاغلان در زمینه سلامت در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ است. گرچه طی سال‌های اخیر، مهاجرت نیروی انسانی از بیشتر کشورها تا سطح ۲ تا ۵ برابر رشد داشته است اما کشور ایران با رقم نزدیک ۳۰۰۰ مهاجر حوزه سلامت هم‌ردیف بریتانیا (هم‌زبان آمریکا) و اوکراین (کشور در تنش) است. در میان این‌ها، تعداد ایرانیان فقط در ایالت متحده آمریکا به ۸۰۰۰ نفر متخصص پزشکی یا جراح و ۴۰۰۰ پرستار برآورد شده است.

روند اضافه شدن مهاجران به تعداد فارغ‌التحصیلان ایرانی ماندگار شده در مقایسه با سایر شهروندان دیگر کشورها قابل ملاحظه است. این روند بیش از اینکه حاکی از جذابیت کشور میزبان باشد، حکایت از انگیزه گریز از کشور مادر دارد. به‌عنوان مثال، می‌توان پذیرفت پس از بازگشت به وطن درآمد اقتصادی بسیار بالای متخصصان، قابلیت جذب کافی برای خنثی کردن علل ناهمسازگاری اجتماعی و سیاسی در وطن را ندارد. پزشکان متخصص شاغل در ایران را می‌توان تأییدی بر این ادعا دانست؛ زیرا این دسته هم با وجود تحمل مشکلات بیشتر و درآمد کمتر (دست‌کم در سال‌های نخستین مهاجرت) در کشور میزبان، روند مشابهی را در پیش می‌گیرند. در نتیجه، برآیند

زندگی بی بهره»^{۲۶} است. اگر تا دهه پیشین مهاجرت رزیدنت‌ها کمتر مشاهده می‌شد، امروز تعداد زیادی از آن‌ها ترجیح می‌دهند دوران تخصصی را خارج از ایران طی کرده و در همان کشور ماندگار شوند.

« جایگاه اخلاق

رکود اخلاقی در مدیریت تربیتی و تخصصی حس دوجانبه بی‌اعتمادی پزشک نسبت به ساختار عمومی و مدیریتی جامعه و بی‌اعتمادی شهروند نسبت به «متخصص پرکار و بی‌حوصله» را به وجود آورده است.^{۲۷} نبود اطمینان لازم برای حفظ کیفی کالای پیشنهادی درمانی توسط پزشک زمینه بروز بی‌اعتمادی متقابل از جانب جامعه است؛ بنابراین، پزشک جوان در بستر بومی خود را «خودی» تصور نمی‌کند و فاقد اعتماد به نفس است. حس بی‌ثباتی اقتصادی و وجود رکود اخلاقی در مدیریت به عنوان فساد «نهاده‌شده» دو عنصر اصلی تمایل به مهاجرت هم از جانب شاغلان و هم از سوی دانشجویان سلامت شناخته شده است. در سطح کلان‌تر، شیوه سیاسی و حکمرانی و نابسامانی مدیریت در حوزه سلامت را می‌توان در دو خبر جنجالی کشور دنبال کرد: یکی مربوط به خبر پاک‌سازی هیئت علمی دانشگاه‌ها از جمله دانشکده‌های پزشکی است. اعضای هیئت مدیره مجمع انجمن‌های علمی گروه پزشکی ایران در بیانیه‌ای نسبت به اخبار حاکی از برنامه هماهنگ شده برای کنار گذاشتن اساتید برجسته یا بازنشستگی اجباری ایشان اظهار نگرانی می‌کنند.^{۲۸} کمتر از یک سال پس از انتشار این بیانیه، دکتر ناصر ملک‌زاده، وزیر سابق بهداشت، مجبور به بازنشستگی می‌شود. او یکی از مهم‌ترین مسئولان آکادمی علمی کشور، پزشک متخصص و مدیر یکی از مهم‌ترین مراکز تحقیقاتی پزشکی و امضاکننده همین بیانیه است. تأمل برانگیزتر خبر جنجالی دیگری است حاکی بر استعفا همین استاد از مسئولیت خود از ستاد ملی مبارزه با کرونا در دوران وزارت سعید نمکی، وزیر بهداشت وقت به علت شایعه‌های پیرامونی پروژه «واکسن بومی» ضد کرونا در کشور است.^{۲۹}

« نقطه نظرات مدیران مسئول در حوزه

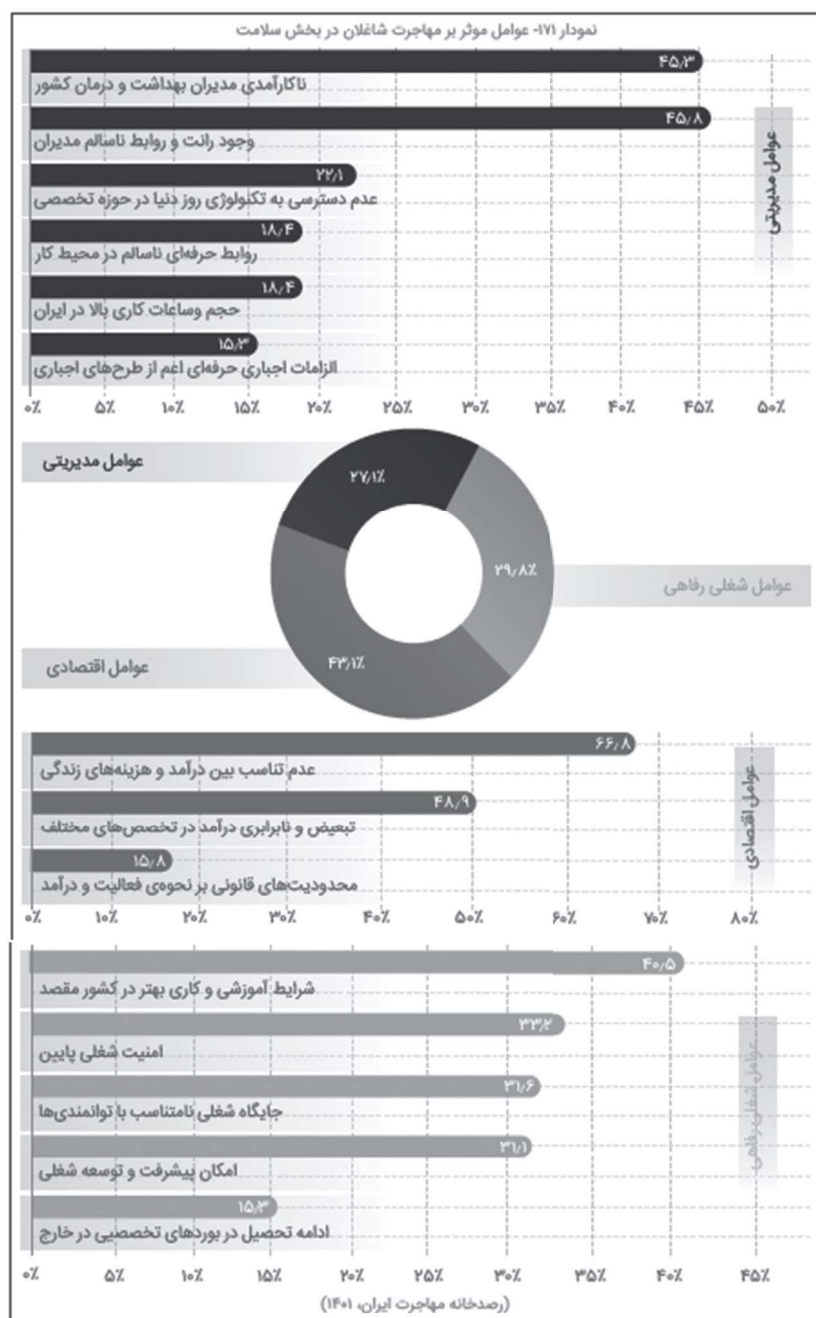
سلامت

قابل توجه اینکه مدیران حوزه سلامت نیز برخی از همین علل را به عنوان خطرات جدی سیستم

را از مهم‌ترین علل برمی‌شمرد. به زعم او «پزشک عمومی پس از ورود به دوره دستیاری باید با حفظ حقوق انسانی برخی مهارت‌ها را آموزش ببیند؛ او در بهترین حالت در حدود چهل سالگی فوق تخصص می‌شود، اما تا آن زمان از امورات دیگر

میان مشکلات دوران فراگیری فن تخصصی و این معضل مورد توجه برخی از مسئولان هم قرار گرفته است.^{۳۰} رئیس شورای عالی نظام پزشکی به طور تلویحی «دغدغه‌های معیشتی، نگرانی‌های شغلی، سختی‌های کار و آینده مبهم رزیدنت‌ها»

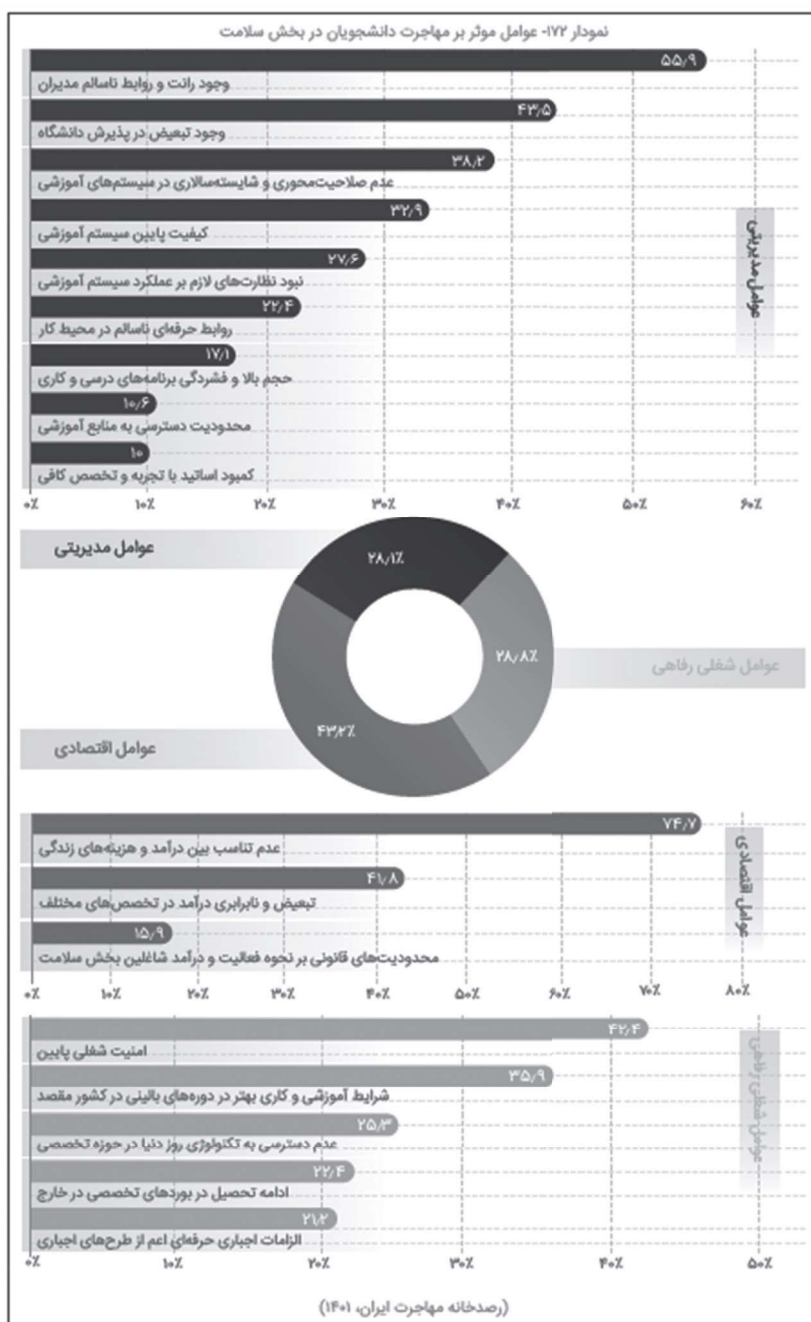
نمودار ۹ درصد خانه مهاجرت نشان دهنده درصد عوامل مدیریتی، اقتصادی و رفاهی نژد شاغلان در بخش سلامت



یک موضوع فرابخشی است.^{۳۰} بی تردید، تغییر بنیادین در نابسامانی اقتصادی کشور پیش فرض هر برنامه اصلاحی دیگر است. این بحران منجر به ناهماهنگی لازم میان نهادهای مسئول در حوزه سلامت شده است که تلاش برای بهبود آن

رشته تحصیلی شان ماندگار کنیم و مهاجرت بین‌رشته‌ای و مهاجرت شغلی و جغرافیایی رخ ندهد، اولین راهکار آن تأمین شرایط معیشت، رفاه و آینده کاری پزشکان است؛ البته مسئولیت این کار به تنهایی در اختیار وزارت بهداشت نیست و

نمودار ۱۰۰ درصد خانه مهاجرت نشان دهنده درصد مؤلفه‌های اخلاقی در ساحت مدیریت، مؤلفه‌های اقتصادی نزد دانشجویان در بخش سلامت که قصد مهاجرت به خارج کشور دارند (رصدخانه مهاجرت ایران)



سلامت کشور بیان می‌کنند: تبعیض، توزیع ناعادلانه امکانات آموزشی و درمانی به علاوه اعتراف به «بی‌انگیزگی» کادر درمان در رده اول مشکلات و تمایل به مهاجرت در رده هفتم مؤید خطری است که سیستم سلامت را تهدید می‌کند. بی‌شک رکود اخلاقی مدیریت کلان و عادی شدن این رکود در بدنه جامعه دانشگاهی و حرفه‌ای مهم‌ترین معضل کنونی است.

پیامدها و تأملی در راه‌های برون‌رفت

برای برون‌رفت از این بحران تجدیدنظر جدی در شیوه کلان حکومت‌داری پیش‌درآمدی لازم برای بازنگری در روش مدیریت سالم و احیای سیستم قانونمند و متمرکز بر اخلاق جمعی است. رئیس‌زاده، رئیس شورای علمی نظام پزشکی، با اشاره به خالی ماندن ظرفیت‌های تخصصی که دامن‌گیر اکثر رشته‌ها از جمله جراحی قلب اطفال، جراحی عمومی و طب اورژانس شده است، اعلام کرد: «ایران برای ارائه خدمت به بیماران دچار مشکل می‌شود. به جای ریشه‌یابی و حل اساسی مشکل، برای پر کردن ظرفیت این بخش‌ها با خروج از استانداردهای لازم در طرح‌های تکمیل ظرفیت، شروع به جذب دستیار بدون آزمون و تأیید صلاحیت‌های علمی کرده شد. احتمال دارد تا ده سال دیگر از نظر کیفیت دچار بحران جبران‌ناپذیر جایگزینی شویم. اگر این احتمال به وقوع بپیوندد، در آینده نه‌چندان دور در برخی رشته‌های پزشکی با یک عقب‌گرد چهل‌ساله مواجه خواهیم شد». او خواستار شفافیت مرز مخدوش آموزش و اشتغال در دوره دستیاری شد؛ البته سازمان نظام پزشکی نیز یا توانایی حل مشکل یا فهم کامل از نقش خود را ندارد. به‌عنوان مثال در رابطه با معضل رزیدنت‌های دوره تخصصی، بر اساس مواد ۲ و ۳ همین سازمان، نظام پزشکی موظف به تنظیم روابط شغلی میان حرف مختلف پزشکی و دستگاه‌های دیگر است. همچنین طبق بند «ر» و «س» آیین‌نامه همین سازمان، مداخله و مشارکت در آیین‌نامه‌های ارزشیابی در مراکز درمانی و بیمارستانی و تدوین برنامه‌های آموزشی به سازمان نظام پزشکی محول شده است. از طرفی، دکتر فاضل، رئیس نظام پزشکی کشور، با اشاره به مهاجرت شغلی پزشکان عنوان می‌کند «چنانچه بخواهیم پزشکان را در محل زندگی یا

هماهنگی لازم به چشم نمی‌خورد. مجلس پس از رد تصویب بند ج ماده ۶۹ برنامه هفتم در رابطه با افزایش تعداد متخصصان آن را برای رفع ابهام به کمیسیون‌های تلفیقی ارجاع داد. پس از مدتی نه‌تنها رسیدگی و رفع ابهام نمی‌شود، بلکه با فشار یکی از کمیسیون‌ها بهداشت همان متن بدون بحث و رفع ابهام مجدداً به مرحله تصویب فرستاده می‌شود؛^۳ بنابراین لازم است به فوریت کارگروهی فرابخشی، متشکل از سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و سایر نهادها و ارگان‌ها در مرتبه کارشناسی برای بررسی مشکلات رایج حوزه سلامت، اعم از پراکندگی توانایی‌های تکنیکی و تراکم نیروی انسانی درمانی، پوشش بیمه، تأمین داروهای حیاتی و رسیدگی به وضعیت رزیدنت‌ها تشکیل شود. برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و درازمدت پس از ارزیابی و کارشناسی نیاز به تجدیدنظر در روش مدیریت خرد و کلان در کشور دارد.

به‌عنوان مثال، وزارت بهداشت، وزارت رفاه و سازمان نظام پزشکی می‌بایست، پس از بررسی جدی مشکل تربیت نیروی انسانی متخصص، یا دوران رزیدنتی را به‌عنوان شغل به رسمیت بشناسند، یا هزینه لازم برای امرار معاش رزیدنت‌ها را تا پایان دوران تخصص تأمین کنند. طبیعی است بدون بازنگری جدی در سیاست کلان کشور برای برون‌رفت از بحران اقتصادی چند دهه اخیر که خود آزادی‌های اجتماعی و شغلی را به دنبال خواهد داشت، طرح بودجه سلامت، راه‌حل‌های متوسط و درازمدت کارایی لازم را نخواهند داشت. در نمودار سنجش نظرات مدیران حوزه سلامت (نمودار ۱۲)، بی‌انگیزگی کادر سلامت و درمان به‌عنوان اولین چالش شناسایی شده است. بی‌شک بی‌تفاوتی نسبت به معضل سلامت کشور توسط کادرها و عدم آینده‌نگری مسئولان بلندپایه کشور (رده سوم چالش‌ها، در همان نمودار) ریشه اصلی‌اش در ناهنجاری اقتصادی است. حل نکردن این ناهنجاری احتمال موفقیت هر طرح درازمدتی را کاهش می‌دهد.

« حاصل سخن

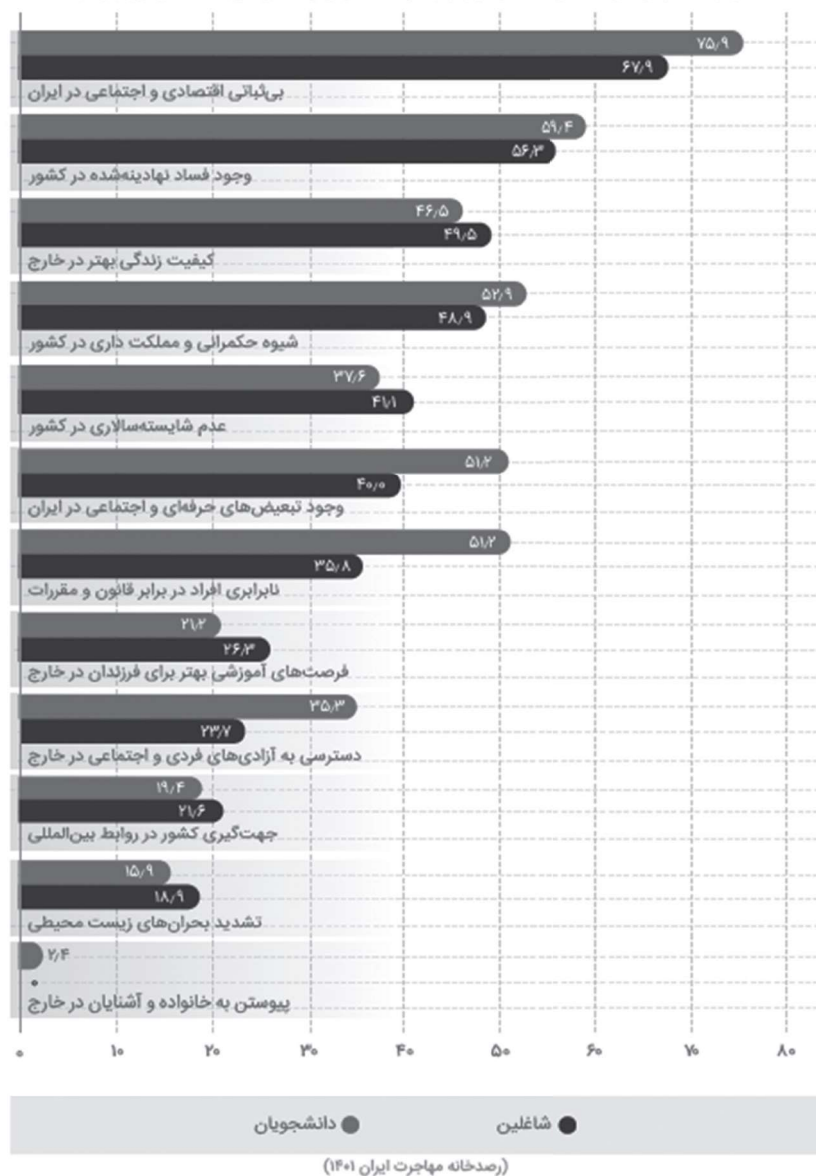
با وجود توسعه کمی بدنه دانشگاهی در ایران پس از انقلاب ۱۳۵۷ و دست یافتن به سطحی از خودکفایی در آموزش و عرضه خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی، حوزه سلامت امروز دستخوش بحران‌های مهمی است. ایران

آیین‌نامه‌های اصلاحی بعد از طی مراحل آزمون و خطا مورد تأیید رزیدنت‌ها نیست و کارایی و بهره‌وری لازم را ندارد. از طرف دیگر، مخالفت وزیر بهداشت (سعید نمکی) با پروژه افزایش ظرفیت پزشکان که تاکنون منجر به رد لایحه از مجلس شده است، حکایت از نبود بحث کافی یا فهم درخور پدیده برای یافتن راه‌حل‌های بنیادین است، حتی در مجلس نیز میان کمیسیون‌ها

امری بدیهی است. از طرفی سازمان نظام پزشکی اقتدار کافی در هماهنگی میان نهادهای مربوطه مثل وزارت بهداشت و وزارت رفاه را از خود نشان نمی‌دهد؛ البته در این مورد نبود رعایت اصول اولیه مدیریت و نبود سنت گفت‌وگو برای اتخاذ تصمیمات مناسب منجر به درجا زدن مسئولان در مسیر اجرای برخی راه‌حل‌های کوتاه‌مدت است. به‌عنوان مثال، مسئولان متوجه می‌شوند

نمودار ۱۱: رصدخانه مهاجرت نشان‌دهنده درصد عوامل کلان اقتصادی نزد شاغلان و دانشجویان در بخش سلامت و به دنبال مهاجرت (رصدخانه مهاجرت ایران)

نمودار ۱۱-۳ عوامل کلان اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر مهاجرت دانشجویان و شاغلین حوزه سلامت در ایران (درصد)



نمودار ۱۲: چالش‌های بخش سلامت، نقطه نظر مدیران مسئول (رصدخانه مهاجرت ایران)

رتبه چالش	چالش‌های بخش سلامت
۱	بی‌انگیزگی کادر بهداشت و درمان
۲	سیستم چندپاره در بخش دولتی و خصوصی
۳	عدم آینده‌نگری و پیش‌بینی نیازهای آتی بخش سلامت
۴	تفاوت و تبعیض بالا در گروه‌های مختلف نیروی انسانی بخش سلامت
۵	توزیع ناعادلانه امکانات آموزشی و درمانی در کشور
۶	فروسدگی و عقب ماندگی تکنولوژیک در بخش سلامت
۷	مهاجرت کادر بهداشت و درمان

(رصدخانه مهاجرت ایران، ۱۴۰۱)

<https://factnameh.com/fa/fact-checks/2022-12-22-iran-practitioner-immigration-rate>

۱۹. آمار رصدخانه مهاجرت ایران:

<https://factnameh.com/fa/fact-checks/2022-12-22-iran-practitioner-immigration-rate>

20. National Science Foundation June 2017, Doctor-ate recipients from USA universities in 2015

۲۱. منبع: آمار رصدخانه مهاجرت ایران:

<https://factnameh.com/fa/fact-checks/2022-12-22-iran-practitioner-immigration-rate>

۲۲. رصدخانه مهاجرت ایران:

<https://factnameh.com/fa/fact-checks/2022-12-22-iran-practitioner-immigration-rate>

۲۳. جامعه‌شناسی کاربردی/سال بیست و ششم، شماره پیاپی (۵۸) شماره دوم، تابستان ۱۳۹۴ صص ۱۸۰/۱۵۹.

۲۴. رضا منصوری سخنرانی در دانشگاه رازی کرمانشاه ۱۸ اسفند ۱۳۹۹

۲۵. روزنامه توسعه ایرانی، ۱۱/۱۴/۲۰۲۰ شماره خبر:

<https://www.toseeairani.ir/fa/tiny/news-62087>

۲۶. بهره‌کشی نظام سلامت از رزیدنت‌ها؛ افول آینده پزشکی در کشور منبع: سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ۱۰ دی ۱۴۰۲

<https://irimc.org/news/id/51324>

۲۷. ایرج سبحانی، «نظام سلامت، حقوق بیمار و وجدان جامعه»، دو ماهنامه چشم‌انداز ایران شماره ۱۲۶، سال نشریه: ۱۳۹۹

۲۸. روزنامه شرق، سیاست ۲۵ تیر ۱۴۰۲: ۵۴

29. <https://www.bbc.com/persian/iran-55019266>

۳۰. نطق رئیس سازمان نظام پزشکی ایران، مهاجرت پزشکان، آینده پرافتخار پزشکی کشور را نشانه گرفته است، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی، ۲۱ مرداد ۱۴۰۲.

۳۱. توضیحات نماینده مجلس درباره ابهامات مصوبه افزایش ظرفیت پزشکی، باشگاه خبرنگاری دانشجویی ایران، ۱۵، ۱۴۰۲، ۱۵.

(Jean-Louis Lh ritier)

6. Blaser MJ, Webb GF. Host demise as a beneficial function of indigenous microbiota in human hosts.

MBio. 2014 Dec 16;5(6). pii: e02262-14. doi: 10.1128/mBio.02262-14.

۷. : سازمان برنامه و بودجه کشور، مرکز اسناد، مدارک و انتشارات، چاپ اول، ۱۳۹۶.

۸. جامعه‌شناسی کاربردی/سال بیست و ششم، شماره پیاپی (۵۸) شماره دوم، تابستان ۱۳۹۴ صص ۱۸۰/۱۵۹.

۹. «تغییرات فرهنگی افت باروری در ایران»، امیر رستگار خالد و میثم محمدی در جامعه‌شناسی کاربردی، ۱۳۹۴-شماره ۲ صص ۱۵۹-۱۸۰.

۱۰. WHO

۱۱. متناسب با استاندارد جهانی برای یک جمعیت هزار نفری، ۳/۵ نفر پزشک مورد نیاز است. در ایران در

سال ۲۰۱۸ تعداد پزشک شاغل برای هر هزار نفر حدود ۱/۳ نفر پزشک سرشماری شده است.

۱۲. مقاله ایرج سبحانی و علیرضا سبحانی، «مکان و وظایف دانشگاه در ایران»، چشم‌انداز شماره ۱۱۵، ۱۳۹۸.

13. HamidiMotlagh R, Babae A, Maleki A, Isaai MT. Innovation Policy, Scientific Research and Economic Performance: The Case of Iran; 2018, in Development Policy Review

14. Ronaghy HA, Shajari A. Arch Iran Med. 2013; 16(10): 590 – 593

۱۵. اشاره به بسته شدن فضای اجتماعی-سیاسی مربوط به ترتیب به وقایع پس از کودتای ۲۸ مرداد ۱۳۳۲ و جنبش سبز پس از وقایع انتخابات ریاست جمهوری ۱۳۸۸ است.

16. National Science Foundation June 2017, Doctor-ate recipients from USA universities in 2015

۱۷. گزارش وضعیت اجتماعی ایران چاپ سال ۱۳۹۰ بخش آموزش از فراستخواه، نورشاهی، سمیعی صص ۶۶-۴۵

۱۸. آمار رصدخانه مهاجرت ایران:

از نظر استانداردهای کمی تربیت پزشک و متخصص نسبت به جمعیت در رده پایینی قرار دارد. سیاست‌های نامتناسب و فساد در ساخت اقتصاد و مدیریت اجرایی علل اصلی تمایل به مهاجرت در نزد درصد چشمگیری از شاغلان و دانشجویان حوزه سلامت می‌باشند. بی‌شک معضل اقتصادی و رکود اخلاق مرجع از مهم‌ترین علل میل به مهاجرت است. ابعاد این بحران از زبان مدیران مسئول نیز بیان شده است. رفورم زیربنایی در زمینه آموزش عالی و مدیریت دانشگاه‌ها، افزایش تعداد دانش‌پژوهان با حفظ کیفیت و تأمین معیشت در دوران آموزشی تخصص و فوق‌تخصص یا به رسمیت شمردن این‌ها به عنوان شغل از فوری‌ترین اقداماتی است که حاکمیت می‌بایست به آن تن دهد.

پی‌نوشت‌ها

1. Prof. Iradj SOBHANI, MD-PhD, Head of Gas-troenterology Department in Henri Mondor Hospital, Assistance Publique Hopitaux de Paris-APHP & Dir. of EC2M3 Research Team-EA7375 at Universite Paris Est Creteil-UPEC; Email: iradj.sobhani@aphp.fr

۲. م ک به مقاله ایرج سبحانی و علیرضا سبحانی، «چالش‌های تولید علم و رشد علمی در چهل سالگی انقلاب اسلامی»، چشم‌انداز شماره ۱۱۵، ۱۳۹۸ صص ۷۰-۶۱.

۳. همان

۴. همان: تا انقلاب ۵۷، حداقل ۵۹ دانشگاه آمریکایی در توسعه و تأسیس آموزش عالی در ایران نقش فعال داشتند.

5. Helene Soual. DRES, Juillet 2017 : Les d penses de sant depuis 1950-Drection sur internet