



طرحی نو

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، جامعه دریافت که راه و رسم رسیدن به یک فرهنگ علمی و تکنولوژیک چیست و اینکه علم غرب، زائیده غرب و مختص آنها نمی‌باشد بلکه تنها بدلیل یک برنامه‌ریزی صحیح است. متأسفانه در طول شصت سال اخیر، علیرغم طرح مسائل و معضلات گوناگون و پاسخگویی صاحب‌نظران به آنها، هیچگاه برای آینده برنامه‌ریزی درستی صورت نپذیرفته و در هیچ برهه از زمان یک برنامه‌ریزی جامع و کشوری وجود نداشته است.

یکی از این مشکلات که چندی پیش، بحث‌ها و جدل‌های زیادی را باعث شد، موضوع کاهش ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی بود، بعبارت دیگر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرفیت پذیرش دانشجویان این گروه را کاهش داد، اما مجلس شورای اسلامی آن را رد کرد. نگارنده این سطور نه قصد دارد و نه خود را در مقامی می‌بیند که بخواهد در این مورد قضاوت کند بلکه تنها امید آن دارد که بتواند رابطه این معضل با مشکلات

دیگر را نشان دهد.

تعداد داوطلبان کنکور در سال ۱۳۷۳، ۱۱۱۲۵۸۷ نفر بودند و از این تعداد ۳۳۶۲۸۳ نفر در رشته علوم تجربی امتحان داده‌اند. بنابراین بند سوم اصل سوم قانون اساسی، دولت موظف است همه امکانات خود را برای تسهیل و تعمیم آموزش عالی بکار برد و بنابراین اصل سی‌ام، دولت موظف می‌گردد که وسائل تحصیلات عالی را تا سر حد خودکفائی کشور بطور رایگان گسترش دهد.

سؤال مهمی که در پیش روی همه ما (اعم از مجلس، دولت و ملت) می‌باشد این است که: آیا میتوان این خیل عظیم جوانان را به حال خود رها ساخت و آنان را از تحصیلات عالی محروم کرد، یا باید با افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان آنان را بر سر این خوان نعمت نشاند تا این گروه عظیم و مشتاق از علم و دانش بی‌بهره نمانند؟ و اینکه آیا این افزایش ظرفیت پذیرش در گروه پزشکی می‌تواند کارساز باشد یا خیر؟

برآوردهای وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی بیانگر این هستند که کشور تا سال ۱۳۸۱ به حدود ۶۰۰۰۰ پزشک، ۸۰۰۰ داروساز و ۹۰۰۰ دندانپزشک نیاز دارد (وضعیت آموزش پزشکی بین سالهای ۶۸ تا ۷۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بهمن ماه ۱۳۷۰، ص ۲۶). بررسی قبلی که توسط نگارنده انجام شده است نشان می‌دهد که تعداد نهایی داروسازان در سال ۱۳۸۱، حدود ۱۳۰۰۰ نفر می‌باشد (با احتساب ۵٪ خارج شدن از خدمت) (سرکندی، م، ضرورت بازنگری بر سیستم آموزش داروسازی، ماهنامه دارویی رازی، شماره ۵۰، ص ۳) بعبارت دیگر در سال ۱۳۸۱، ۵۰۰۰ داروساز مازاد بر نیاز در کشور وجود دارد. بی‌شک، اوضاع در پزشکی و دندانپزشکی نیز همین‌گونه است.

برای یک برنامه‌ریزی منطقی باید به چند سوال پاسخ داده شود:

۱- بر طبق چه معیاری بایستی تا سال ۱۳۸۱، ۶۰۰۰۰ پزشک، ۸۰۰۰ داروساز و ۹۰۰۰ دندانپزشکی در ایران وجود داشته باشد؟ متأسفانه، هنوز هیچ روش قابل اعتمادی جهت پیش‌بینی دقیق تقاضا برای نیروی کار متخصص مورد نیاز وجود ندارد. در حال حاضر اغلب پیش‌بینی‌ها به استناد سه روش خاص صورت می‌پذیرد:

الف- برآوردهای کارفرمایان از نیروی انسانی ماهر مورد نیاز

ب- تجربه‌های بین‌المللی

ج- نسبت‌های ثابت شغل - جمعیت

بررسی کارفرمایان، اغلب در مورد

پیش‌بینی فارغ‌التحصیلان مورد نیاز و تعیین کمبودهای حاد نیروی انسانی متخصص بکار می‌رود. مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است، نشان می‌دهد که این شیوه، کم‌اعتبارترین روش برای پی‌بردن به نیازهای جامعه می‌باشد.

تجربه‌های بین‌المللی نیز به همان اندازه مشکل‌آفرین هستند زیرا کشورهای مختلف الگوهای تاریخی - اجتماعی متفاوت دارند و از سوی دیگر توزیع شغلی در کشورهای مختلف از روند یکسان برخوردار نیست. حدود سال ۱۳۶۴، در ایتالیا برای هر ۸۰۰ نفر یک پزشک وجود داشت و پزشکان دچار بیکاری شده بودند. این آمار مربوط به جامعه‌ای است که در آن افراد مراجعه‌کننده به پزشک، حتی ممکنست سالم باشند و مربوط به بیمار ایرانی نمی‌شود که فقط در شرایط حاد بیماری به پزشک مراجعه می‌کند.

در نسبت‌های ثابت شغل جمعیت، اغلب برآوردها، باعث نتایج اسفناکی می‌شوند. یکی از دلایل این وضعیت آن است که متکی بر برآوردهای جمعیتی هستند که خود خالی از خطا نمی‌باشند. در مقالات مختلف غالباً به این مسئله اشاره می‌شود که نسبت داروساز به جمعیت بایستی ۱ به ۱۰۰۰۰ باشد که حاوی دو اشتباه محرز است، اول آنکه این نسبت برای کشورهای اروپایی و آمریکایی تعیین شده است و در حقیقت استفاده از تجربه دیگر کشورها می‌باشد. بعنوان مثال تنها یک کارخانه ICI در انگلستان و آنهم فقط در بخش

تحقیقات خود حدود ۴۰۰۰ داروساز مشغول به کار دارد. در حالیکه اکثر کارخانجات داروسازی ایرانی تلاش دارند تا در قسمت تحقیقاتشان بجای داروساز از فارغ التحصیلان رشته شیمی که حقوق کمتری دریافت می‌کنند، استفاده نمایند. در ثانی، شاخص رشد جمعیت در کشور ایران طی چند سال اخیر نوسانات زیادی داشته است.

مؤسسه بین‌المللی برنامه‌ریزی آموزش (IIEP) خاطر نشان می‌سازد که: برنامه‌ریزی آموزش عالی باید بر پایه ترکیبی از دو رویکرد نیروی انسانی و تقاضای اجتماعی استوار باشد. زیرا راهنمای مورد نیاز در مسیر توسعه آموزش عالی باید از روی معیارهای کمی نیازهای آینده به انواع مهارتها برآورد گردد. یعنی رویکرد نیروی انسانی موقعی مؤثر است که بیکاری و اشتغال ناقص مهار شود و همزمان، جهت پاسخگویی به انتظارات فزاینده و دستیابی به جامعه‌ای برخوردار از حقوق یکسان، تقاضای اجتماعی برای آموزش مورد توجه قرار گیرد.

۲- با نیروی مازاد کشور چه باید کرد؟ آیا با افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در گروه پزشکی، مشکل «دیپلمه بیکار» به «دکتر بیکار» تبدیل نشده است؟

ایجاد اشتغال برای این گروه که وارد بازار کار می‌شوند، به سرمایه‌گذاری فراوانی نیاز دارد که منابع محدود کنونی کشور اجازه آن را نمی‌دهد و با توجه به این چشم‌انداز، بی‌تردید این عده وارد بازار کار مولد نخواهند شد و

آنگاه یا باید با عواقب آن روبرو شد و یا تدابیری اتخاذ کرد که برای آنها در کشورهای دیگر بازار کار ایجاد گردد.

۳- چرا بجای سرمایه‌گذاری بر روی پذیرش دانشجو در گروه‌های پزشکی که ظرفیت آنها محدود است، سرمایه‌گذاری بر روی علوم پایه صورت نمی‌گیرد که هم به دلیل تعدد و تنوع از ظرفیت بالایی برخوردار می‌باشند و براحتی پاسخگوی نیاز داوطلبان کنکور هستند و هم پایه‌ای برای تکنولوژی آینده بشمار می‌روند؟

تجربه نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری کشورهای غربی بر روی بیولوژی ملکولی به تولد صنایع بیوتکنولوژی منجر شد و صرف هزینه در تحقیقات بنیادی در مورد الکترومغناطیس، توسعه ارتباط مدرن را باعث گشت و هر دو این دستاوردها، سودهای کلانی را برای کشورهای غربی به ارمغان آوردند.

۴- چرا بجای سرمایه‌گذاری بر روی دوره‌های عمومی این هزینه برای برگزاری دوره‌های تخصصی صرف نکرد؟

یکی از مشکلات مهم مراکز آموزش عالی کشور، کمبود شدید استاد و مدرس بویژه با رتبه استادیاری و بالاتر می‌باشد. طبق آمار هم اکنون نسبت دانشجو به استاد در کشور ۱۳ می‌باشد و با توجه به اینکه هرچه مقدار این شاخص کمتر باشد، بیانگر ارتقای کیفیت آموزش است، تلاش در رساندن آن به حد کشورهای چینی (۵)، بسیار منطقی می‌باشد.

۵- چرا بجای هزینه در افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو به بهبود کیفیت آموزشی پرداخته نمی‌شود؟

در سالهای اخیر با توجه به افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو و مسائل دیگری که از آن نشأت گرفته‌اند مثل:

- استفاده سه نفر از فضاهاى آموزشى موجود بجای یک نفر.

- عدم کفایت میزان سرمایه‌گذاری انجام شده بر امر توسعه آموزش عالی.

- فرسودگی بیش از حد ساختمانها و تجهیزات آموزشى، پژوهشى و بیمارستانى بدلیل بهره‌برداری بیش از حد، عدم امکان تعمیرات به موقع و عدم امکان جایگزینی قطعات مستهلک شده با قطعات جدید.

کیفیت آموزشى در گروه پزشکی بسیار افت کرده است.

۶- چرا علیرغم افزایش بسیار پزشکان، داروسازان و دندانپزشکان هنوز مشکل کمبود در روستاها حل نشده است؟

بایستی ذکر گردد که اولاً این مشکل مربوط به توزیع نیروی انسانی است و نه کمبود آن زیرا بنا بر آمار سال ۱۳۶۰ - که از نظر نسبت توزیع، قابل تعمیم در سال جاری هم هست - ۲۳ درصد پزشکان عمومی در تهران، ۲۱ درصدشان در ۵ شهر دانشگاهی (شیراز، اصفهان، مشهد، تبریز و اهواز) و ۴۶ درصد

بقیه در سایر نقاط کشور مشغول فعالیت بوده‌اند* . بنابراین بایستی پذیرفت که سیاست‌های ۱۰ سال اخیر یعنی افزایش ظرفیت پذیر دانشجو در گروه پزشکی، منع دایر کردن داروخانه و مطب برای داروسازان، پزشکان و دندانپزشکان در شهرهای بزرگ و ... روشهای مؤثری نبوده‌اند. ثانیاً این مشکل مختص ایران نیست و تقریباً اکثر کشورهای جهان به آن مبتلا هستند. تجربیات موفق کشورهای دیگر نشان میدهد که ایجاد انگیزه‌های مادی مثل اهدای زمین و اعطای وام‌های طولانی مدت با بهره‌کم برای ایجاد کلینیک‌های خصوصی متعلق به خود پزشک، و یا پرداخت حقوق ۴-۵ برابر درآمد یک پزشک در شهرهای بزرگ و کاستن میزان مالیات، ایجاد تسهیلات رفاهی، فرستادن کتاب، مجلات و نوارهای ویدئویی بصورت مجانی و ... می‌تواند راهگشای این معضل باشد.

در پایان بایستی خاطر نشان کرد که اگر امروز توجهی همه جانبه و کارساز به آموزش نیروی انسانی در گروه پزشکی (پزشکی، داروسازی و دندانپزشکی) صورت نگیرد، مسلماً جبران آن تا چند دهه امکان پذیر نخواهد بود. نگارنده امید دارد که این مقاله فتح بابی برای اظهار نظرهای مخاطبین و در نهایت آماده ساختن طرحی نو، جامع و کامل برای ارائه به مسئولین ذی‌ربط باشد.

دکتر مجتبی سرکندی

* فتاحی معصوم، ح. آیا بیمارستانها تخت‌های اضافی دارند، مجلس و پژوهش، شماره ۱۰، ص ۱۷۶-۱۷۱، ۱۳۷۳