

بررسی میزان و علل بیکاری در پزشکان ایرانی سال ۱۳۸۰

سرپرست گروه تحقیقاتی: دکتر فرشید علاءالدینی

گروه تحقیقاتی: دکتر رزیتا فاطمی، دکتر هومن رنجبران جهرمی، دکتر الهام اصغری

دکتر احمدرضا حسین پور، دکتر علی اردلان، شروین اسکندری

با سپاس از: دکتر اوستا رضوی، دکتر حمید توکلی، دکتر علیرضا میرزاصادقی

پائیز ۱۳۸۱

گزارش نهایی طرح بررسی میزان و علل بیکاری

در پزشکان ایرانی سال ۱۳۸۰

صفحه

۱	مقدمه و بیان مساله
	تعاریف
	بیکاری و کم کاری پزشکان
۱۱	مروری بر مطالعات سایر کشورها
۲۴	عوامل مؤثر بر بیکاری و نتایج آن
۲۸	مطالعات انجام شده در ایران
۳۵	منابع و مراجع
۳۷	مواد و روشها
۴۴	نتایج
۵۴	بحث

امروزه دربسیاری از کشورهای توسعه یافته، معضل بیکاری در بین جوانانی که تحصیلات دبیرستانی^۱ یا دانشگاهی دارند به چشم می خورد و موجب مشکلات جدی شده و نظراتی را که مدتها در مورد بیکاری جوانان مطرح بود زیر سؤال برده است. در گذشته این مشکل بطور عمده در مورد جوانانی مطرح می شد که یا تحصیلات نداشتند یا در حد مختصری داشتند و تئوری کلاسیک آموزش ناکافی (نامتعادل با سطح تحصیلات) به عنوان دلیل اصلی بیکاری آنها مطرح بود. در حال حاضر با توجه به افزایش تعداد جوانان بیکار در گروه جدید تحصیل کرده ها^۲، ضرورت تفکر مجدد در مورد مشکل بیکاری به عنوان یک نیاز پایه ای مطرح می شود. علت احساس این نیاز ابعاد متعدد و متفاوت این پدیده، و انعکاس همه جانبه آن در اقتصاد (هزینه تحصیل ، تلف شدن نیروهای مغزی و...)، جامعه، فرد (احساس بی فایده‌گی در جامعه) و گاهی سیاست هر کشور است. مطالعات جدید در زمینه بیکاری جوانان تحصیل کرده در بازار اقتصاد کشورهای در حال توسعه یکی از اجزاء مطالعه در مورد بیکاری جوانان بعنوان یک پدیده کلی و عام است (۱).

در سال ۱۹۹۵ میزان بیکاری در بین صاحب منصبان دارای مدرک تحصیلی بالا در حد پایینی گزارش شده بود و چنین مطرح شد که در حالی که میزان کل بیکاری ۶٪ است، این مقدار در مورد پزشکان قابل چشم پوشی بوده و در افراد با مدرک PHD ۱-۲٪ است. اما از طرف دیگر جامعه های علمی با این آمار رسمی مخالف بودند چرا که آنها چهره بیکاری را، علی الخصوص برای فارغ التحصیلان جدید، بسیار بزرگتر تصویر می کردند (۲).

¹ Secondary School Education

² Graduated

بین سالهای ۱۹۵۵ تا ۱۹۹۰ جمعیت دنیا بیش از دو برابر شد (یعنی از ۲/۵ بیلیون نفر به ۵/۲ بیلیون نفر رسید). در همین زمان تعداد پزشکان بیش از ۵ افزایش یافت (از ۱/۲ بیلیون نفر به ۶/۲ بیلیون نفر رسید). بر همین اساس نسبت تخمینی پزشک به جمعیت بیش از دو برابر رشد داشته است (از ۵۰ پزشک برای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت به ۱۲۰ پزشک برای همان تعداد رسیده) (۳). نسبت پزشک به جمعیت و میزان رشد آن در کشورهای مختلف تفاوت زیادی دارد. بانک جهانی گزارش کرده که این طیف از کمترین مقدار آن^۱ ۱۲/۱۰۰۰۰۰ در آفریقای جنوب صحرا تا بیشترین مقدار آن ۱۰۰۰۰۰ در ۴۰۷/ کشورهای سوسیالیست پیشین اروپا گسترده است. اختلاف زیاد بین کل کشورهای جهان، تفاوت‌های اساسی بین کشورهای یک ناحیه را می پوشاند. مثلاً در بعضی کشورهای آفریقایی زیر صحرا مثل بورکینافاسو و نیجریه نسبت پزشک به جمعیت ۲-۳/۱۰۰۰۰۰ است در حالیکه در آفریقای جنوبی این نسبت به بیش از ۶۰/۱۰۰۰۰۰ می رسد. حتی در بین کشورهای با بازار پیشرفته اقتصادی وسعت این طیف به آسانی مورد توجه قرار می گیرد. مثلاً انگلستان ۱۴۰/۱۰۰۰۰۰ پزشک دارد در حالیکه در اسپانیا و ایتالیا این نسبت ۳۸۰-۴۳۰/۱۰۰۰۰۰ است. پزشکان در نتیجه رشد قابل توجه عرضه، در هر دو گروه کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، تا اندازه ای کم کار یا بیکار هستند. لیکن نتایج حاصل از آن متفاوت است، تقریباً ۴۰۰۰۰ پزشک بیکار در ایتالیا و ۶۰۰۰ در اسپانیا وجود دارند و این در نتیجه عرضه زیاد پزشکان در کشورهای توسعه یافته است که موجب شده نسبت پزشک به جمعیت حدود ۳۰۰/۱۰۰۰۰۰ یا بیشتر شود. از طرف دیگر در کشورهای در حال توسعه هم با وجود نسبت کمتر پزشک به جمعیت افزایش عرضه پزشک به چشم می خورد و این به دلیل فقدان استطاعت این کشورها در بکارگیری و استخدام پزشکان است. مثلاً گزارش شده که در کشور مالی در سال ۱۹۸۵ تنها توانایی استخدام ۱۵٪ از ۵۳ فارغ التحصیل رشته پزشکی وجود داشته است (۳).

ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و گزارش انتشار یافته از سوی آقای دکتر محمد علی بیطرف، قائم مقام وقت سازمان نظام پزشکی، از عدم اشتغال به کار ۳۰ هزار پزشک خبر داده است. در حال

^۱ منظور ۱۲ پزشک در صد هزار نفر جمعیت است.

حاضر شواهدی دال بر کمبود موقعیتهای شغلی و عدم امکان اشتغال پزشکان بخصوص پزشکان جوان در کشور وجود دارد. به این ترتیب یکی از موضوعات مهم در این رابطه بیکاری¹ پزشکان در جامعه بوده و مساله دیگر افزایش اشتغال به کار پاره وقت و یا موقت است که در مقوله کم کاری² پزشکان قرار گرفته و نارضایتی و عدم امنیت شغلی آنان رابه همراه دارد. به علاوه گروهی از پزشکان نیز با تغییر شغل و کناره گیری³ کامل از حرفه پزشکی به مشاغلی روی می آورند که نیازی به تحصیلات طولانی، سخت و پرهزینه پزشکی ندارد. بیکاری و اشتغال خارج از حرفه پزشکی از سویی بخشی از سرمایه ملی را که صرف تعلیم این نیروهای متخصص شده به سمت نابودی می کشاند و از سوی دیگر در وضعیت زندگی و شرایط روحی افراد تاثیرات ناگواری به جا می گذارد. بنابراین پیامدهای نامطلوب ناشی از بیکاری و کم کاری پزشکان از یک طرف در زمینه های اقتصادی و اجتماعی قابل بررسی است و از سوی دیگر به دلیل اعمال تاثیر نامناسب بر نظام بهداشتی و درمانی کشور و به خصوص آثاری که در برنامه ریزی نیروی انسانی پزشکی بر جای می گذارد اهمیت می یابد، به این ترتیب دستیابی به آمار و اطلاعات دقیق در این خصوص از ضروریات می باشد.

در سالهای اخیر مطالعات متعددی در کشورهای مختلف (و اغلب کشورهای توسعه یافته) برای شناخت هر چه بیشتر این معضل انجام شده که هرکدام عوامل متعددی را در پدید آمدن آن دخیل دانسته است. از جمله افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی ، توزیع نامناسب نیروی کار پزشکی، عدم جایگاه شغلی مناسب، عدم رضایت پزشکان از درآمد حاصل از حرفه پزشکی، ورود بی رویه پزشکان به کشور و خروج نامناسب آنان از کشور و... متاسفانه تاکنون هیچگونه آمار ومدیرک مستدلی که نرخ واقعی بیکاری و خروج پزشکان از حرفه پزشکی را در ایران نشان دهد ارائه نشده است. اما شواهدی از قبیل درآمد نسبتاً کم، جستجوی طولانی برای یافتن شغل مناسب، شرکت انبوه پزشکان در آزمونهای

¹ Unemployment

² Underemployment

³ Misemployment

استخدامی وعدم رضایت و امنیت شغلی پزشکان، بخصوص پزشکان تازه فارغ التحصیل شده در جامعه مابه چشم می خورد. به دلیل دخالت عوامل مختلف در این زمینه، مطالعات و تجارب سایر کشورها هرگز و به طور کامل قابل تعمیم و تطبیق برای ما نخواهد بود و شناخت بیشتر مساله اشتغال پزشکان و ارتباط آن با عوامل مطرح شده بررسی جداگانه ای را می طلبد. گام اول برای رفع هر معضل داشتن اطلاعات کافی در مورد آن است و از آنجا که آمار دقیق پزشکان بیکار و کم کار وجود ندارد و علل آن در ایران بدرستی شناخته شده نیست، ضرورت این بررسی باید مورد توجه قرار گیرد تا به دنبال آن بتوان میزان تربیت پزشک را تنظیم کرد و جایگاههای شغلی مناسب را برای آنها فراهم نمود.

تعاریف

شاید این ادعا عجیب به نظر برسد که گفته شود کسی بیکاری را "کشف" کرده است، اما به نظر می رسد توماس مالتوس^۱ اولین دانشمندی بود که بین بیکاری و سایر انواع مشکلات بازار کار تفاوت آشکاری را مطرح کرد و تئوری بیکاری را بیان نمود (۴). تئوری بیکاری اینچنین مطرح می شود که: هر کسی که حقیقتاً "کاری را که متناسب با روح و روان وی است انجام ندهد و یا کار وی متناسب با بیشترین درجه آموزشی که فرد را به بالاترین حد عزت نفس^۲ می رساند نباشد بیکار است (۵).

در تعریف مدرن بیکاری شخص بیکار^۳ به کسی گفته می شود که در جستجوی کار باشد، مایل به انجام کار با دستمزد متداول باشد اما قادر به یافتن شغلی نباشد. بیکاری^۴ به شرایط یک فرد بیکار اشاره می کند و تعداد یا نسبت افراد یک جمعیت کاری را که بیکار هستند مشخص می کند (۴).

مایکل تودارو در کتاب فرهنگ واژه ها واصطلاحات اقتصادی تعاریف زیر را بیان نموده است:

^۱ Thomas Malthus

^۲ Self-steam

^۳ Unemployed

^۴ Unemployment

بیکار به افرادی اطلاق می شود که شاغل نبوده ولی قادر به انجام کار هستند. این افراد اگر جویای کار نیز باشند به عنوان **بیکار شناخته می شوند**.

اشتغال تام وضعیتی است که در آن هر کس بخواهد با دستمزدهای متداول کار کند می تواند کاری بدست آورد و یا اگر نتواند شغل مناسب خویش را با نرخ دستمزدهای جاری پیدا کند، نرخ بیکاری به زیر حداقل مطلوب می رسد.

وی به دنبال این تعاریف، بیکاری را به دو گروه آشکار و پنهانی تقسیم می کند و بیکاری آشکار را در زیر گروههای داوطلبانه و غیر داوطلبانه توضیح می دهد:

بیکاری آشکار داوطلبانه: این افراد کسانی هستند که تمایل به پذیرش شغلی که احتمالاً شایسته پذیرش آن هستند، ندارند. زیرا می توانند از طریق دیگری جز اشتغال، مخارج زندگی خود را تامین نمایند.

بیکاری آشکار غیر داوطلبانه: وضعیتی است که جستجو کنندگان کار تمایل به انجام کار دارند ولی شغلی برای آنها وجود ندارد.

بیکاری پنهانی: وضعیتی است که در آن، شاغلین به ظاهر در اشتغال کامل هستند ولی غیر مولدند. علل آن ممکن است عدم ظرفیت سازی، نداشتن آموزش کافی و متناسب، نداشتن انگیزه کار از سوی کارکنان یا استفاده آنان از ابزار نامناسب در انجام وظیفه باشند (۱۰).

در هشتمین کنفرانس بین المللی آمارشناسان شغلی^۱ در ژنو اجزاء زیر در شرح بیکاری مطرح شده است:

۱. افرادی که پیمان نامه شغلی آنها تمام شده یا اینکه موقتاً تعلیق شده اند و در حال حاضر شغلی نداشته و به دنبال کار درآمد زا هستند.

¹ active et inactive statistiques de population

۲. افرادی که قبلاً هرگز شاغل نبوده اند و آخرین وضعیت شغلی آنها چیزی متفاوت با کارمندی بوده است (مثل کارفرماهای قبلی)، به اضافه کسانی که باز نشسته شده اند و در طی یک دوره زمانی مشخص (به عللی به جز بیمارهای غیربدخیم) آماده برای کار و به دنبال شغل درآمد زا بوده اند.

۳. افراد بدون شغل که در حال حاضر آماده برای کار هستند و برای شروع یک کار جدید در تاریخی بعد از مدت زمان مشخصی برنامه ریزی کرده اند.

۴. افرادی که بطور موقت یا بطور غیر قطعی، بدون پرداخت مزد از کار کنار گذاشته شده اند.

هدف از این تعریفها، توضیح دادن و اندازه گیری شرایط غیر طبیعی عملکرد اقتصادی یک کشور است. این پدیده غیر طبیعی (یعنی بیکاری) دقیق ترین عامل نشان دهنده عدم تعادل بین جمعیتی که مناسب انجام یک کار هستند (حتی اگر با فاکتورهای اجتماعی در تاریخ مشخصی تعیین شوند) و فرصتهای شغلی موجود است.

تعداد افرادی که در جستجوی کار نیستند (که در مورد بسیاری از جوانان صادق است) درحقیقت محروم از کار خوانده می شوند و آلرژي به کار که این افراد متهم به آنان هستند درحقیقت یک پدیده روانشناختی است. این جوانان که تحصیلات مدرسه ای زیادی نداشته و کار نمی کنند و به عنوان بیکار در نظر گرفته نمی شوند، درحقیقت هیچ گونه جایگاه اجتماعی ندارند. بنابراین اصل تعریف گروه بیکار (unemployed) واجد شرایط اخلاقی و طبیعی است. کسانی که کار را رد می کنند، حتی کسانی که صرفاً تمایل کمی به کار دارند و در جستجوی آن نیستند محروم از موقعیت اجتماعی می باشند (۱).

پس بطور کلی تعریف سازمان بین المللی کار^۱ (ILO) از بیکاری عبارت است از :

¹ International Labour Organization

فردی که شغل ندارد ، قابل استفاده برای کار هست، تمایل به انجام کار دارد و طی ۴ هفته اخیر به دنبال کار بوده است.

بیکاری یک نوع ارزش ذخیره ای^۱ است و مقدار آن بستگی به ریزش درونی^۲ (یعنی تعداد افرادی که کارشان را از دست می دهند یا از آن کناره گیری می کنند) و ریزش بیرونی^۳ (یعنی تعداد افرادی که کار پیدا می کنند یا امکان بالقوه کار کردن را ترک کرده و این پتانسیل را به فعلیت در می آورند) و مدت زمان بیکاری دارد. مدت بیکاری نیز تحت تاثیر گردش شغل قرار می گیرد.

در آوریل ۱۹۹۸ دولت انگلستان با استفاده از یک روش اندازه گیری میزان بیکاری، طرح جدیدی را برای گزارش ماهانه نیروی کار معرفی کرد که LFS^۴ نام داشت. این روش جدید اندازه گیری بر اساس تعریف بیکاری تدوین شده بود. LFS مطابق با قوانین شناخته شده بین المللی است و شامل اطلاعات دموگرافیک مثل جنسیت، تحصیلات و ریشه نژادی می باشد. از آنجا که LSF به تمام کشورهای اروپایی و OECD منتقل شده است، برای مقایسه های بین المللی هم مفید واقع می شود. بدین ترتیب طرحهای بیکاری از دو طریق ترسیم می شوند : LFS و شمارش تعداد شکایتها^۵

● تعریف بیکاری در روش LFS

افراد باید طی مدت دو هفته بعد از مصاحبه، برای اشتغال به کار آماده باشند و یکی از شرایط زیر را نیز داشته باشند:

۱. بدون شغل بوده، اما طی ۴ هفته اخیر تلاش ویژه ای برای یافتن شغل کرده باشد.
۲. منتظر بازگشت به کاری باشند که موقتاً از آن کنار گذاشته شده‌اند.
۳. منتظر شروع کار جدید طی مدت ۳۰ روز باشند.

¹ Stock value

² Inflow

³ Outflow

⁴ Labour Force Survey

⁵ Complaint Count

● روش Complaint count:

در این روش بیکاری را با شمارش تعداد افرادی که واجد شرایط کار هستند و از بیکاری شکایت می کنند می سنجند. نام دیگر این روش Jobseeker's-allowance است.

در هر کدام از این روشها، تعداد افراد بیکار به طور متفاوتی اندازه گیری می شود. بعنوان مثال افراد جوانتر از ۱۸ سال در LFS محاسبه می شوند در حالیکه در روش شمارش بیکاران حذف می شوند. جمعیت کاری LFS شامل کل افراد بین ۱۶ سال تا سن باز نشستگی است که در زندان، بیمارستان یا سایر انستیتوهای مراقبتی به سر نمی برند. این افراد به دو گروه زیر تقسیم می شوند:

- نیروی کاری که از نظر اقتصادی فعال هستند (شامل دو گروه شاغلین و بیکاران)
- کسانی که از نظر اقتصادی غیر فعال هستند (۷).

بیکاری و کم کاری پزشکان

بیکاری پزشکان^۱ به وضعیتی اشاره می کند که پزشکی که مایل و قادر به کار کردن است ابداً^۲ نتواند شغلی پیدا کند. از طرفی کم کاری^۳ باید از کار نیمه وقت^۳ داوطلبانه جدا شود. کم کاری به مواردی اشاره می شود که پزشک شغلی دارد (چه در حیطه کارهای مراقبتی بهداشتی چه بطور کل جدا از این حیطه) که نیاز به سطح پایین تری از مهارت و دانش دارد (۶).

یکی از مشکلات مطالعات نیروی انسانی در اروپا عدم توافق در تعریف اصطلاحات کاربردی است. در تلاشی برای غلبه بر این مشکل، گروهی از محققین برخی تعاریف از وضعیت های کاری را برای پزشکان مورد توافق قرار داده اند که به صورت زیر هستند:

¹ Medical Unemployment

² Medical Underemployment

³ Part-time

Unemployment: پزشکی که در تاریخ مشخصی می تواند کار کند اما بطور اجباری فاقد کاری است که بابت آن حقوق می گیرد.

Misemployment: پزشکی که می تواند کار کند اما نمی تواند در حیطه پزشکی شغلی پیدا کند و از راهی کسب درآمد می کند که نیاز به تحصیلات و مدرک پزشکی ندارد.

Underemployment: پزشکی که نمی تواند برای قسمتی از هفته کاری معمول، شغل پزشکی بیابد یا نمی تواند کار کافی پزشکی داشته باشد تا متناسب با تجربه و رتبه خود حق الزحمه دریافت کند.

Long term unemployment: پزشکی که برای مدت بیش از ۶ ماه متوالی و اجباراً فاقد شغل پزشکی درآمد زا است.

کلاً در اروپا اصطلاح کم کاری در مورد پزشکانی به کار می رود که بطور آزاد کار می کنند. بدین صورت که بیماران کمی با آنها مشاوره می کنند و این سبب کاهش توانایی های آنها می شود و این سوال وجود دارد که آیا کسانی که مدرک پزشکی دارند اما هرگز کار پزشکی نکرده اند و هزینه زندگی را از طریق دیگر تامین می کنند، پزشک محسوب می شوند؟ (۹).

در دسته بندی دیگری، تعریف کم کاری در مورد پزشکان فاقد شغلی بکار می رود که به دنبال پیدا کردن شغل هستند یا آنها که به دلیل دلسرد شدن از یافتن شغل، دست از جستجو کشیده اند، این تعریف از دسته بندی منشا می گیرد که در آن کم کاری پزشکان به دو گروه کیفی و کمی تقسیم می شود.

کم کاری کیفی^۱ در رابطه با پزشکانی که خارج از حیطه پزشکی کار می کنند بکار می رود. این افراد حتی اگر درآمد و بهره دهی بالایی داشته باشند، به دلیل اینکه سرمایه اجتماعی که صرف تحصیل

¹ Qualitative underemployment

پزشکی آنان شده بی مصرف مانده، کم کار محسوب می شوند. بیشتر این مشاغل به آموزش کمتری نسبت به آموزش پزشکی نیاز دارند.

کم کاری کمی^۱ در مورد پزشکانی بکار می رود که کار مراقبت از بیمار را انجام می دهند اما به دلیل یک یا چند مورد از شرایط نامساعد زیر کار آنها بطور بالقوه دچار کم استفادگی شدید است:

- ویزیت تعداد بسیار کم بیمار (بطور متوسط ۱۸/۲ مریض در هفته درمقایسه با ۶۶/۱ مریض در هفته برای سایر پزشکان)
- ساعت کاری کم (بطور متوسط ۳۱/۹ ساعت در مقایسه با ۶۰ ساعت بقیه پزشکان، با احتساب اینکه ۶۰٪ کل پزشکان کم کار کمتر از ۳۵ ساعت در هفته کار می کنند)
- درآمد کم (۵۴٪ کمتر از حداقل حقوق^۲ درمقایسه با ۱۸٪ سایر پزشکان).

علاوه بر این، شرایط ناپایدار شغلی که با ناامنی شغلی و میزان جایگزینی^۳ بالا مشخص می شود در مورد این پزشکان وجود دارد (۸).

^۱ Quantitative underemployment

^۲ Minimum wages

^۳ Turn over

مروری بر مطالعات سایر کشورها

آمریکا

در ایالات متحده تا چند سال پیش پزشکان می‌شنیدند که می‌توانند هر کجا که بخواهند کار کنند و هر مقدار حقوقی که می‌خواهند درخواست نمایند. اما تغییر بازار کار به سرعت روی داد و محصول این سالها بی‌نتیجه ماند (۲۴).

مطالعات نیروی پزشکی در آمریکا طی چند دهه اخیر نشان داده است که ایالات متحده در مرز افزایش خطرناک عرضه پزشک قرار دارد. نتایج همراه آن یعنی بیکاری و کم‌کاری پزشکان، هم از زاویه دید جامعه و هم از نظر خود پزشکان بسیار نامطلوب است. میزان عرضه پزشک در آمریکا در درجه اول از روی تعداد فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی داخل و خارج آمریکا که هر ساله وارد سیستم تکمیلی آموزش پزشکی یا ^۱GME این کشور می‌شوند تعیین می‌گردد. در سالهای دهه هشتاد فارغ‌التحصیلان غیرآمریکایی یا ^۲IMG تقریباً ۴۰٪ ورودی به GME را تشکیل می‌دادند. کمیته‌های تخصصی در مورد نیروی انسانی پزشکی مطالعاتی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که برای کاهش عرضه پزشک باید محدودیتهایی بر روی تعداد پزشکانی که وارد GME می‌شوند اعمال شود. از آنجایی که دولت فدرال در شرایط نقش مهمی در تامین منابع مالی GME دارد و مسئول بنیان قوانین مهاجرت فارغ‌التحصیلان سایر کشورهاست، لذا لازم بود تا برای رسیدن به هدف کاهش عرضه پزشکان با جامعه پزشکی مشارکت نماید (۱۳).

¹ Graduate Medical Education

² International Medical Graduate

در آمریکا پزشکانی که کار پزشکی را به عنوان جنرالیست^۱ دنبال می‌کنند کمتر از پزشکان متخصص غیر جنرالیست^۲ در پیدا کردن شغل مناسب مشکل دارند. هر چند که در سال ۱۹۹۵، ۱۰٪ پزشکان متخصص یا دارای فوق تخصص، شغل تمام وقت نداشتند، تنها ۲/۲٪ آنها یا بیکار بودند یا در حیطه تخصصی یا فوق تخصصی دیگری غیر از آنچه آموزش دیده بودند مشغول به کار بودند (۲۵). در بررسی که از اول ژانویه ۱۹۹۵ تا اول ژوئن همان سال بر روی فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی مختلف (۲۶ رشته) انجام شد، ۶۳/۲٪ آنها به طور بالقوه مدتی را برای پیدا کردن موقعیت حرفه‌ای خود سپری کرده بودند که بیشتر آنها ۹۲/۹٪ به دنبال حرفه‌ای که نیاز به تعلیمات اضافی داشته باشد نبودند. در بین آنها تعداد کسانی که کار تمام وقت در حیطه رشته تخصصی یا فوق تخصصی خود پیدا نکرده بودند از صفر درصد در رشته اورولوژی تا ۱۰/۸٪ در رشته پاتولوژی متغیر بودند. پزشکان رشته‌های جنرالیست در یافتن کار مورد علاقه خود نسبت به متخصصین غیر جنرالیست با مشکلات کمتری مواجه بودند و نهایتاً بیشتر متخصصین غیر جنرالیست معتقد بودند که مشکلات همکاران آنها در یافتن شغل‌های تمام وقت در سال آینده بیشتر خواهد شد (۲۲).

در بهار سال ۱۹۹۶ طی یک بررسی که هم از مدیران برنامه‌ریزی دوره آموزش تخصصی و هم از دانشجویان دوره تخصصی صورت گرفت سؤالاتی در مورد دورنمای شغلی آنها پرسیده شد، نتایج حاصله اختلاف قابل توجهی را بین این دو گروه نشان داد. در بین رزیدنت‌هایی که در زمان انجام این تحقیق به دنبال کار بودند، ۷/۱٪ جایگاه شغلی به دست نیاورده بودند و در بین کسانی که شغلی کلینیکی پیدا کرده بودند ۲۲/۴٪ اظهار نمودند که یافتن این شغل برایشان بسیار مشکل بوده است. در مقابل، مدیران برنامه‌ریزی تنها ۱/۲٪ فارغ‌التحصیلان را بیکار گزارش کرده بودند و اظهار داشتند که ۶٪ آنها در یافتن شغل مشکل داشتند. این بررسی نشان می‌داد که پزشکانی که در سمت‌های با

¹ Generalist به مجموعه تخصص‌های پزشکی خانواده، طب داخلی، طب اطفال، جراحی عمومی و در برخی موارد زنان و زایمان گفته می‌شود.

² Specialist به تخصص‌هایی مثل چشم پزشکی، اورولوژی، بیماری‌های پوست، رادیولوژی، و سایر تخصص‌هایی اطلاق می‌شود که در مراقبت‌های اولیه بیماران نقش اساسی نداشته و نیاز به تجهیزات یا بخش‌های بیمارستانی دارند.

نفوذ بالا فعالیت می‌کنند (مثل مدیران برنامه‌ریزی) به اندازه کافی در مورد فشار بازار کاری که بر پزشکان وارد شده آگاه نبودند (۲۵).

به نقل از AMA^۱ از سال ۱۹۹۶ به بعد، تقریباً ۹۳٪ از تمام پزشکان فارغ‌التحصیل در عرض ۶ ماه بعد از تکمیل دوران تحصیل رزیدنتی مشغول به کار می‌شوند، اما در کل تعداد متخصصین بیکار افزایش یافته است. AMA در سال ۱۹۹۶ اعلام کرد ۷/۱٪ از رزیدنتها ۶ ماه بعد از فارغ‌التحصیلی بیکار هستند. در سال ۱۹۹۸ این تعداد به ۷/۹٪ رسید. این بررسی شامل ۳۱ گروه تخصصی می‌شد. بررسی AMA در سال ۹۶ نشان داد که از ۷۶۲۸ رزیدنتی که فعالانه به دنبال کار بودند، ۶۷٪ در حیطه مشاغل بالینی، ۱۶٪ در سمتهای دانشگاهی و ۵٪ در سایر حوزه‌ها مشغول به کار شدند. بقیه یا بیکار بودند یا برنامه‌های دیگری را مدنظر داشتند. یکی از تکان‌دهنده‌ترین یافته‌ها این بود که ۱۱٪ از رزیدنتها در سال ۱۹۹۹ بیان کرده بودند که به دنبال انتخاب زمینه کاری دیگری هستند. در سال ۹۷ این تعداد ۵٪ و در سال ۹۵، ۸٪ این فکر را در سر داشتند. نکته دیگر اینکه در بین پزشکان جدید علاقه به استخدام شدن در بیمارستان افزایش یافته بود. در حالیکه در سال ۱۹۹۹، ۸٪ از رزیدنتها (در مقایسه با ۴٪ آنها در سال ۱۹۹۷) ترجیح می‌دادند که در بیمارستان مشغول به کار شوند (۲۴).

بررسی‌های جزئی‌تری هم صورت گرفته است. در بین رزیدنتهای فارغ‌التحصیل در سال ۱۹۹۶، ۸/۴٪ از آنهايي که می‌خواستند ادامه تحصیل بدهند علت آن را عدم وجود فرصتهای شغلی ناکافی در حیطه تخصصی خود ذکر کرده بودند. این تفکر بیشتر در بین فارغ‌التحصیلان تخصصهای بیمارستانی^۲ وجود داشت و در بین جراحان، روانپزشکان و تمام جنرالایست‌ها کم بود. در این سال پرسش‌نامه‌هایی برای ۲۵۰۶۷ رزیدنت فارغ‌التحصیل فرستاده شد. از بین ۱۲۱۳۵ نفری که پاسخ داده بودند، با فرض این که تمام کسانی که پاسخ نداده‌اند شاغل باشند، میزان بیکاری ۳/۳٪ محاسبه شد. بیکاری در فارغ‌التحصیلان خارج آمریکا، اقلیت‌هایی که نماینده نداشتند و زنان نسبت به فارغ‌التحصیلان آمریکا، غیر اقلیت‌ها و مردان بیشتر بود. در بین ۳۱ رشته تخصصی بیشترین میزان بیکاری به ترتیب در

^۱ American Medical Association

^۲ Hospital-based specialty

رشته‌های هماتولوژی، پاتولوژی، طب سالمندان، انکولوژی، چشم و طب داخلی بود. میزان بیکاری تنها در ۸ رشته تخصصی کمتر از ۵٪ بود. از بین رزیدنت‌هایی که شغلی در زمینه تخصصی خود داشتند، ۷/۵٪ بصورت نیمه وقت کار می‌کردند که بیشتر آنها در فارغ‌التحصیلان رشته‌های پوست، روانپزشکی و پاتولوژی دیده می‌شد. زنان نسبت به مردان بیشتر کار نیمه وقت داشتند (۱۱/۲٪ در مقابل ۲/۵٪). لازم به ذکر است که کار نیمه وقت در این بررسی کار کمتر از ۳۰ ساعت در هفته تعریف شده است.

در همین بررسی ۲۲/۴٪ از رزیدنت‌هایی که کار بالینی در حیطه تخصصی خود پیدا کرده بودند، مشکلات مهمی را در یافتن موقعیت شغلی مناسب با اهداف کاری خود ذکر می‌کردند و در این مقوله پزشکان مرد نسبت به پزشکان زن شکایت بیشتری داشتند و بیشتر آنها متخصصین رشته‌های بیهوشی، گوارش، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های ریه، اورژانس، چشم، پاتولوژی، جراحی پلاستیک یا رادیولوژی بودند، مهم‌ترین نکته در این بررسی این بود که نتایجی که از بررسی برنامه‌ریزان دوره آموزش تخصصی به دست آمده بود تقریباً تمام این موارد را کمتر تخمین زده بودند و این تفاوت نشان می‌داد که برنامه‌ریزان اطلاعات کامل و سیستماتیکی از فارغ‌التحصیلان خود و موقعیت‌های کاری آنها ندارند (۲۶).

در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۶ بر روی فلوشیپ‌های گوارش نیویورک‌سیتی انجام شد میزان بیکاری و کم‌کاری به ترتیب ۲۵٪ و ۱۷٪ گزارش شد و این مقدار بسیار بیشتر از تخمین میلر بود که میزان بیکاری این متخصصین را در سال ۹۴، ۳/۷٪ و در سال ۹۵، ۰/۸٪ بیان کرده بود. انواع بیکاری به ترتیب شیوع عبارت بودند از: آموزش تکمیلی برای یافتن شغل مناسب، بیکار کامل و حمایت شده توسط همسر (که بیشتر در بین زنان دیده شد)، کار در دپارتمان‌های اورژانس و جستجو برای کار در حیطه شغلی خود، کار تمام وقت در حیطه پزشکی داخلی، بیکاری به دلیل مشکلات ویزا و سایر موارد.

در این بررسی عوامل پیش‌بینی کننده بیکاری و کم‌کاری به صورت زیر بود: بیکاری در بین پزشکان زن، کسانی که در برنامه آموزش رزیدنتی ملی یا NRMP¹ شرکت نداشتند، کسانی که ساکن محل دانشکده پزشکی خود بودند، و فارغ‌التحصیلان خارج از آمریکا بیشتر بود. هر چند در مورد آخر این تفاوت کمتر از موارد دیگر مشاهده شد. تمام کسانی که بیکار بودند، احساس نارضایتی می‌کردند. **اما هیچ ارتباطی بین عدم رضایت و کم‌کاری وجود نداشت.** تقریباً تمام پزشکانی که تمام وقت کار می‌کردند بسیار زیاد یا تا اندازه‌ای راضی بودند و تمام پزشکان بیکار نارضایتی شغلی داشتند. به این ترتیب رضایت شغلی با داشتن شغل ارتباط داشت. این اطلاعات نشان می‌داد که حداقل در نیویورک‌سیتی عرضه بیش از تقاضای متخصصین تازه فارغ‌التحصیل شده گوارش بسیار جدی‌تر از چیزی بود که تاکنون بیان شده بود (۲۳).

مکزیک

بعد از چهار قرن رشد آهسته، در دهه ۱۹۷۰ آموزش پزشکی در مکزیك شروع به رشد کنترل نشده‌ای کرد (۱۶). دو عامل اساسی افزایش تعداد پزشکان در مکزیك عبارت بود از: افزایش تقاضا برای تحصیلات عالی و اثر بحران اقتصادی که از اواسط دهه ۷۰ به سرعت مکزیك را تحت تاثیر قرار داد و کانالی ایجاد کرد تا تعداد زیادی از جوانانی که نمی‌توانند در بازار کار موقعیتی پیدا کنند به سمت دانشگاهها کشیده شوند. همچنین این بحران اقتصادی باعث کاهش رشد سرویسهای پزشکی شد که به دنبال آن سیستم مراقبت بهداشتی را برای جذب فارغ‌التحصیلان افزایش یافته، ناتوان کرد (۸). تعداد دانشکده‌های پزشکی در این دهه دوبرابر شد به طوری که از ۲۷ مورد در سال ۱۹۷۰ به ۵۶ مورد در سال ۱۹۷۹ رسید و در این دهه پذیرش دانشجوی سه برابر و تعداد فارغ‌التحصیلان جدیدی که هر سال وارد بازار کار می‌شدند به ۵ برابر افزایش یافت و حاصل همه اینها افزایش سریع نسبت پزشک به جمعیت بود که از ۵۷/۱۰۰۰۰۰ در سال ۱۹۶۰ به ۱۵۳/۱۰۰۰۰۰ در سال ۱۹۸۵ رسید.

¹ National Residency Matching Program

به علت بار سنگین مشکلات بهداشتی مرتفع نشده در مکزیک ممکن بود افزایش عرضه پزشکی به خودی خود مشکلی ایجاد نکند، لیکن بحرانهای اقتصادی موجود به معنی عدم توانایی سیستم مراقبت بهداشتی در جذب تمام فارغ‌التحصیلان جدید بود (۱۶). تا سال ۱۹۷۱ هر پزشکی می‌توانست موقعیت شغلی مناسب با سطح تحصیلاتش پیدا کند و بابت آن حقوق بگیرد. اما در سال ۱۹۸۴ برای هر شغل در سازمانهای مراقبت بهداشتی، از هر ۴ پزشک ۱ نفر موفق به اشتغال می‌شد (۸).

در طی سالهای بحرانی رشد سریع عرضه پزشک، تعداد موقعیتهای آموزش تخصصی (رزیدنتی) که یک منبع مهم کاری و آموزش فارغ‌التحصیلان جدید محسوب می‌شد ثابت ماند. در سال ۱۹۸۳ تقریباً ۱۶۱۰۰ فارغ‌التحصیل جدید باید فقط برای ۲۲۴۰ موقعیت تخصصی رقابت می‌کردند و برای کسانی که موفق به کسب این موقعیت نمی‌شدند، روش جایگزین جستجوی کار برای اشتغال به عنوان پزشک عمومی بود که خود یک موقعیت شغلی نادر محسوب می‌شد.

علاوه بر این افزایش عرضه پزشکان به معنای توزیع جغرافیایی بهتر آنها نبود. در سال ۱۹۹۰ متوسط پزشک به جمعیت در مکزیک ۱/۵۱۶ بود (با طیف ۱/۲۱۷ در مکزیکوسیتی تا ۱/۱۳۷۰ در ایالت فقیرنشین Chiapas). در سال ۱۹۹۵، ۱۱٪ جمعیت مکزیک حتی به مراقبتهای بهداشتی اولیه دسترسی نداشتند در حالی که در همان زمان هزاران پزشک مکزیکی بیکار یا کم کار بودند. به همین دلیل وزرای بهداشت و آموزش مکزیک در همراهی با دانشگاههای اصلی، یک سیاست اساسی را مدنظر قرار دادند که آغاز آن با تاسیس هیات برنامه‌ریزی در سال ۱۹۸۳ بود.

یکی از ضروری‌ترین تصمیمات این هیات ایجاد تطابق بین تولید پزشک توسط مدارس پزشکی و قابلیت جذب سیستم مراقبتهای بهداشتی بود. از جمله اقدامات آن محدود کردن شدید تاسیس مدارس پزشکی جدید بود. پذیرش دانشجو در سال ۱۹۸۶ به نصف رسید. و در سال ۱۹۹۰ تعداد فارغ‌التحصیلان در حدود ۷۰۰۰ نفر در سال ثابت ماند. در اواخر دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ بهبود وضعیت اقتصادی منجر به رشد مؤسسات مراقبتهای بهداشتی شد بطوری که تعداد موقعیتهای شغلی

بخش عمومی که در سال ۸۲-۱۹۸۱ به ۲٪ سقوط کرده بود بین سالهای ۹۲-۱۹۹۰ به ۱۰٪ رسید. علاوه بر این دورنمای ورود به دوره آموزش تخصصی به سرعت بهبود پیدا کرد به طوری که نسبت متقاضیانی که پذیرفته می‌شدند از ۱۴٪ در سال ۱۹۸۳ به ۴۵٪ در سال ۱۹۹۳ رسید (۱۶).

در بررسی که در سال ۱۹۹۳ بعمل آمد و مقایسه آن با نتایج سال ۱۹۸۶ نتایج زیر قابل بررسی است: بین سالهای ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ میزان بیکاری و کم‌کاری پزشکان در مکزیک کاهش یافت که منعکس‌کننده کاهش عرضه پزشک و رشد سیستم مراقبتهای بهداشتی است. در سال ۱۹۸۶، ۳۰٪ پزشکان جوانتر از ۶۵ سال بیکار یا کم‌کار بودند و این مقدار در سال ۱۹۹۳ به ۱۶٪ رسید. بیشترین افزایش در تعداد پزشکان چندشغلی بود که از ۱/۴ کل به ۱/۳ کل پزشکان رسید و این می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت بخش خصوصی باشد.

علی‌رغم اینها در سال ۱۹۹۳ تقریباً ۱۸۹۰۰ پزشک بیکار یا کم‌کار ۲۳ تا ۶۴ سال در مناطق شهری مکزیک وجود داشت. میزان کم‌کاری کیفی^۱ در بین پزشکانی که تحصیلات خود را طی سالهای بحرانی افزایش عرضه پزشک آغاز کرده بودند بیشتر بود. بین پزشکانی که شغل تمام وقت داشتند، بیشتر فارغ‌التحصیلان جدید در پستهای حقوق‌بگیری متمرکز بودند. بیکاری در بین زنان ۴ برابر شایعتر از مردان و کم‌کاری کمی^۲ در بین پزشکان زن ۳ برابر شایعتر بود.

در بین پزشکان زنی که شغل تمام وقت داشتند، شایع‌ترین الگو، اشتغال در یک کار حقوق‌بگیری بود و نسبت کمی از آنها به طور مستقل کار می‌کردند یا این که دو شغل داشتند. این تفاوت جنسیت به این علت بود که زنان نسبت به مردان کمتر وارد دوره تحصیلات بعد از فارغ‌التحصیلی می‌شوند. باید به این نکته اشاره کرد که زنان ۵۱٪ پزشکان جوان مکزیک را تشکیل می‌دهند در حالی که در نسل قبل ۱۵٪ آنها را تشکیل می‌دادند. از طرفی تعداد ساعات کاری کمتر پزشکان زن و احتمال غیبت کردن بیشتر آنها بیانگر آن است که ممکن است کل زمان عرضه کار پزشکی کم شود. در این بررسی

^۱ اشتغال در مشاغل غیر پزشکی
^۲ درآمد و بهره‌وری کمتر در شغل پزشکی

از هر ۳ پزشک عمومی یک نفر و از هر ۲۰ متخصص هم یک نفر بیکار یا کم کار بودند. در ارتباط با مدارس پزشکی، فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های با کیفیت پایین بیشتر بیکار یا حقوق‌بگیر و کمتر جزو گروه چندشغلی بودند.

اسپانیا

در سال ۱۹۹۲ گزارش شد که در اسپانیا دهها هزار پزشک بیکار وجود دارد. در حالی که در همان زمان در مناطقی از این کشور یک پزشک عمومی مجبور بود حدود ۱۰۰ بیمار را طی ۲/۵ ساعت ویزیت کند (۱۲). در چنین شرایطی، تحصیل در رشته پزشکی در این کشور اشاره‌ای تلویحی بر خطر قابل توجه بیکاری دارد، چرا که ۲۲٪ پزشکان اسپانیا بیکار هستند و اگر سازمانهای اجرایی در زمینه تعادل عرضه و تقاضا اقدام اورژانس نکنند، این میزان در آینده بیشتر خواهد شد. در حال حاضر اسپانیا بیشترین تعداد پزشک را در اروپا دارد.

در ۳۱ دسامبر ۱۹۹۸، این کشور ۱۱۱۰۷۶ پزشک داشت (با نسبت ۳/۵ پزشک در هر ۱۰۰۰ نفر). ۷۸٪ پزشکان شاغل آن کمتر از ۴۶ سال سن داشتند (بیشتر بین ۴۱ تا ۴۵ سال)، در حالی که کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر بالای ۵۰ سال بودند. این عامل به علاوه سن معمول بازنشستگی (نه سن قانونی) که ۷۰ سال است مانع دستیابی به شغل پزشکی برای فارغ‌التحصیلان جدید شده است. تقریباً ۲۴۰۰۰ پزشک در اسپانیا بیکار هستند (یعنی ۲۲٪ کل)، با این توضیح که عدم وجود فرصت شغلی بیشتر گریبانگیر پزشکان جوان‌تر از ۳۰ سال و پزشکان زن است.

تقریباً ۸۸٪ پزشکان زیر ۳۰ سال این کشور بیکار هستند و اغلب آنها هیچ فعالیت حرفه‌ای دیگری ندارند، چرا که برای حرفه پزشکی تعلیم دیده‌اند. وجه خطرناک دیگر این قضیه افزایش تعداد پزشکان بیکاری است که برنامه آموزش تخصصی خود را هم تکمیل کرده‌اند. به طور تخمینی بیش از ۲۰۰۰ پزشکی که بعد از سال ۱۹۹۵ فارغ‌التحصیل شده‌اند، بیکارند و این وضعیت در مدت کوتاهی بدتر هم خواهد شد.

رشته‌های تخصصی که بیشتر درگیر این مشکل هستند عبارتند از پاتولوژی بالینی، فارماکولوژی بالینی، ایمونولوژی و طب سالمندان. در حالیکه متخصصین مراقبتهای اولیه، طب خانواده، جراحی قلب و عروق و ارتوپدی راحت‌تر کار پیدا می‌کنند. در سال ۱۹۹۹ گزارش شد که اگر اقدامات اورژانسی در جهت کاهش تعداد فارغ‌التحصیلان جدید انجام نشود حتی با وجود بازنشستگی و فوت بسیاری از پزشکان، ممکن است سیستم بهداشت ملی در طول پنج سال آینده ۱۴۷۵۰ پزشک، در طول ۱۰ سال آینده ۲۸۶۵۰ و در سال ۲۰۱۸، ۴۷۱۲۱ پزشک بیکار داشته باشند (۱۷).

۳ دلیل برای ایجاد این وضعیت به شرح زیر مطرح شده است:

۱. در دهه ۷۰ و اوایل دهه ۸۰ میلادی جوانان زیادی متقاضی حرفه پزشکی بودند و این به علت شرایط اقتصادی و اجتماعی غبطه‌آور پزشکان بود. (زمانی که پزشکان هنوز از کار خصوصی به مشاغل سرویسهای بهداشت ملی روی نیاورده بودند).
۲. با ایجاد نواحی خودمختار داخلی زیادی که در اسپانیا به وجود آمد، مدارس پزشکی زیادی با پشتوانه عمومی تاسیس شد.
۳. وضعیت غیرفعال و غفلت دولت در مورد تعداد پزشکان این کشور به مسائل فوق دامن زد (۱۷).

هندوستان

در سال ۱۹۷۷ در مقاله‌ای گزارش شد که در ایالت Tamilnadu هندوستان تقریباً هر سال ۱۲۰۰ فارغ‌التحصیل پزشکی از ۱۰ دانشکده وارد جامعه می‌شوند که دولت ایالتی فقط قادر است ۳۵۰ نفر از آنها را جذب کند. بیمارستانهای خصوصی ۲۰۰ نفر دیگر را جذب می‌کنند و لذا بیش از ۵۰٪ فارغ‌التحصیلان با دو مساله روبرو می‌شوند:

- کار خصوصی و خویش‌فرما در بعضی مناطق ایالتی (که نامطمئن هم هست)؛

- بیکاری.

این وضعیت در سایر ایالت‌های هندوستان نیز به تدریج در حال نمایان شدن بود، اما تصویر بیکاری از ایالاتی به ایالت دیگر متفاوت بود و این تفاوت به دلایل شناخته شده‌ای مربوط می‌شد که اولین آنها تقدم و تاخر رشد آموزش پزشکی در نواحی مختلف کشور بود و به حکمروایی کشور انگلستان در آن نواحی مربوط می‌شد. براساس این قانون از رشد یکسان دانشکده‌های پزشکی در کشور جلوگیری شد و تحصیلات پزشکی در ایالت‌هایی که شانس در اختیار داشتن امکانات بیشتری داشتند، به طور واضحی نسبت به سایر مناطق گسترش پیدا کرد و از این نظر ایالت‌های Maharashtra، Tamilnadu و West Bengal در بهترین موقعیت قرار گرفتند.

در همان زمان دکتر Sinha رئیس نظام پزشکی هندوستان در هشتمین جلسه نظام پزشکی که در ۱۵ آوریل ۱۹۷۷ در دهلی‌نو برگزار شد گفت: «با توجه به میزان خروج و جذب فعلی فارغ‌التحصیلان پزشکی، در سال ۱۹۸۰ حداقل ۱۴۰۰۰ پزشک بیکار خواهیم داشت.» براساس گزارش رئیس نظام پزشکی هندوستان هر سال حداقل ۳۰۰۰ پزشک، کشور را به خاطر یافتن شغل در خارج، ترک می‌کنند. رئیس شاخه ایالتی Tamilnadu در پاسخ به سخنگویان دولت که علت بیکاری واضح در بین پزشکان را عدم تمایل آنها به رفتن به مناطق روستایی می‌دانستند گفت که امروز هیچ روستایی در این ایالت وجود ندارد که شما نتوانید یکی دو نفر از پزشکان جوان ما را در آنجا پیدا نکنید و دسترسی به PHC وجود نداشته باشد. هر چند ممکن است این گفته در مورد تمام ایالتها صحت نداشته باشد اما حقیقت این است که تمایل پزشکان برای کار در مناطق روستایی و نیمه شهری به تدریج در حال تغییر است (۱۸).

چکسلواکی

افزایش تعداد پزشکان که قبلاً در سیستم کمونیستی آشکار نبود، بعد از انقلاب مخملی^۱ در بازار اقتصاد کشور چک رخ داد. در سال ۱۹۹۵ نسبت پزشک به جمعیت در این کشور ۱/۲۹۵ محاسبه شده که بسیار بیشتر از کشورهای مثل انگلستان (۱/۷۱۵) یا ایتالیا (۱/۶۶۷) بود. کنترل ناکافی بر هزینه‌بری و مدیریت بی‌کفایت باعث هدر رفتن نیروی کار و عرضه پزشکان شده بود. با کاهش دادن تعداد سیستم‌های مراقبت بهداشتی میزان بیکاری افزایش یافت. در نتیجه دولتمردان تصمیم گرفتند پذیرش دانشجوی پزشکی را کم کنند و بدین ترتیب تعداد فارغ‌التحصیلان از بیش از ۱۵۰۰ در سالهای ۹۵-۱۹۹۴ به ۱۲۹۳ نفر در سال ۱۹۹۶ رسید. با این حال باز هم میزان بیکاری در حال رشد بنظر می‌سد.

۲۸۹ پزشک بیکار در ۳۱ دسامبر ۱۹۹۵ وجود داشت که به اندازه ۱٪ کل پزشکان (۳۶۳۴۸ نفر) در آن زمان بود. از این تعداد ۲۰۲ نفر فارغ‌التحصیل سال ۱۹۹۵ بودند و این به معنی ۱۴٪ بیکاری در فارغ‌التحصیلان این سال بود. هر چند فارغ‌التحصیلانی که کار پزشکی انجام نمی‌دادند تعیین نشده، چنین به نظر می‌رسد اکثر کسانی که کار پزشکی را ترک کرده‌اند، در کمپانیهای دارویی یا سایر حیطه‌های پزشکی کار می‌کنند. انتخاب اکثر آنها ارادی و به دلیل حقوق بالا و سبک زندگی جذاب‌تر این کارها بوده است (۱۹).

انگلستان

کم کاری^۲ در انگلستان اصطلاح غیرمترافی است (۹). در سال ۱۹۷۹ در این کشور ۴/۷٪ پزشکان (٪) ۱/۳ پزشکان مرد و ۱۴/۲٪ پزشکان زن) شغل منظمی نداشتند. بیشتر پزشکان زن بیکار، علل

^۱ Velvet revolution

^۲ Underemployment

خانوادگی را برای بیکاری خود ذکر می‌کردند. ۰/۸٪ کل پزشکان مرد ۴/۸٪ پزشکان زن توانایی کار کردن داشتند اما نتوانسته بودند شغل مناسبی پیدا کنند. اما در کل از بین ۱۹۷۴ پزشکی که در این بررسی شرکت کرده بودند، بیکاری این تعداد مشکل جدی به نظر نمی‌آمد (۲۰).

در مطالعه دیگری که در بهار سال ۱۹۸۷ بر روی ۱۵۰ پزشک زن در زمینه وضعیت شغلی و زندگی خانوادگی آنها انجام شد، از ۱۴۵ نفری که پاسخ داده بودند تنها ۳۳ نفر به مدت ۳ ماه یا بیشتر در گذشته بیکار بودند و علل بیکاری آن به شرح زیر بود:

۱. مسائل خانوادگی

۲. قبول نکردن مشاغل موجود

۳. نبود موقعیت شغلی

عمده ترین دلیل بیکاری آنها مسایل خانوادگی بود و فقط دو نفر عدم وجود موقعیت شغلی را دلیل بیکاری خود ذکر کرده بودند. ۳۳ نفر هم در گذشته کار نیمه‌وقت^۱ داشتند (که معمولاً به صورت حداقل ۵ جلسه در هفته به مدت حداقل یکسال بود). بنابراین باید بر این نکته تاکید شود که حقیقتاً هیچگونه بیکاری غیر داوطلبانه‌ای در بین پزشکان زن انگلستان وجود نداشت (۲۱).

کانادا

در سال ۱۹۹۷ دکتر Hay، مسئول انجمن سرطان شناسی^۲ کانادا، اظهار کرد که در حال حاضر بیشترین نگرانی در زمینه بیکاری پزشکان در رشته‌های تخصصی وجود دارد. در همین راستا در بهار ۱۹۹۷ بررسی بر روی وضعیت شغلی متخصصین این رشته صورت گرفت و با توجه به نتایج حاصله به

^۱ Part-time

^۲ Radiation Oncology

نظر می‌رسید که بحرانی در این رشته وجود دارد و بیکاری به میزان ۴۰٪ در بین متخصصین جدید در طول ۴ سال آینده وجود خواهد داشت.

نکته قابل توجه این است که این متخصصین قادر به انجام کار خصوصی که در برخی دیگر از رشته های تخصصی وجود دارد نیستند و به علت تغییرات حاصله در گواهینامه تخصصی نمی‌توانند در زمینه طب خانواده نیز کار کنند. وضعیت حاصله ناشی از کمبود مزمن این متخصصین بود که سبب گردید طی دهه‌های ۸۰ و ۹۰ میلادی آموزش این رشته گسترش پیدا کند (۲۷).

آلمان

آلمان از جمله کشورهایی است که به دلیل مسایل قانونی مشکلاتی در کاهش جذب دانشجوی پزشکی دارد. تعداد دانشکده‌ها ثابت است اما ظرفیت پذیرش دانشجو به نسبت نیاز به نیروی پزشکی زیاد است. آلمان یکی از بزرگترین کشورهای تولیدکننده تعداد مطلق زیاد پزشک است و بیکاری در این کشور به سرعت رو به افزایش است و بعضی پزشکان با درجه تحصیلی پایین‌تر به امید کسب آموزش بیشتر و یافتن شغلی مناسب، بدون کسب درآمد کار می‌کنند (۹).

عوامل مؤثر بر بیکاری و نتایج آن

حدود ۱۰ سال پیش سازمان جهانی بهداشت^۱ گزارش داد که حداقل ۱۰۰۰۰۰ پزشک بیکار در جهان وجود دارد و پیش‌بینی کرد که در سال ۲۰۰۰ این تعداد به ۲۵۰۰۰۰ نفر برسد. در سال ۱۹۸۶ در کنفرانس WHO در آکاپولکو مکزیک ذکر شد که عملکرد سریعی برای کنترل نیروی انسانی پزشکی لازم است و توصیه به محدود کردن دانشکده‌های پزشکی و بازنشستگی داوطلبانه پزشکان شد (۱۲).

چند روش جهت ارزیابی اینکه آیا بازار کار بیانگر افزایش تعداد کل پزشکان هست یا نه وجود دارد. این روشها عبارتند از افزایش تعداد پزشکان بیکار، کاهش درآمدها و کاهش علاقه دانش‌آموزان برای ادامه تحصیل در رشته پزشکی. لیکن در تفسیر تغییر تعداد دانش‌آموزانی که تمایل به ادامه تحصیل در رشته پزشکی را دارند باید محتاط بود، چرا که دورنمای بیکاری در سایر رشته‌ها نیز در علاقه دانش‌آموزان به رشته پزشکی دخیل است. تغییرات دیگری مثل تغییر در تعداد پزشکانی که زودتر از موعد بازنشسته می‌شوند هم می‌تواند معرف کاهش فرصتهای شغلی پزشکان باشد. به طور مشابهی تغییر در نقش مشاغل غیرپزشکی دیگری که می‌توانند به عنوان جایگزین مشاغل پزشکی عمل کنند (مثل پرستاری) نیز می‌تواند نشانه‌ای از افزایش عرضه پزشکان باشد (۱۴).

برای ارزیابی میزان نیاز به پزشک نه تنها باید بدانیم که جمعیت یک منطقه چقدر است بلکه باید به الگوی سنی، جنسی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی مردم آن منطقه هم نگاهی داشته باشیم. همچنین باید سطح بهداشت یا فقر بهداشتی هم مورد توجه قرار گیرد (۱۵). از طرف دیگر زمانی که طراحی برنامه‌ریزی دقیقی الزام پیدا می‌کند نباید فقط در مورد تعداد پزشک به جمعیت فکر کرد، چرا که این

¹ World Health Organization

تفکر در حقیقت نوعی تفکر سوسیالیستی است. عوامل دیگری همچون پیشرفتهای تکنولوژیکی پزشکی جدید هم باید در برنامه‌ریزی مدنظر قرار گیرد (۱۷).

عرضه معمولاً پایه پای تقاضا پیش می‌رود. در سایر مشاغل اگر میزان عرضه فراتر از میزان تقاضا گردد برخی افراد خیلی زود از آن شغل صرف نظر می‌کنند. اما این موضوع در مورد پزشکان صادق نیست. مناطقی که عرضه زیادی دارند نواحی با مصرف بالا هستند و در این مناطق پزشک بیکار دیده نمی‌شود. آیا پزشکان مسئول الگوی مصرف بالا هستند؟ آیا آنها تنها پاسخگوی تقاضای بیماران نیستند؟ جواب این سؤالات بسادگی بلی یا خیر نیست! برخی احساس می‌کنند که الگوی مصرف بالا به علت خطای بیمار است. از طرف دیگر بعضی پزشکان هم بیماران را بیش از حد لزوم ویزیت می‌کنند. هر چند که اولین ویزیت معمولاً به انتخاب بیمار است، اما برای ویزیت پیگیری اغلب پزشکان آغازگرند. در نتیجه پزشکان هم در ایجاد الگوی مصرف بالا دخالت دارند (۱۵).

در بررسی‌های گسترده کشورهای مختلف در مورد علل بیکاری و کم‌کاری پزشکان در دهه اخیر عوامل متعددی مؤثر شناخته شده است. بطور کلی کمبود مزمن پزشک در دهه ۷۰ میلادی باعث افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی و افزایش پذیرش دانشجو در اکثر کشورها شد و به دنبال آن همزمان با ورود خیل عظیم این پزشکان تازه فارغ‌التحصیل شده و مشکلات متعددی که وجود داشت اختلال بازارکار این رشته شروع به پیدایش نمود.

از جمله این مشکلات می‌توان به عدم سیاست‌گذاری مناسب در زمینه پذیرش دانشجو، تاسیس دانشکده‌های جدید، استخدام پزشکان، عدم رسیدگی به سن معمول بازنشستگی (نه سن قانونی)، عرضه بیش از تقاضا همزمان با کاهش دادن سیستم مراقبت‌های بهداشتی، عدم هماهنگی در سیاست‌گزاریهای ایالتی و مرکزی و حمایت مالی ناکافی فارغ‌التحصیلان برای رفتن به نواحی روستایی اشاره کرد. به طور کلی ترکیب افزایش عرضه پزشکان جدید، رشد محدود سیستم‌های بهداشتی و

توزیع نابرابر، منجر به پراکندگی نامساوی پزشکان در اواسط دهه ۸۰ و کم‌کاری شدید پزشکان در شهرهای بزرگ شد.

به عنوان مثال در بررسی که در هندوستان انجام شده اگر به دنبال علت بیکاری پزشکان در ایالت‌های مختلف بگردیم خواهیم دید که عدم هماهنگی در سیاست‌گذاری ایالتی و مرکزی در زمینه پذیرش دانشجویان پزشکی و استخدام پزشکان در سرویس‌های بهداشتی علت این افزایش بیکاری بوده است. بعضی ایالت‌ها پذیرش دانشجو را زیاد کرده‌اند بدون اینکه به زمینه جذب آنها در سرویس‌های بهداشتی توجهی داشته باشند. برخی ایالت‌ها در ایجاد انگیزه‌های لازم یا حمایت مالی کافی فارغ‌التحصیلان برای کار در مناطق روستایی ناتوان بوده‌اند که منجر به تمرکز پزشکان در نواحی شهری و مشکل بیکاری در این کشور شده است (۱۸).

از طرف دیگر در برخی کشورها مثل یونان محدودیت تعداد دانشکده‌های پزشکی وجود دارد، اما بسیاری از یونانی‌ها تحصیلات پزشکی را در کشورهای اروپای شرقی یا ایتالیا شروع می‌کنند و سپس برای تکمیل تحصیلات به کشور خود برمی‌گردند (۹).

تراکم پزشکان در کشورهای مختلف تقریباً تا ۳ برابر متغیر است و بیشترین تراکم در کشورهای دیده می‌شود که کنترل کمتری بر تعداد پذیرش دانشجویان پزشکی دارند و نسبت بالایی از پزشکان به صورت آزاد کار می‌کنند. این کشورها بیشترین میزان بیکاری و کم‌کاری پزشکان را دارا هستند. (۹)

گفته شده که ایتالیا بیشترین نسبت پزشک به جمعیت را در دنیا دارد. پزشکان بیکار در دهه قبل در این کشور تجمع پیدا کرده‌اند. در جدول زیر روش‌های تعیین تعداد دانشجویان پزشکی در بعضی کشورهای اروپایی دیده می‌شود.

چون شغل ثابت در بسیاری از کشورها جزو استثنائات است، کم کاری اغلب نسبت به بیکاری مشکل بزرگتری محسوب می شود. نتایج کار یک گروه مطالعاتی^۱ نشان داده که تعداد زیاد پزشکان نتیجه تعداد زیاد و غیرقابل کنترل فارغ التحصیلان پزشکی در دهه های ۶۰ و ۷۰ میلادی بوده است و از طرف دیگر نتیجه این مشکل به بازنشستگی یکباره این پزشکان منجر می شود که به کوچک شدن اندازه نیروی پزشکی و کمبود پزشک خواهد انجامید (۹).

^۱ The permanent working group

مطالعات انجام شده در ایران

بر اساس کلیات قانون استخدام کشوری مصوب ۱۳۷۶ شغل عبارت است از مجموعه وظایف ومسئولیت‌های مرتبط ومستمر و مشخصی که از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور به عنوان کار واحد شناخته شده باشد. رسته عبارت از مجموعه رشته‌های مشاغلی است که از لحاظ کار و حرفه و رشته تحصیلی و تجربی وابستگی نزدیک داشته باشد (۱۱).

بازار کار از دو مؤلفه مهم عرضه نیروی کار^۱ و تقاضا^۲ تشکیل شده است. یکی از وظایف عمده و اساسی هر کشور برای برنامه‌ریزی اقتصادی، اجتماعی و آموزشی شناخت کامل و دقیق کمیت و کیفیت عرضه نیروی کار بر حسب جنس، سن، سطوح تحصیلی، مهارتی و تخصص به تفکیک شهری و روستایی و فرصت‌های شغلی است که در بخش‌های مختلف اقتصادی (شامل صنعت، کشاورزی، خدمات) در مناطق مختلف کشور اعم از شهری و روستایی ایجاد می‌گردد. علاوه بر این، شناخت عوامل مؤثر بر عرضه و تقاضای نیروی کار و تنگناها و چالش‌های موجود در بازار کار کشور و ارائه راهکارهای مناسب برای ایجاد تعادل در بازار کار و تنظیم عرضه و تقاضای نیروی کار از اهمیت خاصی برخوردار است.

عرضه نیروی کار کل کشور از ۱۶/۰۳ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ با رشد سالانه ۳/۷ درصدی به ۲۱/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۸۳ خواهد رسید که در مقایسه با رشد ۲/۳ درصد دهه ۷۵-۱۳۶۵ بسیار قابل تأمل است.

^۱ بخشی از جمعیت در سن کار که در جستجوی کار هستند.
^۲ فرصت‌های شغلی موجود

برآورد می‌شود در طول برنامه سوم توسعه، سالانه ۷۲۱/۳ هزار نفر بر عرضه نیروی کار کشور افزوده خواهد شد (مردان ۵۶۲/۱ هزار نفر و زنان ۱۵۹/۲ هزار نفر، ۵۹۸ هزار نفر شهری و ۱۲۳/۳ هزار نفر روستایی).

بر اساس همین برآورد تعداد شاغلین کشور از ۱۵۰۵۲ هزار نفر در سال ۷۸ به ۱۸۸۷۸ هزار نفر افزایش خواهد یافت، به عبارتی در طول این برنامه پنجساله، سالانه ۷۶۵ فرصت شغلی می‌بایست ایجاد گردد. پیش‌بینی به عمل آمده در برنامه سوم توسعه حاکی از آن است که با رشد اقتصادی سالانه ۶ درصد و متوسط نرخ رشد سرمایه‌گذاری معادل ۷/۱ درصد به طور متوسط سالیانه تعداد ۷۶۵ هزار فرصت شغلی ایجاد خواهد شد. همچنین نرخ بیکاری به ۱۲/۶ درصد در سال پایانی برنامه تنزل خواهد یافت.

بررسیها حاکی از آن است که متوسط عرضه نیروی کار فارغ التحصیل در سطوح عالی در طول برنامه سوم توسعه (۸۳-۷۹) سالیانه معادل ۲۱۱/۴ هزار نفر خواهد بود و در مقابل تقاضای نیروی کار دارای آموزش عالی سالیانه به طور متوسط ۱۷۴/۸ هزار نفر خواهد بود و تعداد بیکاران از ۲۸۶ هزار نفر در سال ۷۸ به ۴۶۹ هزار نفر خواهد رسید. به عبارتی نرخ بیکاری این گروه در بازار کار تغییر چندانی نکرده و با ۰/۷٪ درصد افزایش به ۱۵/۲ درصد می‌رسد (۳۰).

در هشت ماهه سال ۱۳۷۹ تعداد ۲۷۱۶۴۱ نفر جوینده کار به منظور یافتن شغل در مراکز کاریابی و خدمات اشتغال سراسر کشور ثبت نام کرده‌اند که ۷۰ درصد آنان را مردان و ۳۰ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. از لحاظ وضعیت تحصیلی نیز ۴۱/۸ درصد بیکاران ثبت‌نام شده در این مراکز دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۹/۹ درصد تحصیلات تا دیپلم و ۱۲/۵ درصد نیز دانش‌آموختگان دانشگاهی بوده‌اند. در همین مدت تعداد ۳۸۰۱۳ فرصت شغلی از طریق کارفرمایان به کاریابیها اعلام شده و آنها از این طریق نیروی انسانی خود را تأمین نموده‌اند. در دو ماهه چهارم این سال تعداد ۱۰۴۳۳ فرصت شغلی از سوی کارفرمایان به مراکز خدمات اشتغال اعلام شد که در مقایسه با دو ماهه سوم (۱۳۰۵۰)

مورد) ۲۰٪ کاهش و نسبت به دو ماهه دوم (۴۶۷۲ مورد) ۱۲۳/۳٪ و نسبت به دو ماهه اول (۹۸۵۸ مورد) ۵/۸٪ افزایش نشان می‌دهد.

بیشترین فرصت اشتغال اعلام شده به کاریبیها و مراکز خدمات اشتغال از بخش صنعت (۵۱/۸٪) و کمترین فرصت اشتغال ایجاد شده مربوط به بخش کشاورزی (۶/۹٪) بوده و ۳۲/۱٪ از فرصتهای شغلی اعلام شده مربوط به بخش خدمات بوده است. از فرصتهای اشتغال ایجاد شده ۱۹/۶٪ مربوط به بخش دولتی و ۷۲/۸٪ مربوط به بخش خصوصی و ۱/۴٪ از آن بخش تعاونی بوده است.

در اولین سال برنامه سوم (سال ۱۳۷۹) تعداد ۵۰۰ هزار فرصت شغلی در بخشهای مختلف اقتصادی می‌باید ایجاد می‌شد که در هشت ماهه سال ۷۹ حدود ۳۳۳ هزار فرصت شغلی پیش‌بینی شده بود. تعداد فرصتهای اعلام شده به کاریبیهای سراسر کشور نشان دهنده فاصله قابل توجه بین عملکرد طرف تقاضای بازار کار با هدفهای کمی پیش‌بینی شده بخش اشتغال در همین دوره می‌باشد (۳۱٪). نتایج فوق حاکی از تحقق حدود ۱۱/۵٪ از اهداف پیش‌بینی شده در برنامه است. بنابراین با ادامه این روند، حفظ ساختار کنونی تضمین کننده منابع ملی نبوده و کشور را به سوی بحران بیکاری رهنمون خواهد ساخت.

اگر به وضعیت تحصیلی جویندگان کار طی هشت ماهه سال ۱۳۷۹ نگاه شود می‌بینیم ۵/۸٪ جویندگان کار بی‌سواد، ۴۱/۸٪ زیر دیپلم، ۳۹/۹٪ دارای تحصیلات دیپلم و ۱۲/۵٪ دانش‌آموختگان دانشگاهی (۳/۸٪ فوق دیپلم، ۸/۵٪ لیسانس و ۰/۲٪ دارای تحصیلات فوق لیسانس و به بالا بوده‌اند و ۸/۵٪ نیز وضعیت سواد خود را اظهار نکرده اند. (۳۰).

با اینکه بحران در وضعیت اشتغال دانش‌آموختگان دانشگاهی و به تبع آن نیروی انسانی پزشکی وجود دارد اما هیچ‌گونه مطالعه محکمی که آمار دقیقی از شرایط موجود را نشان دهد وجود ندارد. در آخرین، گزارش آقای دکتر محمد علی بیطرف قائم مقام سازمان نظام پزشکی خبر از بیکاری ۳۰ هزار پزشک در کشور وجود دارد. در این میان افزایش شمار پزشکان فارغ التحصیل از دانشگاههای متعدد

علوم پزشکی در کشور نیز عامل دیگری است که از بعضی جهات می‌تواند این بحران را تشدید می‌کند. (۳۲).

مطابق قانون تنها افرادی در ایران مجوز فعالیت پزشکی دارند که به عضویت سازمان نظام پزشکی در آمده و شماره نظام پزشکی دریافت دارند (۳۳).

مرجع آمار اعلام شده از سوی سازمان نظام پزشکی در مورد تعداد بیکاران گروه پزشکی، سند برنامه سوم توسعه است که از سوی دولت و سازمان برنامه و بودجه وقت در سال ۱۳۷۸ چاپ شده و در صفحه ۵۱۰ این سند، بر اساس داده‌های سال ۱۳۷۶ برآورد گردیده که ۸۰۰۰ پزشک در کشور بیکارند. این در حالی است که از آن هنگام تا کنون هر سال جمعیتی بالغ بر ۴۰۰۰ نفر دانشجوی پزشکی فارغ التحصیل گردیده‌اند و با توجه به اینکه توفیق چندانی در این سالها در امر اشتغال جامعه پزشکی حاصل نگردیده برآورد سازمان نظام پزشکی در مورد پزشکان بیکار رقمی حدود ۱۲۰۰۰ نفر است. هر چند آمار و ارقام موجود برای تصمیم‌گیری جدی از سوی مسئولان کافی است، لیکن این سازمان به‌منظور جلوگیری از هر گونه بهانه جویی، مطالعاتی را برای تعیین رقم دقیق بیکاران آغاز کرده که پیش بینی می‌شود نتایج آن ارقامی بیش از رقمهای اعلام شده فعلی را نشان دهد. یادآور می‌شود بانک اطلاعات موجود در سازمان نظام پزشکی دقیق‌ترین و کامل‌ترین اطلاعات جمعیت شناختی را در مورد جامعه پزشکی دارد و این حقیقت مورد تعیین کارشناسان واحد مطالعات نیروی انسانی وزارت بهداشت هم قرار گرفته است.

دکتر سید شهاب الدین صدر، ریاست کل سازمان نظام پزشکی، در مراسم بزرگداشت روز پزشک سال ۱۳۸۰ در محل سازمان نظام پزشکی آبادان در بخشی از سخنانش با اشاره به وضعیت نابسامان اشتغال دانش‌آموختگان جوان گروه پزشکی، اصلاح ساختار نظام ارائه خدمات درمانی کشور را راه حل اساسی این مشکل دانست و گفت: ساختار کنونی شبکه بهداشت و درمان کشور نه تنها در جهت تامین نیازهای بهداشتی درمانی مردم ناکارآمد است بلکه جامعه پزشکی را هم در ارائه خدمات با مشکلات

متعدد مواجهه کرده و عرصه را بر ایشان محدود می‌کند. اصلاح ساختار شبکه بهداشت و درمان، بازنگری در جایگاه اقشار مختلف جامعه پزشکی و نیز بخش خصوصی در نظام ارائه خدمات، اصلاح ساختار بیمه‌ها، ایجاد استقرار نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات درمانی برای حل مشکل اشتغال جامعه پزشکی در دراز مدت ضروری است. وی کاهش ظرفیت پذیرش دانشجو در بخش پزشکی را بسیار ضروری خواند و گفت: برخی مسئولان با وجود شواهد جدی و ملموس پدیده بیکاری، نسبت به وجود نیروی انسانی مازاد در بخش پزشکی ابراز تردید می‌کنند و به بهانه عدم وجود اطلاعات مطمئن و لزوم انجام تحقیقات دقیق، کاهش جدی در ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی را به زمان نامعلومی موکول می‌کنند. این در حالی است که با روند کنونی ارائه خدمات در بخش خصوصی و دولتی و تعداد دانشجویی که هر سال فارغ التحصیل می‌شوند، در سالهای آینده تراکم نیروی انسانی در بخش پزشکی بسیار بیشتر خواهد شد. وی افزود وجود پدیده بیکاری دانش‌آموختگان جوان در کنار وجود ظرفیتهای خالی در شبکه بهداشت و درمان کشور و محرومیت شدید برخی مناطق از خدمات پزشکی، حاکی از ضعف در برنامه‌ریزی و ناکارآمدی نظام کنونی ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است. متأسفانه برخی مسئولان تصور می‌کنند جامعه پزشکی از ارائه خدمات در مناطق محروم روی‌گردان است و با تصویب آیین‌نامه‌ها و اعمال محدودیت‌ها و اعزام اجباری پزشکان می‌خواهند مشکل توزیع خدمات را برطرف کنند. به اعتقاد ما این شیوه برای برخورد با جامعه پزشکی که برترین سرمایه‌های علمی کشور هستند متناسب نیست و تنها راه رفع مشکل توزیع، تامین حداقل تسهیلات رفاهی مورد نیاز و ایجاد انگیزه‌های لازم حرفه‌ای، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی برای استقرار جامعه پزشکی در مناطق محروم است. دکتر صدر ایجاد ظرفیتهای جدید شغلی و رفع برخی محرومیت‌های بهداشتی درمانی اقشار مختلف مردم همچون دانش‌آموزان و کارگران را در راستای رفع مشکل اشتغال در میان مدت دانست و افزود پیشنهاد ارائه خدمات پزشکی در مراکز آموزشی و صنعتی به دستگاه‌های اجرایی ذیربط اعلام گردیده که خوشبختانه توافقات خوبی را در پی داشته و امیدواریم در آینده نزدیک به ساماندهی وضع کنونی منجر شود (۳۳).

از طرف دیگر چندی پیش دکتر حسین فروتن معاون آموزشی وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی مصاحبه‌ای با روزنامه کیهان به بررسی علل بیکاری پزشکان پرداخت. وی در بخشی از این مصاحبه بیسوادی پزشکان را عامل بیکاری آنان قلمداد کرد. این مسئله با اعتراض‌های شدیدی از جانب پزشکان کشور به ویژه پزشکان جوان روبرو شد. بر همین اساس سازمان نظام پزشکی مطابق وظایف قانونی خویش خواستار عذرخواهی رسمی فرد مذکور و نیز روزنامه کیهان شد که چنین اظهارات موهنی را درج کرده و در صفحه اول به صورت تیتروار آورده و نوشته: همانگونه که از سخنان معاون آموزشی وزارت بهداشت و متولی آموزش پزشکی در کشور برداشت می‌شود کاستی‌ها و نابسامانیها در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری آموزش پزشکی کشور بسیار است و دانشجویان گروه پزشکی که از برترین استعدادها درخشان کشور بشمار می‌روند برنامه در خور توجهی که توان شکوفایی این استعدادها را داشته باشد در پیش روی نمی‌بینند. چنین برخورد غیر منصفانه‌ای با جامعه شریف پزشکی چند روز پیش از روز پزشک که نماد قدر شناسی نظام اسلامی از زحمات بی‌شائبه جامعه پزشکی به شمار می‌رود، آن هم از سوی یکی از معاونین وزارت بهداشت موجب تأسف مضاعف است.

ریشه‌یابی علل پدیده بیکاری موضوعی کارشناسی است و اگر افرادی در این راستا جامعه پزشکی را به بی‌سوادی متهم کنند حکایت از دانش و بینش ضعیف آنان در امر مدیریت بهداشت و درمان می‌کند (۳۳).

نهایتاً باید متذکر شویم که به گزارش IRNA در ۱۵ ژوئن سال ۲۰۰۰ دولت ایران تصمیم گرفته است تا جهت کنترل میزان بیکاران فراری از کشور پیشنهاد مزایده‌ای را مطرح کند تا پزشکان بیکار از جمله متخصصین برای کار یابی به کشورهای دیگر فرستاده شوند. دکتر منصور صفایی فراهانی مسئول وقت روابط بین‌الملل وزارت بهداشت به IRNA اعلام کرد: در مذاکرات اخیر بین وزیر بهداشت ایران و همتای سعودی او در کنفرانس بهداشت بین‌المللی که در شهر مکزیکوسیتی برگزار

شد توافقات مقدماتی در این مورد انجام شد و مذاکراتی با بعضی از کشورها در این زمینه در راه است

(۴).

1. **Simone Mario**, Unemployment Among Educated Young People. UNESCO, 1980.
 2. **Daniel S. Greenberg** Puzzles of MD and PhD Employment Trends. The Lancet, May 1995; Vol 345
 3. Challenges For Health Care System.
<http://cfm.mc.duke.edu/chair/wonca/chap1b.htm>
 4. http://william-king.www.drexel.edu/top/prin/txt/probs/ch5_unemdef.html
 5. **Hyman Blumenstock**.
<http://csf.colorado.edu/mail/pkt/mar97/0319.html>
 6. **Julio Frenk**, Career Preferences Under Conditions Of Medical Unemployment. Medical Care, April 1985; 23(4)
 7. Unemployment-Definition.
http://www.woodgreen.oxon.sch.uk/econ/macro/unemployment/u_measurement.htm
 8. **Julio Frenk et al**, Patterns Of Medical Employment: A Survey Of Imbalances In Urban Mexico. American Journal of Public Health. Jan 1991; 81(1)
 9. **Stephen Brearley**, Medical Manpower. BMJ. Dec 1991; 303 (1534 – 1536)
- .۱۰ جهانگیر منصور . قانون کار . نشر دوران . ۱۳۷۵
- .۱۱ محمد حسن وطنی . مجموعه کامل قوانین و مقررات استخدامی . انتشارات دانشور .
۱۳۷۶
12. **William H. Hosberg**, Medical Manpower Needs at Home and Abroad. Neurosurgery , 1992;30(4)
 13. Medical Education and Residency Issues.Consensus Statement on The Physician Workforce.
<http://www.aamc.org/meded/edres/workforc/consen.htm>
 14. **Anne L. Schwartz**, Will Competition Change The Physician Workforce? Early Signals From The Market. Academic Medicine, Jan 1996; 71(1)
 15. Needs-Based Planning For Manitoba's Generalist Physicians. Manitoba Centre For Health and Evaluation.
<http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe/surdocs.htm>
 16. **Julio Frenk et al**, Trends in Medical Employment: Persistent Imbalance in Urban Mexico. American Journal of Public Health, July 1999; 98(7)
 17. **Xavier Bosch**, Too Many Physicians Trained in Spain. JAMA, Sep 1999; 282(11)

18. **B. RAY. CHAUDHU.** Unemployment Among Doctors. Journal of Indian Medical Association. August 1977; 69(3)
19. **Bruno Simini.** Medical School Admission Limited in Italy. The Lancet, Sep 1999
20. **James Parkhouse, M G Campbell et al,** Careers Of Doctors Qualifying in Britain in 1974: A Report On Their Employment Status in 1979, BMJ, Aug 1982; vol 285
21. **Richard E. Wakeford, Virginia J. Warren,** Women Doctor's Career Choice And Commitment to Medicine: Implications For General Practice, Journal of The Royal College of General Practitioners, March 1989
22. **Rebecca S. Miller et al,** The Initial Employment Status of Physicians Completing Training in 1994. JAMA, March 1996; 275(9)
23. **Janathan David et al,** Unemployment And Underemployment In 1996 Graduates of New York City Gastroenterology Training Programs. American Journal of Gastroenterology, Aug 1998
24. **Jay Greene,** First-Year Physicians Disappointed With Pay options. American Medical News, Aug 1999; 42(31)
25. **Itzhak Jacoby, Gregg S. Meyer,** Creating An Effective Physician Workforce Marketplace. JAMA, Sep 1998; 280(9)
26. **Rebecca S. Miller, Marvin R. Dunn et al,** Employment seeking Experiences of Resident Physicians Completing Training During 1996. JAMA, 1998; 280 (9): 777- 783
27. **Patrick Sullivan,** For First Time Unemployment Line Awaits Group of New Canadian Specialists. Can Med Assoc J, June 1997; 156(12)

مواد و روشها :

در تاریخ ۷۹/۱۰/۱۲ تعداد پزشکان لیست نظام پزشکی ۵۴۹۵۳ پزشک بود که از هر ۱۰ نفر یک پزشک بصورت سیستماتیک انتخاب گردید (۵۴۹۵ پزشک). در ابتدا پزشکان براساس شماره نظام پزشکی انتخاب شدند و از عدد ۱ تا ۵۴۹۵۳ شماره جدید به آنها داده شد، سپس عدد ۴ بصورت تصادفی انتخاب و بعد از آن بترتیب ۱۴، ۲۴، ۳۴ و همین گونه تا آخرین فرد انتخاب شد. سپس ۱۳ پزشکی که مشخص گردید فوت شده‌اند از لیست خارج گردید و در نهایت مطالعه بر روی ۵۴۸۲ پزشک انجام شد.

پزشکان میانگین سن ($SD = 11/2$) $39/2$ سال، حداقل ۲۴ و حداکثر ۹۴ سال داشتند. ۳۹۲۰ پزشک (۷۱/۵٪) مرد و ۱۵۶۲ پزشک (۲۸/۵٪) زن بودند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی گروههای سنی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: فراوانی مطلق و نسبی گروههای سنی پزشکان مورد بررسی

گروه سنی	تعداد	درصد
۲۴ تا ۳۰	۷۱۴	۱۳/۰
۳۱ تا ۳۵	۲۲۵۵	۴۱/۱
۳۶ تا ۴۰	۱۰۱۵	۱۸/۵
۴۱ تا ۴۵	۴۰۳	۷/۳
۴۶ تا ۵۰	۲۷۳	۵/۰
۵۱ تا ۵۵	۲۲۵	۴ / ۱
۵۶ تا ۶۰	۱۶۷	۳/۰
۶۱ و بیشتر	۴۳۰	۷/۸
جمع کل	۵۴۸۲	۱۰۰

توزیع فراوانی مطلق و نسبی سال فارغ‌التحصیلی و دانشگاه محل تحصیل پزشکان در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است. محل تحصیل ۲۰۶ پزشک مشخص نبود که با توجه به نواقص بانک نظام پزشکی احتمالاً مربوط به پزشکانی که در خارج از کشور تحصیل کرده‌اند بوده است.

جدول شماره ۲: فراوانی مطلق و نسبی پزشکان مورد بررسی برحسب سال فارغ التحصیلی

سال فارغ التحصیلی	تعداد	درصد
۱۳۱۶ تا ۱۳۵۷	۷۷۶	۱۴/۲
۱۳۷۰ تا ۱۳۵۸	۹۸۱	۱۷/۹
۱۳۷۹ تا ۱۳۷۱	۳۵۱۳	۶۴/۱
نامشخص	۲۱۲	۳/۹
جمع کل	۵۴۸۲	۱۰۰

جدول شماره ۳: فراوانی مطلق و نسبی پزشکان مورد بررسی برحسب دانشگاه محل تحصیل

دانشگاه	تعداد	درصد
تهران	۹۷۱	۱۷/۷
شهید بهشتی	۵۲۰	۹/۵
اصفهان	۴۸۷	۸/۹
مشهد	۴۷۰	۸/۶
شیراز	۴۰۹	۷/۵
آزاد اسلامی	۳۹۶	۷/۲
تبریز	۳۸۲	۷/۰
ایران	۳۵۱	۶/۴
اهواز	۲۲۰	۴/۰
کرمان	۱۰۹	۲/۰
ارومیه	۱۰۸	۲/۰
کرمانشاه	۹۰	۱/۶
بابل	۷۴	۱/۳
همدان	۷۲	۱/۳
سایر دانشگاهها	۶۱۷	۱۱/۳
نامشخص	۲۰۶	۳/۸
جمع کل	۵۴۸۲	۱۰۰

پرسشنامه‌ای شامل سوالاتی درخصوص مشخصات فردی و سوابق تحصیلی، اطلاعات مربوط به فعالیت

حرفه‌ای، تمایل به حرفه پزشکی و علل بیکاری و خصوصیات یک شغل پزشکی ایده‌آل برای تمامی افراد

توسط پست عادی ارسال شد. پاکت پستی شامل یک پرسشنامه، یک پاکت با مهر تمبر جواب قبول جهت بازگشت رایگان پرسشنامه و یک فرم جهت پزشکی که در محل حضور نداشتند بود. فرم اخیر باید توسط بستگان یا کسانیکه پاکت را دریافت می‌کردند تکمیل می‌شد تا از وضعیت نمونه اطلاع بدست می‌آمد. این پرسشنامه ۳ بار جهت نمونه‌هایی که به پرسشنامه پاسخ ندادند و یا نامه دفعه اول آنان برگشت خورد ارسال گردید. در بار اول ۱۴۴۳ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد (۲۶/۳٪)، ۱۰۰ پزشک در محل حضور نداشتند و ۴۵۷ پرسشنامه برگشت خورد. در دفعه دوم برای ۳۹۳۸ پزشکی که در دفعه اول یا پاسخی ندادند یا نامه آنها برگشت خورده بود و در بانک آدرس دومی وجود داشت پرسشنامه ارسال شد و از این تعداد ۸۳۲ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد (۲۱/۱٪)، ۷۵ پزشک در محل حضور نداشتند و ۱۶۱ پرسشنامه برگشت خورد. در بار سوم پرسشنامه برای ۲۸۷۰ پزشکی که در مرحله دوم پاسخ نداده بودند و یا وضعیت آنان مشخص نبود ارسال شد که از این تعداد ۵۱۴ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد (۱۷/۹٪)، ۸۱ پزشک در محل حضور نداشتند و ۱۱۲ پرسشنامه برگشت خورد.

در مرحله چهارم پرسشنامه‌ای جهت دریافت علت عدم پاسخ جهت نمونه‌هایی که در ۳ نوبت قبل پاسخ نداده بودند (۲۱۶۳ پزشک) ارسال گردید که ۸۸ نفر پاسخ دادند (۴/۱٪)، ۲۵ پزشک حضور نداشتند و ۳۹ پاکت برگشت خورد.

از نظر پاسخدهی پزشکان به چهار گروه تقسیم شدند :

۱) پزشکی که پرسشنامه را تکمیل نمودند (۵۰/۹٪ - ۲۷۸۹).

۲) پزشکی که در آدرس موجود در بانک اطلاعاتی نظام پزشکی حضور نداشتند (۵/۱٪ - ۲۸۲).

۳) آدرس پزشکان اشتباه بود و توسط پست برگشت داده شد (۵/۷٪ - ۳۱۲).

۴) پزشکی که پرسشنامه را ارسال نکردند (۳۸/۳٪ - ۲۰۹۹).

توزیع فراوانی علل عدم حضور ۲۸۲ پزشکی که در محل حضور نداشتند در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۴: فراوانی مطلق و نسبی علت عدم حضور پزشکان مورد بررسی در آدرس موجود

علت	تعداد	درصد
در آدرس دیگری حضور داشته و به طبابت اشتغال دارد	۹۵	۳۳/۷
در آدرس دیگری حضور داشته اما به حرفه پزشکی اشتغال ندارد	۱۱	۳/۹
از کشور مهاجرت کرده است	۷۱	۲۵/۲
فوت شده	۱۶	۵/۷
اطلاعی از وضعیت فعلی وجود ندارد	۸۹	۳۱/۵
جمع کل	۲۸۲	۱۰۰

۸۸ پزشکی که به پاسخنامه ۴ جواب دادند، بیشترین علت عدم پاسخ را عدم دریافت پرسشنامه مطرح نمودند (۲۹/۵٪ - ۲۶)، سپس بیفایده بودن تحقیقات (۱۴/۸٪ - ۱۳)، و در ۸ مورد نیز افراد مهاجرت نموده بودند.

میانگین سن افرادی که به پرسشنامه پاسخ ندادند بیشتر از افراد گروههای دیگر بود ($PV < 0.0001$) (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین سن گروههای مختلف مورد بررسی

گروه	میانگین	SD	حداقل	حداکثر
پاسخ به پرسشنامه	۳۸/۷	۱۱/۳	۲۴	۸۴
عدم حضور	۳۸/۰	۱۰/۲	۲۷	۷۹
آدرس اشتباه	۳۸/۶	۹/۹	۲۷	۹۱
عدم پاسخ به پرسشنامه	۴۰/۰	۱۱/۳	۲۶	۹۴

توزیع فراوانی گروههای سنی در گروههای مختلف نمونه‌های مورد بررسی در جدول شماره ۶ نشان داده شده است، مطابق جدول زیر افراد سن ۲۴ تا ۳۰ سال به پرسشنامه بیشتر از سایر افراد پاسخ داده‌اند ($PV < 0.0001$).

جدول شماره ۶: فراوانی مطلق و نسبی میزان پاسخدهی برحسب گروههای سنی

پاسخدهی گروه سنی	پاسخ داده تعداد (%)	عدم حضور تعداد (%)	آدرس اشتباه تعداد (%)	عدم پاسخ تعداد (%)	جمع تعداد (%)
۲۴ تا ۳۰	۴۵۳ (۶۳/۴)	۳۶ (۵/۰)	۲۲ (۳/۱)	۲۰۳ (۲۸/۴)	۷۱۴ (۱۰۰)
۳۱ تا ۳۵	۱۱۶۴ (۵۱/۶)	۱۲۳ (۵/۵)	۱۳۶ (۶/۰)	۸۳۲ (۳۶/۹)	۲۲۵۵ (۱۰۰)
۳۶ تا ۴۰	۴۴۹ (۴۴/۲)	۶۵ (۶/۴)	۷۳ (۷/۲)	۴۲۸ (۴۲/۲)	۱۰۱۵ (۱۰۰)
۴۱ تا ۴۵	۱۷۷ (۴۳/۹)	۱۵ (۳/۷)	۳۲ (۷/۹)	۱۷۹ (۴۴/۴)	۴۰۳ (۱۰۰)
۴۶ تا ۵۰	۱۲۰ (۴۴/۰)	۱۳ (۴/۸)	۱۸ (۶/۶)	۱۲۲ (۴۴/۷)	۲۷۳ (۱۰۰)
۵۱ تا ۵۵	۱۳۳ (۵۹/۱)	۴ (۱/۸)	۷ (۳/۱)	۸۱ (۳۶/۰)	۲۲۵ (۱۰۰)
۵۶ تا ۶۰	۶۵ (۳۸/۹)	۱۰ (۶/۰)	۹ (۵/۴)	۸۳ (۴۹/۷)	۱۶۷ (۱۰۰)
۶۱ و بیشتر	۲۲۸ (۵۳/۰)	۱۶ (۳/۷)	۱۵ (۳/۵)	۱۷۱ (۳۹/۸)	۴۳۰ (۱۰۰)
جمع کل	۲۷۸۹ (۵۰/۹)	۲۸۲ (۵/۱)	۳۱۲ (۵/۷)	۲۰۹۹ (۳۸/۳)	۵۴۸۲ (۱۰۰)

از نظر جنسی تفاوتی در میزان پاسخدهی وجود نداشت اما در میزان حضور این تفاوت دیده شد، و خانمها میزان حضور کمتری داشتند (جدول شماره ۶) ($PV = 0.003$).

جدول شماره ۶: فراوانی مطلق و نسبی میزان پاسخدهی برحسب جنس

پاسخدهی جنس	پاسخ داده تعداد (%)	عدم حضور تعداد (%)	آدرس اشتباه تعداد (%)	عدم پاسخ تعداد (%)	جمع تعداد (%)
مرد	۱۹۹۲ (۵۰/۸)	۱۷۹ (۴/۶)	۲۲۶ (۵/۸)	۱۵۲۳ (۳۸/۹)	۳۹۲۰ (۱۰۰)
زن	۷۹۷ (۵۱/۰)	۱۰۳ (۶/۶)	۸۶ (۵/۵)	۵۷۶ (۳۶/۹)	۱۵۶۲ (۱۰۰)
جمع کل	۲۷۸۹ (۵۰/۹)	۲۸۲ (۵/۱)	۳۱۲ (۵/۷)	۲۰۹۹ (۳۸/۳)	۵۴۸۲ (۱۰۰)

توزیع پزشکان در گروههای مختلف میزان پاسخدهی برحسب دانشگاه محل تحصیل و سال فارغالتحصیلی در جداول ۷ و ۸ نشان داده شده است. کمترین پاسخدهی مربوط به فارغالتحصیلان دانشگاه تهران و بیشترین پاسخدهی مربوط به فارغالتحصیلان دانشگاه ارومیه بود ($PV < 0.0001$). در این میان آدرس اشتباه در فارغالتحصیلان دانشگاه کرمانشاه نیز بسیار زیاد بوده است (۱۵/۶٪). کمترین میزان پاسخدهی در فارغالتحصیلان سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۰ وجود داشت (۴۰/۰٪) ($PV < 0.0001$).

جدول شماره ۷: فراوانی مطلق و نسبی میزان پاسخدهی برحسب دانشگاه محل تحصیل

پاسخدهی دانشگاه	پاسخ داده تعداد (%)	عدم حضور تعداد (%)	آدرس اشتباه تعداد (%)	عدم پاسخ تعداد (%)	جمع تعداد (%)
تهران	۴۰۵ (۴۱/۷)	۵۰ (۵/۱)	۴۹ (۵/۰)	۴۶۷ (۴۸/۱)	۹۷۱ (۱۰۰)
شهید بهشتی	۲۲۹ (۴۴/۰)	۳۹ (۷/۵)	۲۵ (۴/۸)	۲۲۷ (۴۳/۷)	۵۲۰ (۱۰۰)
اصفهان	۲۷۷ (۵۶/۹)	۲۵ (۵/۱)	۳۲ (۶/۶)	۱۵۳ (۳۱/۴)	۴۸۷ (۱۰۰)
مشهد	۲۶۸ (۵۷/۰)	۲۱ (۴/۵)	۲۱ (۴/۵)	۱۶۰ (۳۴/۰)	۴۷۰ (۱۰۰)
شیراز	۱۸۷ (۴۵/۷)	۲۴ (۵/۹)	۲۵ (۶/۱)	۱۷۳ (۴۲/۳)	۴۰۹ (۱۰۰)
آزاد اسلامی	۲۳۰ (۵۸/۱)	۲۳ (۵/۸)	۱۵ (۳/۸)	۱۲۸ (۳۲/۳)	۳۹۶ (۱۰۰)
تبریز	۲۱۲ (۵۵/۵)	۱۳ (۳/۴)	۲۱ (۵/۵)	۱۳۶ (۳۵/۶)	۳۸۲ (۱۰۰)
ایران	۱۶۶ (۴۷/۳)	۱۹ (۵/۴)	۲۳ (۶/۶)	۱۴۳ (۴۰/۷)	۳۵۱ (۱۰۰)
اهواز	۱۱۰ (۵۰/۰)	۸ (۳/۶)	۱۵ (۶/۸)	۸۷ (۳۹/۵)	۲۲۰ (۱۰۰)
کرمان	۶۰ (۵۵/۰)	۴ (۳/۷)	۲ (۱/۸)	۴۳ (۳۹/۴)	۱۰۹ (۱۰۰)
ارومیه	۶۶ (۶۱/۱)	۴ (۳/۷)	۹ (۸/۳)	۲۹ (۲۶/۹)	۱۰۸ (۱۰۰)
کرمانشاه	۴۷ (۵۲/۲)	۳ (۳/۳)	۱۴ (۱۵/۶)	۲۶ (۲۸/۹)	۹۰ (۱۰۰)
بابل	۴۲ (۵۶/۸)	۵ (۶/۸)	۴ (۵/۴)	۲۳ (۳۱/۱)	۷۴ (۱۰۰)
همدان	۳۵ (۴۸/۶)	۲ (۲/۸)	۳ (۴/۲)	۳۲ (۴۴/۴)	۷۲ (۱۰۰)
سایر دانشگاهها	۳۷۳ (۶۰/۵)	۳۰ (۴/۹)	۴۰ (۶/۵)	۱۷۴ (۲۸/۲)	۶۱۷ (۱۰۰)
جمع کل	۲۷۰۷ (۵۱/۳)	۲۷۰ (۵/۱)	۲۹۸ (۵/۶)	۲۰۰۱ (۳۷/۹)	۵۲۷۶ (۱۰۰)

جدول شماره ۸: فراوانی مطلق و نسبی میزان پاسخدهی برحسب سال فارغالتحصیلی

پاسخدهی سال فارغالتحصیلی	پاسخ داده تعداد (%)	عدم حضور تعداد (%)	آدرس اشتباه تعداد (%)	عدم پاسخ تعداد (%)	جمع تعداد (%)
۱۳۱۶ تا ۱۳۵۷	۳۹۲ (۵۰/۵)	۲۹ (۳/۷)	۲۸ (۳/۶)	۳۲۷ (۴۲/۱)	۷۷۶ (۱۰۰)
۱۳۵۸ تا ۱۳۷۰	۳۹۲ (۴۰/۰)	۴۹ (۵/۰)	۷۱ (۷/۲)	۴۶۹ (۴۷/۸)	۹۸۱ (۱۰۰)
۱۳۷۱ تا ۱۳۷۹	۱۹۲۲ (۵۴/۷)	۱۹۱ (۵/۴)	۱۹۸ (۵/۶)	۱۲۰۲ (۳۴/۲)	۳۵۱۳ (۱۰۰)
جمع کل	۲۷۰۶ (۵۱/۳)	۲۶۹ (۵/۱)	۲۹۷ (۵/۶)	۱۹۹۸ (۳۷/۹)	۵۲۷۰ (۱۰۰)

در صورتیکه آدرس اشتباه و عدم حضور را حذف نماییم، می‌توان گفت ۴۸۸۸ پزشک مورد بررسی قرار

گرفتند که ۲۷۸۹ پزشک (۵۷/۱٪) پرسشنامه را تکمیل نمودند و افرادی که پاسخ داده‌اند از نظر سنی، سال

فارغ‌التحصیلی و دانشگاه محل تحصیل با گروهی که پاسخ نداده‌اند تفاوت داشتند ($PV < 0.001$) اما از نظر جنسی تفاوتی وجود نداشت ($PV = 0.4$).

نتایج :

۱۹۹۲ پزشک مرد (۷۱/۴٪) و ۷۹۷ پزشک زن (۲۸/۶٪) بودند (نموار شماره ۱). میانگین سن پزشکان (۱۱/۲) $(SD = ۳۸/۶)$ سال با حداقل ۲۶ و حداکثر ۸۴ سال بود. وضعیت تاهل ۱۰۶ پزشک نامشخص بود و از بقیه افراد (۲۶۸۳ پزشک) ۲۱۴۹ پزشک (۸۰/۱٪) متاهل بودند (نموار شماره ۲). میانگین تعداد فرزندان پزشکان متاهل (۱/۱) $(SD = ۱/۱)$ ۱/۵ فرزند با میانه ۱ و حداقل ۰ و حداکثر ۷ فرزند بود. توزیع فراوانی مطلق و نسبی استان محل تولد در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

نمودار شماره ۳ توزیع فراوانی مطلق و نمودار شماره ۴ توزیع فراوانی تجمعی سالهای ورود به دانشکده پزشکی را نشان می‌دهد. جهت بررسی روابط با میزان بیکاری و متغیرهای مختلف پزشکان به دو گروه ورودیه‌های سال ۶۴ و پایینتر (۹۷۶ پزشک - ۳۵/۷٪) و ورودیه‌های سال ۱۳۶۵ و بالاتر (۱۷۵۷ پزشک - ۶۴/۳٪) تقسیم شدند.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشگاه محل تحصیل دوره پزشکی عمومی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. جهت بررسی روابط با میزان بیکاری و سایر متغیرها پزشکان به چهار گروه فارغ‌التحصیلان سال ۵۷ و پایینتر (۴۱۵ پزشک - ۱۵،۲٪)، فارغ‌التحصیلان سال ۵۸ تا ۷۱ (۵۶۱ پزشک - ۲۰،۵٪)، فارغ‌التحصیلان سال ۷۲ تا ۷۵ (۱۱۴۲ پزشک - ۴۱،۸٪) و فارغ‌التحصیلان سال ۱۳۷۶ و بالاتر (۶۱۵ پزشک - ۲۲،۵٪) تقسیم شدند. جدول شماره ۳ توزیع فراوانی مطلق و نسبی آخرین وضعیت تحصیلی پزشکان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ : فراوانی مطلق و نسبی محل تولد پزشکان تحت بررسی

درصد	تعداد	استان محل تولد
۶/۳	۱۷۱	آذربایجان شرقی
۳/۴	۹۱	آذربایجان غربی
۱/۳	۳۶	اردبیل
۹/۰	۲۴۴	اصفهان
۰/۵	۱۳	ایلام
۰/۳	۷	بوشهر
۲۴/۶	۶۶۷	تهران
۱/۰	۲۸	چهارمحال و بختیاری
۱۰/۸	۲۹۴	خراسان
۵/۲	۱۴۱	خوزستان
۰/۸	۲۱	زنجان
۱/۴	۳۸	سمنان
۰/۶	۱۶	سیستان و بلوچستان
۵/۹	۱۵۹	فارس
۰/۹	۲۵	قزوین
۰/۹	۲۵	قم
۰/۹	۲۵	کردستان
۲/۷	۷۳	کرمان
۲/۵	۶۷	کرمانشاه
۰/۳	۸	کهگیلویه و بویراحمد
۲/۰	۵۳	گلستان
۴/۲	۱۱۵	گیلان
۱/۸	۵۰	لرستان
۶/۲	۱۶۷	مازندران
۲/۰	۵۳	مرکزی
۰/۳	۷	هرمزگان
۱/۸	۴۸	همدان
۲/۷	۷۲	یزد
۱۰۰/۰	۲۷۱۴	جمع کل

جدول شماره ۲: فراوانی مطلق و نسبی دانشگاه محل تحصیل

دوره پزشکی عمومی پزشکان تحت بررسی

دانشگاه	تعداد	درصد
اراک	۱۷	۰/۷
اردبیل	۱۲	۰/۵
ارومیه	۵۴	۲/۴
آزادتهران	۱۸	۰/۸
اصفهان	۲۳۰	۱۰/۱
اهواز	۸۰	۳/۵
ایران	۱۴۰	۶/۱
بابل	۳۹	۱/۷
بندرعباس	۱۶	۰/۷
شهید بهشتی	۱۹۱	۸/۴
بیرجند	۱۲	۰/۵
تبریز	۱۶۵	۷/۲
تهران	۳۹۰	۱۷/۱
چهرم	۲	۰/۱
رفسنجان	۱۴	۰/۶
زاهدان	۲۶	۱/۱
زنجان	۲۰	۰/۹
سمنان	۲۱	۰/۹
شهرکرد	۳۰	۱/۳
شیراز	۱۶۶	۷/۳
فسا	۳	۰/۱
قزوین	۲۷	۱/۲
کاشان	۲۶	۱/۱
کردستان	۳	۰/۱
کرمان	۴۹	۲/۱
کرمانشاه	۳۸	۱/۷
گیلان	۲۴	۱/۱
لرستان	۱	۰/۰
مازندران	۲۷	۱/۲
مشهد	۲۲۰	۹/۶
همدان	۳۱	۱/۴

درصد	تعداد	دانشگاه
۱/۳	۲۹	یزد
۲/۵	۵۸	خارج از کشور
۰/۵	۱۲	نجف آباد
۲/۶	۵۹	آزاد اسلامی
۰/۱	۳	آذرآبادگان
۰/۰	۱	قم
۰/۱	۲	چمران
۰/۴	۸	هرمزگان
۰/۰	۱	آزاد
۰/۰	۱	کازرون
۰/۱	۲	تنکابن
۰/۰	۱	سیستان و بلوچستان
۰/۱	۳	رشت
۰/۰	۱	رازی
۰/۳	۶	جندی شاپور
۰/۰	۱	باختران
۰/۰	۱	مرکزی
۰/۰	۱	شهید بابایی
۰/۰	۱	تاجیکستان
۱۰۰/۰	۲۲۸۳	جمع کل

جدول شماره ۳: فراوانی مطلق و نسبی آخرین وضعیت تحصیلی پزشکان تحت بررسی

درصد	تعداد	وضعیت تحصیلی
۶۸/۵	۱۹۱۱	پزشک عمومی
۷/۶	۲۱۲	دستیار تخصصی
۱۹/۹	۵۵۴	متخصص
۱/۳	۳۶	دستیار فلوشیپ
۰/۵	۱۳	فلوشیپ
۱/۶	۴۶	دستیار فوق تخصصی
۰/۳	۹	فوق تخصصی
۰/۲	۶	PhD
۰/۱	۲	دانشجوی PhD
۱۰۰	۲۷۸۹	جمع کل

جامعه پزشکی را می‌توان براساس نوع فعالیت به چند قسمت تقسیم نمود، فعالان حیطة پزشکی، فعالان در حیطة پزشکی و غیر پزشکی، فعالان در حیطة غیرپزشکی، بازنشستگان (سن بالای ۷۰ سال و افرادی که خود اعلام نموده‌اند که بازنشسته هستند)، درحال تحصیلات تکمیلی و بیکاران. فعالان حیطة پزشکی نیز خود به حیطة‌های تخصصی و عمومی تقسیم می‌شود. جدول شماره ۴ توزیع گروه‌های مختلف را در جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد اطلاعات ۱۶۸ پزشک (۶٪) در این زمینه نامشخص بود.

جدول شماره ۴: فراوانی مطلق و نسبی پزشکان تحت بررسی برحسب نحوه فعالیت در حیطة پزشکی

درصد	تعداد	نحوه فعالیت
۳،۸	۱۰۰	بازنشسته
۱۳،۲	۳۴۶	در حال تحصیلات تکمیلی
۱۸،۳	۴۸۰	متخصص و بالاتر
۵۱،۰	۱۳۳۸	پزشک عمومی فعال در حیطة پزشکی
۲،۵	۶۵	پزشک عمومی فعال در حیطة غیرپزشکی
۷،۳	۱۹۱	پزشک عمومی فعال در حیطة پزشکی و غیرپزشکی
۳،۹	۱۰۱	پزشک عمومی بیکار
۱۰۰	۲۶۲۱	جمع

۱۳۳۸ پزشک عمومی در حیطة پزشکی فعالیت می‌کنند که از این تعداد ۸۵۱ (۶۳،۶٪) علیرغم این اشتغال بدنبال کار می‌گردند که توزیع فراوانی نوع کار درخواستی در نمودار ۵ نشان داده شده است.

۱۰۱ پزشک عمومی بیکار و ۶۵ پزشک فعال در حیطه غیر پزشکی دلایل بیکاری خود را به شرح زیر اعلام

کردند ۲۵ پزشک به این پرسش پاسخ ندادند.

جدول شماره ۵: فراوانی مطلق و نسبی دلایل بیکاری اعلام شده توسط پزشکان بیکار

درصد	تعداد	دلایل بیکاری
۹،۲	۱۳	بدلایل شخصی و خانوادگی، مطلقاً کار نمی‌کنم
۶۱،۷	۸۷	بدلیل فقدان شغل مناسب پزشکی، مطلقاً کار نمی‌کنم
۲،۱	۳	بدلایل شخصی و خانوادگی، در مشاغل پزشکی کار نمی‌کنم و به حرفه دیگری اشتغال دارم
۱،۴	۲	بعلت عدم علاقه به حرفه پزشکی، در مشاغل پزشکی کار نمی‌کنم و به حرفه دیگری اشتغال دارم
۲۲،۷	۳۲	بدلیل فقدان شغل مناسب، در مشاغل پزشکی کار نمی‌کنم و به حرفه دیگری اشتغال دارم
۲،۸	۴	سار موارد
۱۰۰	۱۴۱	جمع

از ۱۰۱ پزشک عمومی بیکار ۸۸ پزشک (۸۷،۱٪) اعلام کردند که بدنبال کار می‌گردند که ۸۴ پزشک (۹۵،۵٪)

بدنبال شغل پزشکی هستند. این پزشکان بطور میانگین (SD = 13.1) ۱۶،۹ ماه با حداقل ۱ و حداکثر ۴۸ ماه بدنبال کار بودند.

جدول ۶ توزیع فراوانی مطلق و نسبی علل اینکه این ۸۸ پزشک علیرغم تمایل به حرفه پزشکی و جستجو برای کار، موفق به یافتن شغل مناسب و دلخواه خود نشده‌اند را نشان می‌دهد. به اولویت ۱ نمره ۳، اولویت ۲ نمره ۲ و اولویت ۳ نمره ۱ داده شد و امتیازات علل مختلف حساب شد و در جدول ۷ به ترتیب میزان نمرات بدست آمده ردیف شده است.

جدول شماره ۶: فراوانی مطلق علل اعلام شده جهت عدم یافتن شغل در پزشکان بیکار جویای شغل

اولویت ۳	اولویت ۲	اولویت ۱	علت
۲	۲	۱	جستجوی کم و ناکافی برای شغل مناسب
۵	۴	۸	تمایل به کار در شهرهای بزرگ و مناطق خوب کشور
۰	۰	۰	توقع زیاد از موقعیت شغلی و تمایل به کسب درآمد بیشتر
۶	۱۲	۹	برآورده نشدن رضایت و امنیت شغلی در موقعیتهای موجود
۱۷	۱۴	۱۴	نبود مرکز مشخص و نظام کارایی مناسب مشاغل پزشکی
۸	۱۸	۲۴	محدودیت بکارگیری پزشکان در بخش دولتی
۱۲	۸	۱	محدودیت موقعیتهای شغلی در بخش خصوصی
۱	۰	۰	فقدان دانش و مهارتهای مورد نیاز در مشاغل پزشکی
۸	۶	۸	وجود قوانین محدود کننده و موانعی از قبیل نداشتن پروانه کار طبابت
۳	۹	۰	عدم همکاری مناسب سازمانهای بیمه گر با پزشکان مطب دار
۱۴	۹	۸	درآمد ناکافی مشاغل پزشکی بعلت قیمت پایین تعرفهها و حقوق کم پزشکان
۳	۳	۹	سایر
۷۹	۸۵	۸۶	جمع

جدول شماره ۷: نمرات کسب شده برحسب علل اعلام شده جهت عدم یافتن شغل در پزشکان بیکار

جویای شغل

امتیاز	علت
۹	جستجوی کم و ناکافی برای شغل مناسب
۳۷	تمایل به کار در شهرهای بزرگ و مناطق خوب کشور
۰	توقع زیاد از موقعیت شغلی و تمایل به کسب درآمد بیشتر
۵۷	برآورده نشدن رضایت و امنیت شغلی در موقعیتهای موجود
۸۷	نبود مرکز مشخص و نظام کارایی مناسب مشاغل پزشکی
۱۱۶	محدودیت بکارگیری پزشکان در بخش دولتی
۳۱	محدودیت موقعیتهای شغلی در بخش خصوصی
۱	فقدان دانش و مهارتهای مورد نیاز در مشاغل پزشکی
۴۴	وجود قوانین محدود کننده و موانعی از قبیل نداشتن پروانه کار طبابت
۲۱	عدم همکاری مناسب سازمانهای بیمه گر با پزشکان مطب دار
۵۶	درآمد ناکافی مشاغل پزشکی بعلت قیمت پایین تعرفه‌ها و حقوق کم پزشکان
۳۶	سایر

نتایج روابط نحوه فعالیت در حیطه پزشکی با متغیرهای دیگر :

جدول شماره ۸: میانگین سن پزشکان تحت بررسی برحسب نحوه فعالیت در حیطه پزشکی

سن میانگین (انحراف معیار)	نحوه فعالیت در حیطه پزشکی
۷۲.۳ (۵.۸)	بازنشسته
۳۸.۹ (۱۱.۱)	در حال تحصیلات تکمیلی
۴۴.۱ (۱۰.۶)	متخصص و بالاتر
۳۵.۶ (۷.۶)	پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی
۳۵.۰ (۷.۸)	پزشک عمومی فعال در حیطه غیرپزشکی
۳۵.۰ (۵.۹)	پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی و غیرپزشکی
۳۳.۱ (۶.۵)	پزشک عمومی بیکار

توزیع فراوانی نحوه فعالیت در حیطه پزشکی برحسب جنس در جدول ۹ نشان داده شده است.
جدول شماره ۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه فعالیت در حیطه پزشکی برحسب جنس

نحوه فعالیت در حیطه پزشکی	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
بازنشسته	۹۷ (۹۷.۰)	۳ (۳.۰)	۱۰۰ (۱۰۰)
در حال تحصیلات تکمیلی	۲۴۴ (۷۰.۵)	۱۰۲ (۲۹.۵)	۳۴۶ (۱۰۰)
متخصص و بالاتر	۳۲۸ (۶۸.۳)	۱۵۲ (۳۱.۷)	۴۸۰ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی	۹۶۰ (۷۱.۷)	۳۷۸ (۲۸.۳)	۱۳۳۸ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه غیرپزشکی	۵۳ (۸۱.۵)	۱۲ (۱۸.۵)	۶۵ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی و غیرپزشکی	۱۷۵ (۹۱.۶)	۱۶ (۸.۴)	۱۹۱ (۱۰۰)
پزشک عمومی بیکار	۴۶ (۴۵.۵)	۵۵ (۵۴.۵)	۱۰۱ (۱۰۰)
جمع	۱۹۰۳ (۷۲.۶)	۷۱۸ (۲۷.۴)	۲۶۲۱ (۱۰۰)

توزیع فراوانی نحوه فعالیت در حیطه پزشکی برحسب سال ورود به دانشگاه در جدول ۱۰ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه فعالیت در حیطه پزشکی
برحسب سال ورود به دانشگاه

نحوه فعالیت پزشکی	ورودی ۶۴ و پایینتر تعداد (درصد)	ورودی ۶۵ و بالاتر تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
در حال تحصیلات تکمیلی	۱۲۹ (۳۸.۴)	۲۰۷ (۶۱.۶)	۳۳۶ (۱۰۰)
متخصص و بالاتر	۳۴۸ (۷۳.۷)	۱۲۴ (۲۶.۳)	۴۷۲ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی	۳۱۵ (۲۳.۷)	۱۰۱۳ (۷۶.۳)	۱۳۲۸ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه غیرپزشکی	۱۶ (۲۵.۰)	۴۸ (۷۵.۰)	۶۴ (۱۰۰)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی و غیرپزشکی	۳۴ (۱۸.۲)	۱۵۳ (۸۱.۸)	۱۸۷ (۱۰۰)
پزشک عمومی بیکار	۱۳ (۱۳.۱)	۸۶ (۸۶.۹)	۹۹ (۱۰۰)
جمع	۸۵۵ (۳۴.۴)	۱۶۳۱ (۶۵.۶)	۲۴۸۶ (۱۰۰)

توزیع فراوانی سال فارغ‌التحصیلی پزشکان تحت مطالعه برحسب نحوه فعالیت پزشکی در جدول ۱۱ نشان

داده شده است.

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سال فارغ‌التحصیلی

برحسب نحوه فعالیت در حیطه پزشکی

سال فارغ‌التحصیلی نحوه فعالیت در حیطه پزشکی	۵۷ و پایینتر تعداد (درصد)	۵۸ تا ۷۱ تعداد (درصد)	۷۲ تا ۷۵ تعداد (درصد)	۷۶ و بالاتر تعداد (درصد)
بازنشسته	۸۷ (۲۱٫۷)	۰	۰	۰
در حال تحصیلات تکمیلی	۷۰ (۱۷٫۵)	۵۹ (۹٫۱۰)	۱۴۹ (۱۳٫۸)	۵۸ (۱۰٫۵)
متخصص و بالاتر	۱۴۵ (۳۶٫۲)	۲۰۳ (۳۷٫۵)	۱۲۳ (۱۱٫۴)	۱ (۰٫۲)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی	۸۸ (۲۱٫۹)	۲۲۷ (۴۲٫۰)	۶۴۳ (۵۹٫۷)	۳۷۰ (۶۶٫۸)
پزشک عمومی فعال در حیطه غیرپزشکی	۴ (۱٫۰)	۱۲ (۲٫۲)	۲۲ (۲٫۰)	۲۶ (۴٫۷)
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی و غیرپزشکی	۵ (۱٫۲)	۲۹ (۵٫۴)	۱۰۱ (۹٫۴)	۵۲ (۹٫۴)
پزشک عمومی بیکار	۲ (۰٫۵)	۱۱ (۲٫۰)	۳۹ (۳٫۶)	۴۷ (۸٫۵)
جمع	۴۰۱ (۱۰۰)	۵۴۱ (۱۰۰)	۱۰۷۷ (۱۰۰)	۵۵۴ (۱۰۰)

بحث :

بیکاری پزشکان از جنجالیترین مسائل یک دهه اخیر جامعه پزشکی می‌باشد که در طی سالها گرچه تقریباً همیشه مورد بحث بوده اما تاکنون فعالیتی موثر و دقیق بر روی برنامه ریزی نیروی انسانی و تعریف میزان بیکاری و راههای مقابله با آن انجام نشده است.

در این مطالعه میزان بیکاری پزشکان عمومی ۶،۴٪ (پزشک عمومی بیکار و پزشک عمومی فعال در حیطه غیر پزشکی) برآورد گردید. در کنار این میزان باید به ۷،۳٪ پزشک عمومی که علاوه بر حیطه پزشکی در حیطه غیر پزشکی نیز فعالیت می‌کند اضافه نمود که در صورتیکه فرض نماییم این پزشکان ۵۰٪ از زمان کاری خود را صرف کار در حیطه پزشکی می‌کنند ۳،۶٪ بیکاری نیز در این گروه مشاهده می‌شود که با افزودن آن به رقم ۶،۴٪، باید گفت ۱۰٪ بیکاری در حیطه پزشک عمومی دیده می‌شود.

تا پایان سال ۱۳۷۹ و ابتدای سال ۱۳۸۰ حدود ۸۰۰۰۰ شماره نظام پزشکی صادر شده بود که حدود ۵۶۰۰۰ شماره مربوط به پزشکان بود. در صورتیکه درصدهای فوق را در این اعداد ضرب نماییم، می‌توان گفت در ابتدای سال ۱۳۸۰، ۵۶۰۰ FTE پزشک عمومی بیکار وجود داشت و یا ۲۱۸۴ پزشک عمومی بیکار، ۱۴۰۰ پزشک عمومی که در حیطه غیر پزشکی فعالیت می‌کردند و ۴۰۸۸ پزشکی که بطور کامل در حیطه پزشکی فعالیت نمی‌کردند.

این عدد توجه به این ارقام به نوعی شاید بسیار گمراه کننده باشد چرا که میزان بیکاری در میان پزشکان جوان بیشتر است لذا باید میزانهای فوق را در گروههای مختلف از نظر فارغ‌التحصیلی مورد بررسی قرار داد (توجه شود که کلیه اعداد تخمینی هستند).

سال فارغ التحصیلی	۵۷ و پایینتر	۵۸ تا ۷۱	۷۲ تا ۷۵	۷۶ و بالاتر
کل پزشکان دارای شماره نظام پزشکی	۸۵۰	۱۱۴۸۰	۲۳۴۱۰	۱۲۶۰۰
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی	۱۸۶	۴۸۲۱	۱۳۹۷۶	۸۴۱۶
پزشک عمومی فعال در حیطه غیرپزشکی	۹	۲۵۳	۴۶۸	۵۹۲
پزشک عمومی فعال در حیطه پزشکی و غیرپزشکی	۱۰	۶۲۰	۲۲۰۰	۱۱۸۴
پزشک عمومی بیکار	۴	۲۳۰	۸۴۳	۱۰۷۱
جمع پزشکان عمومی	۲۰۹	۵۹۲۴	۱۷۴۸۷	۱۱۲۶۳

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت در سالهای اخیر از هر ۱۰۰ پزشکی که تربیت شده‌اند ۱۰ پزشک بیکار بوده، ۶ پزشک در حیطه غیر پزشکی فعال شده‌اند و ۱۰ پزشک تقریباً ۵۰٪ زمان کاری خود را در حیطه پزشکی صرف می‌کنند. در اصل در سالهای اخیر کشور ما هزینه ۱۰۰ FTE پزشک را پرداختیم در صورتیکه ۷۹ FTE پزشک بهره برده‌ایم یعنی ۲۱٪ ضرر.

برنامه ریزی نیروی انسانی در حیطه علوم پزشکی فعالیتی پیچیده و حساس است، بسیاری از فاکتورها باید مورد توجه قرار گیرد و در بحثها در نظر گرفته شود و با نتایج یک مطالعه نمی‌توان بحث کاهش ظرفیت پزشکی را مطرح نمود. همچنان این گروه بر ایجاد مرکز مطالعات نیروی انسانی علوم پزشکی و بانک اطلاعات پزشکان تاکید می‌نماید.

