

# پزشک بیشتر یا سلامت بهتر؟

مروری بر کمپین افزایش ظرفیت پزشکی در کانادا

مرکز تحقیقات ثریا - بهار ۱۴۰۲



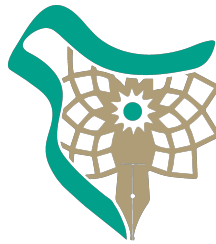
مرکز تحقیقات ثریا

پسج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# پزشک بیشتر یا سلامت بهتر؟

مروری بر کمپین افزایش ظرفیت پزشکی در کانادا



مرکز تحقیقات ثریا  
سج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عنوان: پزشک بیشتر یا سلامت بهتر؟

مروری بر کمپین افزایش ظرفیت پزشکی در کانادا

نوع سند: گزارش

پژوهشگر: مهرداد افضلی

طراح جلد و صفحه‌آرایی: امین شعبانعلی

تهیه شده در مرکز تحقیقات ثریا

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۲

کلیه حقوق برای مرکز تحقیقات ثریا محفوظ است

تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه اول

@Soraya.r.c | @Sorayarc | sorayarc.ir

۰۲۱ - ۲۲۴۳۹۸۲۸



به جرئت می‌توان گفت در سال‌های اخیر و پس از اجرای طرح تحول سلامت، تاکنون طرحی در حوزه نظام سلامت، به اندازه افزایش ظرفیت رشته پزشکی موجب واکنش‌های اجتماعی و مناقشه بین نخبگان در حوزه سلامت نشده بود؛ به طوری که برای مدتی در کنار همه‌گیری کرونا، بسیاری از فعالان و نخبگان این حوزه به شکل مستقیم و غیرمستقیم درگیر موافقت یا مخالفت‌های آشکار و پنهان با این طرح بودند و حتی نهادهایی مانند مجلس شورای اسلامی، شورای عالی انقلاب فرهنگی و صداوسیما که کمتر مسائل و مشکلات ریشه‌ای و کارشناسی نظام سلامت را بررسی می‌کردند، به شکلی کم‌سابقه به مسئله افزایش ظرفیت رشته پزشکی پرداختند.

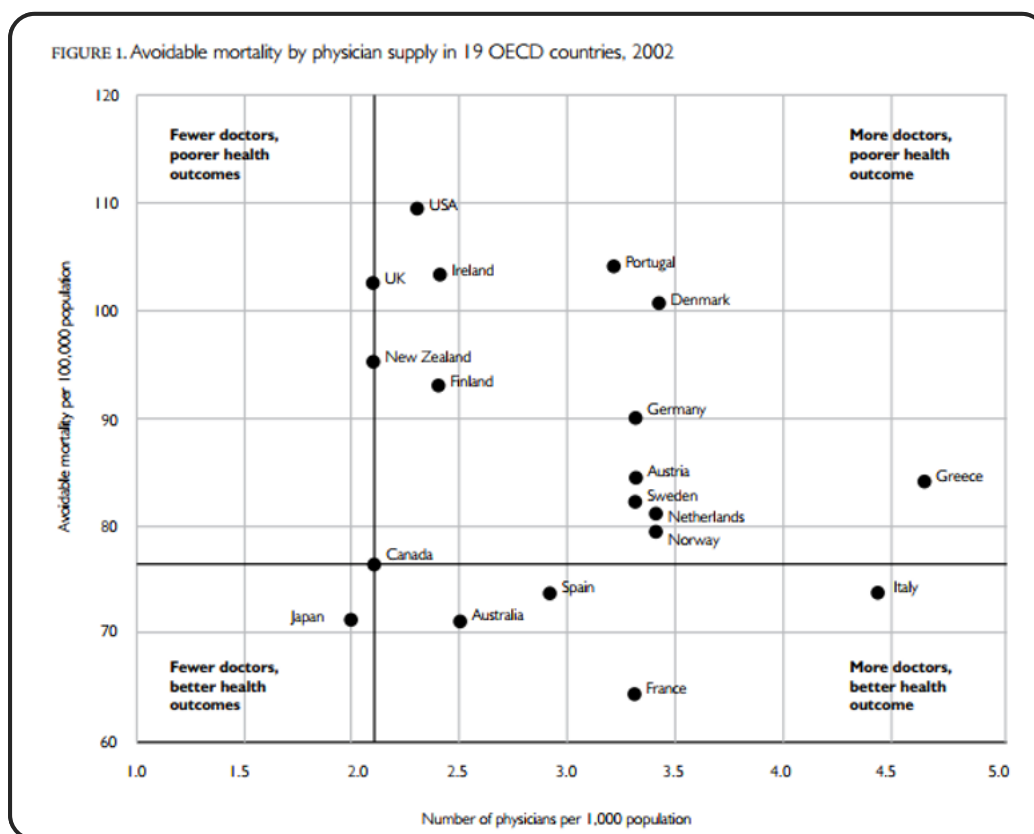
اکنون نزدیک به یک سال است که از تصویب این طرح می‌گذرد و هنوز زمان کافی برای بررسی اثرات آن فرا نرسیده است، اما در این میان بررسی دقیق‌تر تجربیات سایر کشورها در این زمینه می‌تواند جهت ارزیابی یا انجام اصلاحات لازم در این طرح و به صورت کلی‌تر فرایند خط‌مشی‌گذاری کشور مفید باشد.

در این گزارش به مرور مقاله *More Doctors or Better Care?* نوشته دایان واتسون و کیمبرلین مک‌کریل می‌پردازیم.

در ژانویه ۲۰۰۸ انجمن پزشکان کانادا (Canadian Medical Association [CMA]) کمپین «پزشک بیشتر، مراقبت سلامت بیشتر» را با هدف پایان دادن به «کمبود روزافزون پزشک در کانادا» و جلب توجه دولت مرکزی به این امر راه‌اندازی کرد. این اولین بار نبود که ادعا مطرح می‌شد اما اولین بار بود که چنین ادعایی با مقایسه تعداد پزشکان کانادا با سایر کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) طرح می‌شد. طبق نظر CMA، «کانادا ۲۶ هزار پزشک دیگر نیاز داشت تا به میانگین سرانه پزشکان کشورهای OECD برسد». این در حالی است که واتسون و مک‌کریل معتقدند برای رسیدن به یک نظام سلامت کارآمد، قانون توجهات می‌بایست اهداف، شاخص‌ها و پیامدهای مرتبط با سلامت باشد؛ نه تعداد پزشکان کشورهای دیگر.



یکی از این شاخص‌های مهم، شاخص مرگ قابل اجتناب (Avoidable mortality) است. این شاخص به معنی تعداد مرگ‌های زودهنگامی (زیر ۷۵ سال) است که میشد با مداخله به موقع و موثر از بروز آن جلوگیری کرد. مرگ در اثر سرطان‌های قابل درمان، مرگ مادران باردار، عوارض جراحی‌های رایج، صرع و عفونت از جمله این موارد هستند. با بررسی این شاخص و مقایسه آن با سرانه پزشکان در کشورهای OECD رابطه مشخصی یافت نشد، نمودار پراکندگی این یافته‌ها به شکل زیر است:



نمودار پراکندگی مرگ قابل اجتناب نسبت به سرانه پزشکان کشورهای OECD در سال ۲۰۰۲

به نظر می‌رسد افزایش تعداد پزشکان الزاماً به بهبود سطح سلامت مردم کانادا منجر نخواهد شد؛ چرا که در آن سال بسیاری از کشورهای OECD که سرانه پزشک بیشتر یا مساوی کانادا داشتند، شاخص مرگ قابل اجتناب بالاتری نیز داشتند. حتی کشور ژاپن با داشتن کمترین سرانه پزشک در میان کشورهای OECD، بعد از فرانسه بهترین وضعیت را در این شاخص داشت.



در مقاله دیگری نیز با بررسی شاخص‌هایی مانند امیدزندگی، مرگ و میر نوزادان و سال‌های از دست رفته زندگی به دلیل بیماری قلبی در میان کشورهای OECD و مقایسه آن با سرانه پزشکان به نتایج مشابهی رسیدند.

مطالعات مشابه نشان می‌دهند که کشورهایی با سرانه پزشک نزدیک به کانادا، از نظر مدت زمان موردنیاز برای دریافت نوبت پزشک متخصص، مدت زمان ملاقات با پزشک و ارتباط مؤثر پزشک و بیمار تفاوتی با کانادا نداشتند.

حتی کشورهایی با سرانه پزشک یک‌ونیم برابری کانادا (مانند فرانسه، آلمان و هلند) نیز تفاوت محسوسی در شاخص‌های سلامت با کشور کانادا نداشتند.

نویسندگان مقاله ادامه می‌دهند که سرانه پزشک کانادا در ۲۰ سال گذشته (۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹) تقریباً ثابت بوده، اما شاخص‌های ذکر شده مانند مرگ غیرقابل اجتناب کاهش داشته است که این امر نشان‌دهنده امکان بهبود نظام سلامت از طریق راه‌حل‌های دیگر است و «دلیلی ندارد که میلیون‌ها دلار خرج افزایش تعداد پزشکان کانادا شود تا صرفاً به میانگین سرانه کشورهای OECD برسیم».

واتسون با ارجاع به مقاله قبلی خود می‌نویسد مشکلات دیگری در زمینه نیرو انسانی سلامت کانادا وجود دارد که باید به آن پرداخته شود؛ مانند افزایش بازنشستگی پزشکان، تفاوت فشار کاری بین پزشکان جوان و قدیمی، عدم توزیع جغرافیایی صحیح پزشکان و تغییر تقاضای خدمات سلامت در جامعه. هم‌چنین یادآور می‌شود که تاکنون نیز سرمایه‌گذاری‌های خوبی برای افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی انجام شده است؛ به طوری که نرخ پذیرش رشته پزشکی در کانادا از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸، ۵۹ درصد افزایش داشته است. تربیت پزشکان فرایندی زمان‌بر است و اثر این افزایش ظرفیت به‌زودی مشخص خواهد شد. بنا بر مجموع دلایل فوق، نیاز به افزایش بیشتر تعداد پزشکان هم‌چنان محل ابهام است.



با این وجود تعداد پزشکان کانادا از زمان انتشار این مقاله در سال ۲۰۰۹ تا کنون تقریباً به همان میزان پیشنهادی CMA (۲۶ هزار نفر) افزایش داشته است و سرانه آن با میانگین کشورهای OECD برابر شده است. اما باید این افزایش و هزینه‌های متقاعب آن منجر به بهبود وضعیت سلامت این کشور نیز شده است؟  
در مقالات بعد تجربه کشورهایمانند انگلیس، چین، برزیل و اسپانیا را بررسی خواهیم کرد تا دید بهتری نسبت به این موضوع فراهم شود.

### منابع:

1. Watson, Diane E, and Kimberlyn M McGrail. "More doctors or better care?." *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont.) vol. 12,4 (2009): 101-4
2. Or, Z., J. Wang and D. Jamison. 2005. "International Differences in the Impact of Doctors on Health: A multilevel Analysis of OECD Countries." *Journal of Health Economics* 24: 531-60
3. Bindman, A.B., C.B. Forrest, H. Britt, P. Crampton and A. Majeed. 2007 ( June 16). "Diagnostic scope of and Exposure to Primary Care Physicians in Australia, New Zealand, and the United States: Cross sectional Analysis of Results from Three National Surveys." *British Medical Journal* 334(7606): 1261
4. Schoen, C., R. Osborn, S.K. How, M.M. Doty and J. Peugh. 2009 ( January-February). "In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008." *Health Affairs* 28(1): w1-w16
5. Watson, D.E., S. Slade, L. Buske and J. Tepper. 2006. "Intergenerational Differences in Workloads among Primary Care Physicians: A Ten-Year, Population-Based Study." *Health Affairs* 25(6): 1620-28