

ماجرای کمبود پرستاران ابعاد پیچیده‌ای دارد

صف‌سفارت سفیدپوشان را به هم بزنید

فاطمه قدیری خبرنگار

افزایش بی‌مسابقه مهاجرت پرستاران در سال‌های اخیر، زنگ خطری برای نظام درمانی کشور است. نیروی انسانی آموزش‌دیده‌ای که با صرف میلیون‌ها دلار سرمایه ملی تربیت شده‌اند، حالا به دلیل بحران معیشتی، فرسودگی شغلی، بی‌ثباتی قرارداده‌ها و افق نامعلوم شغلی، راهی کشورهای خارجی می‌شوند. درحالی‌که وزارت بهداشت از کاهش نسبی آمار مهاجرت در سال گذشته خبر می‌دهد، وضعیت پرستاران تصویری متفاوت و نگران‌کننده از آینده مراقبت‌های پرستاری در ایران ترسیم می‌کند. بحران خروج پرستستاران از ایران، به‌عنوان یکی از جدی‌ترین چالش‌های نظام سلامت در سال‌های اخیر، اکنون به نقطه‌ای رسیده که دیگر نمی‌توان آن را نادیده گرفت. در سال‌های پایانی دهه ۱۳۹۰ و اوایل دهه ۱۴۰۰، با اوج‌گیری همه‌گیری کرونا، فشار بر مراکز درمانی کشور تشدید شد و در پی آن، انتقادات نسبت به کیفیت مراقبت‌های پرستاری و کمبود نیروی انسانی در بخش‌های حساس مانند ICU و CCU فزونی گرفت. اگرچه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی یک دهه گذشته موفق شده‌اند ظرفیت آموزش پرستاری را به سالانه حدود ۱۰ هزار دانشجو افزایش دهند و ایران را به یکی از پیشگامان تربیت پرستار در منطقه تبدیل کنند، اما آمارها حاکی از آن است که نسبت پرستار به تخت بیمارستانی در ایران همچنان یکی از پایین‌ترین‌ها است. در چنین شرایطی، خروج جمعی پرستاران به خارج از کشور، به‌ویژه در سال‌های اخیر، به بحرانی فراگیر مبدل شده که کیفیت خدمات بهداشتی را به مخاطره انداخته و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی سنگینی را بر نظام سلامت و مردم تحمیل می‌کند.

➡ نمود بحران؛ مروری بر آمار خروج پرستاران

در مقابل پرستاران خسته و فرسوده از کار زیاد، کشورهای پیشرفته با کمبود شدید نیروی پرستاری وجود دارند که برای جبران این خلأ، به جذب پرستاران خارجی روی آورده‌اند. کشورهایی مانند آلمان، کانادا، استرالیا، کشورهای حوزه اسکاندیناوی و اخیراً حتی کشورهای حاشیه خلیج فارس، با تسهیل روند جذب، اعطای اقامت، پرداخت حقوق‌های بالا (گاهی تا ۱۰ برابر حقوق پرستاران در ایران)، فراهم کردن امکانات رفاهی و امنیت شغلی بالا، مقصدی جذاب برای پرستاران ایرانی محسوب می‌شوند. شواهد نشان می‌دهند برخی کشورها فرایند جذب پرستار ایرانی را تنها در چند ماه انجام می‌دهند. حتی برخی مؤسسات کاراییی در تهران، با تبلیغات وسیع و تضمین جذب، پرستاران را تشویق به مهاجرت می‌کنند. پرستارانی که سال‌ها در بخش دولتی ایران با قراردادهای موقت کار کرده‌اند، حالا می‌توانند با دریافت یک پیشنهاد رسمی از بیمارستانی در اروپا، زندگی خود را از نو بسازند. در خرداد ۱۴۰۴، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی اعلام کرد «طی این سال‌ها بیش از ۱۰ هزار نفر از جامعه پزشکی-شامل پزشکان، پرستاران، استادان دانشگاه‌ودانش آموختگان-به‌دلیل مدیریت نامناسب مهاجرت کرده‌اند و سرمایه‌گذاری در تربیت نیروی انسانی به‌هدر رفته است.» این اظهارنظر نشان‌دهنده آن است که موضوع مهاجرت کادر درمانی، تنها مختص پزشکان نبوده و پرستاران نیز بخش بزرگی از این خروج را تشکیل می‌دهند.

بر اساس آخرین آمار رسمی که در خرداد ۱۴۰۴ از سوی رئیس سازمان نظام پرستاری اعلام شد، «سالانه حدود ۱۸۰۰ پرستار تنها از بیمارستان‌های دولتی کشور مهاجرت می‌کنند.» اگر این عدد را در برابر حدود ۱۴۰ هزار پرستار شاغل در بیمارستان‌های دولتی کشور بگذاریم، به معنای خروج سالانه بیش از یک درصد نیروی پرستاری بخش دولتی است؛ در شرایطی که جایگزینی این افراد با دشواری‌های اداری و بودجه‌ای مواجه بوده و نمی‌توان به‌سرعت نیروی جدید جذب کرد.

نکته مهم دیگر، روند تغییرات سالانه خروج پرستاران است. معاون پرستاری وزارت بهداشت، عباس عبادی در خرداد ۱۴۰۴ با اشاره به کاهش محسوس روند مهاجرت در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ گفت: «از شهریور ۱۴۰۳ تا پایان اسفند ۱۴۰۳، روند مهاجرت پرستاران به ترتیب ۴۴، ۵۷، ۴۳ و ۵۴ درصد کاهش یافته و در مجموع سال ۱۴۰۳ مهاجرت پرستاران حدود ۳۵ درصد نسبت به سال قبل کاهش داشته است.» به عبارت دیگر، اگرچه در سال‌های ۱۴۰۰ تا نیمه اول ۱۴۰۳، خروج پرستاران یک روند افزایشی مداوم را تجربه کرد، از نیمه دوم سال ۱۴۰۳ با تغییر سیاست‌گذاری‌های دولت موقت و وزارت بهداشت جدید، این روند معکوس شد.

ماجرای کمبود پرستاران ابعاد پیچیده‌ای دارد



علی عباسی بگلو، معاون اجرایی سابق نظام پرستاری تهران در خصوص علت مهاجرت معکوس پرستاران به «فره‌نخگان» گفت: «برخی از افرادی که پیش‌تر مهاجرت کرده‌بودند، حالا به‌کشور بازگشته‌اند. چون متوجه شده‌اند شرایطی که تصور می‌کردند در کشور‌های اروپایی (به‌ویژه دانمارک) وجود دارد، با واقعیت تفاوت دارد. آن عدالت را برابری که انتظار داشتند، در آن کشورها هم مشاهده نمی‌شود و حتی ممکن است اوضاع در برخی جنبه‌ها بدتر از ایران باشد.» وی بسایان اینکه با این حال، هنوز هم مهاجرت ادامه دارد تصریح کرد: «بسیاری از افراد، به‌ویژه پرستاران همچنان به فکر مهاجرت هستند و مقصد اصلی آن‌ها نیز معمولاً کشور آلمان است. از نظر من وضعیت مهاجرت نسبت به گذشته تغییری نکرده و همان روند قبلی ادامه دارد. بسیاری از همکاران ما همچنان در حال مهاجرت به کشورهای اروپایی هستند و شرایط بهتر نشده است؛ چون وضعیت داخل کشور نیز بهبود نیافته است.»

➡ سه ضلع مثلث بحران

برای درک بهتر چرایی مهاجرت پرستاران ایرانی، باید علل و محرک‌های اصلی را در سه دسته کلان مرور کرد.

رئیس سازمان نظام پرستاری، احمد نجاتیان در خرداد ۱۴۰۴ گفت: «در سال گذشته، معوقات کارانه پرستاران حدود ۹ ماه و معوقات اضافه‌کاری ۵ ماه بود و مبلغ اضافه‌کار نیز ۲۵ هزار تومان در ساعت بود. اکنون، معوقات کارانه‌ه از ۹ مساه به ۶ ماه و معوقات اضافه‌کار از ۵ ماه به ۳ ماه کاهش یافته و سرخ اضافه‌کاری از ۲۵ هزار تومان به حدود ۷۰ هزار تومان افزایش یافته است. همچنین تعرفه خدمات پرستاری از متوسط ۳ تا ۴ میلیون تومان به ۶/۵ تا ۷ میلیون تومان رسیده است.»

با این وجود، همچنان دریافتی یک پرستار شاغل در بیمارستان‌های دولتی بزرگ شهرها (مانند تهران، اصفهان و مشهد) حدود ۳۰ تا ۳۵ میلیون تومان در ماه است؛ رقمی که برای یک خانواده چهار نفره، خصوصاً در شهرهایی با بالاترین هزینه‌های اجاره‌خانه و خوراک، کمتر از حداقل هزینه‌های زندگی می‌باشد(حدود ۴۵ تا ۵۰ میلیون تومان در ماه). علاوه بر این، تأخیرهای ماه‌ها در پرداخت معوقات (اعم از کارانه و اضافه‌کار) باعث شده است پرستاران برای تأمین حداقلی هزینه‌های زندگی، به وام و قرض متوسل شوند یا به کارهای اضافه در مطب‌ها و مراکز خصوصی روی بیاورند. علاوه بر حقوق پایه و کارانه، موضوع «عدم پرداخت ترمیم خدمات پرستاری» نیز گلایه اصلی جامعه پرستاری است. مصوبه به ترمیم خدمات که با پیگیری مجلس و وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲ تصویب شد، هنوز به‌طور کامل اجرایی نشده و پرستاران هنوز موفق به دریافت بخش قابل توجهی از مبلغ مصوب نشده‌اند. این تأخیرهای پی‌درپی در پرداخت، به‌ویژه برای پرستاران جوانی که تازه وارد بازار کار شده‌اند، با پرستارانی که بار خانواده را به دوش دارند، بسرفت معیشتی محسوسی ایجاد کرده و انگیزه ماندن را به سطح پایینی رسانده است.

نکته دیگر، «کیفیت پایین بیمه تکمیلی» است. بسیاری از پرستاران به بیمه تکمیلی کامل دسترسی ندارند یا پوشش هزینه‌های آنان محدودیت‌های

زیادی دارد. درنتیجه، هرگونه ابتلا به بیماری مزمن یا حوادث ناشسی از کار (همچون ابتلا به کرونا در شیفت‌های پرخطر) می‌تواند بار مالی سنگینی برای خود آن‌ها و خانواده‌شان به همراه داشته باشد. وقتی پرستار احساس کند بیمه‌گر حاضر نیست هزینه درمان او را به‌طور کامل پوشش دهد، انگیزه بیشتری برای جست‌وجوی گزینه‌های خارجی پیدا می‌کند؛ چراکه در برخی کشورهای پیشرفته، بیمه‌های پرستاری علاوه بر هزینه‌های درمان، تسهیلاتی مانند وام‌های ضروری، حمایت‌های آموزشی و حمایت اقتصادی از خانواده را نیز پوشش می‌دهند.

در برخی بیمارستان‌ها به دلیل کمبود پرستار، پرستار به‌جای مراقبت از ۵ بیمار، مسئولیت مراقبت از ۱۵ بیمار را برعهده دارد. این حجم کاری نه‌تنها کیفیت مراقبت را پایین می‌آورد، بلکه باعث فرسودگی شدید جسمی و روانی پرستاران می‌شود. استانداردهای جهانی مراقبت پرستاری برای بخش‌های مراقبت ویژه ICU و CCU حدود یک پرستار برسرای هر دو بیمار در هر شیفت است؛ اما در بسیاری از بیمارستان‌های کشور، نسبت یک به پنج یا حتی یک به هشت پرستار به بیمار در برخی شیفت‌ها مشاهده می‌شود. این نسبت غیرمتعارف، ریشه در تصمیم‌های برنامه‌ریزی نادرست، کمبود استخدام جدید و بلا تکلیفی وضعیت قراردادی دارد. به گفته رئیس سازمان نظام پرستاری: «بر اساس برنامه هفتم توسعه، به کارگیری نیروها در وزارت بهداشت منوط به مجوز سازمان اداری و استخدامی و سازمان برنامه و بودجه شده و از سوی دیگر، مجلس دولت را مکلف کرده که در برنامه هفتم، ۱۵ درصد نیروهای خود را کاهش دهد. این نگاه انقباضی به نیروی انسانی حتی حوزه سلامت را نیز دربرگرفته است.»

بنابراین، هرچند ظرفیت آموزش پرستاری ایران به سالانه ۱۲ هزار نفر رسیده، اما در پنج‌سال گذشته وزارت بهداشت کمتر از ۱۰ هزار پرستار جذب کرده و بخش عمده‌ای از این جذب‌ها مربوط به تبدیل وضعیت پرستاران قراردادی و شرکنی بوده است؛ موضوعی که هم امنیت شغلی کمتری برای نیرو ایجاد می‌کند و هم به سبب مزایای حقوقی پایین‌تر، انگیزه ماندگاری را کاهش می‌دهد. فرسودگی شغلی و فشار روانی، بی‌سابقه است. دوره کرونابسیاری از پرستاران بیش از ۱۸۰ تا ۲۰۰ روز مشغول به کار در بخش‌های ویژه مبتلایان به کووید۱۹ بودند و حتی پس از پایان موج‌های همه‌گیری نیز فرصت چندانی برای استراحت و بازیابی نیافتند. این وضعیت باعث شد شاخص‌های سلامت روانی میان پرستاران به‌شدت آسیب ببیند؛ برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند در میان پرستاران شاغل در بخش‌های پرخطر، بیش از ۶۰ درصد موارد افسردگی، اضطراب و خودکشی گزارش شده که بسیار بالاتر از میانگین جمعیت عمومی است. موضوع حائز اهمیت دیگر، «نداشتن مسیر شغلی و توسعه حرفه‌ای» است. درحالی‌که در کشورهای توسعه‌یافته، پرستاران می‌توانند در شاخه‌های تخصصی مختلف (مراقبت‌های ویژه قلب، همودایالیز، پرستاری فوق تخصصی نوزادان، کنترل عفونت و غیره) به‌صورت مداوم ارتقا یابند و در ساختار مدیریتی بیمارستان‌ها جایگاه پیدا کنند، نظام مشاغل پرستاری در ایران فاقد مسیر شغلی روشن و شفاف است. این بدان معناست که بسیاری از پرستاران جوان، پس از چند سال خدمت در بخش‌های معمولی بیمارستان،

چشم‌انداز مشخصی برای ارتقای حرفه‌ای و افزایش درآم‌د ندارند و احساس می‌کنند استعدادی که برای آموزش گذرانده‌اند، هیچ‌گاه شکوفا نخواهد شد.

➡ جذابیت فرصت‌های خارجی ر‌ویای درآمد و حمایتی پایدار

عامل سوم مهاجرت پرستاران، «جذابیت بازار کار خارجی» است. طی سال‌های اخیر، کشورهای اسکاندیناوی مانند دانمارک و سوئد به‌دلیل کمبود شدید نیروی پرستاری و سیاست‌های حمایتی دولت‌های خود، بسته‌های ویژه‌ای برای جذب پرستاران از کشورهای در حال توسعه ارائه کرده‌اند. در دانمارک، به‌عنوان مثال، یک پرستار متخصص می‌تواند پس از طی مراحل معادل‌سازی مدارک و آزمون زبان B۲ و C۱ در آلمان یا دانمارک، تا حدود ۳۵ تا ۵۰ یورو در ساعت حقوق دریافت کند. در کنار آن، امکان استفاده از بیمه رایگان دولتی و تحصیل رایگان فرزندان، یکی از محرک‌های اصلی مهاجرت به این کشورها است.

کشورهای خلیج فارس مانند قطر، امارات و عربستان سعودی نیز به‌دنبال جذب پرستاران ایرانی هستند. حقوق پایه در بیمارستان‌های خصوصی این کشورها معمولاً دو تا سه برابر حقوق جاری در ایران است و علاوه بر آن، مزایایی مانند اسکان رایگان، بیمه تکمیلی کامل، بلیت رفت‌وبرگشت به‌وطن و ارسال بار تا سقف معین نیز برای مهاجران در نظر گرفته می‌شود. اگرچه در برخی موارد هزینه زندگی در کشورهای خلیج فارس بالا است، اما بسته‌های حمایتی مانند اسکان رایگان و ویزای همراه خانواده آن‌قدر وسوسه‌برانگیز است که بسیاری از پرستاران حاضرند حتی با مشکلات مطابقت مدرک و آزمون‌های حرفه‌ای کنار بیایند.

این چشم‌انداز خارجی در ذهن بسیاری از پرستاران ایرانی باعث ایجاد «تصور تضمین حداقلی معیشت» شده است، به‌طوری‌که حتی در مواردی پرستار معتقد است اگرچه مسیر طولانی در آزمون زبان و معادل‌سازی مدارک دارد، اما درنهایت در مسال اول می‌تواند به‌صورت خدماتی مشغول به کار شود و دست‌کم در شرایطی قرار گیرد که نگران هزینه درمان، تحصیل فرزند و اجاره‌خانه نباشد.

➡ هزینه‌های اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم

تربیت یک پرستار از مقطع کارشناسی تا تخصصی، بسته به رشته و دانشگاه، دست‌کم بین ۲۰ تا ۳۰ هزار دلار هزینه مستقیم برای دولت دارد. وقتی یک پرستار مهاجرت می‌کند، تمام این سرمایه‌گذاری هدر رفته تلقی می‌شود. اگر در پنج سال گذشته فقط ۳ هزار پرستار به دانمارک رفته باشند، این یعنی حدود ۹۰ تا ۶۰ میلیون دلار بودجه صرف تربیت آنان شده، اما منفعت آن به کشور بازنگشته است. افزون بر این، خروج این پرستاران، بیمارستان‌ها را مجبور می‌کند برای جایگزینی نیروهای جدید، بیش از حد هزینه‌های جذب، تبدیل وضعیت و استخدام شرکتی را بپردازند که معمولاً دستمزد بیشتری از پرستاران رسمی دریافت می‌کنند.

➡ شعار بسی است، اقدام کنید

با مرور مسیر پریچ وخم پرستاری در ایران، از کلاس‌های درس تا سالن‌های بیمارستان و درنهایت صف سفارت‌ها، آنچه بیش از همه نمایان می‌شود، فقدان یک نظم عقلانی در سیاست‌گذاری منابع انسانی نظام سلامت است؛ نظمی که بتواند میان آرمان‌گرایی حرفه‌ای، نیازهای اقتصادی، کرامت شغلی و اقتضانات جمعیتی کشور توازن ایجاد کند. مهاجرت پرستاران نه یک خیانت ملی است، نه افتخاری فردی؛ بلکه نشانه‌ای است از چالشی ساختاری که دیر یا زود، خود را در قلب نظام سلامت و در بستر بیمارستان‌ها نشان خواهد داد. مهاجرت کادر در مان یک بحران جاری است؛ بحرانی که اگرچه امروز بیشتر در آمارها و آگهی‌های جلب نیرو در کشورهای دیگر نمود دارد، فردا ممکن است در شکل خالی ماندن تخت‌ها، طولانی‌شدن صف‌های درمان و کاهش کیفیت مراقبت‌های حیاتی، رخ‌نمایی کند. این تصویر نه‌نیازمند پند است و نه دعوت، بلکه با توجه به عمق فاجعه، انتظار می‌رود مسئولان وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه و نهادهای بالادستی، به‌جای صدور بیانیه و وعده‌های بی‌پشتوانه، برنامه‌ای عملیاتی برای نگه‌داشت پرستاران تدوین کنند. تأمین بودجه پایدار برای استخدام رسمی، ارتقای مزایا و معوقات، بازنگری در ساختار نظام پرستاری و تعریف مسیر شغلی روشن، نخستین گام‌ها برای بهبود وضعیت است.

تجربه‌های دهه ۶۰ و طرح مسکن مهر نشان داده‌اند بدون مسکن مقرون به‌صرفه، طرح‌های ازدواج و فرزندآوری چندان موفق نخواهد بود

آیا واگذاری زمین حلقه مفقوده سیاست‌های جمعیتی است؟

است، به‌ویژه آنکه آمار زادوولد در کشور به زیر یک میلیون تولد در سال رسیده، که در ۶۰ سال گذشته بی‌سابقه بوده است. این کاهش شدید در عرضه زمین، نشان‌دهنده اختلال در اجرای سیاست‌های جمعیتی است و اگر این روند در سال ۱۴۰۴ ادامه یابد، کشور به سمت پیروی جمعیت حرکت خواهد کرد که مشکلات اقتصادی و اجتماعی متعددی را به دنبال خواهد داشت.»

ایلاتی با انتقاد از برخورد‌های سیاسی با موضوع واگذاری زمین، توضیح داد: «نگاه برخی مدیران به این سیاست به‌عنوان میراث دولت‌های قبلی، باعث شده که عرضه زمین به‌صورت اصولی دنبال نشود. درحالی‌که این موضوع باید به‌عنوان یک سیاست ملی و پایدار فارغ از تغییرات دولت‌ها پیگیری شده تا اعتماد عمومی به برنامه‌های مسکن تقویت شود.»

➡ ناکارآمدی در اجرای وعده‌های مسکن

وی گفت: «اجرای وعده‌های مسئولان در زمینه تأمین زمین و مسکن، طی سال‌های گذشته به‌صورت سینوسی و ناپایسته بوده است، به‌طوری‌که برخی دولت‌ها با ساخت میلیون‌ها واحد مسکونی، مانند طرح مسکن مهر، گام‌های مؤثری برداشتند، اما در دوره‌های بعدی این اقدامات متوقف شد و حتی مورد انتقاد قرار گرفت.»

وی اظهار داشت: «این حرکات سینوسی اعتماد مردم به سیاست‌های مسکن را کاهش داده است. زیرا زوج‌های جوان نمی‌توانند به وجود یک برنامه ملی و مداوم برای تأمین مسکن اطمینان داشته باشند. نهضت ملی مسکن که با هدف ادامه‌دار کردن عرضه مسکن آغاز شد، در دوره وزیر رفاه و شهرسازی با کندی مواجه شده و این عدم ثبات، برنامه‌ریزی زوج‌های جوان برای ازدواج و فرزندآوری را مختل کرده است. دولت باید با ایجاد یک برنامه ملی پایدار، فارغ از تغییرات سیاسی، اطمینان خاطر را به مردم بازگرداند تا بتوانند با اعتماد به سیاست‌های مسکن، برای آینده خود برنامه‌ریزی کنند.»

جهش تولید مسکن، به‌دنبال احیای این رویکرد هستند تا با عرضه زمین، امکان خاند‌ار شدن برای زوج‌های جوان فراهم شود.» وی تأکید کرد که این اسناد، با پیش‌بینی‌های مشخص برای واگذاری زمین، نشان‌دهنده درک اهمیت این موضوع در تحقق اهداف جمعیتی هستند، اما اجرای این سیاست‌ها با چالش‌های جدی مواجه شده است.

➡ تأیید تجربه بر مؤثر بودن سیاست‌های واگذاری زمین

این کارشناس گفت: «تجربیات تاریخی نشان می‌دهد که سیاست‌های مؤثر در تأمین مسکن، تأثیر سریعی بر افزایش نرخ ازدواج وزادوولد داشته‌اند، به‌گونه‌ای که در دوره زمانی، یعنی اوایل دهه ۶۰ با اجرای قانون زمین شهری و دوره اجرای طرح مسکن مهر، شاهد افزایش معنادار این شاخص‌ها بوده‌ایم.» ایلاتی در این خصوص اظهار داشت: «این همبستگی بالا نشان‌دهنده نقش محوری مسکن در تصمیم‌گیری زوج‌های جوان برای تشکیل خانواده است، زیرا دسترسی به مسکن مقرون به‌صرفه، فشار اقتصادی بر خانواده‌ها را کاهش می‌دهد و انگیزه آن‌ها را برای ازدواج و فرزندآوری افزایش می‌دهد که این اثرگذاری سریع، ضرورت برنامه‌ریزی مشخص و مداوم برای عرضه زمین را برجسته می‌کند. زیرا بدون چنین زیرساختی، سیاست‌های جمعیتی نمی‌توانند به اهداف موردنظر دست یابند. اگر دولت به‌طور جدی به‌دنبال جوانی جمعیت است، باید از ظرفیت زمین به‌عنوان یک ابزار مؤثر استفاده و مسیرهای موفق گذشته را تکرار کند.»

➡ اختلال در سیاست‌های جمعیتی به‌دلیل کاهش واگذاری زمین

وی گفت: «کاهش چشمگیر واگذاری زمین در سال ۱۴۰۳، به‌عنوان یکی از موانع اصلی تحقق سیاست‌های جمعیتی، نگرانی‌های جدی را به همراه داشته

زهرا نسربین فرد پژوهشگر اجتماعی

تأمین زمین و مسکن به‌عنوان یکی از ارکان اصلی سیاست‌های جمعیتی کشور، نقش تعیین‌کننده در افزایش نرخ ازدواج و زادوولد ایفا می‌کند، زیرا دسترسی به مسکن مقرون به‌صرفه، به دنبال اقتصادی و روانی لازم را برای زوج‌های جوان فراهم می‌سازد تا اطمینان بیشتری به تشکیل خانواده و فرزندآوری اقدام کنند. با این حال، کاهش چشمگیر واگذاری زمین در سال‌های اخیر، به‌ویژه در سال ۱۴۰۳، نگرانی‌هایی را درباره تحقق اهداف جمعیتی ایجاد کرده است. طبق اعلام رسمی مرضیه وحیددستجردی، دبیر ستاد ملی جمعیت واگذاری زمین از ۷ هزار قطعه زمین در سال ۱۴۰۲ به ۱۶ هزار قطعه کاهش یافته است. فرشید ایلاتی، کارشناس مسکن در گفت‌وگو با «فره‌نخگان»، با اشاره به اسناد بالادستی و تجربیات گذشته بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های عرضه زمین تأکید کرد و موانع ساختاری و مدیریتی در این حوزه را مورد انتقاد قرار داد.

➡ نقش کلیدی زمین درسیاست‌های جوانی جمعیت

فرشید ایلاتی در خصوص جایگاه زمین و مسکن در اسناد بالادستی، گفت: «در اسناد بالادستی کشور، از جمله قانون جهش تولید مسکن و برنامه هفتم توسعه، تأمین زمین به‌عنوان یکی از ابزارهای کلیدی برای حمایت از سیاست‌های جمعیتی مورد تأکید قرار گرفته است، به‌طوری‌که این اسناد صراحتاً بر لزوم واگذاری زمین به مردم برای تسهیل خاند‌ار شدن و افزایش نرخ زادوولد تأکید دارند.»

وی افزود: «قانون زمین شهری در دهه ۶۰ نمونه‌ای موفق از این سیاست بود که با واگذاری گسترده زمین، زمینه‌ساز افزایش نرخ ازدواج و فرزندآوری شد، اما این روند در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ متوقف شد و اکنون قوانین جدید، مانند قانون