

## نظری کوتاه بر مسائل درمانی فعلی

محمد رضا بهادری \*

مقدمه:

- خدمات درمانی و بهداشتی و مشکلات آنها موضوعی است که سالیان دراز مورد بررسی و توجه جامعه پزشکی کشور بوده است. تنگناها و نارسائی‌هایی که در این باره وجود دارد ناشی از عوامل متعدد است که از جمله باید به نکات زیر توجه داشت.
- ۱- متعدد بودن تشکیلات ارائه دهنده خدمات درمانی و ناهم‌آهنگی تشکیلات با یکدیگر.
  - ۲- منفک بودن خدمات بهداشتی از درمانی، خصوصاً توجه کمتر به مسائل بهداشتی کشور.
  - ۳- استفاده از تکنولوژی‌های جدید در خدمات پزشکی ملی و گرانی هزینه درمانی.
  - ۴- آگاهی بیشتر توده مردم به امور بهداشتی و درمانی و فزونی سطح توقعات و انتظارات مردم نسبت به این دو امر.

\* \* \*

این عوامل منفرداً و مجموعاً سبب شده است که مسائل درمانی روز بروز پیچیده‌تر و حل آن مشکل‌تر گردد و در رأس آنها باید به سه نکته بسیار مهم زیر نیز توجه داشت:

- نکته اول: کمبود و نقائص نحوه توزیع نیروی انسانی پزشکی موجود در سطح کشور.
- نکته دوم: کمبود امکانات و مراکز درمانی در سطح کشور.
- نکته سوم: افزایش هزینه درمان و نارسائی‌ها و ناهم‌آهنگی‌ها در سیستم‌های خدمات درمانی.

### تجزیه و تحلیل

#### ۱- کمبود نیروی انسانی پزشکی در ایران

موضوع کمبود نیروی انسانی پزشکی مسئله جدیدی نیست، گرچه وضع فعلی تا حدودی بهتر از سال‌های گذشته می‌باشد، معذالک با توجه به رشد جمعیت، پیشرفت‌های نسبی تکنولوژی، افزایش نیازمندی‌های پزشکی و توجه بیشتر مردم به مسائل بهداشتی و درمانی این کمبود را بحد چشمگیری نمایان ساخته است. بررسی این موضوع را قاعدتاً باید از سه نظر مورد مطالعه قرار داد.

الف - جنبه کمی ب - جنبه کیفی پ - جنبه توزیعی

الف - جنبه کمی - جمع پزشکان ایرانی و خارجی بر طبق آمارهای نظام پزشکی کمتر از ۱۷۰۰۰ تن است که ۱۴۷۰۰ تن آنها پزشکان ایرانی و کمی بیش از ۲ هزار تن پزشکان خارجی می‌باشند. نگاهی به جدول شماره یک مستخرج از نشریه شماره ۸ آماری نظام پزشکی وضعیت نسبی پزشکان را نشان می‌دهد. اگر مطابق معیارهای بین‌المللی برای هر ۱۰۰۰ تن جمعیت یک پزشک مورد لزوم باشد در این صورت در سال ۱۳۵۷ که جمعیت ایران بالغ بر سی و پنج میلیون تن تخمین زده می‌شود سی و پنج هزار طبیب مورد نیاز است که با توجه به ۱۷۰۰۰ تن رقم موجود، اعم از پزشکان ایرانی و خارجی، در این سال کمتر از ۵۰ درصد پزشک مورد احتیاج در کشور موجود است. با یک نظر سطحی به تعداد کل پزشکان دیده می‌شود که در مقابل هر ۲۱۸۰ تن جمعیت یک پزشک (ایرانی، خارجی) وجود دارد و اگر رشد جمعیت در ایران ۳ درصد در سال باشد سالانه در حدود کمی بیش از یک میلیون تن بر جمعیت ایران افزوده می‌شود که خود نیاز به ۱۰۰۰ تن پزشک در سال خواهد داشت. بنابراین علاوه بر آنکه نخواهیم توانست کمبودهای فعلی پزشک را جبران کنیم احتمالاً کمبودها بیشتر خواهد شد، گرچه در طی دو سال گذشته به این نکته توجه شده و بر تعداد و ظرفیت دانشکده‌هایی که تولید آنها سالها کمتر از ۷۰۰ تن بوده است، افزایش سریع داده شد و به دو برابر رسانیده شده است.

\* سازمان نظام پزشکی مرکزی

همانطور که در این جدول دیده میشود در دو سال گذشته تعداد دانشکده‌های طب زیاد شده و در استانهای مختلف گسترش یافته است، بطوریکه انتظار میرود در پایان سال ۱۳۶۱ در حدود ۱۵۰۰ پزشک در سال فارغ التحصیل داشته باشیم که البته اگر این رقم به همین حد ثابت بماند کافی نخواهد بود و انتظار میرود که دانشکده‌های پزشکی بر تعداد پذیرفته شدگان بیافزایند تا آنکه به رقم متعارفی برسند که هم کمبود فعلی را جبران نمایند و هم تناسب بارشد جمعیت، طیب تربیت شده باشد. کمبود تنها منحصر به پزشک نیست و همانطور که در جدول شماره ۱ دیده میشود این مسئله در مورد دندانپزشکان و وابستگان پزشکی بر مراتب حادثتر است. مطابق معیارهای بین‌المللی برای ۳۵ میلیون تن جمعیت، حدود ۱۳۰۰۰۰ پرستار و بهیار نیاز داریم حال آنکه در حال حاضر تعداد پرستارها کمتر از ۶ هزار و جمع پرستار و بهیار کمتر از ۲۰ هزار تن میباشد.

ب - جنبه کیفی - به علت نبودن سیستم درمانی هم‌آهنگ در کشور کیفیت درمانی در حد مطلوب نیست و این امر بیشتر ناشی از عدم هماهنگی بین سازمانهای ارائه دهنده خدمات میباشد که سبب گردیده است که بیماران برای درمان در حد مطلوب خود دچار شک و تردید شوند. احياناً عده زیادی از آنها از سیستم درمانی منطبق به میل خویش ناراضی بوده به سیستم دیگری مراجعه می‌نمایند و یا آنکه مداوا در خارج از ایران را ترجیح میدهند، گرچه مدارک مسلم وجود دارد که خدمات درمانی ارائه شده در خارج نه تنها از نظر کیفیت از درمان در داخل کشور بهتر نیست بلکه در بعضی از موارد علاوه بر اتلاف وقت و مال زیانهای بسیار در برداشته است. علاوه بر مشکلات بالا از نظر کیفی، مشکل دیگر استفاده از خدمات درمان در حد تخصصی است که نیازی به آن وجود ندارد. به دلیل عدم اطلاع یا ارشاد صحیح، اغلب بیماران یا کسان آنها برای بیماریهای عادی مستقیماً به افراد متخصص مراجعه مینمایند و این خود لطمات زیاد به خدمات درمانی عمومی وارد می‌آورد.

این تخصص‌گرایی نه تنها در میان بیماران دیده میشود بلکه سبب شده است که پزشکان نیز تمایل شدیدی به کسب تخصص پیدا نمایند بطوریکه نسبت منطقی بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص را بهم زده است. جدول ۲ مستخرج از نشریه شماره ۸ آماری نظام پزشکی تعداد پزشکان عمومی و متخصص و نحوه توزیع آنان را در کشور نشان میدهد.

پ - جنبه توزیعی - مشکلترین مسئله خدمات درمانی نارسائی توزیع نیروی انسانی پزشکی در سطح کشور میباشد. تهران با داشتن تقریباً ۱۰ درصد جمعیت کشور نزدیک ۵۰ درصد پزشکان کل کشور و ۷۰ درصد از متخصصین را جذب کرده است. در سطح کشور نسبت جمعیت به پزشک ایرانی و خارجی ۲۱۸۰ تن است ولی به شهرهایی برخورد میکنیم که هر کدام برای هر ۸ تا ۱۰ هزار تن یک پزشک وجود دارد.

در طی سال گذشته ۱۲۷۲ تن پزشک فارغ التحصیل دانشکده‌های طب داخل و خارج کشور به عده پزشکان سال گذشته افزوده شده‌اند. از تعداد فارغ التحصیلان خارج عده‌ای که تحصیلات پزشکی را به پایان رسانیده و به ایران مراجعت کرده‌اند، بالغ بر ۲۸۳ تن میباشد که از امریکا ۱۲۲ تن، آلمان ۵۳، انگلستان ۳۰ تن و بقیه از سایر کشورها بوده‌اند در نتیجه معادل ۲۲٪ کل پزشکانی که در داخل کشور در طی سال ۱۳۵۷ فارغ التحصیل شده‌اند در این سال از خارج به ایران آمده و از تعداد پزشکانی که از خارج به ایران مراجعت کرده‌اند ۷۶ درصد آنها در تهران سکونت اختیار کرده‌اند.

### ۳- کمبود امکانات درمانی

بر اساس آخرین آمار نظام پزشکی در سال ۱۳۵۷، تعداد ۵۴۷ بیمارستان با ظرفیت ۵۶ هزار تخت در کشور موجود است که از این تعداد ۵۰ بیمارستان با ظرفیت ۸۶۴۹ تخت مخصوص بیماران روانی، اعصاب، معناتین، معلولین مجذومین، سرطان و مسلولین میباشد. در نتیجه ۴۹۷ بیمارستان با ۴۷۳۵۱ تخت مخصوص سایر بیماران است. از ۴۹۷ بیمارستان با ظرفیت ۴۷۳۵۱ تخت، ۱۳۵ بیمارستان با ظرفیت ۹۲۸۹ تخت متعلق به بخش خصوصی، ۳۶۲ بیمارستان با ظرفیت ۳۸۰۷۲ تخت متعلق به بخش عمومی است.

### بموجب آخرین آمار:

نسبت جمعیت به یک تخت فعال در کل کشور ۷۱۸ تن و در تهران ۲۸۲ تن است.  
 نسبت جمعیت به یک تخت فعال در بخش خصوصی کل کشور ۳۶۱۷ تن و در تهران ۱۰۲۸ تن است.  
 نسبت جمعیت به یک تخت فعال در بخش عمومی کل کشور ۸۸۲ تن و در تهران ۳۸۳ تن است.  
 از مجموع تخت‌خواه‌های بخش خصوصی ۴۸٪ آنها در تهران و از مجموع تخت‌خواه‌های بخش عمومی ۳۱٪ در تهران است.  
 از مجموع تخت‌خواه‌های فعال کشور ۳۱٫۵ درصد متعلق به شیر و خورشید سرخ، ۱۷٫۲ درصد متعلق به بهداری و بهزیستی،

۱۱-۵ درصد متعلق به سایر سازمانهای خیریه دولتی، ۱۹٫۶ درصد متعلق به بخش خصوصی، ۲۰٫۲ درصد متعلق به دانشگاهها میباشد. اگر با استاندارد ممالک مرفقی برای ۱۰۰ تن يك تخت خواب لازم باشد ۳۰۰ هزار تخت در کشور مورد نیاز است در حالی که فقط کمی بیش از ۱۰ درصد این حد تخت وجود دارد و تعداد ۳۱ شهرستان هنوز فاقد بیمارستان و حتی يك تخت میباشد که جمعیت این شهرستانها بین ۴۷٫۰۰۰ الی ۱۵۶٫۰۰۰ تن است. اما روند افزایش تخت نسبت به سال ۱۳۵۶، ۳٫۸ درصد، میباشد.

هزینه درمان بسیار افزایش یافته است، هزینهها و سرمایه گذاری دولت در طی ۱۰ سال (۱۳۴۵ تا ۱۳۵۵) حدود ۱۶۵ درصد افزایش و بودجه درمان و بهداشت در طی همان ۱۰ سال ۱۲ برابر شده است معذالك بر تعداد تخت خواب بیمارستانها و امکانات دیگر چندان افزوده نشده است.

در مجموع باید گفته شود که امکانات درمانی بمرا تپ کمتر از نیروی انسانی است و پراکندگی این امکانات نیز مغشوش است که مهمترین آن نبودن وسایل درمان در بیشتر شهرها و حتی استانها است. نکته جالب توجه آنکه وجود اکثریت پزشکان و متخصصان و امکانات درمانی در شهر تهران سبب مهاجرت عده کثیری از روستائیان نقاط مختلف کشور و اهالی شهرستانهای مختلف به شهر تهران میشود و این موضوع نه تنها از نظر اقتصاد پزشکی نارساست و مخارج زیاد به بیمار تحمیل میشود بلکه از سایر جهات اقتصادی نیز منشأ نابسامانیهای دیگری است چه از یکطرف سبب افزایش جمعیت در شهر تهران و پیش آمدن مسائل اجتماعی ناشی از آن و از طرف دیگر موجب کمبودها در روستاها میشود و نقصان کشت و تولید را فراهم میآورد.

### ۳- افزایش هزینههای درمانی

مشکل دیگر در مسائل درمانی هزینههای سنگین خدمات پزشکی است که متأسفانه در سالهای اخیر به حد چشمگیری بالا رفته است. این افزایش هزینه قسمتی تحت تأثیر افزایش هزینه زندگی است از قبیل ترقی قیمت وسائل و حقوق کارکنان خدمات درمانی و داروهای گران قیمت متنوع و وسایل جدید پزشکی و گرانی سرسام آور آنها و بخصوص توجه به لوکس گرایی است و این موجبات هزینه تخت بیمارستانی را بسیار بالا برده است. ایران بازار کلیه داروهای موجود در جهان صنعتی و وارد کننده اکثریت تجهیزات پزشکی است. باید به هزینههای عادی تخت روز بیمارستانها ارقام هزینههای سنگین آزمایشگاهی، رادیولوژی، خدمات مشاوره ای و غیره را اضافه کرد تا آنجا که تأمین هزینه درمان خارج از حد درآمد بسیاری از بیماران است. در این قسمت به مسائل دیگری از جمله استفاده از وسایل تکنیکی خارجی باید توجه داشت. اغلب بعلت نبودن تکنیسین برای استفاده صحیح از وسایل مزبور عمر فعال این وسایل نسبتاً کوتاه میباشد و این امر در مؤسسات درمانی مشهود است و حال آنکه هزینه تهیه آنها بسیار سنگین است. به این مشکلات مشکل دیگری باید اضافه کرد و آن همانطور که گفته شد متعدد بودن سازمانهای خدمت دهنده میباشد، بطور مثال برای استفاده از خدمات شبکه درمان بر حسب بررسی انجام شده، در اواخر سال ۱۳۵۷ لااقل چهار نوع شبکه خدمات درمانی اولیه وجود دارد که به ترتیب بهورز و ایجاد شبکه مبادرت ورزیدند که عبارتند از شبکههای خدمات درمانی وزارت بهداشتی، شیر و خورشید سرخ، سازمان ملی خدمات اجتماعی و شبکه خدمات درمانی که بوسیله دانشگاه شیراز دائر گردیده است. نکته مهم آن این است که هیچیک از این شبکهها با هم همکاری نداشته و حتی برنامه ریزی آنها با هم تطبیق نداشته است.

### راه حل های اجمالی

اکنون که به کمبودها و نارسائیهای کمی و کیفی توجه شده است به نظر میرسد که برای رفع این مشکلات راه حل های زیادی در دست نباشد جز آنکه به نکات زیر باید توجه شود:

۱- ایجاد نظام هماهنگ خدمات درمانی و بهداشتی.

کلیه سازمانهای درمانی بجز سازمانهای پزشکی وابسته بدانگاهها که از لحاظ آموزشی وضعی خاص دارند باید در تحت پوشش واحدی قرار گیرند در اینصورت میتوان امیدوار بود که مشکلات متنوع بودن سیستمهای خدماتی از بین برود و در این راه لازم است که کلیه سازمانها، خدمات پزشکی را هم آهنگ عرضه نمایند و این سازمانها از نظر اداری، مالی، سازمانی در يك نظام بهم پیوسته و مرتبط قرار گیرد و از دوباره کاریها جلوگیری شود و امکان عرضه خدمات برای افراد جامعه بطور یکسان فراهم آید.

۲- امکان استفاده عموم مردم از کلیه خدمات درمانی و بهداشتی

از آنجا که بهداشت و تندرستی حق کلیه افراد مملکت است میبایست امکانات درمانی و بهداشتی برای عموم مردم یکسان فراهم گردد، بدون توجه به وضع مالی، محل سکونت، نوع شغل، روش زندگی و از این نظر سیستم بیمه یا هر نوع خدمات دیگر به کل افراد مملکت تسری یابد و حتی المقدور این گونه خدمات برای افراد کم درآمد رایگان باشد و از طریق بودجه عمومی هزینه‌های درمانی و بهداشتی آنان تأمین گردد. مسلم است که بموازات بیمه کردن مردم باید امکانات درمانی فراهم آید و با توجه به امکانات مردم بیمه شوند.

۳- هماهنگ کردن نیروی انسانی پزشکی با نیازهای خدمات بهداشتی و درمانی.

به منظور هماهنگی محتوای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی با نیازهای شبکه‌های خدمات درمانی و بهداشتی کشور بایستی بین مؤسسات آموزش دهنده و سازمانهای عرضه کننده خدمات ارتباط و نزدیکی بیشتری برقرار گردد و خصوصاً دانشکده‌های پزشکی و دانشکده‌های دیگری که عهده دار تربیت نیروی انسانی پزشکی هستند در ارتباط نزدیک با سازمانهای درمانی کشور بوده مشترکاً در حل مشکل درمان اشتراك مساعی نمایند و به همین لحاظ تعداد دانشجویان پزشکی و سایر کادر درمانی و بهداشتی باید متناسب با نیازهای کشور باشد. مثلاً تعداد دانشجویان پزشکی همانطور که در سال گذشته افزایش چشمگیر داشته‌است این افزایش در حد وسیعتری ادامه یابد. به برنامه تربیت بهورز یا بهداشت یار مطابق آنچه که در شبکه رضائیه انجام گرفته است و یا در شبکه فارس بمرحله اجرا درآمده‌است توجه بیشتری معطوف گردد. این برنامه بصورت هماهنگ و با ضوابط مشخص تحت نظر سازمانهای آموزشی پزشکی منطقه اجرا شود.

۴- در توزیع پزشکان با توجه به خود مختاری منطقه‌ای امکانات وسیع در اختیار مناطق گذاشته شود تا قدرت جذب کادر درمانی و بهداشتی آنها زیاد و از این نظر به مناطق محروم اولویت‌های خاص داده شود.

۵- به منظور افزایش کارایی نیروی انسانی پزشکی در واحدهای درمانی و بهداشتی بایستی با توجه به نیازهای رفاهی این افراد اقدامات وسیعی انجام گردد و حتی المقدور این کادرها را در خدمات تخصصی خود مورد استفاده قرار داد و راه ترقی را در همان خدمات برای آنها فراهم نمود.

۶- بهبود مدیریت در اجرای سیاست‌های عدم تمرکز و تشویق مردم به ایجاد واحدهای درمانی و واگذاری اختیارات و مسئولیت در تمام زمینه‌ها به سازمانهای منطقه‌ای در امور درمان و بهداشت مربوط به دولت و واگذاری اختیارات و تأمین مشارکت مدیران و کارشناسان واحدهای عرضه کننده خدمات بهداشتی، درمانی، در مراحل مختلف برنامه ریزی و اجرایی در قالب سیاست‌های کلی. در صورتیکه نظرها و خواسته‌های مردم در کلیه مراحل برنامه ریزی و اجرایی مورد توجه قرار گیرد و مشارکت آنها در تصمیم گیری تأمین گردد در این صورت به توفیق برنامه‌های بهداشتی و درمانی میتوان اطمینان پیدا کرد.

۷- هماهنگی گسترش خدمات بهداشتی و درمانی با سایر برنامه‌های منطقه

با توجه به اینکه تأمین زندگی سالم که هدف نهایی خدمات بهداشتی و درمانی است تحت تأثیر عوامل مختلف اقتصادی و اجتماعی میباشد، تأمین سلامت مردم، تأمین آموزش مردم، ازدیاد قدرت خرید، تأمین آب سالم، محیط زیست مطلوب تنها به کمک خدمات بهداشتی مقدور نیست و لزوماً برنامه‌های بهداشتی و درمانی با دیگر برنامه‌های رفاهی و اقتصادی مناطق باید تطبیق گردد.

## منابع و مآخذ

- ۱- نشریه آماری شماره ۸ پزشکان و دندانپزشکان کشور - نظام پزشکی - مرداد سال ۱۳۵۷
- ۲- نشریه آماری شماره ۳ مؤسسات پزشکی - نظام پزشکی - مرداد سال ۱۳۵۷
- ۳- آمار آموزش عالی مؤسسه تحقیقات و برنامه ریزی وزارت علوم و آموزش عالی - سال ۱۳۵۷
- ۴- کتاب آموزش عالی شماره ۲ - سازمان سنجش و آموزش کشور - سال ۱۳۵۶
- ۵- بهداشت و درمان در برنامه عمران ششم کشور - بهمن ماه سال ۱۳۵۵
- ۶- نظام پزشکی و مسائل درمان کشور - فروردین ماه سال ۱۳۵۶

جدول شماره ۱- آمار تعداد کل نیروی انسانی - دانشجویان - فارغ التحصیلان - پذیرفته شدگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در چهار سال اخیر از سال ۱۳۵۳ تا مرداد ماه سال ۱۳۵۷ و مقایسه پذیرفته شدگان با سال ۵۷ تا سال ۵۳ و فراوانی دانشکده‌های مربوطه به رشته‌ها

رشته‌ها	تعداد کل نیروی انسانی		تعداد فارغ التحصیلان						تعداد پذیرفته شدگان						مقایسه پذیرفته‌فراوانی و دوره تحصیلی
	سال	تعداد کل نیروی انسانی	۱۳۵۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	
پزشکی	۱۳۵۳	۱۳۵۴	۱۳۵۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	نسبت به سال ۵۳
	۱۳۴۳	۱۳۴۴	۱۳۴۵	۱۳۴۴	۱۳۴۳	۱۳۴۲	۱۳۴۱	۱۳۴۰	۱۳۳۹	۱۳۳۸	۱۳۳۷	۱۳۳۶	۱۳۳۵	۱۳۳۴	نسبت به سال ۵۳
دندانپزشکی	۱۶۱۰	۱۷۲۸	۱۹۶۵	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	۲۱۱۴	نسبت به سال ۵۳
	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	۱۶۱۰	نسبت به سال ۵۳
پرستاری	۴۸۰۰	۴۹۹۰	۵۵۱۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	۶۳۳۰	نسبت به سال ۵۳
	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰	نسبت به سال ۵۳
مادری	۱۸۳۳	۱۹۰۷	۲۰۲۷	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	۲۲۲۱	نسبت به سال ۵۳
	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	۱۸۳۳	نسبت به سال ۵۳
داروسازی	۳۹۵۷	۴۳۰۰	۴۷۳۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	۴۸۴۲	نسبت به سال ۵۳
	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	۳۹۵۷	نسبت به سال ۵۳
علوم آزمایشگاهی عالی تکنسین آزمایشگاهی و تکنولوژی	-	۱۰۲۵	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	نسبت به سال ۵۳
	-	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	۱۰۲۵	نسبت به سال ۵۳
تکنسین رادیولوژی و تکنولوژی	-	۷۸۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	۱۱۲۳	نسبت به سال ۵۳
	-	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	۷۸۳	نسبت به سال ۵۳
فیزیوتراپی و توانبخشی	-	۱۶۲	۲۲۱	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	۲۷۶	نسبت به سال ۵۳
	-	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	۱۶۲	نسبت به سال ۵۳

۱- دوازده پزشک خارجی در این رقم منظور نشده است: کلیه اطلاعات فوق دوزمرداد ماه سال ۱۳۵۷ جمع آوری شده است

جدول شماره ۳ - آمار بزرگان عمومی و متخصص کشور بر حسب رشته‌های تخصصی و به تفکیک مناطق مختلف و نسبت جمعیت به پزشک

درصد	رشته‌های تخصصی													بزرگان		رشته‌های پزشکی مناطق
	نسبت جمعیت به یک پزشک	آرمانی‌نگاهی	بیهوشی	رادیولوژی	زایمان زنان	چشم	گوش و آلو بینی	جراحی	توسه‌پزشی	اعصاب روان	اطفال	داخلی	تخصص عمومی	جمع کل		
۱۰۰٪	۲۳۱۲	۲۶۵	۳۳۸	۲۵۳	۶۲۸	۲۶۵	۲۵۹	۱۴۱۲	۱۱۳	۲۰۳	۶۹۶	۸۲۷	۵۲۵۹	۹۴۴۱	۱۴۷۰۰	کل کشور
۴۵٪	۶۹۲	۱۹۳	۲۴۱	۱۷۱	۴۱۸	۱۶۱	۱۶۹	۹۳۳	۷۹	۱۶۲	۴۷۹	۵۹۹	۳۶۰۵	۳۱۲۱	۶۷۲۶	تهران بزرگ (۱)
۳۲٪	۲۰۵۲	۶۸	۸۱	۶۸	۱۶۳	۸۰	۷۲	۳۱۷	۲۶	۳۹	۱۶۸	۱۸۵	۱۳۱۱	۲۴۳۹	۴۷۵۰	مراکز استانها (۲) (غیر از تهران)
۲۳٪	۶۰۷۹	۴	۱۶	۱۴	۴۷	۲۴	۱۸	۱۶۲	۸	۲	۵۲	۴۳	۲۴۳	۲۸۸۱	۲۲۲۴	دیگر نقاط کشور ۱۳۹

جدول شماره ۳- آمار تخت خوابهای کشور به تفکیک بخش عمومی و خصوصی و نسبت جمعیت به یک تخت

درصد	تعداد تخت خواب بیمارستانهای عمومی						تعداد تخت خواب بیمارستانهای عمومی و آسایشگاهی		جمع کل تخت (۱)	نوع تخت مناطق
	جمع کل تخت (۲)	نسبت جمعیت به یک تخت در بیمارستانهای عمومی	کل واحد	بخش خصوصی	بخش عمومی	بخش خصوصی	بخش عمومی			
۱۰۰٪	۷۱۸	۶۰۷	۹۲۸۹	۳۸۰۶۲	۴۷۳۵۱	۹۹۶۴	۴۶۰۳۶	۵۶۰۰۰	کل کشور	
۴۴٪	۲۸۲	۲۳۶	۴۴۷۳	۱۱۹۹۶	۱۶۴۶۹	۴۸۷۳	۱۵۵۷۴	۲۰۴۴۷	تهران بزرگ	
۶۶٪	۹۵۰	۹۴	۴۸۱۶	۲۶۰۶۶	۳۰۸۸۲	۵۰۹۱	۳۰۴۶۲	۳۵۵۵۳	دیگر نقاط کشور	

اختلاف تعداد کل تخت (۱) با تعداد کل تخت خواب (۲) در این نسبت که ۸۶۴۹ تخت مخصوص بیماران اعصاب روان - معادین - معلولین - مجذومین سرطان میباشد.