نظری کوتاه برمسائل درمانی فعلی

محمد رضا بهادری *

مقدمه :

خدمات درمانی و بهداشتی ومشکلات آنها موضوعی‌است که سالیان دراز مورد بررسی‌وتوجه جامعه‌پزشکی کشوربوده‌است. تنگناها و نارسائی‌هائی که در این باره وجود دارد ناشی ازعوامل متعدد است که از جمله باید به نکات زیرتوجه داشت.

۱ـ متعدد بودن تشکیلات ارائه دهنده خدمات درمانی و ناهم‌آهنگی تشکیلات با یکدیگر.

۲ـ منفك بودن خدمات بهداشتی از درمانی، خصوصاً توجه‌کمتر به مسائل بهداشتی‌کشور.

۳ـ استفاده از تکنولوژی‌های جدید در خدمات پزشکی ملی وگرانی هزینه درمانی.

۴ـ آگاهی بیشتر توده مردم به امور بهداشتی و درمانی و فزونی سطح توقعات و انتظارات مردم نسبت به این دوامر.

* * *

این‌عوامل منفرداً و مجموعاً سبب شده است که مسائل درمانی روزبروز پیچیده‌تر وحل آن مشکلتر گردد و در رأس‌آنها 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 ومراکز درمانی در سطح کشور.

نکته سوم: افزایش هزینه درمان و نارسائی‌ها و ناهماهنگی‌ها درسیستم‌های خدمات درمانی.

تجزیه و تحلیل

۱ـ کمبود نیروی انسانی پزشکی درایران

موضوع کمبود نیروی‌انسانی‌پزشکی‌مسئله‌جدیدی نیست. گرچه وضع فعلی تاحدودی بهتر ازسالهای گذشته میباشد ، معذالك باتوجه به‌رشد جمعیت، پیشرفت‌های نسبی تکنولوژی ، افزایش نیازمندیهای پزشکی وتوجه بیشتر مردم به‌مسائل بهداشتی و درمانی این کمبود را بحد چشمگیری نمایـان ساخته است . بررسی این‌موضوع را قاعدتاً باید ازسه نظر مورد مطالعه قرار داد.

الف ـ جنبه کمی ب ـ جنبه کیفی پ ـ جنبه توزیعی

الف ـ جنبه کمی ـ جمع پزشکان ایرانی وخارجی‌برطبق‌آمارهای نظام پزشکی‌کمتراز ۱۷٫۰۰۰ تن است‌که ۱۴۷۰۰ تن آنها پزشکان‌ایرانی و کمی‌بیش‌از ۲ هزارتن‌پزشکان خارجی‌میباشند. نگاهی به‌جدول شماره یك مستخرج ازنشریه شماره ۸ آماری نظام پزشکی وضعیت نسبی پزشکان را نشان میدهد . اگر مطابق معیارهای بین‌المللی برای هر ۱۰۰۰ تن جمعیت یك پزشك مورد لزوم باشد دراین‌صورت درسال۱۳۵۷ که جمعیت ایران بالغ بر سی وپنج میلیون‌تن تخمین زده میشود سی وپنج هزار طبیب موردنیاز است‌که باتوجه به۱۷۰۰۰ تن رقم موجود ، اعم از پزشکان ایرانی وخارجی ، دراین‌سال کمتر از ۵۰ درصد پزشك مورد احتیاج درکشور موجود است . با یك نظر سطحی به تعداد کل پزشکان دیده میشود که درمقابل هر ۲۱۸۰ تن جمعیت یك پزشك (ایرانی ، خارجی) وجود دارد و اگر رشد جمعیت در ایران ۳ درصد درسال باشد سالانه در حدود کمی بیش از یك میلیون تن برجمعیت ایران افزوده میشودکه خود نیـاز به ۱۰۰۰ تن پزشك در سال خواهد داشت. بنابراین علاوه برآنکه نخواهیم‌توانست کمبودهای فعلی پزشك را جبران‌کنیم احتمالا کمبودها بیشتر خواهد شد ، گرچه در طی دو سال‌گذشته به این نکته توجه شده و برتعداد وظرفیت دانشکده‌هائی‌که تولید آنها سالها کمتراز ۷۰۰ تن بوده‌است ، افزایش سریع داده شد وبه دوبرابر رسانیده شده است .

---

* سازمان نظام پزشکی مرکزی

همانطور که دراین جدول دیده میشود در دو سال گذشته تعداد دانشکده‌های طب زیاد شده و در استانهای مختلف گسترش یافته است ، بطوریکه انتظار میرود درپایان سال ۱۳۶۱ درحدود ۱۵۰۰ پزشك درسال فارغ‌التحصیل داشته‌باشیم که البته اگراین رقم به‌همین‌حدثابت بماندکافی‌نخواهدبود وانتظارمیرود که دانشکده‌های‌پزشکی‌برتعدادپذیرفته شدگان بیافزایند تاآنکه به‌رقم متعارفی برسند که هم کمبود فعلی‌را جبران نمایند وهم تناسب بارشد جمعیت ، طبیب تربیت شده باشد. کمبود تنها منحصر به‌پزشك‌نیست وهمانطورکه درجدول‌شماره ۱ دیده میشود این‌مسئله درمورد دندانپزشکان و وابستگان‌پزشکی بمراتب حادتر است . مطابق معیارهای بین‌المللی برای ۳۵ میلیون تن جمعیت ، حدود ۱۳۰٫۰۰۰ پرستار و بهیار نیاز داریم حال‌آنکه درحال‌حاضر تعداد پرستارها کمتراز ۶ هزارو جمع پرستار و بهیارکمتراز ۲۰ هزارتن میباشد.

ب ـ جنبه کیفی- به علت نبودن سیستم درمانی هم‌آهنگ درکشور کیفیت درمانی درحد مطلوب نیست و این امر بیشتر ناشی‌ازعدم هماهنگی‌بین‌سازمانهای ارائه دهنده خدمات میباشدکه سبب گردیده‌است که‌بیماران برای درمان درحد مطلوب خود دچارشك وتردید شوند. احیاناً عده زیادی ازآنها ازسیستم درمانی منطبق به‌میل‌خویش ناراضی‌بوده به‌سیستم دیگری مراجعه می‌نمایند ویاآنکه مداوا درخارج ازایران را ترجیح میدهند، گرچه مدارك مسلم وجود دارد که خدمات درمانی ارائه شده درخارج نه‌تنها ازنظر کیفیت ازدرمان درداخل کشوربهترنیست بلکه دربعضی ازموارد علاوه براتلاف وقت ومال زیانهای بسیار دربرداشته است . علاوه برمشکلات بالا ازنظرکیفی، مشکل دیگر استفاده ازخدمات درمان درحد تخصصی است‌که نیازی به‌آن وجود ندارد. به دلیل‌عدم اطلاع یا ارشاد صحیح، اغلب بیماران یا کسان‌آنها برای بیماریهای عادی مستقیماً به‌افرادمتخصص مراجعه مینمایند و این خود لطمات زیاد به خدمات درمانی عمومی وارد میآورد .

این تخصص‌گرائی نه تنها درمیان بیماران دیده میشود بلکه سبب شده است‌که پزشکان نیز تمایل شدیدی به‌کسب 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 ونحوه توزیع آنان را درکشور نشان میدهد.

پ ـ جنبه توزیعی- مشکلترین مسئله خدمات درمانی نارسائی توزیع نیروی‌انسانی پزشکی درسطح کشورمیباشد. تهران باداشتن تقریباً ۱۰ درصد جمعیت‌کشورنزدیك ۵۰ درصد پزشکان کل‌کشور و ۷۰ درصد ازمتخصصین را جذب‌کرده‌است. درسطح کشورنسبت جمعیت به پزشك ایرانی وخارجی۲۱۸۰ تن است ولی به شهرهائی برخورد میکنیم که هر کدام برای هر ۸ تا ۱۰ هزار تن یك پزشك وجود دارد.

درطی‌سال گذشته ۱۲۷۲ تن پزشك فارغ‌التحصیل دانشکده‌های طب داخل وخارج‌کشور به‌عده پزشکان سال‌گذشته‌افزوده شده‌اند. ازتعداد فارغ‌التحصیلان خارج عده‌ای‌که تحصیلات پزشکی‌را بپایان رسانیده وبه‌ایران مراجعت‌کرده‌اند، بالغ‌بر ۲۸۳ تن میباشدکه از امریکا ۱۲۲ تن ، آلمان ۵۳ ، انگلستان ۳۰ تن و بقیه از سایر کشورها بوده‌اند درنتیجه معادل ۲۲٪ کل پزشکانی‌که در داخل کشور در طی سال ۱۳۵۷ فارغ‌التحصیل شده‌اند در این سال از خارج به ایـران آمده وازتعداد پزشکانی‌که ازخارج به‌ایران مراجعت‌کرده‌اند ۷۶ درصدآنها درتهران سکونت اختیارکرده‌اند.

۲ـ کمبود امکانات درمانی

براساس‌آخرین‌آمار نظام‌پزشکی درسال ۱۳۵۷ ، تعداد ۵۴۷ بیمارستان باظرفیت ۵۶هزار تخت درکشور موجود است که ازاین‌تعداد ۵۰ بیمارستان باظرفیت ۸۶۴۹ تخت مخصوص بیماران روانی ، اعصاب ، معتادین ، معلولین مجذومین ، سرطان ومسلولین میباشد، درنتیجه ۴۹۷ بیمارستان با ۴۷۳۵۱ تخت مخصوص سایر بیماران است . از ۴۹۷ بیمارستان با ظرفیت ۴۷۳۵۱ تخت ، ۱۳۵ بیمارستان با ظرفیت ۹۲۸۹ تخت متعلق به‌بخش‌خصوصی ، ۳۶۲ بیمارستان با ظرفیت ۳۸۰۷۲ تخت متعلق به‌بخش عمومی است .

بموجب آخرین آمار :

نسبت جمعیت به یك تخت فعال درکل‌کشور ۷۱۸ تن و در تهران ۲۸۲ تن است.
نسبت جمعیت به یك تخت فعال دربخش خصوصی کل‌کشور ۳۶۱۷ تن و در تهران ۱۰۲۸ تن است .
نسبت جمعیت به یك تخت فعال دربخش عمومی کل‌کشور ۸۸۲ تن و درتهران ۳۸۳ تن است .
از مجموع تخت‌خوابهای بخش خصوصی ۴۸٪ آنها درتهران وازمجموع تخت‌خوابهای بخش عمومی۳۱٪ درتهران‌است .
ازمجموع تخت‌خوابهای‌فعال‌کشور ۳۱٫۵ درصد متعلق به شیروخورشید سرخ، ۱۷٫۲درصد متعلق به‌بهداری وبهزیستی،

۱۱٫۵ درصد متعلق به سایر سازمانهای خیریه دولتی ، ۱۹٫۶ درصد متعلق به بخش خصوصی ، ۲۰٫۲ درصد متعلق به دانشگاهها میباشد. اگر بااستاندارد ممالك مترقی برای ۱۰۰ تن یك تختخواب لازم باشد ۳۰۰ هزار تخت درکشور موردنیازاست درحالی‌که فقط کمی بیش‌از ۱۰ درصد این‌حد تخت وجود دارد وتعداد ۳۱ شهرستان هنوز فاقد بیمارستان وحتی یك تخت میباشدکه جمعیت این‌شهرستانها بین ۴۷٫۰۰۰ الی ۱۵۶٫۰۰۰ تن است . اما روند افزایش تخت نسبت به‌سال ۱۳۵۶، ۳٫۸ درصد، میباشد .

هزینه درمان بسیارافزایش یافته‌است ، هزینه‌ها وسرمایه‌گذاری دولت درطی ۱۰ سال (۱۳۴۵ تا ۱۳۵۵) حدود ۱۶۵ درصد افزایش وبودجه درمان و بهداشت درطی همان ۱۰ سال ۱۲ برابرشده است معذالك برتعداد تختخواب بیمارستانها و امکانات دیگر چندان افزوده نشده‌است.

درمجموع بایدگفته‌شودکه امکانات درمانی بمراتب کمتر از نیروی انسانی است و پراکندگی این امکانات نیز مغشوش است که مهمترین آن نبودن وسایل درمان دربیشترشهرها وحتی استانها است . نکته جالب توجه آنکه وجود اکثریت پزشکان و متخصصان و امکانات درمانی درشهرتهران سبب مهاجرت عده‌کثیری از روستائیان نقاط مختلف‌کشور واهالی شهرستانهای مختلف به‌شهرتهران میشود واین‌موضوع نه تنها ازنظراقتصاد پزشکی نارساست ومخارج زیاد به‌بیمارتحمیل میشود بلکه ازسایرجهات اقتصادی نیزمنشأ نابسامانی‌های دیگری است چه ازیکطرف سبب افزایش جمعیت درشهرتهران و پیش‌آمدن مسائل اجتماعی ناشی ازآن و از طرف دیگر موجب کمبودها در روستاها میشود و نقصان کشت و تولید را فراهم میآورد.

۳ـ افزایش هزینه‌های درمانی

مشکل دیگر در مسائل درمانی هزینه‌های سنگین خدمات پزشکی است که متأسفانه در سالهای اخیر به‌حد چشمگیری بالا رفته است . این افزایش هزینه قسمتی تحت تأثیر افزایش هزینه زندگی است از قبیل ترقی قیمت وسائل و حقوق کارکنان خدمات درمانی وداروهای‌گران قیمت متنوع ووسایل جدید پزشکی وگرانی سرسام‌آورآنها و بخصوص توجه به‌لوکس‌گرایی است واین موجبات هزینه تخت بیمارستانی را بسیار بالا برده است. ایران بازارکلیه داروهای موجود در جهان صنعتی و واردکننده اکثریت تجهیزات پزشکی است . باید به هزینه‌های عادی تخت روز بیمارستانها ارقام هزینه‌های سنگین آزمایشگاهی ، رادیولوژی ، خدمات مشاوره‌ای و غیره را اضافه کرد تا آنجا که تأمین هزینه درمان خارج ازحد درآمد بسیاری از بیماران است . در این قسمت به مسائل دیگری ازجمله استفاده ازوسایل تکنیکی خارجی باید توجه داشت. اغلب بعلت نبودن تکنیسین برای‌استفاده صحیح ازوسایل مزبورعمرفعال این وسایل‌نسبتاً کوتاه میباشد واین‌امر درمؤسسات درمانی مشهوداست وحال‌آنکه هزینه تهیه‌آنها بسیارسنگین‌است. به‌این مشکلات مشکل دیگری باید اضافه‌کرد وآن همانطورکه‌گفته شد متعدد بودن سازمانهای خدمت دهنده میباشد، بطورمثال برای استفاده‌ازخدمات شبکه درمان برحسب بررسی انجام‌شده، در اواخرسال ۱۳۵۷ لااقل چهار نوع شبکه خدمات درمانی اولیه وجود دارد که به تربیت بهورز و ایجاد شبکه مبادرت ورزیدندکه عبارتند از شبکه‌های خدمات درمانی وزارت بهداری وبهزیستی، شیروخورشید سرخ ، سازمان ملی خدمات‌اجتماعی و شبکه خدمات درمانی‌که بوسیله دانشگاه شیراز دائرگردیده است. نکته مهم‌آن این‌است که هیچیك ازاین شبکه‌ها باهم همکاری نداشته وحتی برنامه ریزی آنها با هم تطبیق نداشته است .

راه حل‌های اجمالی

اکنون که به‌کمبودها ونارسائی‌های کمی و کیفی‌توجه شده‌است به‌نظرمیرسدکه برای رفع این‌مشکلات راه حل‌های‌زیادی در دست نباشد جز آنکه به‌نکات زیرباید توجه شود:

۱ـ ایجاد نظام هماهنگ خدمات درمانی و بهداشتی.

کلیه سازمانهای درمانی بجزسازمان‌های پزشکی وابسته بدانشگاهها که‌ازلحاظ‌آموزشی وضعی‌خاص دارند باید درتحت پوشش واحدی قرارگیرند در اینصورت میتوان امیدوار بود که مشکلات متنوع بودن سیستم‌های خدماتی‌ازبین برود و در این راه لازم است که‌کلیه سازمانها ، خدمات پزشکی را هم‌آهنگ عرضه نمایند واین سازمانها ازنظر اداری، مالی، سازمانی در یك نظام بهم پیوسته ومرتبط قرارگیرد واز دوباره‌کاریها جلوگیری شود و امکان عرضه خدمات برای افراد جامعه بطور یکسان فراهم آید .

۲ـ امکان استفاده عموم مردم ازکلیه خدمات درمانی و بهداشتی

ازآنجاکه بهداشت وتندرستی حق کلیه افـراد مملکت است میبایست امکانات درمانی وبهداشتی 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 افـراد مملکت تسری یابد و حتی‌المقـدور این گونـه خدمات برای افـراد 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 باتوجه به‌امکانات مردم بیمه شوند .

۳ـ هماهنگ کردن نیروی انسانی پزشکی با نیازهای خدمات بهداشتی ودرمانی.

به منظور هماهنگـی محتوای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی با نیازهـای شبکـه‌های خدمات درمانی و بهداشتی کشور بایستی بین‌مؤسسات آموزش‌دهنده‌وسازمانهای عرضه کننده‌خدمات ارتباط ونزدیکی بیشتری برقرار گردد وخصوصاً دانشکده‌های پزشکی‌ودانشکده‌های دیگری که‌عهده‌دار تربیت نیروی‌انسانی پزشکی‌هستند در ارتباط نزدیك با سازمانهای درمانی کشور بوده مشترکاً درحل‌مشکل درمان‌اشتراك مساعی‌نمایند وبه‌همین‌لحاظ تعداد دانشجویان‌پزشکی‌وسایرکادر درمانی‌وبهداشتی باید متناسب بانیازهای کشور باشد. مثلا تعداد دانشجویان پزشکی همانطورکه درسال گذشته افزایش چشمگیر داشته‌است این افزایش در حد وسیعتری ادامه یابد . به برنامه تربیت بهورز یا بهداشت‌یار مطابق آنچه‌که در شبکه رضائیه انجام گرفته است ویا درشبکه فارس بمرحله اجرا درآمده‌است توجه بیشتری معطوف گردد. این برنامه بصورت هماهنگ و با ضوابط مشخص تحت نظر سازمان‌های آموزشی پزشکی منطقه اجرا شود.

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

۵ـ به منظور افزایش کارائی نیروی انسانی پزشکی در واحدهای درمانی و بهداشتی بایستی با توجه به نیازهای رفاهی این‌افراداقدامات وسیعی‌انجام گردد وحتی‌المقدور این‌کادرهارا درخدمات تخصصی‌خود مورداستفاده قرارداد وراه‌ترقی‌را درهمان‌خدمات برای‌آنها فراهم نمود.

۶ـ بهبود مدیریت دراجرای سیاست‌های عدم تمرکز و تشویق مردم به‌ایجاد واحدهای درمانی و واگذاری اختیارات و مسئولیت درتمام زمینه‌ها به سازمانهای منطقه‌ای درامور درمان وبهداشت مربوط به دولت و واگذاری اختیارات وتأمین مشارکت مدیران وکارشناسان واحدهای عرضه‌کننده خدمات بهداشتی، درمانی، درمراحل‌مختلف برنامه ریزی واجرائی در قالب سیاست‌های کلی. درصورتیکه نظرها وخواسته‌های مردم در کلیه مراحل برنامه‌ریزی و اجرائی مورد توجه قرار گیرد ومشارکت‌آنهـا درتصمیم‌گیری تأمین گردد دراین صورت به توفیق برنامه‌های بهداشتی و درمانی میتوان اطمینان پیدا کرد.

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

باتوجه به‌اینکه تأمین زندگی سالم‌که هدف نهائی خدمات بهـداشتی و درمانی است تحت تأثیر عوامل مختلف اقتصادی و اجتماعی میباشد ، تأمین سلامت مردم ، تأمین آموزش مردم ، ازدیـاد قدرت خرید ، تأمین آب سالم ، محیط زیست مطلوب تنها به کمك خدمات بهداشتی مقدور نیست و لزوماً برنامه‌های بهداشتی و درمانی با دیگر برنامه‌های رفاهی و اقتصادی مناطق باید تطبیق گردد.

منابع و مآخذ

۱ـ نشریه آماری شماره ۸ پزشکان و دندانپزشکان کشور ـ نظام‌پزشکی ـ مرداد سال ۱۳۵۷
۲ـ نشریه‌آماری شماره ۳ مؤسسات پزشکی ـ نظام‌پزشکی ـ مرداد سال ۱۳۵۷
۳ـ آمار آموزش عالی مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی وزارت علوم و آموزش عالی ـ سال ۱۳۵۷
۴ـ کتاب‌آموزش عالی شماره ۲ ـ سازمان سنجش و آموزش کشور ـ سال ۱۳۵۶
۵ـ بهداشت و درمان در برنامه عمران ششم‌کشور ـ بهمن ماه سال ۱۳۵۵
۶ـ نظام پزشکی و مسائل درمان‌کشور ـ فروردین ماه سال ۱۳۵۶

جدول شماره ۱ـ آمار تعدادکل نیروی انسانی ـ دانشجویان ـ فارغ‌التحصیلان ـ پذیرفته شدگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی‌درچهار سال اخیر از سال ۱۳۵۳ تا مرداد ماه سال ۱۳۵۷ ومقایسه پذیرفته شدگان با سال ۵۷ تا سال ۵۳ وفراوانی دانشکده‌های مربوطه به‌رشته‌ها

رشته‌ها / سال	تعدادکل نیروی انسانی				تعداد دانشجویان کل				تعداد فارغ‌التحصیلان				تعداد پذیرفته شدگان				مقایسه پذیرفته شدگان نسبت به‌سال ۵۳	فراوانی ودوره تحصیلی	
	۱۳۵۳	۱۳۵۴	۱۳۵۵	۱۳۵۷	۱۳۵۳	۱۳۵۴	۱۳۵۵	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۳	۱۳۵۴	۱۳۵۵	۱۳۵۶-۷	۱۳۵۳	۱۳۵۴	۱۳۵۵	۱۳۵۶-۷		فراوانی دانشکده‌ها	دوره تحصیلی
پزشکی	۱۱۳۷۳	۱۲۱۹۶	۱۳۴۲۸	۱۴۷۰۰ (۱)	۵۳۷۲	۵۷۰۴	۵۸۱۴	۶۴۵۷	۷۷۶	۶۶۴	۶۲۵	۶۶۸	۷۴۴	۹۸۸	۹۹۵	۱۴۴۰	٪۹۴	۱۲	۱۲ واحد دکترا
دندانپزشکی	۱۶۱۰	۱۷۲۸	۱۹۶۵	۲۱۱۴	۱۰۹۰	۱۲۰۱	۱۲۳۳	۱۳۲۳	۱۲۰	۱۴۸	۱۲۳	۱۲۲	۱۹۴	۲۵۶	۲۴۶	۲۵۹	٪۳۳/۵	۵	۵ واحددکترا
پرستاری	۴۸۰۰	۴۹۹۰	۵۵۱۰	۶۳۳۰	۲۳۰۲	۲۶۰۷	۳۶۸۷	۵۲۵۹	۳۵۲	۴۶۰	۵۳۰	۷۶۵	۷۱۳	۹۹۸	۱۶۱۰	۲۲۱۰	٪۲۰۹	۶۷	۳۷ واحدلیسانس ۵ « فوق‌لیسانس ۳۵ « فوق‌دیپلم
مامائی	۱۸۳۳	۱۹۰۷	۲۰۲۷	۲۲۲۱	۲۴۷	۲۴۵	۳۸۹	۹۴۰	۵۰	۹۹	۱۳۱	۱۷۳	۱۱۳	۱۳۱	۲۷۵	۳۳۰	٪۱۹۲	۱۳	۴ واحد لیسانس ۹واحد فوق‌دیپلم
داروسازی	۳۹۵۷	۴۳۰۰	۴۷۳۲	۴۸۴۲	۹۰۱	۹۲۸	۹۴۳	۱۰۲۲	۳۷	۱۰۱	۱۵۰	۱۴۶	۱۵۹	۱۱۷	۱۶۵	۱۷۴	٪۹	۵	۴واحد دکترا ۱واحدلیسانس
علوم‌آزمایشگاهی‌عالی تکنسین آزمایشگاهی وتکنولوژی	ـ	۱۰۲۵	۱۱۲۳	۱۷۳۹	۹۵۵	۹۹۴	۶۱۸	۱۴۷۵	۲۶۵	۲۶۳	۱۹۲	۴۴۰	۳۳۴	۵۱۰	۳۱۵	۴۴۸	٪۳۴	۲۱	۷ واحد لیسانس ۱۴ واحد فوق‌دیپلم
تکنسین‌رادیولوژی وتکنولوژی «	ـ	۷۸۳	۱۱۲۳	۱۱۷۲	۱۳۵	۱۸۵	۲۲۰	۲۶۰	۳۶	۴۳	۴۰	۹۵	۵۵	۹۹	۷۵	۱۰۱	٪۸۳	۷	۵واحدلیسانس ۲واحدفوق‌دیپلم
فیزیوتراپی و توانبخشی	ـ	۱۶۲	۲۲۱	۲۷۶	۱۱۱	۱۹۲	۲۲۱	۳۰۵	۱۲	۱۵	۳۲	۱۴۷	۵۸	۱۱۰	۱۵۹	۸۳	٪۴۳	۳	۳واحدلیسانس

۱ـ دوهزار پزشك خارجی دراین رقم منظور نشده است : کلیه اطلاعات فوق درمرداد ماه سال ۱۳۵۷ جمع‌آوری شده است

جدول شماره ۲ - آمار پزشکان عمومی ومتخصص کشور برحسب رشته‌های تخصصی و به‌تفکیک مناطق مختلف و نسبت جمعیت به‌پزشک

رشته‌های پزشکی / مناطق	پزشکان			رشته‌های تخصصی												درصد
	جمع کل	عمومی	متخصص	داخلی	اطفال	اعصاب روان	پوست آمیزشی	جراحی	گوش وگلو بینی	چشم	زایمان زنان	رادیولوژی	بیهوشی	آزمایشگاهی	نسبت جمعیت به یك پزشك	نسبت به کل
کل کشور	۱۴۷۰۰	۹۴۴۱	۵۲۵۹	۸۲۷	۶۹۶	۲۰۳	۱۱۳	۱۴۱۲	۲۵۹	۲۶۵	۶۲۸	۲۵۳	۳۳۸	۲۶۵	۲۳۱۲	%۱۰۰
تهران بزرگ(۱)	۶۷۲۶	۳۱۲۱	۳۶۰۵	۵۹۹	۴۷۹	۱۶۲	۷۹	۹۳۳	۱۶۹	۱۶۱	۴۱۸	۱۷۱	۲۴۱	۱۹۳	۶۹۲	%۴۵
مراکز استانها۲۲ (غیراز تهران)	۴۷۵۰	۳۴۳۹	۱۳۱۱	۱۸۵	۱۶۸	۳۹	۲۶	۳۱۷	۷۲	۸۰	۱۶۳	۶۸	۸۱	۶۸	۲۰۵۲	%۳۲
دیگر نقاط کشور ۱۳۹	۳۲۲۴	۲۸۸۱	۳۴۳	۴۳	۵۲	۲	۸	۱۶۲	۱۸	۲۴	۴۷	۱۴	۱۶	۴	۶۰۷۹	%۲۳

جدول شماره ۳- آمار تخت‌خوابهای کشور به‌تفکیک بخش عمومی و خصوصی و نسبت جمعیت به‌یك تخت

نوع تخت / مناطق	جمع کل تخت (۱)	تعداد تخت‌خواب بیمارستانهای عمومی و آسایشگاهی		جمع کل تخت (۲)	تعداد تخت خواب بیمارستانهای عمومی		نسبت جمعیت به یك تخت در کل واحد	نسبت جمعیت به یك تخت در بیمارستانهای عمومی	درصد	
		بخش عمومی	بخش خصوصی		بخش عمومی	بخش خصوصی			جمع کل تخت (۱)	جمع کل تخت (۲)
کل کشور	۵۶۰۰۰	۴۶۰۳۶	۹۹۶۴	۴۷۳۵۱	۳۸۰۶۲	۹۲۸۹	۶۰۷	۷۱۸	%۱۰۰	%۱۰۰
تهران بزرگ	۲۰۴۴۷	۱۵۵۷۴	۴۸۷۳	۱۶۴۶۹	۱۱۹۹۶	۴۴۷۳	۲۲۷	۲۸۲	%۳۶	%۴۴
دیگر نقاط کشور	۳۵۵۵۳	۳۰۴۶۲	۵۰۹۱	۳۰۸۸۲	۲۶۰۶۶	۴۸۱۶	۸۲۵	۹۵۰	%۶۴	%۶۶

اختلاف تعداد کل تخت (۱) باتعداد کل تخت‌خواب (۲) دراین نسبت که ۸۶۴۹ تخت مخصوص بیماران اعصاب روان-معتادین- مسلولین - معلولین - مجذومین سرطان میباشد .