

تحولات پزشکی و جراحی و دندانپزشکی در کشورهای اروپایی

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۳، صفحه ۳۵۸، سال ۲۵۳۵

که پزشك تنها باعایدات پزشکی خود قادر بامرار معاش نیست، متكى باشد. اجازه مذکور ممكن است باكسب اجازه از مقامات مافوق لغو شود. چنانچه در محل، داروخانه تأسیس شود لغو اجازه اجباری است.

پزشکی که علاوه بر پزشکی بکار اضافی داروسازی و فروش دارو نیز اشتغال دارد، در نتیجه این فعالیت اضافی نهدارای مزایای يك تاجراست و نمی تواند از مزایای ناشی از نظام داروئی استفاده کند.

۱۷- در هلند: بطور کلی قانون ۱۸۶۵ پزشكان را جز در موارد خاص و بر طبق اجازه مخصوص از اشتغال به داروسازی منع می کند و لولاینکه دارای دیپلم داروسازی باشند.

چنانچه داروخانه متعلق به پزشکی در يك دهستان باشد که در آن جا یا در دهستان مجاور داروسازی مستقر نباشد، پزشك فقط در داخل داروخانه خویش می تواند دارو توزیع کند؛ مگر آنکه حدود و ثغور دیگری از طرف کمیسیون مخصوص در نظر گرفته شده باشد. پزشك صلاحیت ساختن دارو را ندارد و نیز نمیتواند به اشخاصیکه در مکانهای خارج از منطقه او مقیم هستند، دارو بدهد. تحویل دارو به بیماران برای معالجه بعنوان توزیع دارو تلقی نمیشود. پزشك می تواند داروی بیماران خود را در داروخانه همکاری که اجازه فروش دارو دارد، تهیه کند. تمام پزشكان می توانند خود داروهای مربوط به امراضی را که باید سرطبی به شمار آید، به بیماران خویش بدهند. این داروها باید به وسیله داروسازان تهیه شده باشد.

۱۸- لوگز امبورگ - آلمان - ایتالیا: در لوگز امبورگ تشکیلات داروئی به وسیله مقررات سال ۱۸۴۱ تنظیم شده است. تأسیس داروخانه مستلزم اجازه وزارت بهداشت است. صاحب داروخانه

سازمان نظام پزشکی ایران همواره در این اندیشه بوده است که نظامات پزشکی و وابسته پزشکی در سایر کشورهای جهان را مورد مذاقه قرار داده موارد جالب آنرا ترجمه و منتشر کند.

سال گذشته کتاب پرارزش و مفیدی از طرف بازار مشترك اروپا درباره امور پزشکی این کشورها منتشر شد که نظام پزشکی ایران پس از بررسی های دقیق آن کتاب را برای ترجمه و نشر مفید تشخیص داد و اینك قسمت های از آن کتاب برای انتشار برگزیده شده است تا همکاران ارجمند بتوانند سابقه تاریخی هنر پزشکی را از قرون وسطی تا باامروز در کشورهای بزرگ اروپائی مطالعه و بررسی کنند. اینك قسمت سوم ترجمه کتاب به چاپ میرسد و امید میرود مقبول طبع همکاران ارجمند قرار گیرد.

۱۶- احیاء امور داروئی به پزشكان :

در فرانسه مقررات مربوط به تشکیلات حرفه داروسازی، در سال ۱۹۴۱ تنظیم شده سپس در آن تغییراتی داده شده که آخرین آن در سال ۱۹۵۹ می باشد. بر طبق این مقررات هر پزشکی که در محل کارش داروساز وجود نداشته باشد، حق دارد به بیمارانی که تحت درمان دارد داروهای ساده و مرکب که اسامی آنها در فهرست وزارت بهداشت مندرج است، بدهد. این فهرست بانظر شورای نظام پزشکی و نظام داروئی تنظیم شده است. پزشكانیکه از این اجازه استفاده می کنند مشمول مقررات داروسازان هستند ولی هیچگاه حق ندارند داروخانه جداگانه برای فروش دارو دائر کنند.

فرماندار باتوجه به مصالح بهداشت همگانی این اجازه را صادر می کند. او می تواند حتی برای مکانی غیر از مکان محل اقامت پزشك نیز اجازه صادر کند ولی صدور این اجازه نباید بر این اصل

یا در آزمایشگاه‌های مجهز یادار داروخانه. قانونگذار بلژیکی انجام توأم کار آزمایشگاهی و داروفروشی را منع می‌کند و از این راه خواسته است نگذارد داروساز خود تجزیه‌ای انجام دهد و بنا به تشخیصی که داده است، بلافاصله دارویی تجویز کند که ممکن است خطرهای بزرگی در پی داشته باشد. چنین عملی يك کار برخلاف قانون پزشکی تلقی میشود.

انجام تمام آزمایشهای بالینی در آزمایشگاه مستلزم داشتن اطلاعات تخصصی مافوق دیپلم داروسازی است.

درست است که در آغاز داروساز درباره شیمی اطلاعات وسیع‌تری نسبت به پزشک درباره این علم دارد، ولی مسائل بسیار غامضی وجود دارد که ایجاب میکند يك پزشک پس از دریافت دیپلم دکترای خویش يك دوره پنج‌ساله را برای مهیا شدن جهت تصدی امور بیولوژی بالینی طی کند، در هر حال بیولوژی بالینی شامل مباحثی است که به کلی بامبانی داروسازی تفاوت دارد و مستلزم انجام اعمال فوق‌العاده دقیقی است که حتی پزشک ماهر باید با نهایت احتیاط انجام دهد. شواهد متعددی در این مورد بیان شده است، از آن جمله آزمایش هیپو و هیپر گلیسمی تحریکی را میتوان مثال زد.

این آزمایش شامل تزریق انسولین است که ممکن است در نتیجه پائین آمدن میزان گلوکوز در خون باعث بروز حالت اغما شود. در چنین حالتی مداخله پزشک و درمان فوری ضرورت دارد. آزمایش هیپو گلیسمی تحریکی ممکن است با تزریق سرم گلوکوز هیپر تونیک در داخل رگ صورت گیرد و این عمل جز با اجازه پزشک نباید انجام پذیرد.

پائین آمدن میزان گلوکوز در خون ممکن است نزد بعضی اشخاص باعث مرگ شود، و تنها اقدام فوری پزشک تزریق کننده می‌تواند رفع خطر کند.

۴۰- داروساز و کمک داروساز: قانونگذار بلژیکی بیشتر به کیفیت خدماتی که برای مردم انجام می‌گیرد، توجه داشته است و ناظر به حمایت او بوده. از این رو برای کمک داروساز و کمک دندان‌ساز صلاحیتی قائل نشده است.

در مقررات سال ۱۹۶۴ تصریح گردیده است که داروساز باید شخصاً نسخه‌های پزشک را ببیند و خود مستقیماً در امر تهیه داروها دخالت داشته باشد. قوانین جزائی متعدد داروسازی را که پیچیدن نسخه را به عهده کمک داروساز واگذار کند، مجرم می‌شناسد. داروسازان مجازند با مسئولیت خویش از دستیار کمک داروساز استفاده کنند ولی جهت تسهیل و تسریع امر نظارت، هیچ داروسازی مجاز نیست بیش از سه تن دستیار داشته باشد.

باید شخصاً داروخانه را اداره کند مگر در موارد استثنائی. دارو باید فقط در داروخانه فروخته شود. پزشکان حق دایر کردن داروخانه ندارند، ولی هر پزشکی که مطبش در حدود ۸ کیلومتر از محل داروخانه فاصله داشته باشد مجبور است داروهای مندرج در فهرستی را که از طرف وزارت بهداشت تنظیم و بوسیله داروساز تهیه شده است، فقط برای مصرف بیماران خود در اختیار داشته باشد.

در آلمان داروسازی آزاد نیست. بر طبق قانون ۱۸۶۹ برای تهیه و تحویل دارو باید تحصیل جواز کرد و داشتن جواز مستلزم داشتن دیپلم است.

در ایتالیا قانون بهداشت ۱۸۸۸، حق اشتغال به امر درمان را به اشخاص صلاحیت‌دار واگذار می‌کند. داروسازان نیز باید واجد شرایط اصولی پزشکان باشند؛ مانند:

بالغ بودن، داشتن دیپلم و ثبت نام در دفتر شهرداری... يك شخص میتواند مشاغل متعددی که دیپلم آن را دارد، در آن واحد داشته باشد؛ به استثنای داروسازی که باید شغل منحصر بفرد باشد.

در مواقعی که مطب پزشک در دهستانی فاقد داروخانه دایر و دسترسی به داروخانه‌های دهستانهای مجاور مشکل باشد، فرمانداری تواند با کسب اجازه از کمیسیون بهداشت به پزشک اجازه دادن دارو به بیمار را بدهد.

قسمت سوم

اشتغال به داروسازی برخلاف قانون

۱۹- اشتغال غیر قانونی: در نتیجه جدائی قطعی داروسازی از پزشکی، پزشکان یا داروسازانی که در کار دیگری دخالت کنند مستوجب تنبیهات قانونی میشوند. استثنائاتی را که برای پزشکان از نظر تصدی امور دارویی وجود دارد متذکر شده‌ایم. در مواردی چند، به داروسازان اجازه داده شده که استثنائاً پاره‌ای امور پزشکی را انجام دهند بعنوان مثال:

در بلژیک به دارندگان دیپلم داروسازی و به لیسانسیه‌های شیمی اجازه داده می‌شود که تجزیه‌های زیست شناسی بالینی Analyse de biologie clinique را انجام دهند.

نحوه کار و شرایط آن با نظر آکادمی پزشکی معین شده است. جز در مواقع استثنائی داروسازان حق ندارند در آن واحد هم داروخانه دایر کنند و هم به امور تجزیه پزشکی بپردازند.

انجام تجزیه‌های بالینی عملاً ممکن است به دو طریق صورت گیرد:

فصل سوم

دندانسازان و هنر پزشکی

قسمت اول - هنر دندانپزشکی و پزشکی

۳۱- دندانپزشکی از نمایش بازار روز آغاز شد. در فرانسه، بلژیک و آلمان تا دیرزمانی دندانسازی امری پیش پا افتاده و در زمره نمایش‌های بساط‌اندازان سرکوی و برزن به‌شمار می‌آمد و کار هر تازه‌واردی به‌ویژه «لوده‌ها» بود. کشیدن دندان نمایشی بود که در حضور جماعت توأم با علله و تمجید تماشاگران انجام می‌شد. برای آن که هنر دندانسازی به قلمروی هنر پزشکی وارد شود، تردید فراوان وجود داشت. شاید این تردید بیشتر ناشی از این بود که اغلب کشیدن دندان را با دندانپزشکی اشتباه می‌کردند؛ اشتباهی که در بسیاری از تألیفات کهن به چشم می‌خورد.

برای نخستین بار در سال ۱۷۳۰ سپس در سال ۱۷۶۸ مقرراتی وضع شد که بموجب آن درپاریس دندانسازها باید در کالج جراحی احراز تخصص کنند ولی در عین حال آنان را از دخالت در رشته‌های دیگر جراحی منع مینمود.

در سال ۱۷۲۸ فوشارد «Fauchard» فرانسوی کتابی درباره دندان منتشر کرد و این کتاب نکات پزشکی دندانسازی را بخوبی آشکار ساخت.

در آلمان، در ایالت پروس، برای دندانسازان امتحان دولتی برقرار گردید و بتدریج سطح معلومات بالا برده شد تا بالاخره در سال ۱۹۱۹ عنوان پزشک را برای دندانسازان قائل شدند.

در هلند و بلژیک قانون مورخ ۱۸۱۸ مقرراتی برای حرفه دندانسازی در نظر گرفته است و کمیسیونهای پزشکی ایالتی را موظف می‌کنند که با انجام امتحانات لازم صلاحیت دندانسازان و جراحان و متصدیان زایمان و ماماها و عینک‌سازان و دارو فروشان را تصدیق کنند.

در هلند در سال ۱۸۶۸ برای تصدی دندانپزشکی، داشتن دیپلم پزشکی اجباری شد. چون این تصمیم با توجه به اوضاع و احوال روز و فقدان تعداد کافی دانشگاه دیده غیر عملی بود، لذا در سال ۱۸۷۶ سیر قهرائی به عمل آمد و به داشتن یک دیپلم مخصوص قناعت شد.

دورفرانسه مقررات ۱۷۳۰ درباره دندانسازها با وضع قانون دیگری در ۱۸۰۳ عملاً لغو گردید و مدرک صلاحیت برای دندانسازان کنار گذاشته شد بطوریکه کار دندانسازی، یک کار دستی تلقی می‌شد که تنها مستلزم ظرافت و تردستی است و به هیچ وجه احتیاج به اطلاعات علمی ندارد.

در سال ۱۸۹۲ با وضع قانون جدید از یک طرف حداقل معلومات برای

متصدیان امور دندانپزشکی در نظر گرفته میشود و از طرف دیگر راهی بازمی‌گردد که دانشجویان داوطلب شغل افسر بهداشت که قادر به دریافت درجه دکتر نیستند، بتوانند با امور دندانپزشکی اشتغال ورزند.

۳۲- درمان دندان و درمان طبیبی: امروز کسی شك ندارد که درمان دندان مستلزم داشتن معلومات دانشگاهی و پزشکی است. میزان این معلومات در ممالک مختلف متفاوت است. این تفاوت در درجه اول ناشی از این است که امکان درمان دندان منحصراً توسط پزشکان پرسابقه، با توجه به کمی تعداد این قبیل پزشکان و نیز کمی تعداد دانشجویان پزشکی، میسر نیست.

در نتیجه پیشرفت علوم اینک روشن شده است که از طرفی میان امراض دهان و امراض بدن به طور کلی ارتباط وجود دارد و از طرف دیگر انجام پاره‌ای معالجات دندان و بی‌حسی موضعی و به کاربردن پاره‌ای داروها که غیر ممکن است تأثیر آنها منحصر به دهان باشد و در قسمتهای دیگر بدن تأثیر نکند، بی‌شک می‌تواند مخاطراتی به وجود آورد.

بنابراین دندانپزشکی مستلزم داشتن اطلاعات وسیع پزشکی است. عده دیگری، مخصوصاً در هلند، معتقدند چنانچه داشتن اطلاعاتی بدین وسعت میسر نباشد می‌توان با داشتن اطلاعات عمومی و لازم، مثلاً معلومات مربوط به دندانپزشک، رفع احتیاج کرد و دندانپزشک خواهد توانست حال عمومی بیمار را در نظر گیرد و او را راهنمایی کند که برای پیشگیریهای لازم به پزشک مراجعه کند.

به این ترتیب مراقبت کامل پزشکی به وسیله یک فرد که به تنهایی دارای صلاحیت کامل باشد انجام نمی‌گیرد، بلکه یک عده متخصص که در رشته خویش صلاحیت دارند با یکدیگر همکاری می‌کنند و هر یک قسمتی از کار را انجام می‌دهد و اطلاعات و تبحر خویش را در اختیار دیگری می‌گذارد. لیکن به کار بستن این روش بسیار مفید، مستلزم وجود تشکیلاتی مجهز و تجزیه و تقسیم انواع خدمات و مواظبت‌ها و مسئولیت‌ها است.

قسمت دوم

میدان فعالیت دندانساز در بلژیک

۳۳- میدان فعالیت دندانساز

در سال ۱۹۳۴ در بلژیک دوره لیسانس علوم مربوط به دندان تأسیس گردید و بدینوسیله مراحل تهیه و مهیا ساختن دانشگاهی دندانپزشک بمرحله نهائی قدم نهاد. و مقررات سال ۱۹۶۷ حق انحصاری انجام امور مربوط به هنر دندانپزشکی را به دندانپزشکان واگذار و وظائف آنها را با تذکر عناصر اعمال غیر قانونی که نباید انجام دهند، تعیین نمود بدین ترتیب:

مواجهه با مسائل ناشی از محدودیتهای ناظر به صلاحیت حرفه‌ایست. در تصویب نامه سال ۱۹۴۸ وسائل تشخیص، که بکار بردن آن در صلاحیت جراحان دندان ساز است، محدود و معین شده است. تصویب نامه سال ۱۹۶۹ حدود این صلاحیت را وسیع تر کرده است بی آنکه در شرائط تحصیلی تغییری قائل شود. در آن تصویب نامه هنر دندانپزشکی بدین سان تعریف می شود:

تشخیص و درمان امراض دندان، دهان و فک، قالب گیری، امتحان نصب و بکار انداختن وسایل ثابت یا کمکی نو یا تغییر شکل یافته یا اصلاح شده. با توسعه دادن صلاحیت درمان دندان به تمام امراض دهان، موضوع تحصیلات کافی خود به خود مطرح می شود و بی شک حدود صلاحیت به حد مهیا بودن کامل از نظر پزشکی، می انجامد. باید متذکر شویم که شورای دولتی این تصویب نامه را لغو کرده و اوضاع را بوضع سابق برگردانده است.

۴۶- دندانپزشکی به منزله یک هنر پزشکی مستقل

در آلمان، هلند و لوگز امبورگ دیپلم دکترای دندانپزشک هم پایه دیپلم دکترای پزشکی بشمار می رود. بدینسان در آلمان حدود عمل دندانپزشکان توسعه یافته و شامل بیماری دهان و دندان و جراحی فک و صورت می شود. عملاً مقررات حرفه‌ای آنها را از تجاوز از حدود صلاحیت خویش بازمی دارد و از آنها می خواهد که در مواقع لزوم به پزشکان متخصص مراجعه کنند. از نظر حقوقی روش قضائی آلمان بر این پایه است که نظام حرفه‌ای نمی تواند صلاحیتی را که قانون اعطا کرده محدود کند.

۴۷- هنر دندانپزشکی منضم به هنر پزشکی

کشورهای دیگر آخرین مرحله تحول را در دندانپزشکی پیموده اند همانند تحولی که در جراحی و چشم پزشکی صورت گرفته است. مثلاً ایتالیا، اطریش و اسپانیا به این نتیجه رسیده اند که برای درمان دهان و دندان صلاحیت پزشکی مورد نیاز است. بدینسان در این کشورها دیگر موضوع حدود صلاحیت برای درمان بیماری دهان مانند ابتلائات سرطانی زبان و... مطرح نیست. بدین طریق مسئله مشکل نظارت بر محدودیتهای برای استفاده از وسائل معمول در طب عمومی، که برای پاره‌ای بیماری دهان لازم می شود، خود به خود برطرف می گردد.

وحدت پزشکی تحت تأثیر فشار نیروهای گریزاز مرکز

قسمت اول

افکار و نظرات متقابل

۴۸- جدائی یا الحاق - بطوری که ملاحظه می شود ترفیع مقام جراح در قرن گذشته و پایان یافتن جدالهای صلاحیت که جراحی

هیچکس حق ندارد به دندانپزشکی اشتغال ورزد مگر آنکه دارای دیپلم دندانپزشکی باشد؛ دیپلمی که باید بر طبق مقررات دانشگاه و پس از گذراندن امتحانات مربوط به دست آمده و یا اینکه بر طبق قانون از گذراندن این امتحان معاف شده باشد. قالب گیری و گذاردن دندان منحصر از وظایف دندانپزشکان شناخته شده و بدین طریق صلاحیت کمک دندان سازان محدود شده است.

بنا به روش قضائی در بلژیک قالب گیری دندان در حیطه هنر شفا بخشی تلقی نمی شد و ممکن بود بوسیله هر کسی انجام گیرد. ولی قانون مذکور با توجه به سود مردم دخالت اشخاص غیر وارد را منع میکند و مقرراتی در نظر می گیرد که متناسب با پیشرفت علم و فن می باشد.

ناگفته نماند که دندان سازان در بلژیک نمیتوانند اعمالی را که منجر به خونریزی می شود جز روی دندان و نسوج مربوط انجام دهند. دندان سازان حق ندارند به درمان بیماری دهان بپردازند. اینگونه معالجات در حیطه صلاحیت پزشکی است و پزشکان میتوانند برای بی حس کردن عمومی اقدام کنند. زیرا قانونگذار بلژیکی معتقد است که این قبیل معالجات مستلزم تحصیلات پزشکی اساسی و کامل است.

۴۴- انحصار معالجات دندان

با توجه به مطالب مذکور و تفکیک دو منطقه عمل، قانون بلژیک انجام کارهای دندانپزشکی را منحصر در صلاحیت اشخاصی می داند که دارای لیسانس در رشته دندانپزشکی باشند و برای پاره‌ای قسمتها دخالت کارگران حرفه‌ای صلاحیت دار را مجاز میداند.

پزشکی که دارای اجازه دندانپزشکی نباشد و یا متخصص بیماری دهان و دندان نباشد حق ندارد، بکار دندان پزشکی بپردازد. دخالت متخصصین اخیر الذکر در صورتی میسر است که تشکیلات قانونی برای این تخصص وجود داشته باشد.

قانون لوگز امبورگ به طور صریح تر و قاطع تر اشتغال به دوکار را صریحاً رد نموده و پزشکان را به سه دسته با شرائط و ارزش مساوی تقسیم میکند: پزشکان عمومی، پزشکان متخصص و دندانپزشکان. در فرانسه، آلمان و هلند با وجودیکه دسته اشخاص متخصص حرفه‌ای مانند جراح دندان ساز و دندانپزشک، هر پزشکی اعم از اینکه متخصص امراض دهان و دندان باشد یا نباشد از نظر قانون صلاحیت درمان بیماری دندان را دارد، مشروط بر این که به شرائط و مسئولیتهای ناشی از امکانات واقعی و ظرفیت خویش توجه داشته باشد و جنبه احتیاط را منظور دارد.

۴۵- صلاحیت جراحان دندان ساز فرانسوی

در فرانسه نیز حرفه جراح دندان ساز (Chirurgien-dentiste)

تأثیر است: کشورهایی که بیمه‌های اجتماعی تمام یا قسمت عمده مخارج بیماران را می‌پردازد و کشورهایی که تعداد پزشکان زیاد است. برای هر صد هزار تن در آلمان ۱۴۴ پزشک، در بلژیک ۱۴۳ تن، در هلند ۱۱۴ تن، در فرانسه ۱۱۲ تن و در لوگزامبورگ ۹۸ پزشک وجود دارد.

پارهای افکار که اولیای امور و مسئولان امور بیمه درمانی طرفدار آن هستند، این است که درمان به وسیله تکنیسین‌ها که دوره تحصیلات آنها کمتر است ارزان‌تر تمام میشود. بنابراین از نظر اقتصادی (و نه از نظر کیفیت درمان) صلاح در آن است که یک قسمت از فعالیت پزشکان به پزشکیاران واگذار گردد. و محتمل است که بار دیگر متصدیان امور بهداشت بصورت تکنیسین‌های وابسته به پزشکی روی کار آیند.

این امر خواهی نخواهی در کشورهایی که در نظر دارند با تشکیل دوره‌های پزشکی کوتاه مدت عقب افتادگی خود را از نظر بهداشت جبران کنند نزج می‌گیرد اولیای امور چاره‌ای جز قبول واقعیت ندارند. ولی باید توجه داشت که همین کشورها بتدریج که تعداد پزشکانشان به حد کافی می‌رسد پست افسران بهداشت را حذف می‌کنند. اوضاع و احوال در اتحاد جماهیر شوروی از این لحاظ قابل توجه است.

۳۰- فلدر (Feldscher) در اتحاد جماهیر شوروی- سمت فلدر قابل مقایسه است با سمت افسران بهداشت قدیم فرانسه. میدان عمل فلدر محدود به کمک‌های فوری و راهنمایی و تعیین نوبت برای مراجعه بیماران به پزشکان و انجام دستورهای پزشک است. همانند قابل‌های غربی، فلدر قابل هم وجود دارد ولی او همواره باید با پزشک عمومی در تماس باشد.

پزشکان عمومی هر دو هفته یکبار و متخصصین هر ماه یک بار به پستهای فلدرها سرکشی می‌کنند.

وزارت بهداشتی روسیه معتقد است که استفاده از فلدرها تنها به دلیل عدم وجود پزشکان به تعداد کافی است. ولی عدم تبحر آنها مخصوصاً برای تشخیص بیماری‌های ایجاب می‌کند بتدریج که تعداد پزشکان بیشتر می‌شود، پزشکان جانشین فلدرها شوند. فلدرها یا برای مددکاری اجتماعی و یا برای پرستاری (پرستار دیپلمه) مهیا می‌شوند ولی از سال ۱۹۵۷ سمت اخیر بیشتر مورد توجه بوده است. در حال حاضر وزارت بهداشتی کوشش دارد که سیستم پزشک و پرستار تحت نظر و مسئولیت پزشک را تعمیم داده سمت فلدرها را حذف کند. مدارسی که تاکنون فلدرها و پرستار تربیت می‌کردند از سال ۱۹۷۰ به بعد دیگر فلدر تربیت نمی‌کنند. (دنباله دارد)

را در مقابل پزشکی قرار میداد، مولود متحدالشکل شدن حرفه پزشکی بود نه معلول جدائی قطعی یک میدان فعالیت مشخص از میدان دیگر. به بیان دیگر میدان فعالیت جراح و پزشک به جای جدائی و پیشرفت در دو خط متباعد، باهم یکی شدند و در دو خط موازی به جلو رفتند. امروزه غیر قابل تصور است که بتوان عملهای جراحی را به جراحانی واگذار کرد که پزشک نباشند. چشم پزشک نیز طبیب شده است. این جنبش به سوی تمرکز معلومات اساسی و مقدماتی حرف پزشکی، امری است که به موازات پیشرفتهای اجتماعی و امکانات آن پیش می‌رود.

بالا رفتن سطح درآمد اشخاص و توسعه حرف دانشگاهی اجازه می‌دهند که تضمینهای بیشتر و شرایط سنگین‌تر برای متصدیان حرف بهداشتی در نظر گرفته شود. بسدیهی است مسائل مبتلا برای کشوری که ۱۴۳ پزشک برای هر صد هزار تن جمعیت دارد و کشوری که فقط چهار پزشک برای تعداد جمعیت مذکور دارد (مثل کامرون) فرق می‌کند.

مثلاً در بلژیک اخیراً بیهوشی به عده پزشکان واگذار میشود (۱۴۳ پزشک برای صد هزار تن) در حالیکه در فرانسه که ۱۱۲ پزشک برای صد هزار تن وجود دارد، ممکن است بیهوشی بوسیله پرستاران و تحت نظر پزشک مسئول انجام گیرد.

۲۹- کشش بسوی تجزیه- با وجود آنچه گفته شد، اینک از نظر حقوقی سعی میشود که جریان در جهت عکس پیشرفت طبیعی مذکور سیر کند. در سالهای اخیر مشاغل گوناگون فراوان وابسته به پزشکی که آنها را پیرا پزشکی می‌نامیم به شغل وابستگان پزشکی افزوده شده که همه در صدد به دست آوردن موقع و مقام مشخص و آتیه مطمئن با استفاده از وسائل قانونی هستند.

قوانین اکثر ممالک پیشرفته با درهم برهم عجیبی مواجه است که نتیجه غیر منطقی آن ممکن است باعث شود که باردیگر امر درمان طبی تجزیه شود و در مسیر تشکیلات اتحادیه‌ای قرار گیرد و در نتیجه کیفیت خویش را از دست بدهد و برخی امور به اشخاصی که واجد صلاحیت کامل نیستند واگذار شود.

بدین سان بیماران از مراجع به متخصصین ذی صلاحیت که پزشکانند بازداشته شوند.

این وضع به ویژه در کشورهای ثروتمند در حال پیدایش است: کشورهایی که در آن اجرت پزشکان در نتیجه مقررات جاری قابل تحمل است، کشورهایی که در آن نسبت تعداد متصدیان پزشکی به جمعیت زیاد است و نه در کشورهایی که پزشک کم است و یا در کشورهایی که پرداخت اجرت پزشک برای مردم مقدور نیست. بدینسان نیروهای گریز از مرکز در کشورهای بازار مشترک در حال