

هم‌آهنگی آموزش پزشکی و خدمات درمانی

مجله نظام پزشکی

سال هفتم ، شماره ۲ ، صفحه ۹۹ ، ۱۳۵۸

دکتر محمود رضائیان *

مقدمه :

اینک که بخواست خداوند بزرگ مرحله سازندگی انقلاب ملی و اسلامی ما آغاز میگردد طرح حاضر را برای هم‌آهنگ ساختن آموزش پزشکی و خدمات درمانی در سطح کشور تقدیم میدارد و از عموم صاحب نظران تقاضای بذل توجه و بحث و انتقاد دارم .

این طرح در دو بخش تنظیم گردیده و در هر قسمت بطور خلاصه وضع موجود را مورد بررسی قرار داده و راه بهتر ساختن آنرا خاطر نشان ساخته است.

بخش اول- از نظر آموزشی:

در این طرح دانشجویان پزشکی سراسر مملکت متناسب با جمعیت و پراکندگی جغرافیائی انتخاب میشوند و با تغییر اساسی در برنامه‌های آموزش پزشکی، با استفاده از کلیه تسهیلات و امکانات درمانی و بهداشتی کشور و بهره‌گیری از تمامی کادرهای متخصص دانشگاهی و غیر دانشگاهی برای آموزش ضمن کاهش مدت تحصیل، بر کیفیت آموزش پزشکی افزوده خواهد شد و بازده تربیت پزشک برای تمام مملکت نیز افزایش خواهد یافت و نیز طرز کار طوریت که پزشک آزادانه بدهستانها و نقاط دوردست گسیل میگردد.

بخش دوم- از نظر درمانی:

خدمات درمانی بر اصال صحیح عرضه و تقاضا با حفظ حق آزادی انتخاب پزشک برای بیمار استوار و میدان فعالیت مشروع پزشکی برای کلیه پزشکان یکسان باز میشود و با ایجاد رقابتهای صحیح درمانی، از طرفی پزشکان را برای ارائه خدمات بیشتر و بهتر

تشویق میکند و از طرف دیگر آنان را به تحقیق و ابتکارات حرفه‌ای وادار خواهد ساخت از نیروهای متخصص و نیمه متخصص پزشکی حداکثر استفاده در تمام کشور بعمل خواهد آمد و در بودجه مملکت برای تأمین خدمات درمانی نهایت صرفه‌جویی خواهد شد.

گزینش دانشجو:

در کشور ما به علت وسعت مساحت و پراکندگی جمعیت بویژه در روستاها، خدمات فرهنگی و پزشکی به یک نسبت توسعه نیافته و متناسب با وسعت و جمعیت کشور پیشرفت نکرده بطوریکه قریب هفتاد درصد خدمات فرهنگی و پزشکی در خدمت کمتر از ۲۵ درصد جمعیت شهر نشین مملکت قرار داده شده است مثلاً در تهران بازار هر ۷۵۸ تن، یک پزشک و در استان زنجان بازار هر ۸۰۰ تن، یک پزشک داریم (نشریه نظام پزشکی شماره دهم صفحه ۳ فروردین ماه سال ۱۳۵۶). متأسفانه با برنامه‌های موجود شکاف فرهنگی و پزشکی شهر و روستا بهیچوجه نه تنها از بین نخواهد رفت بلکه چون حلقه ناقصی ادامه خواهد یافت زیرا در حال حاضر اکثر دبستانها و دبیرستانها در مراکز شهرها و استانها تأسیس گردیده و قاعدتاً اکثر فارغ التحصیلان دبیرستانها و داوطلبان دانشگاهی نیز بیشتر از بین شهر نشینان میباشند و در نتیجه صندلیها و موقعیتهای دانشگاهی نیز با همین عدم تناسب در اختیار آنان قرار خواهد گرفت، بطوریکه اکثر فارغ التحصیلان دانشگاهی عموماً و پزشکان فارغ التحصیل خصوصاً نه تنها روستائی نیستند و میل بخدمت در روستاها و شهرستانهای کوچک را ندارند بلکه از بدو شروع خدمت، شهرهای مرکزی را انتخاب مینمایند و چنین است که سالها این حلقه ناقص ادامه یافته است. برای رفع

* بیمارستان ابن سینا، تهران.

نشان داده اند پانصد هزار تومان خرج شده باشد مبلغ گرافی از بودجه مملکت را نیز ضایع کرده ایم.

ثانیاً ، از نظر دانشجویان :

تدریس این دروس در آزمایشگاهها بدون ارتباط با بیمار و بیمارستان بسیار خشک و سخت بوده فقط دانشجوی مطالب گفته شده را برای گذراندن امتحان یاد گرفته و بزودی فراموش می نماید. سر رشته این دروس پایه تشریح انسانی است که با وجودیکه بموقع دروس مزبور را یاد گرفته و امتحان آنرا نیز با موفقیت گذرانیده اند ولی در بالین بیمار اطلاع کافی از علم تشریح ندارند.

با این مشکلات چه باید کرد؟

دانشکده علوم پایه بصورت دانشکده جداگانه چنان که هست ملفی گردد و دروس علوم پایه در دروس بالینی ادغام شود به این طریق که دانشجویان پزشکی پس از قبول شدن در امتحانات ورودی وارد اصل قضیه یعنی یادگیری علوم بالینی و یا شناسائی بیمارها و درمان آنها بشوند ولی در جریان این آموزش جدید ، در تدریس هر موضوع پزشکی مسائل علوم پایه نیز عیناً تدریس شود ، فی المثل قبل از تدریس بیمارهای پوست وضع تشریح پوست و فیزیولوژی آن و همچنین قبل از تدریس بیمارهای خون ، ریه ، قلب ، مغز ، اعصاب ، دستگاه گوارش ، اندامهای حرکتی و غیره مسائل علوم پایه که عبارتست از تشریح ، فیزیولوژی و غیره بیان گردد و نیز قبل از تدریس بیمارهای عفونی ، میکروبی شناسی قسمت مربوطه و بلافاصله پس از تدریس بیمارهای عفونی مسائل درمان شناسی تدریس شود. بطوریکه بیمارها با بیمار ارتباط داشته و با رشته های مختلف تسلسل خود را حفظ نماید. برای عملی ساختن این نظریه پیشنهاد میشود:

- ۱- تدریس دروس پزشکی کلاً چهار یا پنج سال تعیین شود.
- ۲- کلیه کادرهای علوم پایه به بیمارستانها برگردند و به موجب نوع تخصص شان به گروه های داخلی یا جراحی ملحق گردند.
- ۳- تدریس هر موضوع به گروهی از پزشکان که هم اکنون نیز گروه های مزبور مثل گروه داخلی ، جراحی ، گوش و حلق و بینی و غیره وجود دارد واگذار شود. به این طریق هر موضوع بلافاصله از الف اول تالی آخر تدریس و از دوباره کاریها توسط استادان و فراءوش شدن موضوع ها نیز جلوگیری خواهد شد.

مزایای این روش بقرار زیر میباشد:

- ۱- از نظر کادر علمی: عده ای از پست ها بعنوان علوم پایه بدون جاذبه شغلی باقی نخواهند ماند. هر استاد در عین حال که قسمتی از

این مشکل و شکستن حلقه ناقص ذکر شده پیشنهاد میشود چون ثروت مملکت و دانشگاه های آن متعلق به عموم مردم ایران میباشد اصل تناسب جمعیت و مساحت کشور در انتخاب دانشجویان بویژه دانشجویان پزشکی که مسئول سلامت جامعه فردای ایران میباشد حتماً در مسابقه دانشگاهها رعایت شود تا در آینده بسیار نزدیکی شاهد رفع این تناقض اجتماعی باشیم.

بدین معنی : با وجودیکه مثلاً هفتاد درصد فارغ التحصیلان دبیرستانها از شهرهای بزرگ میباشد رقمی در حدود شصت یا اقل پنجاه درصد از دانشجویان دانشکده های پزشکی از بین سی درصد فارغ التحصیلان دبیرستانهای روستا و شهرهای کوچک با اخذ تعهد خدمت در محل تولد خود، انتخاب گردند. بدینوسیله دانشجویان بویژه در رشته پزشکی متناسب با وسعت و جمعیت کشور برگزیده میشوند و در آینده نزدیک شاهد پیشرفت یکسان مملکت در زمینه تأمین خدمات درمانی میشویم. از همه مهمتر پزشکی که در این سیستم تربیت شود به محل و موقعیت آینده خود بخوبی آشنا و علاقمند بوده و برخلاف سیستم فعلی طبیب برای کشورهای آمریکائی و اروپائی تربیت نخواهد شد.

دانشکده های علوم پایه - تدریس علوم پایه :

در حال حاضر دانشجویان پزشکی پس از موفقیت در مسابقه عمومی مدت سه سال دوره دانشکده علوم پایه را میگذرانند. این دوره سه ساله بصورت وضع موجود موجب تضییع قسمتی از نیروی پزشکی و اتلاف وقت جوانان میگردد که خلاصه این اشکالات به قرار زیر است:

اولاً از نظر استاد:

چون تدریس علوم پایه با بیمار رابطه مستقیم ندارد و شمار استادان این رشته از علوم بعلل فراوان، اندک است و این موضوع در تعلیم علوم پایه و کیفیت آن مؤثر می افتد، در این باره باید تدابیری اتخاذ شود که مشکلات موجود مرتفع گردد. در حالیکه در شغل های کلینیکی عموماً تعداد داوطلب چندین برابر پست های موجود است در رشته های علوم پایه همیشه چندین پست خالی موجود میباشد. این اصل کلی منحصر بدانشکده های علوم پایه در ایران نیست بلکه این وضع در دانشکده های غربی نیز وجود دارد. نکته مهم آنکه اگر غایت پزشکی را درمان بیمار بدانیم با برقراری دانشکده های علوم پایه ، عملاً با وجود کمی پزشکان در مملکت از وجود عده کثیری از پزشکان که در کادرهای علوم پایه اشتغال دارند استفاده نکرده و معلومات آنان را در خدمت بیماران نگذاشته ایم و اگر برای تربیت هر پزشک آنطور که آمارگران

جراحی می‌نماید قاعداً باید شناسایی بهتری از وضع تشریحی و فیزیولوژی قسمت تخصص خود داشته باشد. برای مثال تدریس تشریح و فیزیولوژی چشم توسط چشم‌پزشک بسیار بجای و برای دانشجویان خوش‌آیندتر و دلبزیرتر خواهد بود تا آنکه این مطالب روی جسد و در آزمایشگاه بطور نظری تدریس گردد و به همین دلیل در حال حاضر معلمین و اساتید بر بالین بیمار و به هنگام تدریس بیماریهای انسانی نخست قسمتی از وقت خود را بیادآوری علوم پایه و تدریس آن اختصاص می‌دهند.

در پایان دوره چهار یا پنج ساله دانشجویان برای دوره‌های کارآموزی بالینی معرفی خواهند شد.

گواهینامه موقت پزشکی:

در پایان دوره چهار یا پنج ساله از کلیه دروس تدریس شده از دانشجویان امتحان بصورت امتحانات داخلی بعمل می‌آید و به کلیه دانشجویانی که تمام دروس پزشکی را آموخته و امتحان آنها را نیز با موفقیت گذرانیده باشند، گواهینامه موقت پزشکی داده میشود.

این گواهینامه فقط ارزش آنرا دارا خواهد بود که واجدین آن بتوانند فقط در درمانگاهها و بیمارستانهای که طبیب فارغ التحصیل وجود دارد کار نمایند که در ضمن، کار آنها بعنوان کارآموزی برای اخذ گواهینامه دائمی پزشکی مورد قبول خواهد بود، البته برای این کار آموزی بطریقی که بیان خواهد شد از مؤسسه مربوطه حقوق مکفی دریافت خواهند کرد.

آموزش بالینی:

در حال حاضر تعداد تخت بیمارستانی غیر دانشگاهی بیش از چهار برابر تخت‌های بیمارستانهای دانشگاهی کشور است. بطوریکه از مجموع ۵۳۹۴۴ تخت ۵۲۵ بیمارستان کشور فقط ۹۷۳۴ تخت در ۴۰ بیمارستان متعلق به کلیه دانشگاههای کشور است بنابراین از ۴۴۲۱۰ تخت بیمارستانی که با هزینه سنگینی اداره میشود استفاده آموزشی نمیشود.

(آمار از شماره دهم نشریه نظام پزشکی ایران، فروردین ماه، سال ۱۳۵۶).

در حالیکه کاروان و کارآموزان اغلب در بیمارستانهای دانشگاهی برای معاینه يك بیمار یا كمك در يك عمل جراحی بایکدیگر به رقابت می‌پردازند در بعضی از بیمارستانهای غیر دانشگاهی كمبود نیروی انسانی پزشکی جوان بسیار چشمگیر است مهمتر آنکه بسیاری از پزشکان تحصیل کرده و علاقمند به تحقیق و

علوم پایه را درس خواهد داد خود نیز قسمتی از علوم بالینی را تدریس خواهد کرد.

۲- معلمین و استادان علوم بالینی از علوم پایه دور نخواهند ماند و دائماً در جریان علوم پایه قرار خواهند گرفت و کارهای بالینی آنها نیز جنبه علمی بیشتری خواهد داشت.

۳- تدریس علوم پایه در بعد از ظهر انجام خواهد شد به این طریق از قسمتی از وقت بهدر رفته نیروهای جوان بخصوص در سطح استاد یار و دانشیار استفاده خواهد شد،

۴- از نظر دانشجویان: تدریس علوم پایه در ضمن علوم بالینی لزوم و مفید بودن آنها را برای دانشجویان ثابت خواهد کرد و به این طریق دانشجویان خواهند توانست معلومات پایه خود را در کلینیک مورد استفاده قرار دهد و در ضمن حداقل دو تا سه سال از وقت جوانان صرفه جوئی میشود و در نتیجه دوره پزشکی دو تا سه سال کوتاه خواهد شد.

۵- از نظر درمانی: از نیروی استادان علوم پایه در آموزش بالینی نیز استفاده خواهد شد و بر بازده درمانی افزوده خواهد گشت.

۶- مشکلات كمبود كادر علمی در علوم پایه بکلی از بین خواهد رفت.

۷- کیفیت و كمیت تدریس علوم پزشکی بالا خواهد رفت.

۸- کیفیت انجام خدمات بالینی و تحقیقی افزایش خواهد یافت.

۹- با كم شدن دوره تحصیل روند تربیت پزشك در سال فزونی خواهد یافت.

۱۰- گسترش درمان در سطح کشور بهتر خواهد شد.

تدریس و آموزش علوم بالینی:

کلیه علوم بالینی که شامل علوم پایه نیز خواهد بود بر طبق برنامه منظمی در چهار یا پنج سال (موضوع مدت باید دقیقاً بررسی شود) در بیمارستانهای دانشکده‌ها تدریس خواهد گردید. در این چهار یا پنج سال صبحها دانشجویان بیماریهای انسان و بعد از ظهرها علوم پایه و نوع استفاده آنها را بر بالین بیمار یاد خواهند گرفت. همانطور که در بخش قبل ذکر گردید مثلاً در يك بخش که قرار است شکستگی‌ها تدریس گردد در بعد از ظهر استخوان شناسی و تشریح اندامها تدریس خواهد شد و در روز و روزهای بعد شکستگی‌ها و بیماریهای اندامها تدریس خواهد شد. در بخش داخلی نیز تشریح ریه و فیزیولوژی آن سپس بیماریهای ریه و درمان شناسی آنها تدریس میشود. در کلینیک همگی معتقد هستیم که پزشکی که هر روز يك قسمت بدن را معاینه میکند و یا

تدریس که در دانشگاهها شاغل نیستند اغلب در این مؤسسات غیر-دانشگاهی به خدمت مشغولند و اکثراً از نبودن بحث و درس و تجدید معلومات شکایت دارند. مهمترین شکایت این عده از نبودن بیمار و کمی حقوق نیست، اینان که اغلب از شایسته ترین متخصصین میباشند از اینکه نه تنها معلومات آنان از نظر آموزشی مورد استفاده قرار نمیگیرد بلکه برعکس بعثت عدم بحث و تمرین اغلب بیوته فراموشی سپرده میشوند، در رنج میباشند. برای آموزش بالینی باید سنت گرا بود یعنی از طرفی کلیه درمانگاهها و بیمارستانهای کشور را که در اختیار هر سازمان و مؤسسه ای میباشد برای آموزشی بالینی مورد استفاده قرار داد از طرف دیگر درهای دانشگاه را بروی معلمین و استادان و متخصصین غیر دانشگاهی کشور گشود. با این طریق از وجود کلیه تسهیلات بهداشتی و بهداشتی مملکت از نظر آموزشی نیز استفاده خواهد شد. نیروی جوان دانشجوی و طبیب تازه فارغ التحصیل (دارای گواهینامه موقت پزشکی) را میتوان بمیل خود فارغ التحصیل باقی نقاط کشور گسیل داشت تا که بود نیروی انسانی جبران شود. برای اجرای این نظریه قبلاً باید کلیه درمانگاهها و بیمارستانهای کشور توسط يك هیأت دانشگاهی از نظر آموزش بالینی ارزشیابی گردد، باین طریق که کوچکترین واحد فی المثل درمانگاه کوچک يك ده یا دهستان که دارای يك طبیب عمومی است بتواند يك نفر کارآموز را بمدت ۲ تا ۴ هفته آموزش بدهد یا به عبارت دیگر چنین درمانگاهی بتواند مدت ۲ تا ۴ هفته برای کاروز پزشکی مفید واقع گردد چه در این مدت طبیب جوان با قسمتی از بیمارهای محلی و نحوه مبارزه با آنها آشنائی پیدا می نماید ضمناً ممکنست که درمانگاه مزبور متعلق بده و دیار خودش باشد که خدمت در آن موجب برانگیختن غرور ملی وی گردیده برای خدمت بیشتر در آن محیط یا محیط مشابه آماده گردد. همچنین خدمت موقت این دانشجوی کمکی به آن طبیب شاغل در درمانگاه خواهد بود که بعثت نداشتن کمک و همکار اغلب برای انجام کارهای ضرور خود نیز در مضیقه میباشد. به همین طریق درمانگاهی که مجهز به آزمایشگاه و رادیولوژی میباشد ممکنست برای مدت ۱ تا ۳ ماه کارآموزی، مناسب تشخیص داد و بیمارستانی که دارای حداقل ۲۰ تخت باشد برای کارآموزی يك نفر بمدت ۳ تا ۶ ماه مناسب دانست. با این ارزشیابی به کلیه مؤسسات درمانی کشور اجازه داده خواهد شد که يك یا چند طبیب جوان را بمدت معینی که از طرف هیأت دانشگاهی تعیین شده با استخدام در آورند (این سیستم هم اکنون در انگلستان مورد عمل میباشد) باین ترتیب دانشجویی که از

بجنورد یا تبریز بدانشکده پزشکی تهران راه یافته قادر خواهد بود که اقلاً قسمتی از کارورزی خود را آزادانه در محیط و زادگاه خود بگذرانند. ضمناً درمانگاه یا بیمارستان محلی نیز برای مدت محدودی هم که باشد از وجود پزشك محلی که البته بروحیه مردم خود بهتر واقف است استفاده خواهد کرد. آئین نامه کارآموزی یا کارورزی یا خدمت خارج از دانشکده باید طوری تنظیم گردد که هر پزشکی که داری گواهینامه موقت پزشکی است پس از دوسال خدمت بیمارستانی بطریقی که ذکر گردید بتواند برای اخذ گواهینامه دائمی پزشکی اقدام نماید. دوسال مزبور بسته بدخلخواه پزشك و تسهیلات موجود ممکن است در بیمارستانهای دانشگاهی یا در خارج از دانشگاه در درمانگاهها و بیمارستانهای محلی انجام شود. طریقه عملی این سیستم بقرار زیر خواهد بود:

- ۱- کلیه مؤسسات درمانی کشور از نظر آموزشی طبقه بندی و برای پذیرش پزشکان جوان از نظر تعداد و مدت برای هر نفر ارزشیابی و حقوق و مزایای هر شغل تعیین خواهد شد. (ارزش آموزشی هر بیمارستان بسته به تعداد کادر پزشکی و تسهیلات درمانی آن خواهد بود).

- ۲- در اول خرداد ماه هر سال (سه ماه قبل از شروع کار) فهرست پستهای خالی مؤسسات درمانی کشور که در شهریور همان سال آمادگی استخدام پزشکان جوان را دارند توسط مؤسسات مربوط با همکاری هیأت دانشگاهی منتشر خواهد شد. کلیه پستها با ذکر مزایا و حقوق اعلام میشود.

- ۳- هر پزشك فارغ التحصیل موقت مطابق سلیقه خویش، خود را برای يك یا چند پست به ترتیبی که دوسال خدمت وی را تأمین نماید تقاضا خواهد کرد. تقاضاها توسط مؤسسات بررسی و افراد شایسته هر شغل انتخاب خواهند شد.

- ۴- برای متخصصین غیر دانشگاهی، از طرف دانشگاهی که بیمارستان در آن شهر یا استان قرار دارد ممکنست عنوان افتخاری دانشگاهی یا چیزی بیه آن قائل گردید.

- ۵- به این طریق در اول هر سال تحصیلی حداقل يك هزار پزشك جوان از دانشکدهها آماده و عازم خدمت خواهند شد که میتوان آنها را به تمام نقاط مورد نیاز مملکت اعزام داشت. پس از طی دوره خدمت موقت در صورتیکه موسسه ای به خدمت بیشتر پزشك در سطح بالاتر نیاز داشته باشد و یا آن پزشك تعهد خدمت داشته باشد میتواند در آن موسسه به خدمت خود، البته بعنوان پزشك فارغ التحصیل، ادامه دهد.

بطور خلاصه مزایای این طریق آموزشی بالینی بقرار زیر است:

- ۱- پزشکان جوان اقلاً قسمتی از کارآموزی خود را در زادگاه خود انجام خواهند داد.

داخلی و جراحی خواهد بود. پس از توفیق در این امتحان به کلیه پزشکان دیپلم پزشکی یا گواهینامه دائمی داده خواهد شد. بنابراین آنچه ذکر گردید مزایای این طرح آموزش پزشکی بطور خلاصه به قرار زیر است :

۱- در این طرح مدت آموزش پزشکی را دو تا سه سال میتوان تقلیل داد مشروط بر آنکه آموزش و کارآموزی بالینی که شغلایی با پرداخت حقوق و مزایای کافی است جزء مدت تحصیل محسوب شود.

۲- از تمام تخت‌های بیمارستانی و تسهیلات درمانی کشور حداکثر استفاده خواهد شد.

۳- همه سال حداقل یک هزار پزشک جوان با نیروی فعال باقی نقاط مملکت برای خدمت گسیل خواهند شد.

۴- از وجود پزشکان فارغ‌التحصیل و شاغل در شغلای علوم پایه به نفع بیماران برای خدمات درمانی استفاده خواهد شد.

۵- از متخصصین غیر دانشگاهی برای آموزش بالینی استفاده خواهد شد.

۶- بامر درمانی کشور با همکاری کلیه کادرهای موجود کمک خواهد شد.

۷- از کلیه امکانات بهداشتی مملکت بدون هزینه اضافی استفاده آموزشی خواهد شد.

اداره امور بیمارستانها :

نظر اجمالی به وضع کنونی بیمارستانها: بیش از هفتاد درصد تخت‌های بیمارستانی غیر دانشگاهی بوده و هر بیمارستان بنحوی برطبق سلیقه مسئولین آن اداره میشود ولی از مجموع بطور قطع و یقین استفاده درمانی به حداکثر انجام نمیشود. اقدام وزارت بهداشت و بهزیستی به اجرای طرح بیمه‌های همگانی در عمل با مشکلات بسیار روبرو است. با یک نظر اجمالی بابررسی خدمات درمانی در کشورهایی که بیمه‌های گوناگون را در مملکتشان اجرا کرده‌اند باین نتیجه میرسیم که ارائه خدمات درمانی در استاندارد خوب بسیار گرانقیمت بوده و تحمیل آن بر بودجه عمومی مملکت اگرچه در ابتدا ممکنست قابل انجام باشد ولی بعلمت تورم عمومی و پیشرفتهای پزشکی و ازدیاد توقع مردم و وجود تسهیلات درمانی بهتر و گرانتر بالاخره قابل تحمل نخواهد بود و تعادل درمان استاندارد بهم خواهد خورد زیرا یا کشور از تأمین هزینه درمان مجانی باوجود اخذ تأمین‌ساز سی درصد دست‌زد بیمه‌شدگان عاجز خواهد ماند و یا خدماتی ارائه خواهد شد که نه تنها مانند وضع حاضر مورد رضایت نباشد بلکه اصولاً مورد قبول واقع نخواهد گردید، در نتیجه سیل بیماران حتی برای درمان

۲- با بیماریها و مشکلات درمانی محیط زیست خود بهتر آشنا خواهند شد.

۳- عشق به خدمت آنان در محیط زادگاه و خانواده‌های خود برانگیخته خواهد شد.

۴- در دوران کارآموزی بالینی به استخدام مؤسسه یا موسسات درمانی در خواهند آمد و از مزایای حقوقی کافی بهره‌مند خواهند بود.

۵- قسمتی از نیروی انسانی فعال که هم‌اکنون با استخدام پزشکان خارجی تأمین میشود از نیروی فعال کشور تأمین خواهد شد.

۶- به پزشکان شایسته خارج دانشگاه امکان تدریس داده خواهد شد.

۷- از کلیه موسسات درمانی کشور از نظر آموزشی بهره‌برداری خواهد شد.

۸- بامر درمانی کشور با گسیل هر سال اقلاً یک هزار تا یک هزار و پانصد پزشک جوان به اقصی نقاط مملکت کمک خواهد گردید.

اخذ دیپلم پزشکی یا گواهینامه دائمی :

دیپلم پزشکی یا گواهینامه دائمی به کسانی داده میشود که در امتحان ملی پزشکی که در سال یک یا دو نوبت زیر نظر وزارت آموزش و پرورش و علوم در دانشگاههای سراسر کشور برگزار میگردد شرکت کرده و موفق بگذراندن آن شده باشند. مواد امتحانی از بیماریهای بومی و مسائل عمومی پزشکی خواهد بود که انتظار میرود هرطبیبی آنها را صحیحاً آموخته باشد. برای شرکت در امتحان ملی پزشکی داوطلبان باید واجد شرایط زیر باشند :

۱- دارای گواهینامه موقت پزشکی.

۲- کارورزی اجباری در یکی از بخشهای شناخته شده داخلی به مدت ۶ ماه.

۳- گواهی کارورزی در یکی از بخشهای جراحی شناخته شده به مدت ۶ ماه.

۴- گواهی خدمت در سایر بخشهای انتخابی یا درمانگاههای شناخته شده به مدت ۱۲ ماه.

۵- علاوه بر پزشک در مدت دو سال خدمت خود باید مستقلاً یا با راهنمایی یکی از اساتید دانشکده خود موفق به نگارش مقاله‌ای (یا پایان نامه‌ای) ابداعی در یکی از زمینه‌های پزشکی قابل انتشار شده باشد.

۶- موفقیت در مواد امتحانی که شامل کلیه بیماریهای

بیماریهای جزئی به کشورهای خارج سرازیر خواهد شد. بنابراین انتقادات زیر بر سیستم فعلی بیمه وارد است :

۱- بودجه خدمات درمانی همگانی برای دولت سنگین است و در آینده سنگینتر و غیر قابل تحمل خواهد شد .

۲- عملاً آزادی انتخاب پزشک از بیمار سلب گردیده است.

۳- کیفیت پزشکی را کاهش داده است .

۴- يك نوع درمان با کیفیت بد و با خرج گزاف برای عده زیادی از اجتماع که دارای درآمدهای خوبی هستند بوجود میآورد که مورد استفاده آنان نمی باشد .

۵- برای اکثر بیمه شده‌ها بسیار گران بوده چه مجبورند تا میزان ۳۰ درصد درآمد خود راپردازند

۶- چون بیمه گر و ارائه دهنده خدمات یکی است ارقام ارزشیابی‌ها اغلب دور از حقیقت است . باوجود این نقایص ، نفس بیمه عالی است بشرطی که بیمه کننده و ارائه دهنده خدمات درمانی بیمه که در نتیجه موجب سبب آزادی انتخاب پزشک و طبابت اجباری خواهد بود یکی نباشد .

برای پی‌ریزی خدمات درمانی رایگان متناسب با نیازهای اجتماعی امروز باید باتشکیل و توسعه گروههای پزشکی در بیمارستانهای مختلف، طرح بیمه‌های خصوصی جایگزین طرح بیمه وزارت بهداشت و بهزیستی گردد. به این طریق هر گروه پزشکی و بیمارستانی مستقلاً برای جلب توجه بیمه شدگان و عقد قرار داد با گروهی از آنان، در بهبود کیفیت خدمات ارائه شده خواهند کوشید و در عین حال فعالیت و کار بیشتری انجام خواهند داد . از طرف دیگر طبقات مختلف مملکت با توجه به بودجه بیمه خود و با مقایسه گروههای مختلف پزشکی با بهترین شرایط ممکن با گروه مورد نظر قرار داد خواهند بست . فی‌المثل گروه پزشکی که دارای پانصد تخت بیمارستانی و دو یست نفر کادر پزشکی میباشد خدمات خود را طوری در حد عالی ارائه خواهد داد که مثلاً کارکنان فلان وزارتخانه با آنها قرار داد ببندند و با پرداخت حق بهداشت و بیمه نیازهای پزشکی کارمندان خود را برطرف نمایند. گروه و بیمارستان دیگر مثلاً با پنجاه تخت با فلان کارخانه قرار منعقد می‌نماید و کارگران آنها را با همان حق بیمه‌ای که از طرف کارگر و کارفرما پرداخت میگردد درمان خواهد نمود . هرگاه گروه بیمه شده از خدمات ارائه شده ناراضی باشند میتوانند قرار داد بیمه خود را به گروه پزشکی دیگری منتقل نمایند .

در حقیقت در سیستم پیشنهادی خدمات درمانی بر اصل صحیح عرضه و تقاضا که هم در بهبود کیفیت و هم در تقلیل مخارج

خدمات ارائه شده مؤثر است ، استوار میباشد.

برای اجرا کردن این طرح لازم است علاوه بر بیمارستانها و گروههای پزشکی خصوصی در اداره امور کایه بیمارستانهای دولتی و موسسات خیریه نیز کارکنان موسسات مزبور که شامل پزشکان، پرستاران و کادرهای اداری میباشد مشارکت فعال داشته باشند و با همکاری مردمی که از آن بیمارستانها استفاده می‌نمایند بصورت واحدهای مستقل پزشکی اداره شوند و در هر بیمارستان هیأتی مرکب از نمایندگان پزشکان، پرستاران و کادر اداری بانمایندگان مردم برای بررسی و مشاوره امور زیر تشکیل شود.

۱- تنظیم بودجه بیمارستان که در سال اول و دوم ممکنست نیاز به کمک از دولت داشته باشد ولی باید طوری اداره شود که بتدریج هر بیمارستان بتواند خود کفا باشد .

۲- سعی در ارائه بهترین خدمات درمانی تا مورد استفاده و توجه بیمه شدگان قرار گیرد .

۳- جلب نظر بیمه شدگان و بستن قرار دادهای آزاد برای فعالیت بیشتر.

۴- استخدام و نگهداری کادر فنی و پزشکی بهتر و بیشتر برای توسعه کار و ادامه خدمات بهتر و بیشتر .

در این طرح محاسن و مزایای زیر میتواند وجود داشته باشد :

۱- از وجود کادر متخصص موجود بیمارستانی حداکثر استفاده خواهد شد .

۲- از تسهیلات موجود بیمارستانی نهایت استفاده بعمل خواهد آمد .

۳- بازده بیمارستانها بالا خواهد رفت .

۴- بعلت وجود رقابت صحیح و مشروع، در بین گروههای پزشکی، کیفیت کار بالا خواهد رفت .

۵- خدمات درمانی بر بودجه عمومی مملکت تحمیل نخواهد شد .

۶- اصل انتخاب پزشک توسط بیمار محفوظ باقی خواهد ماند .

۷- با آزادی مشروع در ازدیاد فعالیتهای پزشکی درآمد بیمارستانها و در نتیجه جذبه‌های شغلای بیمارستانی افزایش خواهد یافت و در نتیجه بزودی کمبود نیروی انسانی و امکانات پزشکی از بین خواهد رفت .

۸- گروههای مستقل پزشکی در امر آموزش پزشکی بطریقی که ذکر شد سهیم خواهند بود .

تنظیم بودجه درمانی :

درمانی فوق العاده است که مهمترین آنها را میتوان بقرار زیر خلاصه کرد :

۱- از نظر بیمار :

- ۱- بیمار و بیماران با مطالعه تسهیلات گروههای مختلف پزشکی آزادانه پزشک و بیمارستان خود را انتخاب می نمایند.
- ۲- از دوباره کاریهای فعلی که بیماری خود سرانه به چندین پزشک مراجعه رادیوگرافیها و آزمایشات متعدد انجام میشود جلوگیری خواهد شد.
- ۳- بیماران حق خواهند داشت که بسته به بودجه شخصی یا موسسه خود بهترینها را انتخاب نمایند.

۲- از نظر پزشکان :

- ۱- پزشکان آنطور که هدف اصلی پزشکی است آزادانه بکار اشتغال خواهند داشت.
- ۲- نهایت دقت را در کار خود برای جلب بیماران بکار خواهند برد.
- ۳- از وجود کلیه موسسات درمانی و حداکثر توانائی پزشکان استفاده خواهد شد.
- ۴- جاذبههای شغلی پزشکان با تأمین نسبی وضع مالی آنها موجب جلب نظر و برگشت پزشکان خارج مملکت خواهد شد.

۳- از نظر وزارت بهداشت و بهزیستی :

- ۱- از مسئولیت درمانی وزارت بهداشت و بهزیستی کاسته خواهد شد تا وزارتخانه مزبور بتواند با مرپیشگیری بیمارها که ارزاتر و عاقلانه تر میباشد توجه بیشتری معطوف دارد.
- ۲- چون خود وزارت بهداشت و بهزیستی مسئولیت خدمات درمانی را برعهده ندارد بهتر میتواند بر بهبود و کیفیت خدمات ارائه شده از طرف گروههای پزشکی نظارت داشته باشد.
- ۳- در کلیه نقاط مملکت گروههای درمانی تشکیل خواهد شد.

۴- از نظر وزارت آموزش و پرورش و علوم و دانشگاهها :

- ۱- انتخاب دانشجو بنحو عادلانه تری انجام خواهد گرفت.
- ۲- کیفیت آموزش پزشکی مسلماً بالا خواهد رفت.
- ۳- از کلیه وسائل درمانی کشور استفاده آموزشی نیز خواهد شد.
- ۴- از کلیه مغزهای متفکر و دانشمندانی که رسماً در دانشگاهها شاغل نیستند استفاده خواهد شد.
- ۵- مدت تحصیل پزشکی کاهش خواهد یافت و بازده تربیت پزشک بالا خواهد رفت.
- ۶- پزشکان با رضایت خود آنان برای خدمت در اقصی نقاط مملکت راهنمایی و تشویق خواهند شد.

۵- از نظر دولت :

- ۱- بر بودجه عمومی مملکت تحمیل ناچیزی وارد خواهد شد.
- ۲- از تمرکز کارها بدست دولت و کارکنان دولتی کاسته خواهد شد.

۶- از نظر مردم :

- بهترین خدمات درمانی را بر مبنای اخلاقی و صحیح دریافت خواهند داشت.

در حالیکه بر طبق آمارهای موجود هزینه روزانه هر تخت بیمارستانهای متوسط دولتی بیش از هزینه تخت مشابه در بهترین بیمارستانهای خصوصی میباشد جذبه خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستانهای دولتی پائین تر است. به همین جهت افرادی که قادر به تأمین مخارج بیمارستانهای خصوصی میباشد ترجیح میدهند در این بیمارستانها با پرداخت هزینه شخصی درمان شوند ولی در بیمارستانهای دولتی رایگان بستری نگردند، عین این مسئله در مورد معاینه بیماران در مطبهای شخصی و در انگاهای دولتی صادق است. بنابراین نخستین وظیفه وزارت بهداشتی آنست که با همکاری سازمان نظام پزشکی و نمایندگان کلیه پزشکان هزینه عادلانه بیمارستانهای خصوصی و دولتی را محاسبه و نرخ عادلانه ای برای هزینه های درمانی از هر جهت در نظر بگیرد که بر مبنای آن تأمین هزینه های بیمارستانی و حق الزحمه پزشکان عادلانه و بر ااحتی قابل پرداخت باشد. بر این اصول بودجه هر بیمارستانی توسط هیأت مدیره با نظارت و کمک وزارت بهداشتی تنظیم گردد، سپس بر مبنای حداکثر خدماتی که بیمارستانی میتواند ارائه دهد و یا پزشکی قادر است از بیماران معاینه بعمل آورد نرخ معاینه، حق العمل، آزمایش، رادیولوژی هزینه تخت تعیین و پرداخت آن توسط بیمه گران مورد قبول واقع شود. در مرحله بعد و در هر وزارتخانه یا کارخانه تصمیم گرفته شود که چه مقدار از حق بیمه را کارمندان یا کارگرمستقیم باید پرداخت نماید و چه مقدار باید توسط دولت تأمین شود.

در هر صورت دولت با تأمین قسمتی از مخارج درمانی مملکت، مستقیماً و یا از طریق پرداخت حق بیمه افراد به موسسات درمانی کمک کند و کلیه مسئولیتهای درمانی را به گروههای مختلف پزشکی واگذار نماید. بطوریکه هر موسسه درمانی یا بیمارستان مستقلاً مانند بیمارستانهای خصوصی فعلی اداره شود و مردم بتوانند بهترین پزشک و بیمارستان مورد نظر خود را آزادانه انتخاب نمایند. پزشکان و بیمارستانها نیز با ارائه خدمات بهتر بتوانند گروه بیشتری از مردم را درمان کرده و در نتیجه درآمد بیشتری برای توسعه کار خود و هزینه های پرسنلی تحصیل کنند و برای رونق و توسعه کار بیمارستان کادر مجهزتری را با استخدام در آورند. در این طریق بیمارستانها خود کفا خواهند بود و مردم در دفع مشکلات آنها کمک خواهند کرد و از نزدیک از طریق نمایندگان خود در گردش کار و خرج و دخل بیمارستان نظارت خواهند داشت و وزارت بهداشتی و بهزیستی برای حسن انجام کارها نقش نظارت و راهنمایی و ارشاد برعهده میگیرد و نیز وزارت بهداشتی به تأسیس بیمارستانها و گروههای پزشکی بویژه در محلهائی که کمبود احساس نماید از نظر مادی نیز کمک خواهد کرد.

مزایای این طرح هم آهنگی آموزش پزشکی و خدمات