

نظری کوتاه بر مسائل درمانی فعلی

محمد رضا بهادری *

مقدمه ۴:

خدمات درمانی و بهداشتی و مشکلات آنها موضوعی است که سالیان دراز هورد برسی و توجه جامعه پزشکی کشور بوده است. نتکنها 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 سلاح توقعات و انتظارات مردم نسبت به این دوامر.

* * *

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

نکته اول: کمبود و نقصان نحوه توزیع نیروی انسانی پزشکی موجود در سطح کشور.

نکته دوم: کمبود امکانات و مرافق 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 تاحدودی بهتر از سایر ایالات گذشته می‌باشد، معذالت 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 قاعده‌تاً باید از سه نظر مورد مطالعه قرار داد.

الف - جنبه کمی ب - جنبه کیفی ب - 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 می‌باشد. نگاهی به جدول شماره یک منتشر یه 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 موردنیاز 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 سالانه کمتر از ۷۰۰ تن بوده است، افزایش سریع داده شد و به دو برابر رسانیده شده است.

* سازمان نظام پزشکی هر کزی

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 درسال فارغ‌التحصیل داشته باشیم که البته اگر این رقم بهمین حدثابت بماند کافی نخواهد بود و انتظار می‌رود که دانشکده‌های پزشکی بر تعداد پذیرفته شدگان بیافزایند تا آنکه برقم متعارفی برسند که هم کمبود فعلی را جبران نمایند وهم تناسب بارشد جمعیت، طبیب تربیت شده باشد. کمبود تنها منحصر بهپزشک نیست و همانطور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود این مسئله درموردن دندانپزشکان و وابستگان پزشکی بمراتب حادتر است. مطابق معیارهای بین‌المللی برای ۲۵ میلیون تن جمعیت، حدود ۱۳۰ پرستار و بهار نیاز داریم حال آنکه در حال حاضر تعداد پرستارها کمتر از ۶ هزار و جمع پرستار و بهار کمتر از ۲۰ هزار تن میباشد.

ب - جنبه گیفی- به علت نبودن سیستم درمانی هم آنکه 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. احیاناً عده زیادی از آنها از سیستم درمانی منطبق به میتوانند و بسیستم دیگری مناجعه می‌نمایند و یا آنکه مداوا درخارج از این را ترجیح می‌دهند، گرچه مدارک مسلم وجود دارد که خدمات درمانی ارائه شده درخارج نه تنها از نظر کیفیت از درمان در داخل کشور بهتر نیست بلکه در بعضی از موارد علاوه بر اتفاق وقت ومال زیانهای بسیار دربرداشته است. علاوه بر مشکلات بالا از نظر کیفی، مشکل دیگر استفاده از خدمات در حد تخصصی است که نیازی به آن وجود ندارد. به دلیل عدم اصلاح یا ارشاد صحیح، اغلب بیماران یا کسان آنها برای بیماریهای عادی مستقیماً به افراد متخصص مراجعه نمینمایند و این خود لطمای زیاد به خدمات درمانی عمومی وارد می‌آورد.

این تخصص گرایی نه تنها درمیان بیماران دیده میشود بلکه در حد است که پزشکان نیز تمايل شدیدی به کسب تخصص پیدا نمایند بطوریکه نسبت منطقی بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص را بهم زده است. جدول ۲ مستخرج از نظریه 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 درسطح کشور می‌باشد. تهران باداشتن تقریباً ۱۰ درصد جمعیت کشور نزدیک ۵۰ درصد پزشکان کل کشور و ۷۰ درصد از متخصصین را جذب کرده است. درسطح کشور نسبت جمعیت به پزشک ایرانی و خارجی ۲۱۸۰ تن است ولی به شهرهای برخورده میکنیم که هر کدام برای هر ۸ تا ۱۰ هزار تن یک پزشک وجود دارد.

در طی سال گذشته ۱۳۷۲ تن پزشک فارغ‌التحصیل دانشکده‌های طب داخل و خارج کشور بعد از پزشکان سال گذشته افزوده شده‌اند. از تعداد فارغ‌التحصیلان خارج عده‌ای که تحصیلات پزشکی را بهایان رسانیده و به ایران مراجعت کرده‌اند، بالغ بر ۲۸۳ تن می‌باشد که از امریکا ۱۲۲ تن، آلمان ۵۳، انگلستان ۳۰ و بقیه از سایر کشورها بوده‌اند درنتیجه معادل ۲۲٪ کل پزشکانی که در داخل کشور در طی سال ۱۳۵۷ فارغ‌التحصیل 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

براساس آخرین آمار نظام پزشکی درسال 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، معتادین، معلولین مجددین، سلطان و مسلولین 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 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 تخت و در تهران ۱۰۲۸ تن است.

نسبت جمعیت به یک تخت فعال در بخش عمومی کل کشور ۸۸۲ تخت و در تهران ۳۸۳ تخت است.

از مجموع تخت خوابهای بخش خصوصی ۴۸٪ آنها در تهران و از مجموع تخت خوابهای بخش عمومی ۳۱٪ در تهران است.

از مجموع تخت خوابهای فعال کشور ۳۱۵ درصد متعلق به شیروخورشید سرخ، ۲۷۲ درصد متعلق به بهداری و بهزیستی،

۱۱-۵ درصد متعلق به سایر سازمانهای خیریه دولتی، ۱۹۶ درصد متعلق به بخش خصوصی، ۲۰۲ درصد متعلق به دانشگاهها میباشد. اگر با استاندارد ممالک مترقبی برای ۱۰۰ تن یک 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 یک تخت میباشد که جمعیت این شهرستانها بین ۴۷۰۰۰ الی ۱۵۶۰۰۰ تن است. اما روند افزایش تخت نسبت به سال ۱۳۵۶، ۳۸۷ درصد، میباشد.

هزینه درمان بسیار افزایش یافته است، هزینه‌ها و سرمایه‌گذاری 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 معدالت بر تعداد تخت خواب بیمارستانها و امکانات دیگر چندان افزوده نشده است.

در مجموع باید گفته شود که امکانات درمانی بمراتب کمتر از نیروی انسانی است و پراکندگی این امکانات نیز مغلوش است که مهمترین آن بودن وسائل درمان در بیشتر شهرها و حتی استانها است. نکته جالب توجه آنکه وجود اکثریت پزشکان و متخصصان و امکانات درمانی در شهر تهران سبب هم‌اجرت عده‌کثیری از روستاییان 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 تحمل می‌شود بلکه از سایر جهات اقتصادی نیز منشاء 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 روستاهای 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 وسائل جدید پزشکی و گرانی سراسام آور آنها و بخصوص توجه بدلوكس گرایی است و این موجبات هزینه تخت بیمارستانی را بسیار بالا بردۀ 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 مشاوره‌ای 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 وسائل ارزان‌قیمتی خارجی باید توجه داشت. اغلب بملت بودن تکنیسین برای استفاده صحیح از وسائل مزبور عمر فعال این وسائل 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 اوخر سال ۱۳۵۷ لااقل چهار نوع شبکه خدمات درمانی اولیه وجود دارد که به ترتیب به روز و ایجاد شبکه مبادرت ورزیدند که عبارتند از شبکه‌های خدمات درمانی وزارت بهداشت و بهزیستی، شیر و خورشید سرخ، سازمان ملی خدمات اجتماعی و شبکه خدمات درمانی که بوسیله دانشگاه شیراز دائم گردیده است. نکته مهم آن این است که هیچ‌پک از این شبکه‌ها باهم همکاری نداشته و حتی برنامه ریزی آنها با هم تطبیق نداشته است.

راه حل‌های اجمالی

اکنون که به کمبودها و نارسانی‌های کمی و کیفی توجه شده است به نظر میرسد که برای رفع این مشکلات راه حل‌های 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 بدانشگاه‌ها 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 ازین بروند و در این راه لازم است که کلیه سازمانها، خدمات پزشکی را هم‌آهنگ عرضه نمایند و این سازمانها از نظر اداری، مالی، سازمانی در یک نظام بهم پیوسته و مرتب 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 آنجاکه بهداشت و تندرستی حق کلیه افراد مملکت است میباشد 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 تسربی 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 آموزش‌دهنده و سازمانهای عرضه کننده خدمات ارتباط‌ونزدیکی بستری برقرار گردد و خصوصاً داشکده‌های پزشکی و داشکده‌های دیگری که عهدهدارتر بیت نیروی انسانی پزشکی هستند در ارتباط نزدیک با سازمانهای درمانی کشور بوده مشترکاً در حل مشکل درمان اشتراک مساعی نمایند و به عنین لحاظ تعداد دانشجویان پزشکی و سایر کادر درمانی و بهداشتی باید مناسب با نیازهای کشور باشد. مثلاً تعداد دانشجویان پزشکی همانطور که در سال گذشته افزایش چشمگیر داشته است این افزایش در حد وسیعتری ادامه یابد. به برنامه تربیت بهورز یا بهداشت‌یار مطابق آنچه که در شبکه رضائیه انجام گرفته است و با در شبکه فارس بمرحله اجرا درآمده است 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 کارائی 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 در خدمات تخصصی خود مورد استفاده قرارداد و راه‌تری را در همان خدمات برای آنها فراهم نمود.

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

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

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

منابع و مأخذ

- 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 برنامه‌ریزی 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 - فارغ‌التحصیلان - پذیرفته شدگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی درجهار سال اخیر از سال ۱۳۵۳ تا مرداد ماه سال ۱۳۵۷ و مقابله با پذیرفته شدگان با سال ۱۳۵۳ و فرآنی دانشکده‌های مربوطه برترینها

رشته‌ها	سال	تعداد کل نیروی انسانی		تعداد دانشجویان کل	تعداد فارغ‌التحصیلان	تعداد پذیرفته شدگان	نسبت پذرسال	مقدبند پذیرفته فرآنی و دوره تحصیلی
		رشته شدگان	فرآنی دوره تحصیلی					
پزشکی	۱۳۵۳	۱۲۵۳	۱۲۵۳	۱۲۵۶-۷	۱۲۵۵	۱۲۵۴	۱۲۵۳	دانشکده‌ها
دانشگاه	۱۳۵۴	۱۲۵۴	۱۲۵۴	۱۲۵۷-۸	۱۲۵۵	۱۲۵۴	۱۲۵۳	دانشگاه
دکترا	۱۳۵۵	۱۲۵۵	۱۲۵۵	۱۲۵۸-۹	۱۲۵۷	۱۲۵۶	۱۲۵۵	دانشگاه
دکترا	۱۳۵۶	۱۲۵۶	۱۲۵۶	۱۲۶۰-۱	۱۲۵۸	۱۲۵۷	۱۲۵۶	دانشگاه
دکترا	۱۳۵۷	۱۲۵۷	۱۲۵۷	۱۲۶۱-۰	۱۲۵۹	۱۲۵۸	۱۲۵۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۵۸	۱۲۵۸	۱۲۵۸	۱۲۶۲-۱	۱۲۶۰	۱۲۶۱	۱۲۶۰	دانشگاه
دکترا	۱۳۵۹	۱۲۵۹	۱۲۵۹	۱۲۶۳-۲	۱۲۶۲	۱۲۶۳	۱۲۶۲	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۰	۱۲۶۰	۱۲۶۰	۱۲۶۴-۳	۱۲۶۳	۱۲۶۴	۱۲۶۳	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۱	۱۲۶۱	۱۲۶۱	۱۲۶۵-۴	۱۲۶۴	۱۲۶۵	۱۲۶۴	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۲	۱۲۶۲	۱۲۶۲	۱۲۶۶-۵	۱۲۶۵	۱۲۶۶	۱۲۶۵	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۳	۱۲۶۳	۱۲۶۳	۱۲۶۷-۶	۱۲۶۶	۱۲۶۷	۱۲۶۶	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۴	۱۲۶۴	۱۲۶۴	۱۲۶۸-۷	۱۲۶۷	۱۲۶۸	۱۲۶۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۵	۱۲۶۵	۱۲۶۵	۱۲۶۹-۸	۱۲۶۸	۱۲۶۹	۱۲۶۸	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۶	۱۲۶۶	۱۲۶۶	۱۲۷۰-۹	۱۲۶۹	۱۲۷۰	۱۲۶۹	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۷	۱۲۶۷	۱۲۶۷	۱۲۷۱-۰	۱۲۶۩	۱۲۶۷	۱۲۶۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۸	۱۲۶۸	۱۲۶۸	۱۲۷۲-۱	۱۲۶۱	۱۲۶۸	۱۲۶۸	دانشگاه
دکترا	۱۳۶۹	۱۲۶۹	۱۲۶۹	۱۲۷۳-۲	۱۲۶۴	۱۲۷۳	۱۲۶۹	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۰	۱۲۷۰	۱۲۷۰	۱۲۷۴-۳	۱۲۶۵	۱۲۷۴	۱۲۷۰	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۱	۱۲۷۱	۱۲۷۱	۱۲۷۵-۴	۱۲۶۶	۱۲۷۵	۱۲۷۱	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۲	۱۲۷۲	۱۲۷۲	۱۲۷۶-۵	۱۲۶۷	۱۲۷۶	۱۲۷۲	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۳	۱۲۷۳	۱۲۷۳	۱۲۷۷-۶	۱۲۶۸	۱۲۷۷	۱۲۷۳	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۴	۱۲۷۴	۱۲۷۴	۱۲۷۸-۷	۱۲۶۹	۱۲۷۸	۱۲۷۴	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۵	۱۲۷۵	۱۲۷۵	۱۲۷۹-۸	۱۲۶۱	۱۲۷۹	۱۲۷۵	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۶	۱۲۷۶	۱۲۷۶	۱۲۸۰-۹	۱۲۶۲	۱۲۸۰	۱۲۷۶	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۷	۱۲۷۷	۱۲۷۷	۱۲۸۱-۰	۱۲۶۳	۱۲۸۱	۱۲۷۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۸	۱۲۷۸	۱۲۷۸	۱۲۸۲-۱	۱۲۶۴	۱۲۸۲	۱۲۷۸	دانشگاه
دکترا	۱۳۷۹	۱۲۷۹	۱۲۷۹	۱۲۸۳-۲	۱۲۶۵	۱۲۸۳	۱۲۷۹	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۰	۱۲۸۰	۱۲۸۰	۱۲۸۴-۳	۱۲۶۶	۱۲۸۴	۱۲۸۰	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۱	۱۲۸۱	۱۲۸۱	۱۲۸۵-۴	۱۲۶۷	۱۲۸۵	۱۲۸۱	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۲	۱۲۸۲	۱۲۸۲	۱۲۸۶-۵	۱۲۶۸	۱۲۸۶	۱۲۸۲	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۳	۱۲۸۳	۱۲۸۳	۱۲۸۷-۶	۱۲۶۹	۱۲۸۷	۱۲۸۳	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۴	۱۲۸۴	۱۲۸۴	۱۲۸۸-۷	۱۲۶۱	۱۲۸۸	۱۲۸۴	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۵	۱۲۸۵	۱۲۸۵	۱۲۸۹-۸	۱۲۶۲	۱۲۸۹	۱۲۸۵	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۶	۱۲۸۶	۱۲۸۶	۱۲۹۰-۹	۱۲۶۳	۱۲۹۰	۱۲۸۶	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۷	۱۲۸۷	۱۲۸۷	۱۲۹۱-۰	۱۲۶۴	۱۲۹۱	۱۲۸۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۸	۱۲۸۸	۱۲۸۸	۱۲۹۲-۱	۱۲۶۵	۱۲۹۲	۱۲۸۸	دانشگاه
دکترا	۱۳۸۹	۱۲۸۹	۱۲۸۹	۱۲۹۳-۲	۱۲۶۶	۱۲۹۳	۱۲۸۹	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۰	۱۲۹۰	۱۲۹۰	۱۲۹۴-۳	۱۲۶۷	۱۲۹۴	۱۲۹۰	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۱	۱۲۹۱	۱۲۹۱	۱۲۹۵-۴	۱۲۶۸	۱۲۹۵	۱۲۹۱	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۲	۱۲۹۲	۱۲۹۲	۱۲۹۶-۵	۱۲۶۹	۱۲۹۶	۱۲۹۲	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۳	۱۲۹۳	۱۲۹۳	۱۲۹۷-۶	۱۲۷۰	۱۲۹۷	۱۲۹۳	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۴	۱۲۹۴	۱۲۹۴	۱۲۹۸-۷	۱۲۷۱	۱۲۹۸	۱۲۹۴	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۵	۱۲۹۵	۱۲۹۵	۱۲۹۹-۸	۱۲۷۲	۱۲۹۹	۱۲۹۵	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۶	۱۲۹۶	۱۲۹۶	۱۳۰۰-۹	۱۲۷۳	۱۳۰۰	۱۲۹۶	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۷	۱۲۹۷	۱۲۹۷	۱۳۰۱-۰	۱۲۷۴	۱۳۰۱	۱۲۹۷	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۸	۱۲۹۸	۱۲۹۸	۱۳۰۲-۱	۱۲۷۵	۱۳۰۲	۱۲۹۸	دانشگاه
دکترا	۱۳۹۹	۱۲۹۹	۱۲۹۹	۱۳۰۳-۲	۱۲۷۶	۱۳۰۳	۱۲۹۹	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۰	۱۳۰۰	۱۳۰۰	۱۳۰۴-۳	۱۲۷۷	۱۳۰۴	۱۳۰۰	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۱	۱۳۰۱	۱۳۰۱	۱۳۰۵-۴	۱۲۷۸	۱۳۰۵	۱۳۰۱	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۲	۱۳۰۲	۱۳۰۲	۱۳۰۶-۵	۱۲۷۹	۱۳۰۶	۱۳۰۲	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۳	۱۳۰۳	۱۳۰۳	۱۳۰۷-۶	۱۲۸۰	۱۳۰۷	۱۳۰۳	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۴	۱۳۰۴	۱۳۰۴	۱۳۰۸-۷	۱۲۸۱	۱۳۰۸	۱۳۰۴	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۵	۱۳۰۵	۱۳۰۵	۱۳۰۹-۸	۱۲۸۲	۱۳۰۹	۱۳۰۵	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۶	۱۳۰۶	۱۳۰۶	۱۳۱۰-۹	۱۲۸۳	۱۳۱۰	۱۳۰۶	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۷	۱۳۰۷	۱۳۰۷	۱۳۱۱-۰	۱۲۸۴	۱۳۱۱	۱۳۰۷	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۸	۱۳۰۸	۱۳۰۸	۱۳۱۲-۱	۱۲۸۵	۱۳۱۲	۱۳۰۸	دانشگاه
دکترا	۱۴۰۹	۱۳۰۹	۱۳۰۹	۱۳۱۳-۲	۱۲۸۶	۱۳۱۳	۱۳۰۹	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۰	۱۳۱۰	۱۳۱۰	۱۳۱۴-۳	۱۲۸۷	۱۳۱۴	۱۳۱۰	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۱	۱۳۱۱	۱۳۱۱	۱۳۱۵-۴	۱۲۸۸	۱۳۱۵	۱۳۱۱	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۲	۱۳۱۲	۱۳۱۲	۱۳۱۶-۵	۱۲۸۹	۱۳۱۶	۱۳۱۲	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۳	۱۳۱۳	۱۳۱۳	۱۳۱۷-۶	۱۲۹۰	۱۳۱۷	۱۳۱۳	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۴	۱۳۱۴	۱۳۱۴	۱۳۱۸-۷	۱۲۹۱	۱۳۱۸	۱۳۱۴	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۵	۱۳۱۵	۱۳۱۵	۱۳۱۹-۸	۱۲۹۲	۱۳۱۹	۱۳۱۵	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۶	۱۳۱۶	۱۳۱۶	۱۳۲۰-۹	۱۲۹۳	۱۳۲۰	۱۳۱۶	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۷	۱۳۱۷	۱۳۱۷	۱۳۲۱-۰	۱۲۹۴	۱۳۲۱	۱۳۱۷	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۸	۱۳۱۸	۱۳۱۸	۱۳۲۲-۱	۱۲۹۵	۱۳۲۲	۱۳۱۸	دانشگاه
دکترا	۱۴۱۹	۱۳۱۹	۱۳۱۹	۱۳۲۳-۲	۱۲۹۶	۱۳۲۳	۱۳۱۹	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۰	۱۳۲۰	۱۳۲۰	۱۳۲۴-۳	۱۲۹۷	۱۳۲۴	۱۳۲۰	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۱	۱۳۲۱	۱۳۲۱	۱۳۲۵-۴	۱۲۹۸	۱۳۲۵	۱۳۲۱	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۲	۱۳۲۲	۱۳۲۲	۱۳۲۶-۵	۱۲۹۹	۱۳۲۶	۱۳۲۲	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۳	۱۳۲۳	۱۳۲۳	۱۳۲۷-۶	۱۲۹۱	۱۳۲۷	۱۳۲۳	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۴	۱۳۲۴	۱۳۲۴	۱۳۲۸-۷	۱۲۹۲	۱۳۲۸	۱۳۲۴	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۵	۱۳۲۵	۱۳۲۵	۱۳۲۹-۸	۱۲۹۳	۱۳۲۹	۱۳۲۵	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۶	۱۳۲۶	۱۳۲۶	۱۳۳۰-۹	۱۲۹۴	۱۳۳۰	۱۳۲۶	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۷	۱۳۲۷	۱۳۲۷	۱۳۳۱-۰	۱۲۹۵	۱۳۳۱	۱۳۲۷	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۸	۱۳۲۸	۱۳۲۸	۱۳۳۲-۱	۱۲۹۶	۱۳۳۲	۱۳۲۸	دانشگاه
دکترا	۱۴۲۹	۱۳۲۹	۱۳۲۹	۱۳۳۳-۲	۱۲۹۷	۱۳۳۳	۱۳۲۹	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۰	۱۳۳۰	۱۳۳۰	۱۳۳۴-۳	۱۲۹۸	۱۳۳۴	۱۳۳۰	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۱	۱۳۳۱	۱۳۳۱	۱۳۳۵-۴	۱۲۹۹	۱۳۳۵	۱۳۳۱	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۲	۱۳۳۲	۱۳۳۲	۱۳۳۶-۵	۱۲۹۱	۱۳۳۶	۱۳۳۲	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۳	۱۳۳۳	۱۳۳۳	۱۳۳۷-۶	۱۲۹۲	۱۳۳۷	۱۳۳۳	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۴	۱۳۳۴	۱۳۳۴	۱۳۳۸-۷	۱۲۹۳	۱۳۳۸	۱۳۳۴	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۵	۱۳۳۵	۱۳۳۵	۱۳۳۹-۸	۱۲۹۴	۱۳۳۹	۱۳۳۵	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۶	۱۳۳۶	۱۳۳۶	۱۳۴۰-۹	۱۲۹۵	۱۳۴۰	۱۳۳۶	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۷	۱۳۳۷	۱۳۳۷	۱۳۴۱-۰	۱۲۹۶	۱۳۴۱	۱۳۳۷	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۸	۱۳۳۸	۱۳۳۸	۱۳۴۲-۱	۱۲۹۷	۱۳۴۲	۱۳۳۸	دانشگاه
دکترا	۱۴۳۹	۱۳۳۹	۱۳۳۹	۱۳۴۳-۲	۱۲۹۸	۱۳۴۳	۱۳۳۹	دانشگاه
دکترا	۱۴۴۰	۱۳۴۰	۱۳۴۰	۱۳۴۴-۳	۱۲۹۹	۱۳۴۴	۱۳۴۰	دانشگاه
دکترا	۱۴۴۱	۱۳۴۱	۱۳۴۱	۱۳۴۵-۴	۱۲۹۱	۱۳۴۵	۱۳۴۱	دانشگاه
دکترا	۱۴۴۲	۱۳۴۲	۱۳۴۲	۱۳۴۶-۵	۱۲۹۲	۱۳۴۶	۱۳۴۲	دانشگاه
دکترا	۱۴۴۳	۱۳۴۳	۱۳۴۳	۱۳۴۷-۶	۱۲۹۳	۱۳۴۷	۱۳۴۳	دانشگاه
دکترا								

جدول شماره ۳ - آمار بیشکان عمومی و مختصات مختلف و نسبت جمیعت به پژوهش

درصد	رشته‌های تخصصی										جمع کل	رشته‌ای برشکی
	پژوهش	آزمایشگاهی	بیوپسی	رادیولوژی	زایمان	زنان	گوش و گلوپیشی	جراحی	اطفال	داخلي	جهنم	
۱۰%	۲۳۱۲	۶۵	۳۴۸	۲۵۳	۶۲۸	۲۶۷	۱۴۱۲	۱۱۳	۲۰۳	۶۹۶	۸۲۷	۵۲۵۹
۱۰%	۶۹۲	۱۹۳	۲۴۱	۱۷۱	۴۱۸	۱۶۱	۹۳۳	۷۹	۱۶۲	۴۷۹	۵۹۹	۳۶۰۵
۱۰%	۲۰۵۲	۶۸	۸۱	۶۸	۱۶۳	۸۰	۷۲	۳۱۷	۲۶	۳۹	۱۶۸	۱۶۱۳
۱۰%	۶۰۷۹	۴	۱۶	۱۴	۴۷	۲۶	۱۶۲	۱۸	۲	۵۲	۴۳	۳۴۳۲۸۷۱
۱۰%	۱۳۹											۳۲۲۴

جدول شماره ۳ - آمار تخت خواهی‌ای کشور به تفکیک بخش‌های عمومی و خصوصی و نسبت جمیعت به کل تخت

درصد	تمداد تخت خواب					جمع کل تخت	نوع تخت	جمع کل تخت	تعداد آنچه تخت خواب بیمارستانهای عمومی و آسایشگاهی
	نسبت جمیعت به یک از تدریجی عمومی	نسبت جمیعت به یک از تدریجی خصوصی	بخش عمومی	بخش خصوصی	جمع کل تخت				
۱۰%	۷۱۸	۶۰۷	۹۳۸۹	۳۸۰۶۲	۴۷۳۵۱	۹۹۶۴	۴۶۰۳۶	۶۴۰۰۰	کل کشور
۱۰%	۲۸۲	۲۶۷	۴۴۷۳	۱۱۹۹۶	۱۶۴۶۹	۴۷۷۳	۱۸۷۴	۲۰۴۴۷	جمهان برگ
۱۰%	۹۵۰	۸۲۵	۴۸۱۶	۲۶۰۶۶	۳۰۸۸۲	۵۰۹۱	۳۰۴۶۲	۳۵۵۷۳	دیگر پژوهش

اختلاف تمداد کل تخت (۱) با تمداد کل تخت خواب (۲) در این نسبت که ۸۶۴۹ تخت است که روان اعصاب بیماران اعصاب روان-معتمدان- مسلولین - معلولین - مجذوبین سلطان پیاپیه.