



تحلیل الگوی بومی آموزش علوم پزشکی ایران در راستای تحقق سیادت علمی

ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت



زمستان ۱۴۰۰

تیم تدوین:
دکتر علی اکبر حقدوست، دکتر سمیه نوری حکمت، دکتر رضا ملک پور افشار

فهرست مطالب

فهرست مطالب ۱

۴	۱. مقدمه
۶	۲. روش انجام مطالعه
۶	۲.۱ جستجوی مطالعات
۶	۲.۱.۱ استراتژی جستجوی مطالعات فارسی
۷	۱.۱.۱ استراتژی جستجوی مقالات انگلیسی
۷	۱.۲ انتخاب مطالعات واجد شرایط برای ورود به متاستز
۸	۱.۳ تحلیل محتوای مطالعات
۱۰	۳ یافته‌ها
۱۰	الف- تحلیل نتایج مطالعات کیفی
۱۲	۲.۱ اهداف و دلایل ادغام
۱۲	۲.۱.۱ اهداف کمی ادغام
۱۳	۲.۱.۲ اهداف کیفی ادغام
۱۳	۲.۲ دستاوردهای اجرای طرح ادغام
۱۳	۲.۲.۱ دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی
۱۴	۱.۱.۲ دستاوردها در حوزه پژوهش علوم پزشکی
۱۵	۱.۱.۳ دستاوردهای در حوزه ارائه خدمات سلامت
۱۶	۱.۲ چالش‌های اجرای طرح ادغام
۱۶	۱.۲.۱ افزایش دامنه مسوولیت‌های دانشگاه‌ها
۱۶	۱.۲.۲ الزام دانشگاه‌ها جهت پاسخگویی به امور خارج از کنترل
۱۷	۱.۲.۳ افزایش هزینه‌های نظام سلامت
۱۷	1.2.4.1 نگرانی در خصوص ایمنی و رضایت بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی
۱۷	۱.۳ موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی

۱۸	۱.۴ آینده طرح ادغام.....
1.4.1.	ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام.....
۱۸	
۱۸	۱.۴.۲ حرکت به سمت ادغام عملکردی.....
1.4.3.	ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی.....
۱۹	
۲۱	ب- تحلیل نتایج مطالعات کمی.....
۲۱	۱.۱ مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران.....
۲۲	۱.۲ محمد علی عباسی مقدم.....
۲۴	۱.۳ حبیب ا... پیروی.....
۲۵	۱.۴ کنستام و همکاران.....
۲۵	۱.۵ چاری و همکاران.....
۲۸	۴. تحلیل سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت با رویکرد مثلث سیاستگذاری.....
۲۹	۴.۱ اجزای مدل مثلث سیاستگذاری.....
۳۰	۴.۱.۱ زمینه سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت.....
۳۹	۴.۱.۲ محتوا/ اهداف سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت.....
۴۱	۴.۱.۳ فرایند سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت.....
۴۲	۴.۱.۴ نقش آفرینان سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت.....
۴۳	۴.۲ بررسی فرآیند پیاده‌سازی ادغام.....
۴۴	۴.۲.۱ بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح فراوزارتی.....
۴۵	۴.۲.۲ بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح وزارتی.....
۴۶	۴.۲.۳ بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح دانشگاهی.....
۴۷	۴.۲.۴ جمع‌بندی در خصوص فرآیندهای پیاده‌سازی ادغام.....
۴۷	۴.۳ پیامدهای اجرای سیاست ادغام.....
۴۷	۴.۳.۱ توسعه کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی در کشور.....
۵۲	۴.۳.۲ توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت.....
۵۶	۴.۳.۳ توسعه پژوهش‌های نظام سلامت.....

۴.۴. ارزیابی پیامدها و نتایج ادغام.....	۵۶
۴.۵. محدودیت‌ها و اهدافی که در مورد دستیابی به آنها تردید وجود دارد.....	۵۹
۵. نتیجه‌گیری.....	۶۰
۵.۱. پیشنهادات.....	۶۲
فهرست منابع.....	۶۳
جدول شماره ۱- معرفی مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند.....	۱۱
جدول شماره ۲- مفاهیم اصلی و کدهای حاصل از متاستز مطالعات وارد شده.....	۱۲
جدول شماره ۳- سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر از تأسیس دارالفنون تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....	۳۳
جدول شماره ۴- تحلیل اثرات کمی و کیفی مثبت و منفی ادغام در حوزه ارائه خدمات بهداشت و درمان و همچنین آموزش و پژوهش در کوتاه مدت (کمتر از ۱۰ سال) و بلندمدت.....	۵۷
تصویر شماره ۲- فلوجارت انتخاب مطالعات برای مرور نظام‌مند.....	۸
تصویر شماره ۱- اجزای مدل مثلث سیاستگذاری.....	۲۹
تصویر شماره ۳- نمایی از دانشگاه جندی شاپور- اولین دانشگاه ایران باستان.....	۳۰
تصویر شماره ۴- ابن سینا بر بالین خواهر زاده قابوس.....	۳۱
تصویر شماره ۵- نمایی از ریح رشیدی در شمال غرب ایران.....	۳۲
تصویر شماره ۶- نمایی از داروخانه‌های اسلامی.....	۳۲
تصویر شماره ۷- سیر تحولات آموزش علوم پزشکی در ایران.....	۳۳
تصویر شماره ۸- تاکیدات جهانی بر مفهوم ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت.....	۳۵
تصویر شماره ۹- اهداف کمی و کیفی ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت.....	۳۹
تصویر شماره ۱۰- مراحل پیاده‌سازی سیاست ادغام.....	۴۱

۱. مقدمه

در طی سالهای پس از انقلاب اسلامی، آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی ایران با تحولات شگرف روبرو شد. ناهمگونی بسیار برنامه‌های آموزشی در دانشکده‌های مختلف، اشتغال عمده متخصصان علوم پزشکی در مؤسسات مربوط به وزارت بهداشتی یا در بخش خصوصی و عدم مشارکت در آموزش علوم پزشکی کشور، کمبود چشمگیر نیروی انسانی سلامت در اکثر نقاط کشور، فقدان جنبه‌های جامعه‌نگری در آموزش علوم پزشکی و ظرفیت بسیار پایین آموزش علوم پایه پزشکی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا (تنها ۳ دانشگاه و با ظرفیت محدود)، بخشی از مسائلی بودند که در این گزارش مطرح شدند.

در نتیجه انتشار گزارش تحقیقات فوق، با تصویب مجلس شورای اسلامی، در سال ۱۳۶۴ کلیه اختیارات، وظایف و مسؤلیتهای وزارت فرهنگ و آموزش عالی در آموزش پزشکی به وزارتخانه جدید انتقال یافت و با جدا شدن آموزش علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی و ادغام آن در وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. ادغام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با نظام ارائه خدمات سلامت، بعنوان انقلابی‌ترین حرکت سازمانی، نظام آموزش پزشکی را با شرایط ویژه ای مواجه ساخت و در طی سالهای پس از ادغام، فرآیندهای تصمیم‌گیری، مدیریتی، وظیفه‌ای و عملیاتی این دو سازمان نیز به تدریج متناسب با شرایط جدید دستخوش تغییر گردید (۱).

آنچه که به عنوان هدف اولیه این طرح به شمار می‌رفت تربیت نیروی انسانی متخصص بهداشتی و درمانی بیشتر بود (۲). جدا از افزایش دانشجو، دست‌یابی به اهداف دیگری همچون افزایش و گسترش دانشکده و دانشگاه‌ها، قرار گرفتن امکانات بالینی و آموزش بیشتر در اختیار نظام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی، مشارکت و درگیری آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه و اتحاد مدیریت بین بخش پرورش نیروی انسانی (عرضه‌کننده) و مصرف‌کننده (تقاضا کننده)، نیز از این طرح انتظار می‌رفت (۳).

با وجود تغییرات مثبت ناشی از ادغام آموزش در ارائه خدمات، برخی از مشکلات و چالشهای این طرح همچنان حل نشده باقی مانده‌اند. هنوز یکپارچگی کامل و در تمام سطوح آموزشی، مراقبت سلامت و مدیریتی، اتفاق نیافتاده‌است. با وجود اینکه سطوح معاونتی در دو حوزه آموزش و ارائه خدمات با یکدیگر ادغام شده‌اند ولی سطوح محیطی همچنان بصورت جداگانه عمل می‌نمایند و بسیاری از فرایندها در این دو حوزه، بی‌توجه به نیازهای یکدیگر تدوین و اجرا می‌شوند. تاکنون موضوع ادغام (وزارت بهداشتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی) بسیار مورد توجه قرار گرفته‌است و چندین مطالعه به بررسی دستاوردهای این طرح پرداخته‌اند. قضاوت در مورد طرح ادغام، به مرزهای کشور محدود نشده و نظر مجامع معتبر و مهم آموزش پزشکی جهان از جمله فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی و سازمان بهداشت جهانی را نیز به خود معطوف ساخته‌است (۴-۷). چنانچه سازمان بهداشت جهانی منطقه شرق مدیترانه، نظام ملی سلامت ایران را به عنوان الگویی بی‌نظیر برای وزارتخانه‌های بهداشت در منطقه معرفی نمود و در بعضی از کشورهای منطقه نظیر عربستان سعودی با الگوبرداری از ایران، دانشکده‌های وابسته به وزارت بهداشت شکل گرفت (۷).

با وجود اینکه تاکنون چندین مطالعه به بررسی و گزارش پیامدهای اجرای طرح ادغام در ایران پرداخته‌اند، توافق جامعی در مورد دستاوردهای این طرح وجود ندارد. مطالعه حاضر با هدف جمع‌آوری و ترکیب یافته‌های کلیه مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام پرداخته‌اند، انجام شده‌است و در نهایت براساس مدل مثلث سیاستگذاری، به تحلیل زمینه‌های طراحی سیاست ادغام، محتوا و فرایند اجرای آن و نقش آفرینان کلیدی پرداخته‌است.

روش انجام مطالعه

۲. روش انجام مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی می‌باشد که در ۳ مرحله مرور نظام‌مند متاستز شواهد، مطالعه کیفی دیدگاه‌های صاحب‌نظران و مرور مستندات و گزارشات روند تغییرات شاخص‌ها در حوزه‌های بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش علوم پزشکی، در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. از آنجائیکه تجربه ایران در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در سطح ملی یک تجربه منحصر به فرد است، امکان مقایسه تجارب ملی سایر کشورها وجود ندارد؛ لذا در این بخش مطالعات فارسی و انگلیسی انجام شده که به بررسی نتایج و پیامدهای ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران پرداخته‌اند، بصورت نظام‌مند جستجو شده و با استفاده از تکنیک متاستز تحلیل محتوا و ترکیب شدند (۸).



۲/۱. جستجوی مطالعات

۲/۱/۱. استراتژی جستجوی مطالعات فارسی

جستجوی فارسی در سایت‌هایی که مقالات چاپ شده در مجلات داخلی را ایندکس می‌کنند شامل SID و Magiran و Irandoc با کلید واژه‌های فارسی صورت گرفت. همچنین سایت مجلات مرتبط با آموزش علوم پزشکی شامل مجله آموزش پزشکی، مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، مجله پژوهشی حکیم، فصلنامه پایش، مجله مدیریت سلامت و طب و تزکیه، نیز مورد جستجوی اختصاصی قرار گرفتند. علاوه بر جستجوی این پایگاه‌ها، جستجوی مطالب مرتبط در کتابخانه‌های تخصصی مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کرمان و شهید بهشتی، کتابچه خلاصه مقالات کنگره‌های آموزش

پزشکی ایران، کتابهای منتشر شده، گزارشات ملی و بین‌المللی مرتبط با نظام آموزش علوم پزشکی ایران و برنامه‌های توسعه دوم، سوم، چهارم و پنجم به روش جستجوی دستی مورد جستجو قرار گرفتند.

جستجوی گذشته‌نگر^۱ و آینده‌نگر^۲ نیز انجام گرفت که طی آن لیست منابع مقالات انتخابی برای دستیابی به مقالات مرتبط بیشتر، بررسی شدند. همچنین موارد ارجاعات به هر یک از مقالات وارد شده به مطالعه، در سالهای پس از انتشار آن، مرور شدند. همچنین با خبرگان و صاحب‌نظران حوزه ادغام و آموزش علوم پزشکی تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد چنانچه از انجام مطالعه‌ای در زمینه طرح ادغام توسط سایر خبرگان اطلاع دارند، مشخصات آن مطالعه را در اختیار تیم پژوهش قرار دهند. دو مطالعه‌ای که توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان WFME انجام شده بود تنها از این طریق قابل شناسایی بود.

از آنجائیکه موضوع ادغام تنها در کشور ایران اتفاق افتاده است و در دنیا و حتی در خود کشور مطالعات بسیار محدودی در زمینه آن منتشر شده است، برای دستیابی به تعداد بیشتر عناوین مرتبط، استراتژی جستجو با حساسیت پایین تدوین گردید (۹). کلمات کلیدی که ترکیبی از آنها در این سایت‌ها جستجو شدند، عبارت بودند از: ادغام - آموزش پزشکی - ارائه خدمات - خدمات سلامت - مراقبت سلامت - نظام سلامت - آموزش پاسخگو

۱/۱. استراتژی جستجوی مقالات انگلیسی

با توجه به دستورالعمل خان و همکاران (۱۰) جستجوی در بانک‌های اطلاعاتی PubMed، ISI Web of Science، Scopus، ScienceDirect و EMBASE انجام گرفت. از گوگل اسکولار برای لکه‌گیری هر دو استراتژی فارسی و انگلیسی استفاده شد. استراتژی جستجوی مورد استفاده در این پایگاه‌ها عبارت بود از:

("Medical education" OR "Medical University" or "Teaching Hospital" or "academic medical center" or "academic health center" or "academic medical system" or "academic health system") and (Integration* OR corporation OR coordination) and (Health care OR Health service OR Hospital OR Health system)

۱/۲. انتخاب مطالعات واجد شرایط برای ورود به متاستز

در این مرحله معیارهای ورود و خروج از مطالعه تعیین گردید که تنها عبارت بود از مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمت در ایران پرداخته‌اند و نیز مطالعاتی که به یکی از دو زبان فارسی یا انگلیسی منتشر شده‌اند. نخست، عناوین مقالات و سپس چکیده و کل متن مطالعات دارای عناوین مرتبط، مرور شدند.

باروسو و پاول کوپ^۳ معتقد هستند که نباید محدودیتی برای انتخاب نوع مطالعه اعم از مقاله منتشر شده یا گزارش، قائل شد تا بتوان از همه منابع موجود استفاده کرد و از خطر از دست دادن داده‌های ارزشمند بر حذر ماند و انواع مطالعات کیفی را می‌توان در متاستز شرکت داد (۱۱). تورن و سندلوسکی^۴ عقیده دارد که کیفیت مطالعات را نباید به عنوان یکی از معیارهای ورود مطالعات به متاستز قلمداد کرد و از آنجائیکه در تحلیل مطالعات کیفی با استفاده از متد متاستز، آنالیز و ترکیب نتایج مطالعات بدون وزن

1 Backward tracing

2 Foreward tracing

3 Barroso, J. & Powell-Cope, G. M.

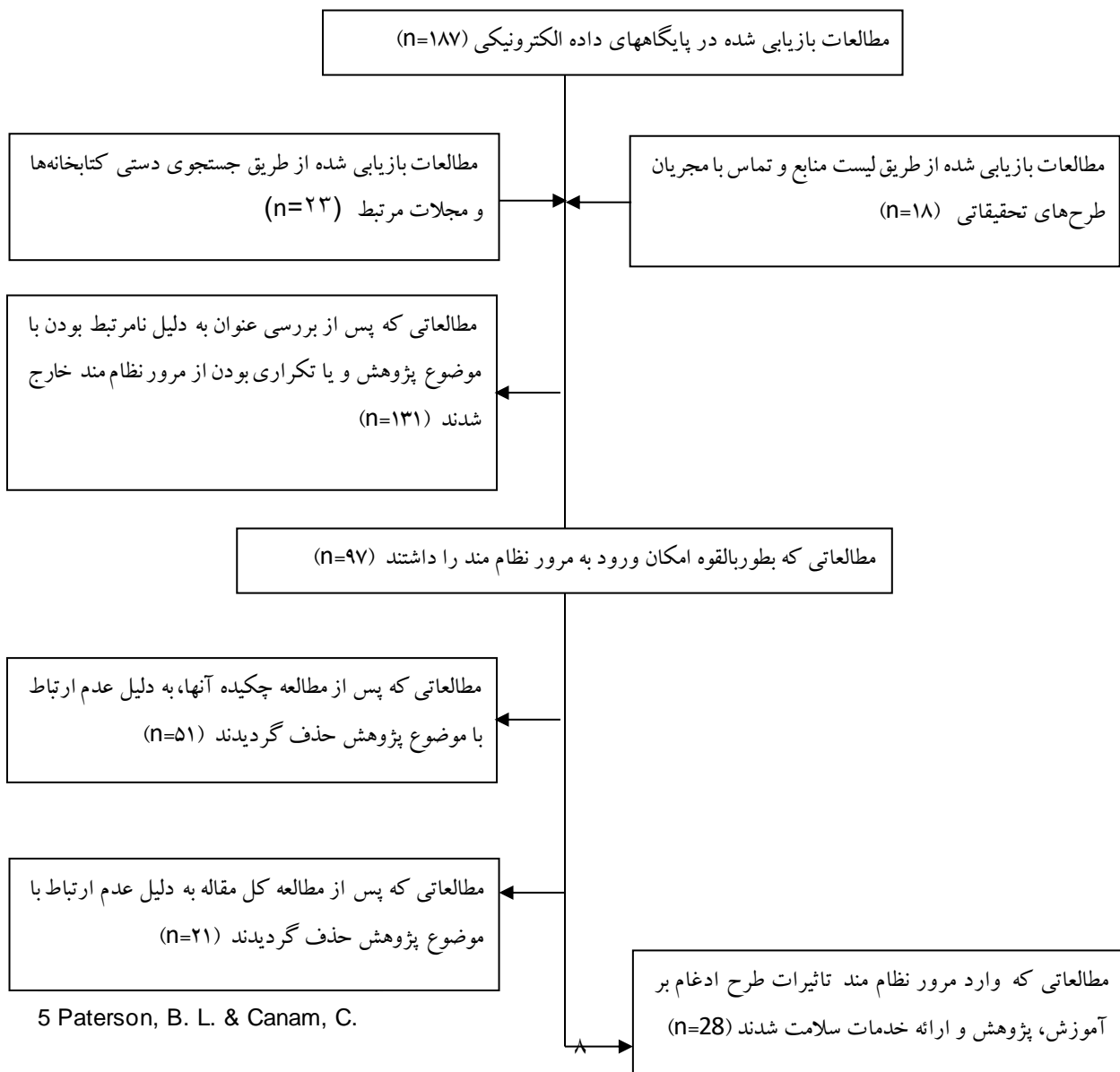
4 Tome & Sandelowski

دهی به آنها انجام می‌گیرد، تفاوت کیفیت مطالعات انجام شده، تأثیری بر نتایج تحلیل متاستز ندارد (۱۲، ۱۳). لذا از آنجائیکه تعداد مطالعات انجام گرفته در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت کشور ایران محدود می‌باشد، کلیه مطالعات انجام گرفته که در نتیجه مرور نظام‌مند بدست آمده‌اند، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. در تصویر شماره ۱ فلوجارت مراحل گزینش مطالعات برای شرکت در متاستز نشان داده شده‌است.

۱/۳. تحلیل محتوای مطالعات

تحلیل محتوای و کدهای به محتوای مطالعات انتخاب شده در نرم افزار MaxQDA 10.1 انجام گرفت. در این مرحله با استخراج مفاهیم کلیدی (کدهای) هر یک از مطالعات و کنار هم گذاشتن آنها با استفاده روش توصیه شده پترسون و کانام ۵ ارتباط بین مفاهیم و کدها تعیین شد. در این روش تجزیه و تحلیل از یک مطالعه شروع شده و به تدریج سستز در بین مطالعات دیگر به پیش می‌رود و با افزوده شدن هر مطالعه لیست کدها کاملتر می‌گردد (۱۴).

تصویر شماره ۱- فلوجارت انتخاب مطالعات برای مرور نظام‌مند



یافته‌ها

در این بخش خروجی متاستتر یافته‌های مطالعات وارد شده به مرور نظام‌مند ارائه شده است. از میان ۱۸۷ مطالعه‌ای که بصورت اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی شناسایی شدند، ۲۵ مطالعه ارتباط کامل با موضوع پژوهش داشته و وارد مرور نظام‌مند شدند (جدول شماره ۲). از میان ۲۵ مطالعه، ۱۵ مطالعه به زبان انگلیسی و ۱۰ مطالعه به زبان فارسی منتشر شده بودند. اغلب مطالعات مروری بودند که طی آنها نویسندگان بعنوان صاحب‌نظر حوزه آموزش علوم پزشکی و یا نظام ارائه خدمات سلامت به ارائه دیدگاه خود در مورد طرح ادغام پرداخته بودند (۱۱ مورد)، ۳ مطالعه به ارائه آمارهای رشد شاخص‌های توسعه آموزش علوم پزشکی و مقایسه روند قبل و بعد از ادغام، پرداخته بودند، ۳ مطالعه بصورت پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته انجام شده بودند، ۶ مطالعه بصورت کیفی و با استفاده از ابزار مصاحبه با خبرگان و صاحب‌نظران انجام شده بودند، یک مطالعه به ارائه استانداردهای ادغام پرداخته و یک مطالعه با استفاده از ابزار دلفی، میزان اجماع صاحب‌نظران کشور در مورد پیامدها و دستاوردهای ادغام را سنجیده بود.

در ادامه تحلیل محتوا و یافته‌های مطالعات باز یابی شده در مرور نظام‌مند در دو بخش تحلیل محتوای کیفی، اختصاصاً برای مطالعات مروری و کیفی، و تحلیل محتوای کمی، اختصاصاً برای مطالعات پیمایشی، ارائه شده است.

الف- تحلیل نتایج مطالعات کیفی

لیست مفاهیم و کدهای استخراج شده از مرور مطالعات در جدول شماره ۱ ارائه شده است و ۸ مطالعه بصورت گزارش و ۱۲ مطالعه به صورت مقاله منتشر شده بودند.

عنوان مطالعه	پژوهشگر/ سال	عنوان نشریه/ زبان
۱ آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران: سه دهه موفقیت	فریدون عزیزی/ ۲۰۰۹	Iranian J Publ Health
۲ معنی، علل، پیامدها و آینده ادغام از دیدگاه موافقین و مخالفین	ابوالفتح لامعی/ ۱۳۸۸	مجله پژوهشی حکیم/ فارسی
۳ ادغام نظام آموزشی و خدمات خدمات	خجسته/ ۲۰۰۹	Iranian J Publ Health /
۴ بررسی نظرات اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی نسبت به طرح ادغام آموزش پزشکی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران/ ۱۳۸۱	گزارش منتشر شده از طرح تحقیقاتی
۵ موانع موجود بر سر راه مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی در پرستاری؛ یک مطالعه کیفی	فاطمه حشمتی	پژوهش پرستاری/ فارسی
۶ نگرش صاحب نظران دانشگاهی نسبت به نتایج ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی سال ۱۳۸۱	محمد علی عباسی مقدم/ ۱۳۸۳	مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران/ فارسی
۷ آموزش پزشکی در ایران، همکاری WFME در فرایند اصلاحات	هانس کارل/ ۲۰۰۴	گزارش WFME/ انگلیسی
۸ بررسی مدارک مربوط به ادغام آموزش پزشکی و نظام خدمات در جمهوری اسلامی ایران	شهرام یزدانی/ ۱۳۸۶	گزارش WHO/ انگلیسی
۹ آموزش بالینی در جمهوری اسلامی ایران	کن کاکس/ ۱۹۹۹	گزارش به WFME/ انگلیسی
۱۰ بررسی میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	داریوش شکیبایی/ ۱۳۹۰	مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ فارسی
۱۱ گزارش مشاوره سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مرور اجمالی سیستم بهداشتی ایران	مشاوره سازمان جهانی بهداشت/ ۲۰۰۴	گزارشی انگلیسی
۱۲ تحلیل مفهوم ادغام	ابوالفتح لامعی/ ۱۳۸۹	گزارش فارسی
۱۳ گزارش نهایی طرح تحقیقاتی ارزیابی انحلال سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و انتقال آنها به	ندیم/ ۱۳۷۸	گزارش/ فارسی
۱۴ مسئولان بهداشتی ایران در خصوص ادغام نظام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی چه دیدگاهی	حبیب... پیروی/ ۱۳۸۱	Journal of Medical
۱۵ ایجاد ارتباط بین تحقیقات و عمل در ایران: دو دهه پس از ادغام وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی	سید رضا مجدزاده/ ۲۰۱۰	Public Health/ انگلیسی
۱۶ ادغام آموزش پزشکی و خدمات سلامت: تجربه ایران	مسعود پزشکیان/ ۱۳۸۲	Journal of medical education/ انگلیسی
۱۷ شناخت ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران: یک مطالعه کیفی	مهدی ابراهیم نیا/ ۲۰۱۷	Health Research Journal/
۱۸ ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران: مرور تاریخی	علیرضا مرندي/ ۲۰۰۱	Journal of medical education/
۱۹ سازماندهی ارتباط بین پزشکی و سازمان‌های سلامت	شهرام یزدانی/ ۲۰۰۳	گزارش تحلیل مستندات ادغام/
۲۰ چالش‌ها و آینده آموزش علوم پزشکی ایران	فریدون عزیزی/ ۲۰۱۵	Research in Medicine/
۲۱ نقد و بررسی موضوع ادغام آموزش علوم پزشکی با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	عبدالله کریمی/ ۱۳۸۱	طب و تزکیه/ فارسی
۲۲ ادغام آموزش پزشکی و نظام مراقبت‌های سلامت در ایران و پیامدهای مرتبط با سلامت آن	علیرضا مرندي/ ۲۰۰۹	Iranian Journal of Public Health
۲۳ زمینه‌ها، پیامدها و آینده ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت	سوکند تورانی/ ۲۰۱۱	HealthMed/ انگلیسی
۲۴ پیامدهای مثبت و منفی ادغام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت: دلفی	نوری حکمت/ ۲۰۱۴	Journal of Medical Education/
۲۵ نظام پزشکی آکادمیک: اختراع مجدد برای زنده ماندن در انقلاب در مراقبت‌های بهداشتی	کنستام و همکاران/ ۲۰۱۷	Journal of the American College of Cardiology
۲۶ اداره نظام‌های خدمات پزشکی؛ ارزشیابی و انتخاب رویکردهای مدیریتی	چاری ^۶ و همکاران	Academic Medicine

⁶ Chari R

مفاهیم اصلی	کدها
اهداف و دلایل طرح ادغام آموزش پزشکی	اهداف کمی ادغام
	اهداف کیفی ادغام
دستاوردهای مثبت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی	دستاوردها در حوزه آموزش علوم پزشکی
	دستاوردها در حوزه پژوهش علوم پزشکی
	دستاوردها در حوزه خدمات سلامت
چالش‌های اجرای طرح ادغام	افزایش دامنه مسوولیت‌های دانشگاه‌ها
	الزام دانشگاه‌ها به پاسخگویی به اموری خارج از کنترل
	افزایش هزینه‌های نظام سلامت
	نگرانی در خصوص ایمنی و نارضایتی بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی
موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی	عدم برنامه‌ریزی برای دستیابی به ادغام عملکردی
	اشکال در ارتباط دانشگاهیان با جامعه و حوزه اجرایی
	درک ناقص از ادغام
	ارتباط ضعیف دانشگاه و صنعت
آینده طرح ادغام آموزش پزشکی	حرکت به سمت ادغام عملکردی
	ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی
	ایجاد درک مشترک از ادغام

۲/۱. اهداف و دلایل ادغام

در بررسی مقالات، اهداف و دلایلی برای طرح ادغام بیان شده‌بود که می‌توان آنها را به پاسخگویی به انتظارات جامعه در بخش سلامت، خودکفایی در عرضه نیروی انسانی بخش سلامت، بهبود کیفیت و ارتقای پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی دسته‌بندی نمود. در گزارش جهانی به توزیع عادلانه نیروی انسانی متخصص سلامت واجد شرایط برای ارائه خدمات ضروری و مورد نیاز سلامت، ادغام در حوزه پژوهش و توسعه فرهنگ پژوهش و نوآوری در بدنه وزارت بهداشت، استفاده از تختها و تسهیلات بیمارستانها و شبکه‌های بهداشتی درمانی برای اهداف آموزشی، تقدم مناطق روستایی بر مناطق شهری، تقویت نظام ارجاع، افزایش ظرفیت دانشگاه‌ها برای آموزش نیروی انسانی مورد نیاز و استفاده از امکانات بالینی و آموزشی و وابستگی متقابل این دو عرصه، اشاره شده‌است (۱).

مطالعات مختلف طیفی از اهداف را مطرح نمودند که می‌توان در قالب اهداف کمی و اهداف کیفی ادغام آنها را تقسیم نمود.

۲/۱/۱. اهداف کمی ادغام

اهداف کمی ادغام عبارت بودند از گسترش امکانات آموزشی، بهبود نسبت استاد به دانشجو و افزایش تعداد دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و استفاده از فضا و امکانات نظام سلامت (بهداری) به عنوان فضای آموزشی برای تربیت وسیع نیروی

انسانی جهت تامین نیروهای مورد نیاز برای مناطق محروم، که حاصل آن بی نیازی از نیروهای خارجی و تولید انبوه نیروی سلامت بود.

تعداد تخت‌های آموزشی پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سرعت افزایش یافت (۱۸). همچنین گسترش عرصه‌های آموزش در رشته‌های مختلف، افزایش بیمارستانها و تخت‌های آموزشی، ایجاد فیلدهای آموزشی در شبکه‌های بهداشتی کشور و امکان استفاده از سایر عرصه‌های پاراکلینیک و عرصه‌های آموزش در جامعه از اهداف اصلی این طرح در آن زمان بودند (۱۹).

۲/۱/۲. اهداف کیفی ادغام

اهداف کیفی ادغام در بخش آموزش علوم پزشکی عبارت بودند: انجام آموزش و پژوهش مناسب درون نظام ارائه خدمات (محل کار واقعی دانش آموختگان) و در تمامی سطوح ارائه خدمات اعم از سطح اول، سطح دوم و سطح سوم (به جای آموزش بیمارستانی صرف). شکستن حصار دانشکده‌ها از محوطه دانشکده و بیمارستان‌های تابعه و انجام قسمتی از آموزش در جامعه. همچنین ارتقای سطح علمی مؤسسات، مراکز خدمات سرپایی و بیمارستان‌های وزارت بهداشتی با دمیدن روح دانشگاهی به تشکیلات فوق و امکان حضور هر چه بیشتر اعضای هیأت علمی دانشگاه در جامعه، انجام پژوهش‌های کاربردی و ارتقای کیفیت نظام ارائه خدمات، اهداف کیفی برای افزایش کیفیت خدمات نظام سلامت بودند. مطالعه‌ی عزیزی اشاره می‌کند هدف ادغام این بود که دانشگاه‌ها در قبال سلامت مردم مسئول باشند. همواره پاسخگویی اجتماعی نظام آموزشی انگیزه ادغام بوده و می‌باشد (۱۵).

۲/۲. دستاوردهای اجرای طرح ادغام

در بررسی مقالات یافت شده، دستاوردهای متنوعی برای طرح ادغام شمرده شده بود که می‌توان آنها را به دستاوردهای حوزه آموزش علوم پزشکی، پژوهش علوم پزشکی، نظام سلامت و تقویت ارتباط بین این سه حوزه، طبقه بندی نمود.

۲/۲/۱. دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی

۲/۲/۱/۱. افزایش ظرفیت عرضه نیروی انسانی سلامت

در ۸ مقاله به دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی اشاره شده بود. این دستاوردها را می‌توان بصورت افزایش قابل ملاحظه ظرفیت آموزش و پاسخگوتر شدن آموزش‌ها نسبت به نیازهای جامعه دسته‌بندی نمود. عزیزی معتقد است ادغام دلیل اصلی رشد قابل توجه در تعداد پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۶۵ بوده است و افزایش سریع تعداد مراکز آموزشی همراه با رشد شدید پذیرش دانشجویان باعث افزایش ناگهانی نسبت دانشجویان به استاد گردید (۱۵، ۱۶). این دستاورد در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۷). خجسته افزایش پذیرش دانشجویان را در نتیجه تغییر ساختار نظام آموزشی و ارائه خدمات سلامت در ایران می‌داند و معتقد است همین تغییر ساختار باعث افزایش تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی، ایجاد عرضه‌های گسترده‌تر برای

آموزش و توزیع مناسب آنها در سراسر کشور و در نهایت جهش کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی شده است (۱۸). افزایش پذیرش دانشجویان، خصوصاً در دوره‌های تخصصی باعث افزایش دسترسی به خدمات تخصصی در مناطق محروم و دورافتاده و نیز سه برابر شدن نسبت اعضای هیات علمی علوم پزشکی به دانشجویان (در سال انجام مطالعه)، شده است (۱۹، ۲۰) و در مطالعات مختلف آمارهایی از افزایش ظرفیت و زیرساخت‌های آموزش دانشجویان علوم پزشکی ارائه شده است (۱۵-۲۲).

۱/۱/۱/۱. آموزش پاسخگو

در ۱۴ مقاله از مقالات مورد بررسی به موضوع آموزش پاسخگو اشاره شده است و در اغلب مطالعات بیان شده است که طرح ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات منجر به نزدیکی بیشتر اعضای هیات علمی دانشگاه و مدیران نظام ارائه خدمات سلامت گردیده است. آموزش پزشکی پاسخگو را می‌توان به عنوان آموزش پزشکی مناسبی تعریف کرد که در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی کشورش را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکانی است که می‌خواهند و می‌توانند به جامعه خود خدمت نمایند و به نحو موثری با مشکلات بهداشتی در سطوح اول، دوم و سوم مواجهه شوند (۱، ۱۷، ۱۹، ۲۳-۲۶) دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های پزشکی با فلسفه وجودی پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه پا به عرصه وجود گذاشتند. در اغلب مقالات تاکید شده است که آموزش پزشکی باید به جامعه و نیازهای واقعی برگردد و به بیشترین و مهمترین نیازهای بهداشتی جامعه بپردازد (۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۷).

پیروی در مطالعه خود بیان نموده است که افراد تحت بررسی معتقد بودند ادغام در انتقال آموزش پزشکی به جامعه موفق نبوده است. همچنین برنامه ادغام در ارتقاء کیفی آموزش پزشکی موثر نبوده است (۲۲). یزدانی معتقد است که ادغام بر آموزش دانشجویان تاثیر گذاشته و موجب شده که آنها یک دیدگاه واقعی در خصوص خدمات بهداشتی در سطوح مختلف پیدا نمایند. ادغام باعث بهبود برنامه‌ریزی نیروی انسانی بهداشتی شده و در واقع باعث توسعه نیروی انسانی در بخش PHC گردیده است. همچنین افزایش مشارکت اعضای هیات علمی در کمیته‌های علمی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را در پی داشته است (۱). گزارش سازمان جهانی بهداشت ادغام را گامی موثر برای همراستا شدن آموزش علوم پزشکی با روندهای جهانی نظیر انتظارات اعلامیه آلماتا و ادینبورگ و العین، که همگی بر جامعه‌نگر شدن آموزش تاکید داشته‌اند، دانسته است (۱۷). مرندی نیز درگیر شدن و مشارکت اعضای هیات علمی در حل مشکلات سلامت جامعه و مدیریت دانشگاه را بیان داشته است معتقد است همچنان ضروریست اصلاحات برای تغییر در برنامه‌های آموزشی و جامعه‌نگر شدن آنها ادامه یابد (۲۱).

۱/۱/۲. دستاوردها در حوزه پژوهش علوم پزشکی

تعداد ۱۱ مطالعه به دستاوردهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی در حوزه پژوهش اشاره داشتند. مشارکت دانشکده‌های پزشکی در پژوهش‌های مرتبط با نظام ارائه خدمات اساس سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان در هر دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت رابه وجود می‌آورد (۵-۲، ۲۲). نگارش مقالات حوزه علوم پزشکی توسط پژوهشگران ایرانی در طی سالهای اخیر روند چشمگیری را طی نموده است و برخی از محققان این رشد را به پیاده‌سازی استراتژی ادغام نسبت می‌دهند (۲، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۸).

مطالعه نجات بر جذب پژوهشگر در مناطق دور دست، ارتباط بیشتر پژوهشگران با نظام ارائه خدمات و ایجاد محیط تعاملی بین پژوهشگر و تصمیم گیرنده در نتیجه پیاده‌سازی ادغام اشاره دارد (۲۹). در مطالعه عزیزی نیز به شکستن حصار دانشکده‌های گروه پزشکی و انجام آموزش و پژوهش در جامعه، اشاره شده است (۱۵). عباسی مقدم به این نکته اذعان کرده است که پژوهش‌های میدانی و کاربردی در نتیجه اجرای ادغام آموزش پزشکی محقق شده است (۲۵). معجززاده در برشماری نکات مثبت ادغام، با اشاره

به این نکته که توسعه نیروی انسانی منجر به پژوهش و تولید اسناد علمی شده است و با تاکید ارتباط بیشتر سیاستگذار و پژوهشگر که منجر به درک نیازهای جامعه و ارتباط علم و صنعت گشته، نیز به دستاوردهای پژوهشی تاکید نموده است (۱۹). مجدزاده در مطالعه‌ای دیگر همکاری در تحقیق را منجر به ارتباط نزدیکتر پژوهشگر و سیاستگذار، انتخاب بهتر موضوع تا اجرا، ضمانت اجرایی نتایج مطالعه، دسترسی به اطلاعات، درگیری سیاستگذار در جریان مطالعه، پذیرش نظر خبرگان توسط سیاستگذار، افزایش رضایتمندی پژوهشگران، آشنایی بیشتر پژوهشگر با محیط اجرایی، اطلاع پیدا کردن سیاستگذار از عملکرد خود و تقویت مهارت پژوهشی سیاستگذار می‌داند (۲۸). پزشک‌ان نیز از نقاط قوت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی به توسعه فعالیت‌های پژوهشی اذعان داشته است (۲۰). میرمقتدایی معتقد است که از دستاوردهای طرح ادغام ایجاد جامعه مبتنی بر نوآوری و پژوهش است (۳۰). ابراهیم‌نیا نیز در بین نقاط قوت تمرکز ساختاری طرح ادغام به تصمیم‌گیری موثر در خصوص نیازهای آموزشی و پژوهشی اشاره دارد (۳۱). عزیزی در این خصوص به توسعه امکانات و تسهیلات پژوهشی و پژوهش در بالین اذعان می‌نماید (۲۰).

چالش استقلال مالی پژوهش‌های علوم پزشکی در چندین مطالعه مورد توجه قرار گرفته است. نجات در مطالعه خود بر لزوم تفکیک ارائه خدمت از آموزش و پژوهش در دانشگاه‌های بزرگ در جهت تخصیص بودجه و تقویت بهره‌وری از دانش تاکید کرده است (۲۹). مطالعه عزیزی نیز به ضرورت تفکیک بودجه آموزشی و پژوهشی اشاره کرده است (۱۶). به زعم مجدزاده جهت دستیابی به مزایای ادغام لازم است حمایت بودجه ای برای انجام تحقیقات بین بخشی، تخصیص منابع مالی به دانشکده‌ها برای تحقیقات درخواستی از نظام سلامت و ایجاد اعتماد بین پژوهشگر و سیاستگذار جهت تقویت کار تیمی صورت گیرد (۱۹). اینگونه به نظر می‌رسد که بتوان با انجام اصلاحات در ساختار پژوهشی موجود و توجه به ضعفها در قسمت پژوهش و برقراری ارتباط مناسب بین پژوهشگران و سیاستگذاران، از انحراف از رسالت پژوهشی دانشگاه‌ها جلوگیری کرد و بر اساس نیازهای واقعی جامعه اولویت‌های پژوهشی را مشخص نمود. همچنین با افزایش تولید اسناد و دانش و جمع‌آوری دانش اجرایی می‌توان ارتباط علم و صنعت را ارتقا داد.

۱/۱/۳. دستاوردهای در حوزه ارائه خدمات سلامت

گزارش سازمان جهانی به این موضوع اشاره نموده است که با اجرای طرح ادغام ایجاد و تقویت نظام شبکه‌های بهداشت و مواجهه موفقیت‌آمیز با نیازهای خدمات سلامت در زمان جنگ اتفاق افتاده است. همچنین کنترل جمعیت، افزایش دسترسی عمومی به خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی، کاهش مرگ و میر نوزادان، افزایش دسترسی به نمک یددار در تمام مناطق کشور، افزایش واکسیناسیون از دستاوردهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی است (۱۷). پزشک‌ان به بهبود شاخص‌های مراقبت شامل موفقیت در کنترل جمعیت، کاهش مرگ و میر مادران، کاهش مرگ کودکان زیر ۱ سال، افزایش پوشش واکسیناسیون، کاهش تولد کودکان مبتلا به تالاسمی اشاره نموده است. همچنین شاخص‌های درمان شامل مراقبت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی ارتقا یافته که این امر از طریق نظارت‌های مستمر معاونت درمان دانشگاه‌ها، فراهم کردن تجهیزات مدرن و ایجاد آموزش پزشکی مداوم محقق شده است. همچنین بیان شده است سیستم ارجاع همزمان با طرح ادغام اجرا شده است و نتایج موفقیت آمیزی بدنبال داشته است (۲۰). میرمقتدایی اذعان داشته است که اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی مانع چندگانگی مدیریت در نظام سلامت شده است (۳۰).

در مطالعه مردی اشاره شده است برنامه سیستماتیک پزشکی پیشگیری و سلامت عمومی از ضرورت‌های اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی است. تقویت شبکه‌های بهداشت و درمان شامل گسترش آب آشامیدنی سالم، نظام جمع‌آوری آمار شاخص‌های بهداشتی، گسترش واکسیناسیون، کاهش شدید در مرگ و میر نوزادان، مادران و کودکان زیر ۵ سال، کاهش سرعت رشد جمعیت و افزایش

امیدزنگی از دستاوردهای حوزه سلامت در اجرای ادغام بوده است (۲۱). یزدانی در مطالعه خود در خصوص دستاوردهای سلامت طرح ادغام چنین بیان داشت که در سیستم قدیمی، تمرکز بیمارستان‌های آموزشی بر امر آموزش دانشجویان بود و در سیستم جدید پس از ادغام توجه آنها بیشتر معطوف مراقبت از بیماران شده است (۱).

در پژوهش کریمی اینگونه بیان شده است که همکاری ذی‌النفعان (دانشکده‌های پزشکی) در شکل دادن به نظام سلامت در جهت ایجاد تعادل بین عدالت، کیفیت، تناسب و هزینه اثربخشی خدمات سلامت در قالب اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی صورت ضرورت داشت (۱۵). عباسی مقدم اینگونه بیان نموده است که فلسفه ادغام پاسخگویی دانشگاه به مسائل سلامت جامعه است و اکثریت افراد موفقیت‌های ادغام را در زمینه خدمات بهداشتی اولیه دانسته‌اند (۲۵).

امیراسماعیلی نیز در مطالعه خود اذعان داشته است که در پی اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی مسئولیت سلامت و ارائه مراقبت‌ها یک ناحیه یا جمعیت تحت پوشش بر عهده دانشکده پزشکی قرار گرفت و تا حدی میزان پاسخگویی به نیاز جامعه بهبود یافته است (۲۶). در مطالعه لامعی به این نکته اشاره شده است که در عین حال که اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی موجب تقویت ارتباط شبکه‌های بهداشت و درمان با نظام تربیت نیروی انسانی و بهبود شاخص‌های بهداشتی و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی شده است، موجب آسیب به نظام سلامت نیز گردیده است (۳۲).

۱/۲. چالش‌های اجرای طرح ادغام

با وجود دستاوردهای مثبتی که برای اجرای طرح ادغام در کشور مطرح می‌شود، برخی از محققان و صاحب‌نظران معتقدند پیاده‌سازی این طرح نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت را با چالش‌هایی نیز مواجه نموده است (۱۹، ۲۹، ۳۳). مفاهیمی نظیر افزایش دامنه مسوولیت‌های دانشگاه‌ها، الزام دانشگاه‌ها به پاسخگویی به اموری خارج از کنترل (۲۵، ۳۱)، افزایش هزینه‌های نظام سلامت (۲۶، ۳۳)، نگرانی در خصوص ایمنی بیماران و نارضایتی بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی (۲۶، ۳۰، ۳۳) از جمله این چالش‌ها هستند.

۱/۲/۱. افزایش دامنه مسوولیت‌های دانشگاه‌ها

شکیبایی در مطالعه خود اینگونه بیان داشت که برخی معتقدند ضعف‌های آموزشی متأثر از افزایش دامنه مسوولیت‌های دانشگاه‌ها است که منجر به انحراف آن از رسالت آموزشی و پژوهشی شده است (۳۳). مجدزاده و نجات نیز در مطالعه خود این نکته را مورد تایید قرار داده و بیان کرده‌اند که ادغام با افزودن ارائه خدمت به سایر فعالیتهای دانشگاه‌ها، باعث افزایش وظایف دانشگاه و انحراف از رسالت آموزش و پژوهش شده است (۱۹، ۲۹).

۱/۲/۲. الزام دانشگاه‌ها جهت پاسخگویی به امور خارج از کنترل

ابراهیمی‌نیا در مطالعه خود اینگونه اشاره نموده است که واگذاری پاسخگویی در اموری که تحت کنترل مسوولین دانشگاه‌های علوم پزشکی نبوده در کنار عدم پیش‌بینی الزامات ساختار ادغامی، از اشکالات طرح ادغام در وزارت بهداشت می‌باشند (۳۱). همچنین عباسی نیز در مطالعه خود به این نکته اذعان داشته است که واگذاری مسوولیت بدون اختیارات از اشکالات طرح ادغام است (۲۵).

۱/۲/۳. افزایش هزینه‌های نظام سلامت

در مطالعه امیراسماعیلی اینگونه بیان شده است مواردی نظیر مهارت کم دانشجویان در درمان بیماران و یا بکارگیری تجهیزات بیمارستان، استفاده نامناسب از کالاهای مصرفی، هزینه‌های پايون، هزینه خرید و تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی هزینه‌های جاری بیمارستانهای آموزشی را افزایش داده است (۲۶). در مطالعه شکیبایی اشاره شده است علی‌رغم افزایش هزینه نظام سلامت، کارایی بیمارستانهای آموزشی کاهش داشته است (۳۳). در مطالعه تورانی نیز بر افزایش هزینه‌های نظام سلامت تاکید شده است (۳۴).

۱/۲/۴. نگرانی در خصوص ایمنی و رضایت بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی

شکیبایی در مطالعه خود به این نکته اشاره نموده است که از نکات منفی اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی نارضایتی مردم است (۳۳). مطالعه میرمقتدایی نیز در این مورد اینگونه بیان نمود که از تهدیدهای اجرای طرح ادغام نارضایتی مردم از خدمات بیمارستانی است (۳۰). مطالعه امیر اسماعیلی نارضایتی بیمار را به عنوان یکی از پیامدهای منفی ادغام آموزش و درمان دانسته است. همچنین به دلیل سلسله مراتب درمان که موجب کاهش سرعت انجام فرایند درمانی است نارضایتی بیماران بوجود آمده است (۲۶).

۱/۳. موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی

در ۱۱ مقاله مورد بررسی به موانع اجرای موفق ادغام پزشکی اشاره شده است. این موانع را می‌توان در عدم برنامه‌ریزی برای ادغام عملکردی، اشکال در ارتباط دانشگاهیان با جامعه و حوزه اجرایی و درک ناقص از ادغام، خلاصه نمود.

پزشکیان در مطالعه خود در مورد چالش‌های برنامه‌ریزی اینگونه بیان داشت که تقریباً تمامی تصمیمات مربوط به قوانین آموزشی و سیستم مراقبت‌ها به صورت متمرکز در تهران اتخاذ می‌گردد (۲۰). لامعی در مطالعه خود اشاره داشت که ادغام واقعی صورت نگرفته است و دلایل آن شامل فقدان راهبرد برای ادغام ساختاری، فقدان باور در مدیران ارشد، عدم استفاده از پتانسیل‌های موجود و عدم چاره‌اندیشی برای نقطه ضعف، بوده است (۳۲).

میرمقتدایی درگیر نشدن جدی گروه‌های بالینی در طرح ادغام، کمبود بودجه و تردید مجریان ادغام در ضرورت آن را بعنوان مهمترین موانع اجرای موفق برشمرده است (۳۰). مطالعه تورانی عدم کفایت مطالعات اولیه برای طراحی سیاست ادغام، عدم شفافیت در مفهوم ادغام و فقدان نظام ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها در پیاده‌سازی سیاست ادغام را مهمترین موانع ادغام عملکردی معرفی کرده است (۳۴). در نهایت، مردی که طراح و مجری سیاست ادغام بوده است در مطالعه خود اشاره کرده است که ادغام هنوز کاملاً عملکردی نشده است. وی ارتباط ناقص و اندک جامعه و شبکه‌های بهداشتی درمانی، ارتباط ضعیف برنامه و محتوای آموزشی دانشجویان با نیاز جامعه، درگیری زیاد اعضای هیات علمی در ارائه خدمات خصوصی، بی‌نظمی و ضعف در نظام ارجاع، مشارکت بسیار کم دانشگاه در مدیریت سلامت جامعه و ضعف هماهنگی‌های بین بخشی، پایین بودن کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و نابرابری در دسترسی به خدمات را از موانع موفقیت اجرای طرح ادغام پزشکی دانسته است (۳۵).

۱/۴. آینده طرح ادغام

تورانی معتقد است از آنجائیکه ادغام ظرفیت‌های بسیاری خوبی برای تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت ایجاد نموده است و حفظ و اصلاح آن به مراتب مفیدتر است از تلاش در جهت انتزاع آموزش از نظام ارائه خدمت بوده و بهتر است از مکانیزم‌هایی برای تقویت وظیفه آموزش و تولید علم در دانشگاه و محافظت از آن در برابر فشارهای سایر بخشهای دانشگاه، استفاده گردد. در این راستا پیشنهادهای از قبیل تقسیم‌بندی دانشگاه‌ها براساس رسالت تولید علم، تولید نیروی انسانی و یا ارائه خدمات سلامت، ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم بصورت نمونه در چند شهر بزرگ و تشکیل قطب‌های علمی در رشته‌های خاص مبتنی بر مزیت‌های نسبی دانشگاه‌ها، توسط مصاحبه‌شوندگان ارائه گردید (۳۴).

در اغلب مطالعات مورد بررسی به ضرورت طراحی راهبردهایی برای بهبود پیامدهای طرح ادغام اشاره شده بود. مهمترین راهبردهای مورد اشاره در مطالعات عبارت بودند از ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام، حرکت به سمت ادغام عملکردی و ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی.

۱/۴/۱. ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام

لامعی در مطالعات خود بر لزوم تبیین مفهوم ادغام برای دستیابی به درک عمیق‌تری از ابعاد، ویژگی‌ها، کاربردها، عوامل موثر بر آن و پیامدهای آن تاکید می‌کند. ایشان پیشنهاد کرده است که رهبران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگران باید برای ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام تلاش کنند و همه افراد در همه سطوح، بخصوص اعضای هیات علمی، را در پیاده سازی ادغام مشارکت دهند و تلاش کنند ادغام را محور تصمیم‌گیری‌های خود و سایر مدیران و کارکنان قرار دهند (۳۲، ۳۶). عباسی در مطالعه خود بسترسازی فرهنگی جهت پذیرش ادغام واقعی توسط دانشگاهیان و بخش اجرایی را در جهت ایجاد درک مشترک از ادغام مطرح نموده است (۲۵).

۱/۴/۲. حرکت به سمت ادغام عملکردی

به نظر می‌رسد تا امروز بحث جامعه‌نگری در آموزش علوم پزشکی در جهت پاسخگویی به نیازهای واقعی جامعه مسیر پرتلاطمی را پیموده است، اما علیرغم ادغام ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش پزشکی هنوز نتوانسته است آنچنان که شایسته است پاسخگوی نیازهای جامعه باشد. این مشکلات از آنجا است که شاید که اساساً "هنوز ادغام عملکردی به طور کامل انجام نگرفته است (۳۷).

برای حرکت به سمت آموزش جامعه‌نگر یا پاسخگو، می‌توان در هر سطحی از سطوح نظام آموزشی و در ارتباط با هر موضوع مرتبط با آن، اقدام مناسب به عمل آورد. اولین و اساسی‌ترین اقدام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای عمل به این رویکرد، ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات بوده است. با ادغام این دو نظام، بستر لازم برای پاسخگویی آموزش فراهم شده است؛ با این حال تحول در سیاستگذاری‌ها، اولویت‌بندی‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، مدیریت و رهبری، ساختار و وظایف در سطوح مختلف و نیز همسو نمودن تصمیم‌گیری‌ها با الزامات ادغام و رویکرد آموزش جامعه‌نگر، اقدامات ضروری دیگری هستند که تحت عنوان ادغام عملکردی مورد توجه قرار می‌گیرند (۳).

در مطالعه مجدزاده تمامی گروههای علوم پزشکی معتقد بودند که ادغام به صورت کامل انجام نشده است و سه دلیل آن که به مدیریت باز می گشتند شامل عدم نفوذ ادغام در ملاک های ارزیابی اعضای هیات علمی، ارتباط ضعیف بین دانشکده ها و ساختارهای ارائه دهنده خدمات و حرکت یکسوی صاحب نظران از دانشکده ها به نظام مدیریت و سیاست گذاری سلامت. مدیریت و سیاست گذاری سلامت در سطح وزارت بهداشت توسط کسانی انجام می شود که سابقه اشتغال دانشگاهی دارند اما امکان حرکت معکوس (ارائه درس، واحد و یا مسئولیت دانشگاهی) از سمت خبرگان نظام ارائه خدمت و وزارت بهداشت به دانشکده ها وجود ندارد و دانشگاه ها به همان صورت سنتی موروثی باقی مانده و هیچ تغییری در دانشگاه روی نداده است (۱۹). مطالعه پیروی نشان داد ۴۷٪ مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند برنامه ادغام بدون برنامه ریزی دقیق اولیه انجام شده است و تنها ۸/۷٪ معتقد بودند ساختار سازمانی دانشگاه ها برای برنامه ادغام مناسب است (۲۱).

در مطالعه شکیبایی، پزشکیان، میرمقتدایی، ابراهیم نیا بیان شده است که ۴ سطح برای ادغام در نظر گرفته شده است که به اذعان ایشان ایران در مرحله سوم قرار دارد و هنوز با ادغام عملکردی فاصله دارد (۲۰، ۳۰، ۳۱، ۳۳). در پژوهش لامعی ضرورت ادغام عملکردی مورد تاکید بوده است و اینگونه بیان شده است که با وجود تداوم مشکلات ادغام در مسیر بهبودی قرار داشته است (۳۲). یزدانی در مطالعه خود به سه اقدامی که باید در راستای دستیابی به ادغام عملکردی صورت بگیرد اشاره کرده است که عبارتند از شناسایی فرآیندهای فراسازمانی و فراحوزه ای، شناسایی ساز و کارهای یکپارچگی مراحل مختلف فرایندهای مرتبط با ادغام در دانشگاه های علوم پزشکی و ترجمه ساز و کارهای یکپارچه فرایندها به استانداردهای ادغام عملکردی (۱).

نوری حکمت در مطالعه خود الگویی برای ارتباط و تعامل دانشکده های علوم پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت ارائه نموده است. در این الگو، ارتباط و تعامل دانشکده ها و نظام سلامت در پنج سطح در نظر گرفته شده است که عبارتند از **خودمختاری، ارتباط، وابستگی متقابل، همکاری و تعهد**. سطح تعهد بالاترین سطح تعامل بین دانشکده ها و گروه های آموزشی و پژوهشی با نظام سلامت و سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی است؛ در حالیکه در سطح خودمختاری هیچ تعاملی بین این دو نظام وجود ندارد. به دلیل تفاوت های موجود بین اهداف، فرایندها و نتایج مورد انتظار بخش های مختلف در هر دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت، سطوح تعاملی در بخش ها و واحدهای مختلف می توانند متفاوت باشد. در این الگو هر قدر سطح تعامل بالاتر می رود، با افزایش همپوشانی، استقلال عمل دو طرف کمتر شود. به همین دلیل ادغام بین دو سازمان تاجایی می تواند ادامه پیدا کند که به ساختار اصلی، رسالت و فلسفه وجودی نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت لطمه وارد نکند و تعادل نسبی دوطرف را به هم نزند (۳).

۱/۴/۳. ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی

تقریباً در تمامی مطالعات مورد بررسی به تاثیر ادغام بر کیفیت آموزش علوم پزشکی اشاره شده است ولی نکته جالب آن است که در برخی از مطالعات این تاثیر کاملاً مثبت و سازنده ارزیابی شده است (۲۰-۲۲، ۲۴، ۲۶) و در برخی دیگر، ادغام بعنوان عاملی موثر در کاهش کیفیت آموزش در دانشگاه های علوم پزشکی معرفی شده است (۲۵، ۳۰، ۳۲، ۳۳).

در مطالعه عزیزی بر برنامه ریزی ارتقا کیفیت آموزش جهت کاهش چالش های آموزش پزشکی تاکید شده است (۱۵). مرنیدی در مطالعه خود در خصوص الزامات اجرای طرح ادغام به ارتقای کیفیت آموزش اذعان داشته است (۳۵). پزشکیان در مطالعه خود بیان داشته است ارتقا کیفیت آموزش پزشکی و تبدیل آن به یک سیستم آموزشی پاسخگوی جامعه مهمترین گام در دستیابی به پیامدهای مورد انتظار از ادغام است (۲۰). عزیزی معتقد است اگر فرآیند اعتبارسنجی برای تمام دانشکده های پزشکی کشور اجرا گردد، ارتقای

کیفیت طرح ادغام آموزش پزشکی اتفاق می افتد (۱۵). در این راستا، بهبود بودجه آموزش، تعدیل ظرفیت‌های دانشجویی مطابق با نیازهای منطقه‌ای و با در نظر گرفتن بهره‌وری اقتصادی، کاهش تعداد دانشگاه‌های دولتی و خصوصی کشور مطابق با نیاز کشور، بازنگری در سیاست‌هایی نظیر خودگردانی بیمارستانها، نظام‌های گرینش دانشجو و استاد و تلاش در مستقل نمودن دانشگاه‌ها می‌توانند راه حل‌های مفیدی باشند (۲۵).

ب- تحلیل نتایج مطالعات کمی

در میان مطالعات بازیابی شده، ۵ مطالعه یافت شد که به صورت پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه به بررسی دیدگاه‌های گروه‌های مختلف ذینفعان طرح ادغام پرداخته بودند. در ادامه خلاصه‌ای از متد، یافته‌ها و محتوای هر یک از این مطالعات ارائه شده است.

۱/۱. مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران

در سال ۱۳۸۱ مطالعه بررسی نظرات اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی نسبت به طرح ادغام آموزش پزشکی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری توسط مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران انجام شد. این مطالعه پیمایشی با استفاده از ابزار پرسشنامه خودساخته انجام آن دیدگاه‌های اعضای هیأت علمی ۳ دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران پیمایش شد. ۵ درصد این جامعه آماری برابر ۱۶۵ نفر بعنوان نمونه انتخاب شده بود.

مهمترین یافته‌های پژوهش

از مجموع پاسخگویان ۶/۵٪ استاد، ۱۲/۹٪ استادیار و ۳۵/۶٪ مربی بودند. در خصوص میزان اطلاع پاسخگویان از طرح الحاق، ۶۰٪ از این طرح تا حدودی اطلاع داشته، ۸/۸٪ اصلاً یا بسیار کم اطلاع داشته ۲۹/۵٪ به میزان بسیار زیادی از طرح اطلاع داشته‌اند. در زمینه علل مطرح شدن این طرح در مجلس که به صورت سوال باز مطرح شده بود، ۵۵/۸٪ مصاحبه‌شوندگان به نوعی مشکلات پیش آمده در مورد آموزش پزشکی، ۱۰/۵٪ مشکلات درمانی و بهداشتی و ۶/۴٪ علت را به نوعی سیاسی می دانستند. ۳۵/۳٪ درصد پاسخگویان اجراء این طرح را تنها راه اصلاح در ساختار آموزش پزشکی، ۴۰٪ پاسخگویان نظر مخالف در این باره داشته و ۲۰/۳٪ به این سوال پاسخ ندادند.

در بررسی میزان فواید و ضررهای این طرح از نظر پاسخگویان حدوداً ۷۰٪ پاسخگویان معتقد بودند که این طرح فایده دارد، ۱۶٪ معتقد بودند که این طرح مضر بوده، ۹/۴٪ هم بر این باورند که این طرح ضرر یا فایده خاصی نداشته و ۵/۹٪ هم به این سؤال پاسخ ندادند. ۴۸/۸٪ پاسخگویان بر این باورند که اجرای طرح ادغام، از نظر مالی و اقتصادی به نفع دولت و ۱۸/۸٪ معتقد بودند که اجرای این طرح به ضرر دولت است.

۸۰٪ پاسخگویان معتقد بودند اجرای طرح موجب بهبود کیفیت آموزش پزشکی، ۱۰٪ معتقد بودند این طرح تأثیری بر کیفیت آموزش بر جای نمی گذارد، ۲/۴٪ معتقد بودند اجرای این طرح باعث افت کیفیت آموزش می شود، ۳۵/۳٪ پاسخگویان بر این اعتقادند که اجرای طرح ادغام، تأثیری بر مشکلات فارغ التحصیلان رشته‌های پزشکی اعم از اشتغال یا سایر موارد ندارد، در حالیکه ۳۴/۷٪ باور بودند که اجرای طرح ادغام مشکلات فارغ التحصیلان رشته‌های پزشکی را افزایش می دهد و ۲۷/۶٪ معتقد بودند اجرای طرح باعث کاهش مشکلات می شود.

در بررسی این نظر که آیا این طرح یک اقدام سیاسی بوده است و بدون طی مراحل کارشناسی مطرح شده است ۴۸/۲٪ مخالف یا کاملاً مخالف آن بودند، ۱۶/۵٪ درصد موافق یا کاملاً موافق بودند، ۳۳/۵٪ در این ارتباط نظری نداشتند. ۸۱/۲٪ پاسخ دهندگان معتقد بودند وضعیت آموزش پزشکی از سال ۱۳۶۴ به بعد که آموزش پزشکی در وزارت بهداشت ادغام شد، بدتر شده است، در حالیکه ۳/۵٪ معتقد بودند بهتر شده است، ۱۱/۲٪ معتقد بودند که تفاوتی نکرده است.

ملاحظات مهم در صورت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری عبارتند از:

۱. توجه به آموزش‌های جدید و ارتقاء کیفیت آموزش

۲. استقلال دانشگاه‌ها

۳. بهبود وضعیت هیات علمی

۴. توجه به امر تحقیق

۵. تخصیص امکانات مالی بیشتر به امر آموزش

۶. برنامه ریزی اساسی و بنیادین

به طور خلاصه ۷۹/۴٪ پاسخ دهندگان، موافق اجرای طرح، ۱۱/۲٪ مخالف و ۵/۹٪ بی نظر بودند.

۱/۲. محمد علی عباسی مقدم

محمد علی عباسی مقدم مطالعه نگرش صاحب‌نظران دانشگاهی نسبت به نتایج ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی سال ۱۳۸۱ را بصورت مقطعی - توصیفی با استفاده از پرسشنامه ای حاوی ۵۳ سوال در محورهایی شامل: نگرش گروه تحت مطالعه در مورد فلسفه ادغام، تغییرات کیفیت آموزش پزشکی و عوامل موثر بر آن، الحاق مجدد دانشگاه‌های علوم پزشکی به وزارت علوم و ارتباط دست آوردهای موجود با طرح ادغام، انجام داد. ۵۵۶ نفر از دانشجویان، اعضای هیات علمی و مدیران آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی که به طور تصادفی انتخاب شدند، در این مطالعه شرکت کردند.

مهمترین یافته‌های مطالعه

اکثریت جامعه آماری ضمن موافقت با ارتباط بین ادغام و برخی دستاوردهای موجود مانند ایجاد نظام مراقبت و بهبود شاخصهای بهداشتی، اعتقاد داشتند که کیفیت آموزش پزشکی نسبت به قبل از ادغام افت داشته‌است. همچنین اکثریت ۷۳/۳٪ افراد در سیستم ادغام یافته سابق سابقه مدیریت داشتند. افراد عنوان نمودند که الحاق مجدد آموزش پزشکی به وزارت علوم موجب بروز مشکلات فراوان شده و وزارتخانه مذکور آمادگی الحاق مجدد را ندارد. ۴۶٪ افراد معتقد به الحاق مجدد آموزش پزشکی به وزارت علوم بوده و ۴۰/۷٪ با این نظر مخالف و ۱۳/۳٪ بی نظر بودند. سطح تحصیلات ۳۶/۵٪ افراد تخصص بوده‌است. از نظر شغلی، ۳۵٪ از اعضای هیات علمی، ۳۰٪ مدیران آموزشی و پژوهشی و مابقی از دانشجویان و مسئولین بهداشتی و درمانی بودند.

نگرش افراد نسبت به فلسفه ادغام:

۹۵/۸٪ افراد با ضرورت وجود ارتباط و تعامل بین سیستم آموزش پزشکی، جامعه و نظام سلامت موافقت داشته و ۹۷/۵٪ با ضرورت تبیین اهداف و محتوای آموزش بر اساس نیازهای واقعی جامعه موافق بودند. ۶۳/۵٪ از افراد دانشگاه را مسئول پاسخگوئی به سوالات مربوط به تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه دانستند. ۳۵/۵٪ افراد با این نظر که ادغام نظام آموزش و نظام خدمات بهداشتی و درمانی در ایران بر مبنای یک فلسفه علمی بوده مخالف بودند. ۶۲/۲٪ افراد معتقد بودند که کیفیت آموزش پزشکی نسبت به قبل افت کرده‌است.

نگرش افراد نسبت به ارتباط بین دستاوردهای موجود و ادغام:

دستاوردهایی همچون خودکفائی پزشکی، افزایش پژوهش‌های میدانی و کاربردی، میسر شدن امکان ایجاد نظام مراقبت در کشور، بهبود شاخص‌های بهداشتی و خودکفائی در زمینه خدمات ویژه نظیر پیوند اعضا مورد بررسی قرار گرفته و اکثر افراد در خصوص ایجاد نظام مراقبت و بهبود شاخص‌های بهداشتی تا حدودی توافق داشتند ولی در موارد دیگر توافقی وجود نداشت.

نگرش افراد نسبت به ارتباط بین ادغام و عوامل موثر بر افت کیفیت آموزش و خدمات:

عوالی مانند افزایش بی رویه تعداد دانشگاه‌ها، افزایش بی رویه ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها، خودگردانی بیمارستانها، نارسائی قوانین مربوط به نظام گزینش استاد و دانشجو، عدم حضور موثر اعضای هیات علمی در عرصه‌های آموزشی، عدم تکمیل سیستم بهداشتی درمانی کشور و عدم اجرای سیستم ارجاع بررسی گردید که جز عامل عدم حضور اعضای هیات علمی در عرصه‌های آموزشی، تاثیر عوامل دیگر در افت کیفیت آموزش پزشکی مورد توافق بود.

نگرش افراد نسبت به نتایج آتی الحاق مجدد آموزش پزشکی به وزارت علوم:

در این قسمت مواردی مانند عدم موفقیت الحاق مجدد در حل مشکلات آموزشی و درمانی، بروز کشمکش‌ها بین وزارت علوم، سیستم‌های آموزش علوم پزشکی، دانشگاه‌ها و بخش بهداشت و درمان، عقب افتادن دانشگاه‌ها از برنامه‌های خود، عدم آمادگی وزارت علوم برای الحاق مجدد آموزش پزشکی به وزارت بهداشت و هزینه بالای الحاق مجدد بررسی و تقریباً تمامی موارد فوق مورد توافق اکثریت افراد بود.

مهمترین نتایج مطالعه

اکثریت افراد موفقیت‌های ادغام را در زمینه خدمات بهداشتی اولیه دانسته و در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات ویژه چنین نظری نداشته‌اند. اکثریت بر افت کیفیت آموزش پزشکی اذعان داشته و عواملی مانند افزایش بی رویه تعداد دانشگاه‌ها، افزایش بی رویه ظرفیت پذیرش دانشجو، خودگردانی بیمارستان‌ها، عدم تکمیل سیستم بهداشتی درمانی کشور و عدم اجرای سیستم ارجاع را بر افت آموزش موثر دانسته ولی معتقد بودند که ایجاد این عوامل با طرح ادغام ارتباط نداشته و بیشتر به علت سیاست‌های اجرایی تحمیلی بوده که اکثر آنها نیز ناشی از کمبود بودجه‌های تخصیص یافته بوده‌است.

پیشهادات:

- بسترسازی فرهنگی جهت پذیرش ادغام واقعی توسط دانشگاهیان و بخش اجرایی
- افزایش بودجه و سوبسیدهای مربوط به درمان و آموزش پزشکی
- تعدیل ظرفیت‌های دانشجویی مطابق با نیازهای منطقه‌ای و با در نظر گرفتن بهرو وری اقتصادی
- کاهش تعداد دانشگاه‌های دولتی و خصوصی کشور مطابق با نیازها
- بازنگری در سیاست‌هایی نظیر خودگردانی بیمارستان‌ها، نظام‌های گزینش دانشجو و استاد و قوانین بیمه‌ها
- تکمیل سیستم بهداشتی درمانی کشور
- تلاش در مستقل نمودن دانشگاه‌ها

حیب... پیروی مطالعه مسئولان بهداشتی ایران در خصوص ادغام نظام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی چه دیدگاهی دارند را بصورت پیمایشی انجام داد. در این مطالعه مقطعی-توصیفی، افرادی که در اجرای طرح ادغام مشارکت داشته‌اند مانند اساتید دانشگاه، روسای مراکز آموزش پزشکی، متخصصین پزشکی، روسای دانشگاه‌ها و معاونین آنها، مدیران اجرائی و معاونین آنها شرکت کردند. داده‌ها از طریق پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری شد. پرسشنامه پژوهش از دو بخش تشکیل شده‌اند. بخش اول مربوط به اطلاعات شخصی افراد بوده و قسمت دوم نیز شامل بررسی آگاهی افراد از اهداف برنامه ادغام، تاثیر ادغام بر کیفیت و کمیت آموزش، تناسب و کفایت تجهیزات و امکانات، زمان صرف شده برای انجام کارها توسط مسئولین، توانائی عملکرد مستقل دانشگاه‌ها، ساختار سازمانی دانشگاه‌ها، تغییر در تحقیقات و آموزش به سمت نیازهای جامعه، نسبت دانشجویان به تعداد اساتید، حضور اساتید در فیلد، هر چند که آموزش پزشکی جامعه محور است، محدودیت‌های مربوط به استقلال دانشگاه‌ها، رضایت دانشجویان، اعضای هیئت علمی و کارمندان دانشگاه‌های علوم پزشکی، بوده است.

تعداد ۱۵۰ پرسشنامه برای افراد پست شده و ۹۹ پرسشنامه توسط افراد تکمیل و برگشت داده شد. از تعداد ۲۸ نفر نیز مصاحبه به عمل آمده و همچنین پرسشنامه‌ها را نیز تکمیل کرده‌اند. ۴۰٪ پرسشنامه‌ها توسط افرادی در سایر استانها به جز تهران تکمیل شده‌اند.

مهمترین یافته‌های پژوهش

۴۴/۲٪ مصاحبه‌شوندگان اعلام کردند که از اهداف برنامه آگاهی دارند.

۶۰/۸٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که دانشگاه‌ها نباید در مدیریت مناطق دخالت داشته‌باشند.

فقط ۷/۸٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که ساختار سازمانی دانشگاه‌ها برای برنامه ادغام مناسب است. ۴۷٪ اعتقاد داشتند که برنامه ادغام بدون یک برنامه‌ریزی اولیه و بررسی انجام شده است.

۵۳/۴٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که ادغام باعث ایجاد مشکلاتی برای امور مدیریتی دانشگاه‌ها شده است.

۲۲/۹٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که برنامه ادغام باید به شکل فعلی ادامه یابد، ۲۱/۷٪ با آن تا حدی موافق بوده و ۵۵/۴٪ عنوان نمودند که لزومی به ادامه این برنامه به شکل فعلی آن وجود ندارد.

۴۱٪ عنوان کردند که برنامه ادغام بیشتر وقت روسای دانشگاه‌ها را گرفته است.

۴۴/۷٪ اعتقاد داشتند که برنامه ادغام باعث کاهش استقلال دانشگاه‌ها گردیده است.

۶۷/۳٪ اظهار داشتند که ادغام در انتقال آموزش پزشکی به جامعه موفق نبوده است.

۷/۵ اعضای هیات علمی، ۱۱/۵٪ دانشجویان و ۵/۶٪ کارکنان دانشگاه از برنامه ادغام رضایت داشتند. ۳۴/۴٪ اعضای هیات علمی، ۴۹/۹٪ دانشجویان و ۳۹۵/۴٪ کارکنان تا حدی با برنامه موافق بوده و ۵۸/۲٪ اعضای هیات علمی، ۴۲/۶٪ دانشجویان و ۵۵٪ کارکنان از برنامه ادغام راضی نبودند.

مهمترین نتایج مطالعه

- نکته مهم این است که مصاحبه‌شوندگان از اهداف ادغام با اطلاع بودند.
- ۴۴/۹٪ معتقد بودند که برنامه ادغام در ارتقاء کیفی آموزش پزشکی موثر نبوده است.
- ۳۶/۳٪ اظهار کردند که آموزش پزشکی جامعه محور نیست.

- می‌توان نتیجه گرفت که برنامه ادغام در این اهداف خاص موفق نبوده‌است.
- از دیدگاه صاحب‌نظران ادغام در پژوهش موفق نبوده‌است زیرا نتوانسته در به اشتراک گذاری دانش حاصل از آموزش و پژوهش به بخش ارائه خدمات سلامت، موفق عمل نماید.
- ادغام باعث بهبود کیفیت خدمات نشده‌است ولی از سوی دیگر باعث کاهش استقلال دانشگاه‌ها گردیده‌است.
- در پایان نویسنده نتیجه می‌گیرد که ادغام تنها تا حدودی موفق بوده‌است.

۱/۴. کنستام و همکاران

در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای با عنوان نظام خدمات پزشکی آکادمیک: مهندسی مجدد برای زنده ماندن در انقلاب مراقبت‌های بهداشتی اشاره کردند که با توجه به رشد شدید هزینه‌های آموزش دانشجویان در مراکز خدمات پزشکی آکادمیک لازم است بازنگری اساسی انجام شده و از رویکردهای مقرون به صرفه تر برای آموزش‌ها و پژوهش‌های پزشکی استفاده شود و از روش‌های نوآورانه تری برای تامین مالی آنها استفاده شود. یکی از روش‌های کاهش هزینه‌های آموزش پزشکی در جامعه، تاکید بیشتر بر آموزش مراقبت‌های اولیه و آموزش در جامعه به دانشجویان پزشکی عمومی بجای آموزش در بیمارستان‌های آموزشی سطح ۳، است. نویسندگان بر این باور هستند که موفق‌ترین اساتید در مراکز آموزشی-درمانی افرادی هستند که همزمان به هر ۳ جنبه ارائه خدمت بالینی، آموزش و پژوهش بپردازند. در پایان نویسندگان در این مقاله ایجاد تعادل بین رسالت دانشگاهی (آموزش پزشکی)، وظایف سازمانی مراکز آموزشی درمانی و ارزش‌های بالینی را مهمترین ویژگی یک نظام خدمات پزشکی آکادمیک معرفی کرده‌اند (۴۷).

۱/۵. چاری^۷ و همکاران

چاری^۸ و همکاران در سال ۲۰۱۸ مطالعه‌ای با عنوان اداره نظام‌های خدمات پزشکی؛ ارزشیابی و انتخاب رویکردهای مدیریتی جایگزین انجام دادند.^۹ توسعه خدمات بالینی در بیمارستان‌های آموزشی این نگرانی را ایجاد می‌کند که سایر وظایف این بیمارستان‌ها شامل آموزش دانشجویان و پژوهش‌های علوم پزشکی تحت الشعاع قرار بگیرد. چاری و همکاران در مطالعه خود با استفاده از نتایج مرور شواهد (مرور ۸۲ مقاله) و مصاحبه با خبرگان (۲۳ نفر)، معیارهای مناسب ارزیابی عملکرد مراکز آموزشی-درمانی را پیشنهاد داده‌اند. مصاحبه‌ها بر درک نقاط قوت و محدودیتهای رویکردهای فعلی اداره AMS و ویژگیهای یک رویکرد حکمرانی مطلوب متمرکز بودند. در این مطالعه ۷ دسته معیار برای ارزیابی عملکرد AMS‌ها شناسایی شد. چابکی تصمیم‌گیری و واکنش سریع به شرایط، توانایی هیات مدیره برای مدیریت راهبردی، استفاده مناسب از نقاط قوت و مزایای استراتژیک سیستم، توانایی حفظ همسویی و تعادل بین مأموریت‌های سه گانه (آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت)، پاسخگویی به نیازهای جامعه محلی، تخصص و تجربه اعضای هیات علمی، امکانات و زیرساخت‌های فیزیکی.

⁷ Chari R

⁸ Chari R

⁹ Chari R, O'Hanlon C, Chen P, Leuschner K, Nelson C. Governing Academic Medical Center Systems: Evaluating and Choosing Among Alternative Governance Approaches. Academic Medicine. 2018 Feb 1;93(2):192-8.

در نهایت نویسندگان بحث می‌کنند که برخی از این معیارهای ۷گانه می‌تواند با یکدیگر در تضاد باشند؛ برای مثال تاکید بر استفاده از توانایی هیات مدیره برای مدیریت استراتژیک، نوعی تمرکز گرایی را در سازمان موجب می‌شود که خود امکان پاسخگویی با نیازهای جامعه محلی و یا چابکی در تصمیم‌گیری را کاهش می‌دهد (۴۸).

اگر چه مطالعه کنستام و همکاران و چاری^{۱۰} و همکاران دقیقاً در ارتباط با سیاست ادغام ایران نیست ولی تحلیل ارائه شده در مورد ارتباط و تعامل نظام سلامت و نظام آموزش علوم پزشکی در این مطالعه، قابل ملاحظه است.

¹⁰ Chari R

تحلیل سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت بر مبنای مدل مثلث سیاستگذاری

۴. تحلیل سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت با رویکرد مثلث سیاستگذاری

جهت انجام تحلیل سیاست از مدل‌های مختلفی می‌توان استفاده کرد. یکی از مدل‌های پرکاربرد، مثلث سیاستگذاری والست و گیلسون است. والست و گیلسون^{۱۱} در سال ۱۹۹۴ چارچوب تحلیل سیاستی را -به طور عمده برای بخش سلامت- تدوین کردند. این چارچوب که به مثلث سیاستگذاری شهرت دارد، در فراتر از این بخش نیز قابل کاربرد می‌باشد. مثلث سیاستگذاری روشی برای تحلیل مشکل و یافتن راه‌هایی برای رویارویی با آن بوده و پیرامون فرآیند، محتوا و زمینه در یک نظام سیاستی سازمان دهی می‌گردد (۳۸).

چارچوب مثلث سیاست می‌تواند در تحلیل این که چگونه مجموعه‌ای از سیاستها، سازمان‌ها و ارزشهای اجتماعی و رفتار در یک مشکل یا مسأله دخیل بوده و یا باعث تداوم آن می‌گردند بکار رود؛ این نوع تحلیل راهی است برای سازماندهی اقدامات سیاستی. این چارچوب تحلیلی همچنین می‌تواند در نگاشت و شفاف‌سازی گزینه‌های راهبردی برای پرداختن به هر یک از سه بعد فرآیند، محتوا و زمینه مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس این چارچوب، پژوهش‌های مرتبط با سیاست سلامت به طور عمده متمرکز به تحلیل نقش آفرینان در کنار توجه به محتوا، زمینه و فرآیند سیاست می‌پردازد (۳۹). چارچوب مثلث سیاست بر دیدگاه اقتصاد سیاستی بنا می‌شود و به بررسی این امر می‌پردازد که چگونه این چهار جز در شکل‌دهی سیاستگذاری با یکدیگر در تعامل می‌باشند (۴۰).

به طور کلی محتوای یک سیاست، معرف ماهیت آن سیاست است که اجزای سازنده اش را به تفصیل بیان می‌کند. محتوای سیاست به هدف کلی سیاست و یا مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات خاص برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره می‌کند (۴۱). تمرکز بر روی محتوا به سیاست‌گذاران در تعیین، مقایسه و ارزشیابی مقایسه‌ای اقدامات سیاستی و همچنین در تدوین دستور کار، تصمیم‌های سیاستی و تثبیت اهداف سلامتی کمک می‌کند. تحلیل محتوا درک پیامدهای سیاستی را بهبود بخشیده و اطلاعات مرتبط با مهارت فنی، پایایی و اثربخشی ابزارهای مختلف و روابط درونی میان اهداف مختلف برای سیاست‌گذاران را فراهم می‌سازد. توجه به محتوای سیاست سلامت در ارتقای سلامتی -به طور نظام‌مند و مؤثر- مهم می‌باشد. محتوای سیاست سلامت به سؤالی زیر پاسخ می‌دهد: چه سیاستی بهتر است؟ کدام خدمات سلامتی باید حذف گردند؟ چه ابزارهایی مورد نیاز است؟ چه کسی (کسانی) تصمیم‌ها را اتخاذ و اجرا می‌کند (میکنند)؟ و این که تحت چه شرایطی می‌توان آنها را اجرا کرد یا نادیده گرفت؟ (۴۲)

زمینه سیاستی به عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین‌المللی اشاره دارد که می‌تواند بر سیاست سلامت تأثیرگذار باشد. عوامل زمینه‌ای بر فرآیند سیاست و کل سلامتی مردم به طور مستقیم و غیر مستقیم تأثیرگذار است. فرایند سیاست نیز به مراحل مختلف یا فازهایی مانند تعیین مشکل و اجرا، پایش، ارزشیابی و بازخورد تقسیم می‌گردد (۴۳).

(۴۴)

¹¹ Walt and Gilson

در نهایت، "نقش آفرینان" به افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها اشاره دارد که در تدوین و اجرای سیاست تأثیر گذارند. در فرآیند سیاست گذاری سلامت، دولت، جامعه، سازمان‌ها و/یا کارکنان حرفه ای فعالیت‌هایشان را تنظیم و منابعشان را تخصیص می‌دهند (۴۴).

سادگی رویکرد والت و گیلسون، حتی تحلیلگران تازه کار را قادر می‌کند واقعیت پیچیده و نابسامان سیاست گذاری را بررسی کرده و ابزاری برای مدیریت سیاست راهبردی فراهم کنند (۴۲). اگرچه مثلث تحلیل سیاست راهنمای بسیار مفیدی برای نظام‌مند نمودن موضوع‌های سیاست‌های عمومی است اما اغلب بکارگیری آن به هنگام توصیف روایی داده‌های به دست آمده، به دلیل وابستگی درونی مفاهیم مختلف مانند نقش آفرینان و فرآیندها نسبتاً دشوار می‌باشد (۴۱).

۴.۱. اجزای مدل مثلث سیاست‌گذاری

- **محتوای** سیاست به هدف کلی سیاست و یا مجموعه‌های از اهداف و اقدامات خاص برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره می‌کند.
- **زمینه** سیاستی به عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین‌المللی اشاره دارد که می‌تواند بر سیاست تأثیر گذار باشد.
- **فرایند** سیاست نیز به مراحل مختلف یا فازهایی مانند تعیین مسئله تدوین دستور کار، برنامه‌ریزی، تدوین سیاست و تصمیم‌گیری، اجرا، پایش، ارزشیابی و بازخورد تقسیم می‌گردد.
- **نقش آفرینان:** افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی که در تدوین و اجرای سیاست تأثیر گذارند (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۲- اجزای مدل مثلث سیاست‌گذاری

۴/۱/۱. زمینه سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

این بخش به روندهای تاریخی، رویدادها و عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین‌المللی اشاره دارد که زمینه اتخاذ سیاست ادغام را فراهم آوردند.

۴/۱/۱/۱. نگاهی به تاریخچه آموزش پزشکی در ایران

علم و غنای محتوای فکری از افتخارات تمدن ایران باستان بوده است. در زمان ساسانیان (۲۲۴ تا ۶۵۱ میلادی)، ضمن ترویج آداب طبی زرتشتی، تأسیس دانشگاه طبی و بیمارستان جندی شاپور تأثیر بسیار زیادی در انتقال و گسترش طب بقراطی (یونانی) و ترکیب آن با طب ایران و هند باستان را در ایران داشت. این دانشگاه بعد از اسلام نیز محل پرورش برخی از پزشکان بزرگ دوران اسلامی شد (تصویر شماره ۳).



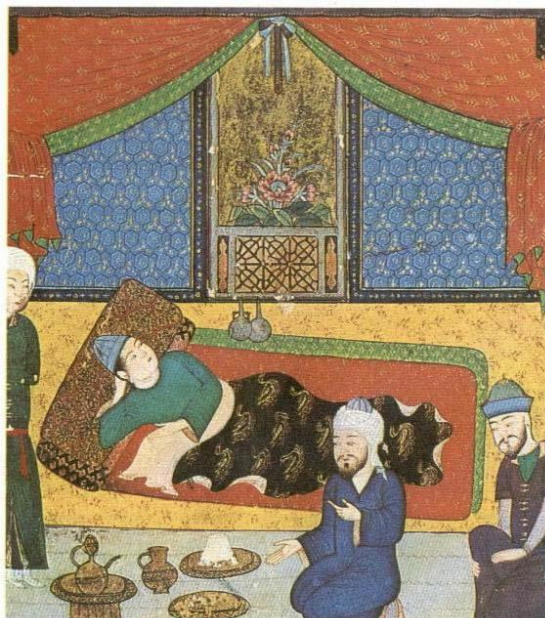
تصویر شماره ۳- نمایی از دانشگاه جندی شاپور- اولین دانشگاه ایران باستان

موسسات و دانشگاه‌های علوم پزشکی در دوره ساسانی:

۱. اکباتان که توسط شاگرد زرتشت پایه گذاری شد.
۲. دانشگاه پارسه که در شهر پارسه و در مجاورت تخت جمشید از دوره هخامنشی وجود داشت.
۳. مدرسه پزشکی سائیس که به دستور داریوش اول هخامنشی در سائیس (مصر باستان) و توسط اوجاهور پزشک مصری بازسازی شد.
۴. ری شهر (ریواردشیر) که از دوره هخامنشی مرکز علم پزشکی و نجوم بوده است.

۵. دانشگاه جندی شاپور که در شمال غربی خوزستان و پس از پیروزی شاپور اول ساسانی بر والریانوس امپراتور روم (۲۵۸-۲۵۰ م) به دستور شاپور به وسیله اسرای رومی ساخته شد.

ظهور اسلام در ایران و آشنایی دانشمندان ایرانی با مفاهیم عمیق اسلامی، ظرفیت علمی جامعه ایرانی را ارتقا داده و دانشمندان ایرانی را در زمینه‌های مختلف علمی زبانزد جهانیان ساخت. عوامل زیادی در این شکوفایی علمی نقش داشتند که از بین آنها می‌توان به وجود منابع علمی طب ایرانی، انگیزه بالندگی، فرهنگی که یادگیری را ارج می‌نهاد و همزبانی، گسترش تعاملات فرهنگی و تلاقی تمدن‌ها در نتیجه گرایش گسترده به اسلام، اشاره کرد. در حدیثی از محمد پیامبر اسلام دانش طب همسنگ با علم دینی و در کنار آن، مورد توصیه قرار گرفته است. تمام این عوامل باعث شد که پزشکی ایران در قرون ۱۰ الی ۱۴ میلادی (۴ تا ۸ هجری)، سرآمد جهان باشد. دانشمندانی چون ابن سینا، محمد زکریای رازی، هروی و اخوینی، علی بن عباس اهوازی و صدها پزشک دانشمند دیگر در این دوران به توسعه طب و درمان بیماران می‌پرداختند (تصویر شماره ۴).

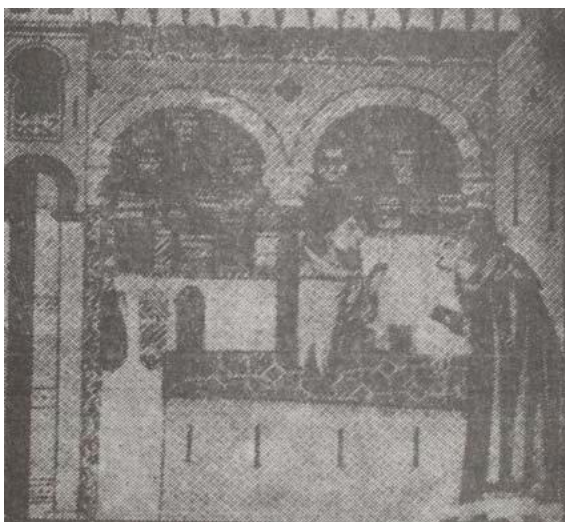


تصویر شماره ۴- ابن سینا بر بالین خواهر زاده قابوس

در دوران ایلخانان مغول، شهرک عظیم دانشگاهی-اداری "ربع رشیدی" در تبریز بنا شد. در این شهرک، بیمارستان عظیمی وجود داشت که در آن علاوه بر درمان بیماران، به آموزش پزشکی و تربیت پزشک بیماری‌های داخلی و عمومی، چشم پزشکی، جراح شکسته‌بند می‌پرداختند. در دارالشفایا به عبارتی دانشکده پزشکی و بیمارستان ربع رشیدی سیستم اتندینگ اجرا می‌شد؛ بطوریکه ۵۰ پزشک ماهر از ایران، هند، چین، مصر و شام مشغول درمان بیماران و تعلیم علوم پزشکی بودند و نزد هر پزشک، ۱۰ نفر دانشجوی پزشکی مستعد که قبلاً گزینش علمی شده بودند، دروس پزشکی را فرا می‌گرفتند (تصویر شماره ۵ و تصویر شماره ۶).



تصویر شماره ۵- نمایی از ریح رشیدی در شمال غرب ایران



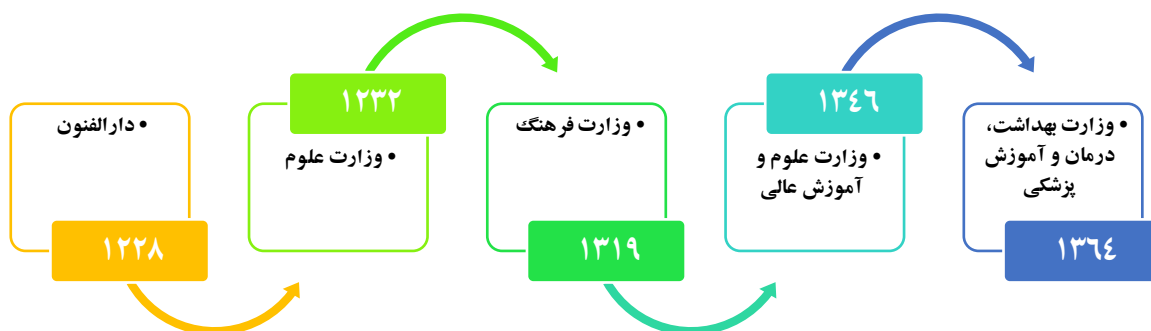
تصویر شماره ۶- نمایی از داروخانه‌های اسلامی

در قرن ۱۹ اعزام محصلان به اروپا شدت گرفت و به تدریج پزشکی جدید جایگزین طب قدیم ایرانی شد. با بازگشت فارغ التحصیلان جدید، در سال ۱۸۴۹، مدرسه دالفتون تاسیس شد. در مدرسه دارالفتون یک دانشکده پزشکی به تربیت پزشکان و پرستاران می‌پرداخت.

در سال ۱۸۵۳ وزارت علوم در ایران تاسیس شد و به تدریج ظرفیت کمی و کیفی تربیت پزشکان در ایران افزایش یافت. بتدریج با شکل گرفتن دانشکده‌های علوم پزشکی، رشد فزاینده‌ای در تربیت پزشکان و پرستاران حاصل شد؛ با این حال، توسعه کمی و کیفی آموزش پزشکی نتوانست با رشد سریع نیاز جامعه به خدمات سلامت هماهنگ شود و کمبود نیروی پزشکی مورد نیاز جامعه را تکافو کند (جدول شماره ۳ و تصویر شماره ۷).

جدول شماره ۳- سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر از تأسیس دارالفنون تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مؤسسه یا وزارت	سال تأسیس (ه.ش)	سال تأسیس (میلادی)
۱. دارالفنون	۱۲۲۸	۱۸۴۹
۲. وزارت علوم	۱۳۳۲	۱۸۵۳
۳. وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه	۱۲۸۸	۱۹۰۹
۴. وزارت فرهنگ	۱۳۱۹	۱۹۴۰
۵. وزارت آموزش و پرورش	۱۳۴۳	۱۹۶۴
۶. وزارت علوم و آموزش عالی	۱۳۴۶	۱۹۶۷
۷. وزارت فرهنگ و آموزش عالی	۱۳۵۷	۱۹۷۸
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴	۱۹۸۵



تصویر شماره ۷- سیر تحولات آموزش علوم پزشکی در ایران

تاریخ و رویدادهای مراقبت سلامت همواره با رویدادهای حوزه آموزش پزشکی گره خورده است. تا پیش از سال‌های ۱۲۸۰ میلادی، برای امور بهداشتی، درمانی و پزشکی ایران، قانون و تشکیلاتی وجود نداشت. در سال ۱۲۸۲، «مجلس حفظ‌الصحه‌ی دولتی» زیر نظر وزارت معارف تأسیس شد. زیربنای خدمات این مجلس را، ۲۱ بیمارستان با ۹۰۶ تخت تشکیل می‌داد که از این تعداد، ۱۰ بیمارستان با ۶۵۰ تخت را مبلغان مسیحی (میسوینرها) اداره می‌کردند. در سال ۱۳۰۴، کلیه‌ی مؤسسات مرتبط با خدمات سلامت و مؤسسه‌ی پاستور، در اداره‌کل صحیه متمرکز شد و در سال ۱۳۱۹، این اداره به «وزارت بهداری» تبدیل شد.

در سالهای دهه ۴۰ و ۵۰ ایران با کمبود شدید کادر سلامت، بخصوص پزشک، مواجه بود و به دلیل عقب ماندگی تاریخی آموزش علوم پزشکی، امکان توسعه ظرفیت تربیت پزشک و سایر کادر سلامت وجود نداشت. در این دوران تنها ۹ دانشکده پزشکی در شهرهای بزرگ کشور وجود داشت و تعداد محدودی دانشجو تربیت می‌کردند و در بسیاری از استان‌های کشور نه دانشکده پزشکی و نه هیچ بیمارستان آموزشی وجود نداشت. به همین دلیل در سراسر کشور از خدمات پزشکان خارجی که اکثراً از هند، پاکستان و یا بنگلادش به ایران می‌آمدند استفاده می‌شد. در سال‌های آخر دهه ۵۰، بیش از ۳۱۰۰ پزشک خارجی در شهرها و روستاهای مختلف کشور خدمت می‌کردند.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و با آغاز جنگ تحمیلی، امور بهداشتی، درمانی و پزشکی کشور، با مشکلاتی از قبیل کمبود شدید نیروی انسانی و ناهمگونی کمی و کیفی برنامه‌های دانشکده‌های گروه پزشکی رو به رو بود. از این رو در سال ۱۳۶۳، برای رفع این نارسایی‌ها «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» با اهداف تربیت نیروی انسانی مطابق با نیازهای جامعه و استفاده‌ی هرچه بیش‌تر از مؤسسات درمانی برای آموزش دانشجویان علوم پزشکی، تشکیل شد. این وزارتخانه، از ادغام دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش علوم پزشکی وابسته به وزارت فرهنگ و آموزش عالی در وزارت بهداری وقت، به وجود آمد و این سیاست با عنوان طرح ادغام آموزش پزشکی در نظام سلامت شناخته شد.

سابقه سیاست ادغام به سال ۱۳۵۰ برمیگردد که وزیر علوم و آموزش عالی وقت با همکاری تعدادی از استادان دانشگاه‌ها و کارشناسان وزارت بهداری وقت و همکاری سازمان جهانی بهداشت به بررسی وضعیت نظام سلامت و آموزش پزشکی پرداختند و نتیجه مطالعه در ۴ جلد کتاب تحت عنوان راهی به سوی تندرستی منتشر شد. در این مستند، الگوی ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان ۲ طرح انقلابی ارائه شده بودند ولی به دلیل اینکه اجرای این طرح‌ها مستلزم تغییرات وسیع بود، هرگز اجرا نشده بودند.

۴/۱/۱۳ . تاکید جهانی بر تعامل آموزش پزشکی و نظام سلامت

همزمان با اصلاحات آموزش پزشکی در ایران، در نشست جهانی سلامت در سال ۱۳۵۶ که در آلماتا قزاقستان برگزار شد، استراتژی PHC به عنوان گامی اساسی در دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پیشنهاد شد.

پس از آن در گردهمایی جهانی ادینبورگ در اسکاتلند در سال ۱۳۶۶، ضرورت تغییر در برنامه‌های آموزش پزشکی بر مبنای نیازهای جامعه و نقش نوین پزشک قرن جدید، مورد تاکید قرار گرفت. اعلامیه ادینبرگ شاید اولین واکنش رسمی بین‌المللی در رابطه با اصلاح آموزش پزشکی بود. در این اعلامیه برگسترش عرصه‌های آموزشی از بیمارستان به جامعه، تدوین برنامه آموزشی بر مبنای نیازهای سلامت هر کشور، هماهنگی دانشکده‌های پزشکی با نظام سلامت، ایجاد تعادل در تربیت رده‌های مختلف کادر سلامت، آموزش بین رشته‌ای و آموزش مداوم تاکید شد.

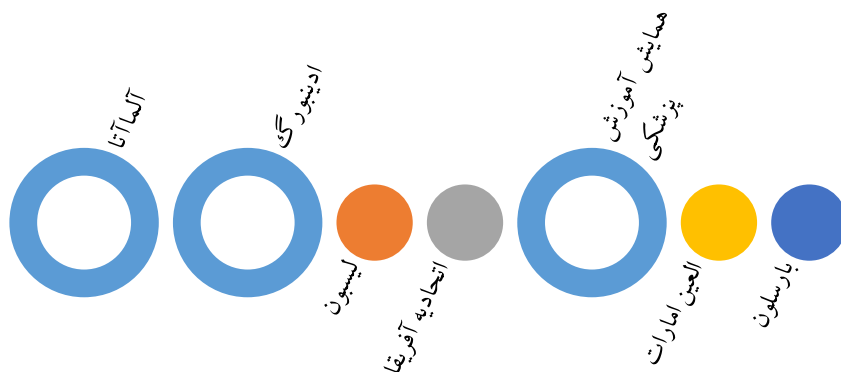
در سال ۱۳۶۷ در اجلاس مشورتی اروپا در لیسبون، مجدداً بر اعلامیه ادینبرگ تاکید و اعلام شد همه کشورهای عضو باید سازوکارهای روشن و مؤثری برای همکاری نزدیک بین وزارتخانه‌های آموزش عالی و بهداشت داشته باشند.

در همین سال، اجلاس مشورتی وزرای کشورهای آفریقایی نیز در بیانیه‌ای مشابه اعلام کرد: باید وزارتخانه‌های بهداشت و آموزش در هر یک از کشورها و کل منطقه با هم ادغام شوند تا هماهنگی بین آموزش پزشکی و مراقبت‌های سلامت ایجاد شود.

در سال ۱۳۶۹ در فلوریدای آمریکا کنفرانس رسالت دانشکده پزشکی و سلامت مردم برگزار شد و در بیانیه انتهایی بر مسئولیت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی تاکید شد. در این کنفرانس تاکید شد بهترین اقدام آن است که دانشکده‌های پزشکی مسئولیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی یک ناحیه تحت پوشش یا جمعیت تحت پوشش را بر عهده داشته باشند.

در سال ۱۳۷۱ کنفرانس جهانی آموزش پزشکی در ادینبرگ برگزار و شرکت کنندگان مجدداً بر توصیه‌های قبلی مهر تایید زدند. در سال ۱۳۷۲ در همایش جهانی آموزش پزشکی، پیوند آموزش پزشکی با محیط ارایه خدمت سلامت، اولین توصیه کلیدی بود. بدین معنی که پزشک امروزی رانمی‌توان در بیمارستان‌های دانشکده‌های پزشکی تربیت کرد.

به دنبال همایش جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۲، شش کنفرانس منطقه‌ای بین سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۴ تشکیل گردید و همه این کنفرانس‌ها از کشورهای عضو خواستند که آموزش پزشکی با نظام سلامت در کنار هم باشند تا بتوان پزشکانی به نفع شهروندان هر کشور تربیت کرد.



تصویر شماره ۸- تاکیدات جهانی بر مفهوم ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

در سال ۱۳۷۳ در العین امارات کنفرانس بسوی مشارکت: ارایه مراقبتهای بهداشتی و آموزش پزشکی برگزار شد. در اینجا نیز نزدیکی نظام آموزشی و نظام سلامت، محور اصلی توصیه‌ها بود. در سال ۱۳۷۵ در نشست بارسلون نیز مسئولیت‌پذیری دانشکده‌های پزشکی در مقابل نیازهای جامعه مورد تأکید قرار گرفت. در ادامه این ایده توسط فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و سازمانهای جهانی WHO، UNICEF و UNFPA نیز مورد حمایت قرار گرفت.

در طول یک دهه بین سالهای ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۶ که جهان به دنبال جلب توجهات به ضرورت تعامل و همکاری تنگاتنگ نظام آموزش پزشکی و نظام سلامت بود، ایران در حال پیاده‌سازی طرح ادغام، بعنوان یک سیاست انقلابی برای دستیابی به بالاترین سطح هماهنگی و همکاری بین نظام آموزش پزشکی و نظام سلامت بود. ایران در سال ۱۳۶۳ و پیش از آنها در اعلامیه ادینبورگ در سال ۱۳۶۶ به ضرورت ادغام تأکید شود، اقدام به انتقال کلیه دانشکده‌ها، اساتید، زیرساخت‌ها و منابع آموزش علوم پزشکی از وزارت آموزش عالی به وزارت بهداشتی و تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نمود (تصویر شماره ۸).

۴/۱/۴. تجارب سایر کشورها در ادغام

اگرچه تجربه‌ای در مقیاس ادغام دو نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت در سطح ملی در دنیا وجود ندارد، ولی تجربیات نسبتاً غنی در رابطه با ادغام آموزش در درون نظام‌های عرضه خدمات، وجود دارد. تفکر اولیه ادغام دانشکده‌های پزشکی در نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه شکل گرفت و اولین تجربیات موفق در این رابطه در کشورهایمانند مصر و سودان و تعدادی از کشورهای آفریقایی گزارش گردید.

در حال حاضر در تعدادی از دانشکده‌های پزشکی آمریکا ادغام دانشکده پزشکی و خدمات پزشکی به وجود آمده است که نمونه‌هایی از آن را میتوان در دانشگاه‌های پنسیلوانیا، میشیگان، نیومکزیکو، کارولینای شمالی نام برد. به عنوان مثال از عبارت Pennsylvania University Health System بجای Pennsylvania State Health System استفاده می‌شود.

بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که در مواردی که سطح بالای ادغام بین دانشکده‌های پزشکی و نظام سلامت وجود دارد علاوه بر کیفیت بالاتر ارایه خدمات و کیفیت بالاتر خدمات آموزشی، پاسخگویی دانشکده‌ها و نظام سلامت در مقابل جامعه نیز حداکثر است. در کانادا دانشگاه مک‌مستر، در گلاسکو انگلستان، در هلند دانشگاه ماستریخت و در مصر دانشگاه کانال سوئز نیز از دانشگاه‌هایی هستند که آموزش پزشکی را با عرصه‌های خدمات سلامت به درجات مختلف در هم ادغام نموده‌اند.

پس از انقلاب اسلامی، به فرمان امام (ره) ستاد انقلاب فرهنگی تأسیس شد. در این ستاد، یک شاخه پزشکی تشکیل شد که با مشارکت بیش از ۲۰۰ عضو هیأت علمی دانشگاه‌های کشور و مسئولان وزارت بهداشتی و تعدادی از دانشجویان به بررسی وضعیت آموزش پزشکی در وزارت فرهنگ و آموزش عالی پرداختند. نتایج این بررسی نشان داد:

- ۱- برنامه‌های آموزشی بسیار ناهمگون هستند و اختلاف بین برنامه‌های آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف پزشکی کشور به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد.
- ۲- برخی از دانشکده‌های نوپا که در سالهای ۵۳ به بعد تأسیس شده‌اند فاقد برنامه‌های آموزشی مطلوب بودند و کادر هیأت علمی مناسبی نداشتند..
- ۳- اگرچه دانشکده‌ها به تربیت پزشکان متخصص می‌پرداختند ولی بیشتر دانش‌آموختگان در بیمارستان‌های وزارت بهداشتی و یا بخش خصوصی اشتغال داشتند و در آموزش پزشکی کشور مسئولیتی نداشتند.
- ۴- کمبود شدید نیروی انسانی سلامت در اکثر نقاط کشور بجز شهر تهران چشم‌گیر بود؛ به نحوی که در بعضی از مناطق کشور برای هر ۱۸۰۰۰ نفر یک پزشک وجود داشت. این امر سبب جذب بیش از ۳۱۰۰ پزشک خارجی شده بود که بیشتر آنها اطلاعات پزشکی و تبحر بالینی کافی نداشتند و علاوه بر محدودیتهای زبان، در جامعه تحت پوشش خود مشکلات فرهنگی فراوانی نیز ایجاد می‌کردند.
- ۵- کمبود نیروی انسانی رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، بهداشت و تغذیه حتی بیشتر از کمبود پزشک بود.
- ۶- تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستان‌های تخصصی وابسته به دانشگاه‌ها انجام می‌شد که با وزارت بهداشتی و کل جامعه ارتباطی نداشتند. این امر سبب شده بود که آموزش جامعه‌نگر نباشد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان که برای شروع خدمات پزشکی در سپاه بهداشت و یا ارتش خدمت می‌کردند، در ارایه مراقبت‌های اولیه در مواردی مانند: اسهال، گلودرد، ضایعات پوستی و... ناتوان بودند.
- ۷- نیمی از دانش‌آموختگان دانشکده‌های پزشکی کشور پس از فارغ‌التحصیلی راهی کشورهای غربی شده و تعداد اندکی از آنها پس از اخذ تخصص به کشور باز می‌گشتند.
- ۸- اکثر مؤسسات وزارت بهداشتی، به خصوص بیمارستانها و درمانگاه‌ها، از نظر علمی در سطح قابل قبول نبودند و در روند تشخیص و درمان و برخی امور پیشگیری، رکود به چشم می‌خورد.
- ۹- رشته‌های کارشناسی ارشد و PhD به تعداد محدود و با پذیرش معدود دانشجو تنها در سه دانشگاه انجام می‌شد. این امر سبب شد که علوم پایه پزشکی، از نظر کمی و کیفی، با مشکلات فراوانی روبرو شود.

در ابتدا برای هماهنگی بین وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداشتی، جلسات مشترکی با شرکت دو وزیر، نمایندگان مجلس و برخی از صاحب‌نظران به طور مرتب تشکیل شد؛ اما پس از ۲ سال کوشش بی‌ثمر، وزرای وقت بهداشتی و فرهنگ و آموزش عالی به این نتیجه رسیدند که سر و سامان دادن به وضعیت سلامت در کشور، به ویژه تربیت نیروی انسانی علوم پزشکی جز از طریق تشکیل وزارت واحد در امور آموزش پرسنل و ارائه خدمات سلامت، امکان‌پذیر نخواهد بود.

با همه‌اهتمامی که دانشکده‌های گروه پزشکی برای افزایش دانشجو ابراز کرده بودند، فقط چند صد دانشجو به تعداد قبلی اضافه شد؛ زیرا تعداد اعضای هیأت علمی، فضاهای آموزشی و بیمارستانهای تابعه وزارت فرهنگ و آموزش عالی اندک بود و از طرفی

هماهنگی بین دو وزارت با اشکالات فراوان اداری - مالی همراه بود، به نحوی که حتی کارآموزی و کارورزی بهداشت دانشجویان پزشکی - که ستاد انقلاب فرهنگی آن را تصویب کرده بود و نیاز به اعزام و اقامت دانشجو در روستا و همکاری با سیستم بهداشتی - درمانی کشور داشت - با مشکلات فراوانی روبرو بود.

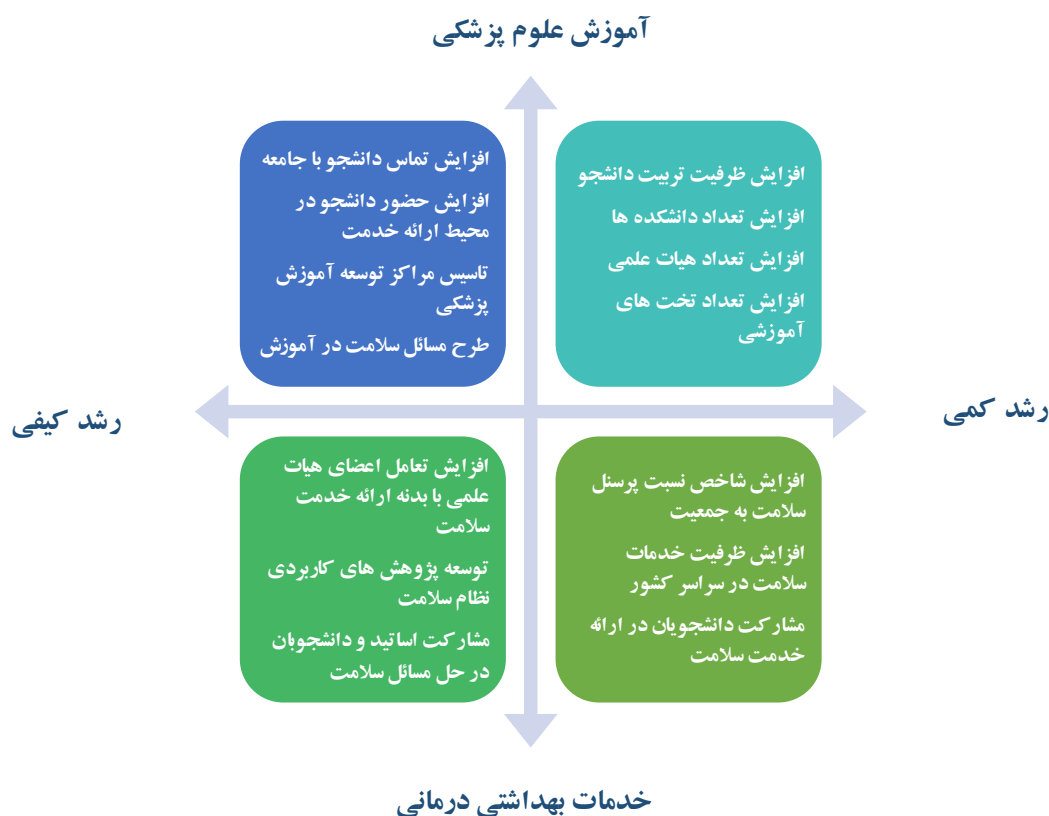
در نتیجه این ناکامی ها و در جستجوی راهکاری برای اصلاح وضعیت آموزش پزشکی کشور، راهبرد ادغام دانشکده ها و مؤسسات آموزش پزشکی با وزارت بهداشتی وقت، مورد توجه قرار گرفت و در سال تحصیلی ۶۳ و ۶۴ دو اقدام مهم صورت گرفت:

۱ - افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، به گونه ای که برای نخستین بار ۶۳۷ دانشجو برای سال اول پذیرفته شدند. این آغازی برای افزایش تعداد دانشجو در دانشکده های دیگر گروه پزشکی و تطبیق وضع آموزش با تعداد بیشتر دانشجو بود.

۲ - لایحه تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» که قبلاً توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی پیشنهاد شده و در هیات دولت تصویب شده بود، در مجلس شورای اسلامی نیز به تصویب رسید.

۴/۱/۲. محتوا/اهداف سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

محتوای سیاست به هدف کلی سیاست و یا مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات خاص برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره می‌کند. همانطور که در تصویر شماره ۹ مشاهده می‌شود، سیاست ادغام همزمان اهداف کمی و کیفی را در دو حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت دنبال می‌کرد.



تصویر شماره ۹- اهداف کمی و کیفی ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت

هدف اصلی طرح ادغام عبارت بود از توسعه کمی و کیفی نظام آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت. هدف از ادغام استفاده آسان‌تر و مؤثرتر از امکانات و بیمارستانهای تحت پوشش وزارت و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور اجرای برنامه‌های گسترش آموزش پزشکی در سطح کشور بود. نزدیکی عرصه آکادمیک و خدمات و بهره‌گیری از امکانات و منابع این دو در جهت افزایش پذیرش دانشجویان به منظور تامین منابع انسانی مورد نیاز، بهره‌گیری از توان علمی و تخصصی دانشکده‌های گروه پزشکی و استفاده از امکانات فیزیکی و توان فنی بخش بهداشت و درمان کشور در جهت تامین نیروی انسانی مورد نیاز و کمک به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای سطح سلامت جامعه از دیگر اهداف این طرح بودند.

در کنار توسعه کمی، توسعه کیفی نیز مورد توجه قرار گرفته بود. در حالیکه دهه ۸۰ میلادی سال‌های پر تلاش برای رفع کمبود نیروی انسانی سلامت بود، در سال‌های دهه ۹۰ تلاش برای افزایش کیفیت آموزش علوم پزشکی قوت گرفت. استفاده از راهبردهای تدریس

بر اساس حل مسئله و دانشجو محوری، استفاده از روش‌های نوین برای ارزیابی دانشجویان، اعضای هیأت علمی و برنامه‌های آموزشی، توسعه‌ی آموزش جامعه‌نگر و گسترش آموزش سرپایی در گستره خدمات سلامت در جامعه از زمره اقدامات مؤثری بود که به منظور ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی، مدنظر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گرفت.

با پیاده‌سازی ادغام، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد که متولی پرورش نیروی انسانی سلامت (عرضه‌کننده) و مصرف‌کننده آن تحت یک مدیریت واحد است. این امر باعث می‌شود تا مصرف‌کننده نیرو بتواند در مورد مشکلات کمی و کیفی آموزش نیروی انسانی تصمیم بگیرد و به این ترتیب نیاز واقعی جامعه تبدیل به محتوای آموزشی می‌گردد. این وحدت در مدیریت می‌تواند اثرات مثبت دیگری نیز در برداشته باشد؛ مسؤول دانشگاه به راحتی و با سرعت می‌تواند مشکلات جامعه را در دستور کار بازآموزی کارکنان سلامت قرار دهد و یا بودجه تحقیقاتی را برای حل مشکلات سلامت جامعه جهت دهد.

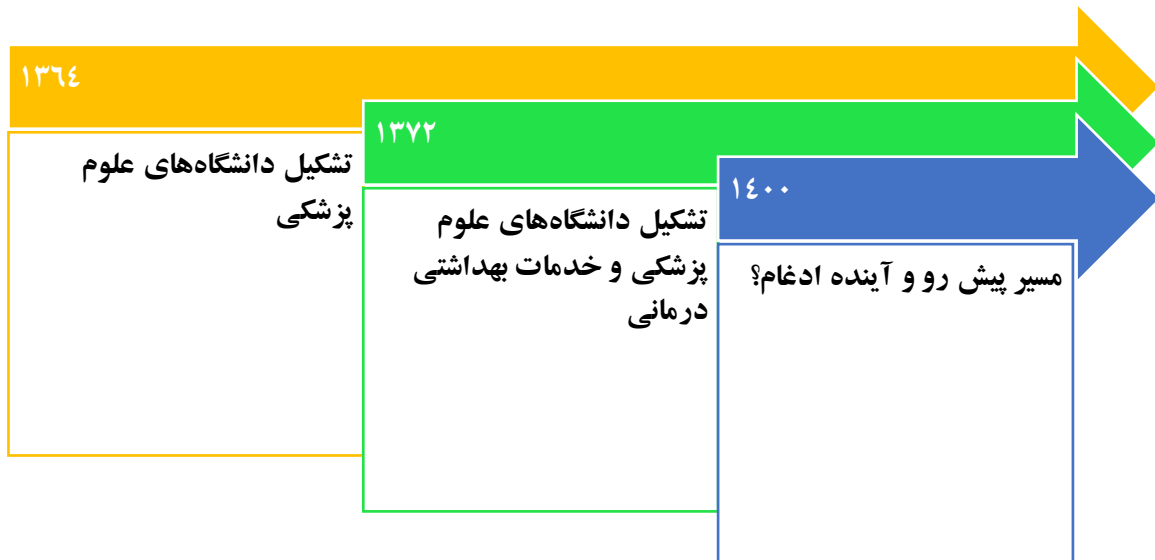
الگوی نظام ادغام یافته تربیت نیروی انسانی بخش سلامت و نظام ارائه خدمات سلامت در نوع خود یک الگوی منحصر به فرد است بطوریکه در هیچ کشور دیگری چنین نظامی وجود ندارد. این الگو بارها از طرف سازمانهای معتبر بین‌المللی در عرصه نظام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت مورد تأیید و تقدیر قرار گرفته است. البته بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند هنوز نظام آموزش و نظام سلامت به طور کامل از تمام ظرفیت‌های ادغام بهره‌مند نشده‌اند، زیرا تا کنون فقط در واحدهای ستادی ادغام صورت گرفته است و دامنه ادغام به طور کامل به سطوح محیطی ارایه خدمات سلامت نرسیده است.

۴/۱/۳. فرایند سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

فرایند سیاست به مراحل پیاده‌سازی سیاست ادغام اشاره دارد. تصویر شماره ۱۰ مراحل پیاده‌سازی سیاست ادغام را نمایش می‌دهد. بعد از تصویب طرح ادغام در مجلس، اجرای آن در ۲ مرحله انجام پذیرفت:

۱- **تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی** در سال ۱۳۶۴: برنامه‌ریزی شد که در هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی تأسیس گردد که رئیس آن عهده‌دار کلیه امور مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش علوم پزشکی در استان باشد. در این مرحله، سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاه‌ها ادغام نشدند و همچنان بصورت جدا از دانشگاه، مسوول خدمات سلامت در استان بودند. باوجودی که مدیر عامل سازمان منطقه‌ای زیر نظر رئیس دانشگاه فعالیت می‌کرد ولی استفاده دو سیستم از نیروی انسانی و امکانات یکدیگر و طراحی و پیاده‌سازی برنامه‌های مشترک همچنان با چالش‌های زیادی مواجه بود.

۲- **انحلال سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی** در سال ۱۳۷۱: به این ترتیب معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی عهده‌دار کلیه امور بهداشتی استان گردید. با انحلال سازمان منطقه‌ای و ادغام ساختار اداری آن در دانشگاه یک ساختار یکپارچه تحت عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوجود آمد که مسئولیت خدمت رسانی در حوزه‌های بهداشت، درمان و همچنین آموزش و پژوهش در زمینه علوم پزشکی را برعهده داشت. در نتیجه، آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت و ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه در همه ابعاد خدماتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی مستحکم‌تر شد.



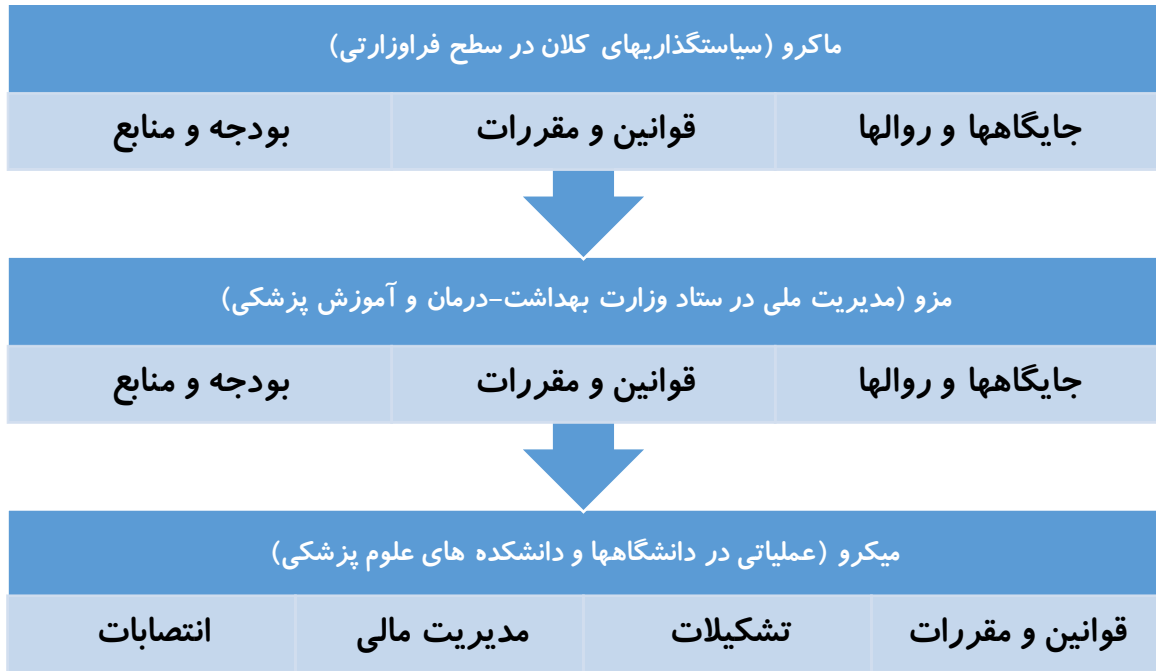
تصویر شماره ۱۰- مراحل پیاده‌سازی سیاست ادغام

۴/۱/۴. نقش آفرینان سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

نقش آفرینان به افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها اشاره دارد که در تدوین و اجرای سیاست تأثیرگذارند، البته این تأثیر می‌تواند در جهت مثبت و حمایتی و یا در جهت منفی و ممانعت‌کننده باشند. نقش آفرینان اصلی در طراحی، تصویب و پیاده‌سازی سیاست ادغام عبارت بودند از:

- نخست وزیر ایران و هیات دولت
- شورای عالی انقلاب فرهنگی
- وزرای بهداشت و فرهنگ و آموزش عالی
- نمایندگان مجلس
- مقامات استانی و محلی
- روسای دانشگاه‌ها
- اساتید دانشگاه‌ها
- کادر سلامت
- دانشجویان
- عموم مردم جامعه

برای بررسی ساختارمند فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام ارایه خدمت، این موضوع از ابعاد زیر مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرا در سه سطح فراوزارتی، وزارتی و فراوزارتی بررسی و مشخص گردید که آیا اهداف ادغام به صورت قابل قبولی توانسته در این سه سطح اثرات خود را بگذارد و ساختارها، قوانین و مقررات، روالها و منابع را به سمتی سوق دهد که نتایج اصلی ادغام بارز گردد.



۴/۲/۱. بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح فراوزارتی

حیطه	مفاهیم و مصادیق	مصادیق منطبق بر ادغام	مصادیق غیر منطبق بر ادغام	جمع‌بندی نهایی
جایگاه‌ها و روال‌ها	آیا در مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی، دولت و سایر نهادها وزارت را به عنوان یک تشکیلات واحد قبول کرده‌اند؟	قانون تشکیل وزارت مصوب و ابلاغ شده اختیارات لازم تعیین و تفویض شده در شوراهاى عالی صندلی لازم داده شده	جایگاه وزارت در کمیسیون آموزش مجلس اصلاً دیده نشده است اعضای اصلی شورای عالی انقلاب فرهنگی از وزارت بهداشت انگشت شمار هستند	حرکت نسبی و قابل قبول که با تمهیدات ساده‌ای قابل ارتقا است
قوانین و مقررات	آیا در تشکیلات وزارت اختیارات، مختصات و ابزارهای قدرت لازم متناسب با شرح وظایف جدید دیده شده است؟	قوانین خاص ویژه وزارت مصوب شده است سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری با نگاه ادغام ابلاغ شده است	در برنامه‌های پنج‌ساله نگاه ادغام پرننگ نیست و بهداشت و درمان مستقل از آموزش و تحقیق در علوم پزشکی دیده می‌شود قوانین مهمی مانند ارتقا اعضای هیئت علمی و یا کتاب مدیریت دانشگاه‌ها با نگاه ادغام تنظیم نشده است و مشابه وزارت علوم است	حرکت نسبی که عمدتاً مربوط به سال‌های ابتدایی است و به تدریج اصلاحات متوقف شده است
بودجه و منابع	آیا مدل بودجه‌ریزی و شیوه تامین منابع متناسب با اهداف ادغام می‌باشد؟	-	متأسفانه مدل بودجه‌ریزی و تصویب و پایش منطبق بر اهداف ادغام نیست. کمیسیونهای مجزایی در دو فصل و بی‌ارتباط با هم بودجه دانشگاه‌ها و معاونت‌های وزارت را مصوب می‌کنند. ابزار واحد پایش برای سنجش تمامی ابعاد دانشگاه‌ها وجود ندارد و فصل آموزش و خدمات کاملاً مستقل هستند	عدم انطباق با اهداف ادغام

حیطه	مفاهیم و مصادیق	مصادیق منطبق بر ادغام	مصادیق غیر منطبق بر ادغام	جمع بندی نهایی
جایگاه‌ها و روال‌ها	آیا بین معاونت‌های وزارت ارتباط ساختاری قوی وجود دارد؟	شورای معاونین شکل گرفته‌است در کمیسیون‌های مهم حوزه آموزش مانند شورای عالی برنامه‌ریزی و شورای گسترش معاونین بهداشت و درمان عضو هستند	معاونت‌های با هم هماهنگ نیستند و مکانیسمی برای هماهنگ کردن آنها وجود ندارد توسعه بهداشت و درمان و توسعه آموزش و پژوهش مستقل است و نقشه جامع آمایشی وجود ندارد	حرکت نسبی اما محدود که در سالهای ابتدایی عمدتاً شکل گرفته و اصلاح و کامل نشده‌است
قوانین و مقررات	آیا قوانین و مقررات وزارت به شکلی وضع می‌شود که تمامی ابعاد ادغام ساختارمند دیده شوند؟	شرح وظایف گروه‌های آموزشی و اعضای هیئت علمی تاحدودی با نگاه ادغام تنظیم شده‌است شرط احراز بعضی از مدیریتهای، عضو هیئت علمی بودن است	مقررات و آیین‌نامه‌های بهداشت و درمان با آیین‌نامه‌های آموزشی و پژوهشی هماهنگ نیست جایگاهی برای تلفیق قوانین و مقررات معاونتها و انطباق آنها با اهداف ادغام وجود ندارد اجرای قوانین بالادستی مانند سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری دقیق نیست	حرکت نسبی که عمدتاً مربوط به سال‌های ابتدایی است و به تدریج اصلاحات متوقف شده‌است
بودجه و منابع	آیا مدل بودجه‌ریزی و شیوه تامین منابع متناسب با اهداف ادغام می‌باشد؟	-	متأسفانه مدل بودجه‌ریزی و تصویب و پایش منطبق بر اهداف ادغام نیست. ابزار واحد پایش برای سنجش تمامی ابعاد دانشگاه‌ها وجود ندارد و فصل آموزش و خدمات کاملاً مستقل هستند و ستاد وزارت برای تغییر مدل بودجه‌ریزی در این سال‌ها اقدام خاصی نکرده‌است	عدم انطباق با اهداف ادغام

حیطه	مفاهیم و مصادیق	مصادیق منطبق بر ادغام	مصادیق غیر منطبق بر ادغام	جمع بندی نهایی
قوانین و مقررات	آیا قوانین و مقررات و مصوبات دانشگاهی در راستای اهداف ادغام است	قوانین اصلی مانند هیئت امنای با نگاه ترکیبی به حوزه آموزشی و خدمات دانشگاه است روح بعضی قوانین و مقررات اداره دانشگاهها تاحدودی با ادغام همخوانی دارد	اجرای قوانین و مقررات با دقت صورت نمی‌گیرد. عمده توجه به بخش خدمات خصوصاً درمان است قوانین حوزه بهداشت و درمان نگاه اندکی به بحثهای ادغام دارد وظایف و انتظارات از رئیس دانشگاه به شدت به سمت مدیریت خدمات بهداشت و درمان است	حرکت نسبی اما محدود که در سالهای ابتدایی عمدتاً شکل گرفته و اصلاح و کامل نشده است
تشکیلات	آیا تشکیلات مناسبی برای پیاده سازی اهداف ادغام شکل گرفته است	شورای دانشگاه و هیئت رئیسه دانشگاه با نگاه ادغام و به صورت ترکیبی است بعضی وظایف مدیران گروههای آموزشی با نگاه ادغام تنظیم شده است مفهوم ادغام در سطح بیمارستانهای آموزشی بهتر از سطح بهداشت شکل گرفته است	در حوزه بهداشت، مفاهیم ادغام بسیار اندک دیده شده است ارتباط ساختاری قوی بین دانشکده‌ها با حوزه ارایه خدمت دیده نمی‌شود نظارت کافی برای استفاده بهینه از تشکیلات ادغام یافته وجود ندارد	حرکت نسبی که عمدتاً مربوط به سالهای ابتدایی است اما اصلاح و ارتقا آنها با تمهیدات ساده میسر است
مدیریت مالی	آیا مدل بودجه‌ریزی و شیوه تامین منابع متناسب با اهداف ادغام می باشد؟	اختیارات نسبی خوبی در اختیار رئیس دانشگاه وجود دارد تا با ابزارهای قانونی منابع مالی را در دو حوزه آموزش و خدمات به هم متصل نماید	متاسفانه مدل بودجه‌ریزی و تصویب و پایش منطبق بر اهداف ادغام نیست. ابزار واحد پایش برای سنجش تمامی ابعاد دانشگاهها وجود ندارد و فصل آموزش و خدمات کاملاً مستقل هستند و ستاد وزارت برای تغییر مدل بودجه‌ریزی در این سالها اقدام خاصی نکرده است	تاحدودی به سمت ادغام گرایش دارد ولی اصلاح و ارتقا آن قابل انجام است
انتصابات	آیا گزینش مدیران در دانشگاهها با نگاه ادغام است؟	شرایط احراز بعضی از پستهای کلیدی دانشگاه عضو هیئت علمی بودن است	معیارهای واضحی برای انتصاب رئیسهای دانشگاه و معاونین و مدیران ارشد منطبق بر مفاهیم ادغام وجود ندارد. خیلی از موارد نقش علمی و گاه نقش درمانی افراد بسیار پررنگ است و انتصابات تکبعدی است	تاحدودی اجرا شده ولی جای ارتقا دارد

۴/۲/۴. جمع‌بندی در خصوص فرآیندهای پیاده‌سازی ادغام

در سال‌های ابتدایی شروع فرایندهای ادغام قابل قبول بوده است اما به تدریج به دلیل عدم پایش دقیق و نظامند، بسیار از حرکت‌های اصلاحی کند و بطئی شده و حتی رو به عقب بوده است به شکلی که در بعضی حوزه‌ها مانند مدیریت بودجه و منابع مالی از سطح کلان و فراوزارتی تا سطوح خرد اجرایی در شبکه‌ها و دانشکده‌ها و بیمارستان‌ها مفاهیم ادغام وارد و اجرایی نشده است. البته همان حرکت‌های قابل توجه در سال‌های ابتدایی، اثرات عمیقی در ساختار مدیریتی ایجاد و منافع کوتاه و بلندمدتی ایجاد نموده که کماکان اثرات آن به صورت واضح مشهود است.

اگرچه در تشکیلات اتفاقاتی در جهت ادغام انجام شده اما بیشتر شکلی است و در فرایندهای کاری مفاهیم ادغام متبلور نیست و یک برنامه راهبردی همه جانبه و منسجمی با رویکرد ادغام نه در وزارت و نه در دانشگاه‌ها به خوبی دیده می‌شود. تضاد منافع و بحث‌های اقتصادی و درآمدزایی و اتفاقاتی که در نظام پرداخت، خودگردانی بیمارستان‌ها و تیپ‌بندی دانشگاه‌ها وجود داشته با نگاه به مفاهیم ادغام تنظیم و اجرا نشده و لذا به تدریج آسیب‌های سنگینی به اهداف ادغام وارد نموده است.

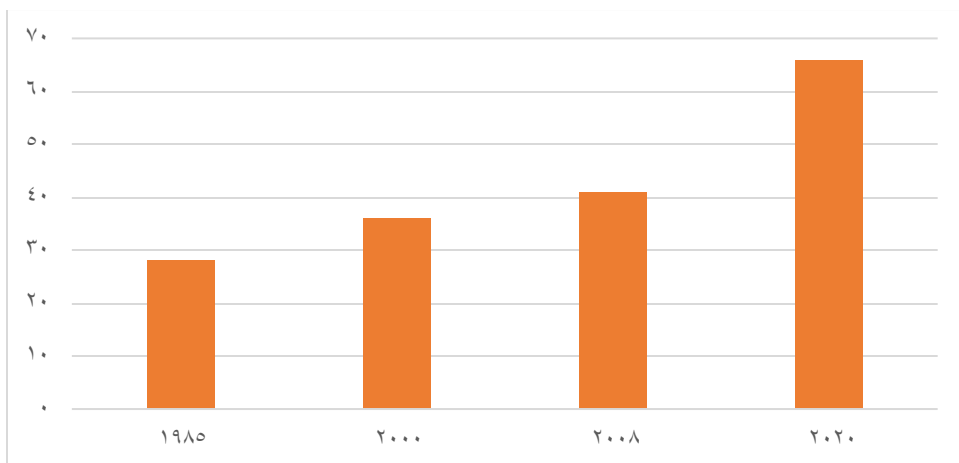
۴,۳. پیامدهای اجرای سیاست ادغام

در سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ و تقریباً ۲۵ سال پس از ادغام، یک تیم مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مشاورین بین‌المللی از سازمان جهانی بهداشت با همکاری فرهنگستان علوم پزشکی کشور به بررسی دستاوردها و چالشهای ادغام و برنامه‌های لازم برای آینده آن پرداخت. این مطالعه توسعه کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی و ارائه خدمات سلامت را مهمترین دستاوردهای ادغام معرفی کرد.

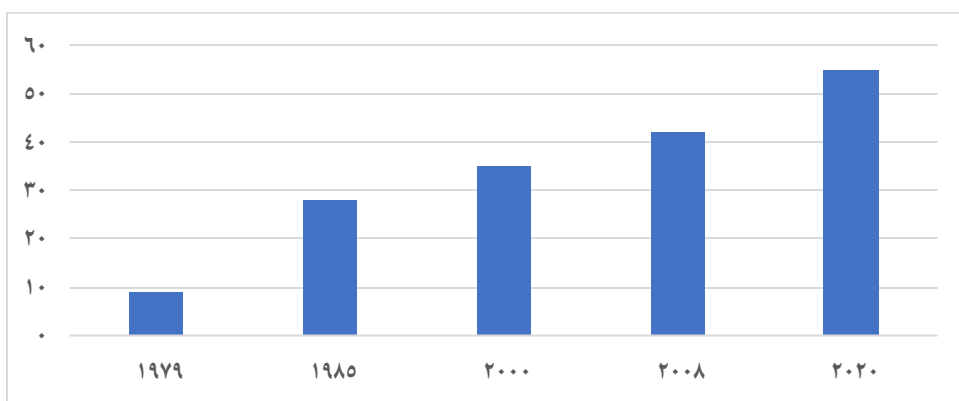
۴/۳/۱. توسعه کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی در کشور

۴/۳/۱/۱. تاسیس دانشگاه‌های جدید در تمام استان‌های کشور

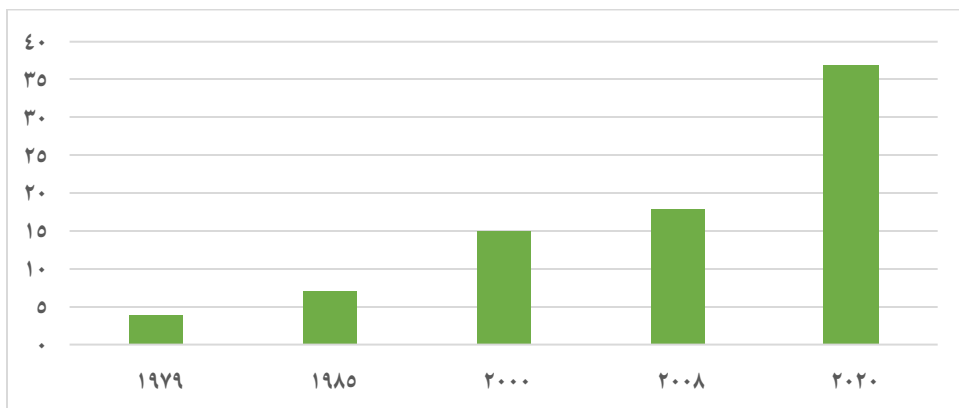
گسترش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی فضای مناسبی برای توسعه آموزش علوم پزشکی و استفاده از همه ظرفیت‌های نظام سلامت در تمام مناطق کشور فراهم کرد. در حالیکه قبل از انقلاب تنها ۹ دانشکده پزشکی، ۴ دانشکده دندانپزشکی و ۳ دانشکده داروسازی در کشور وجود داشت، ادغام باعث شد در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی و در اغلب استان‌های کشور، چندین دانشگاه علوم پزشکی تاسیس شود. نقش کلیدی دانشگاه علوم پزشکی در استان‌ها، زمینه را جهت توسعه همکاری‌های بین بخشی برای سلامت در سطح استانی فراهم نموده است.



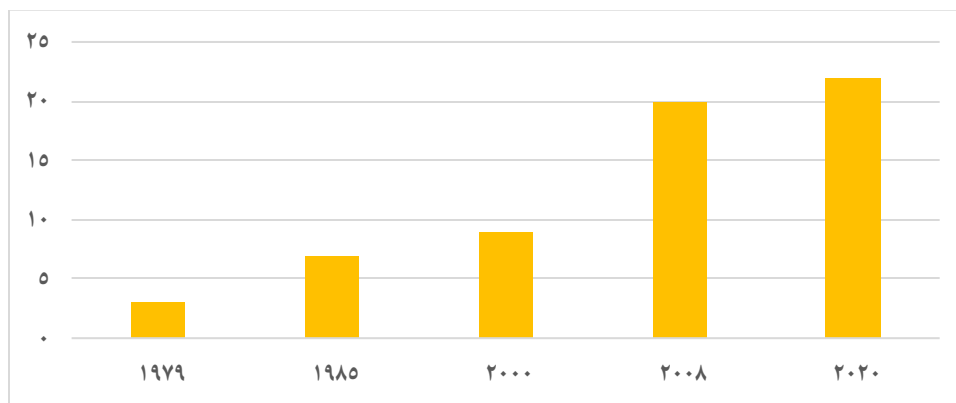
نمودار شماره ۱- روند رشد تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های مستقل



نمودار شماره ۲- روند رشد تعداد دانشکده‌های پزشکی



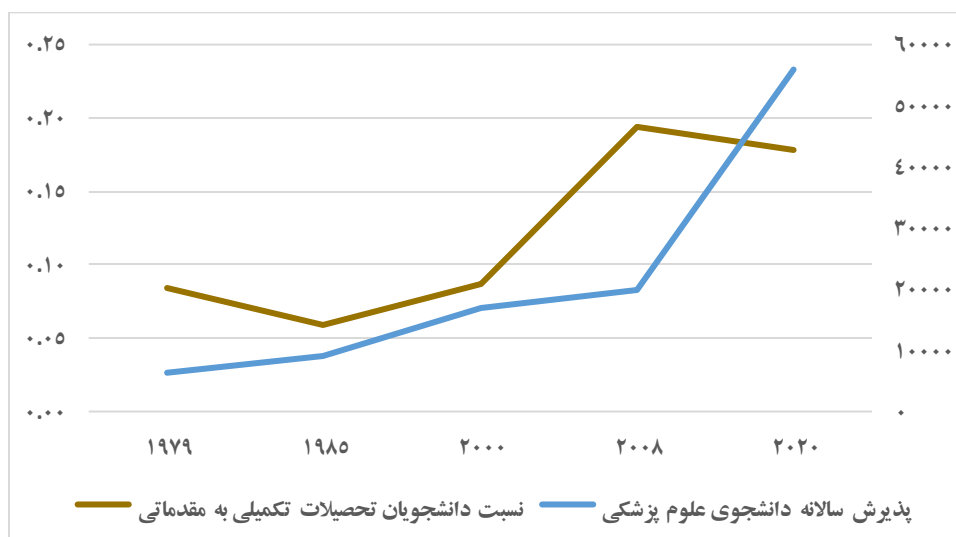
نمودار شماره ۳- روند رشد تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی



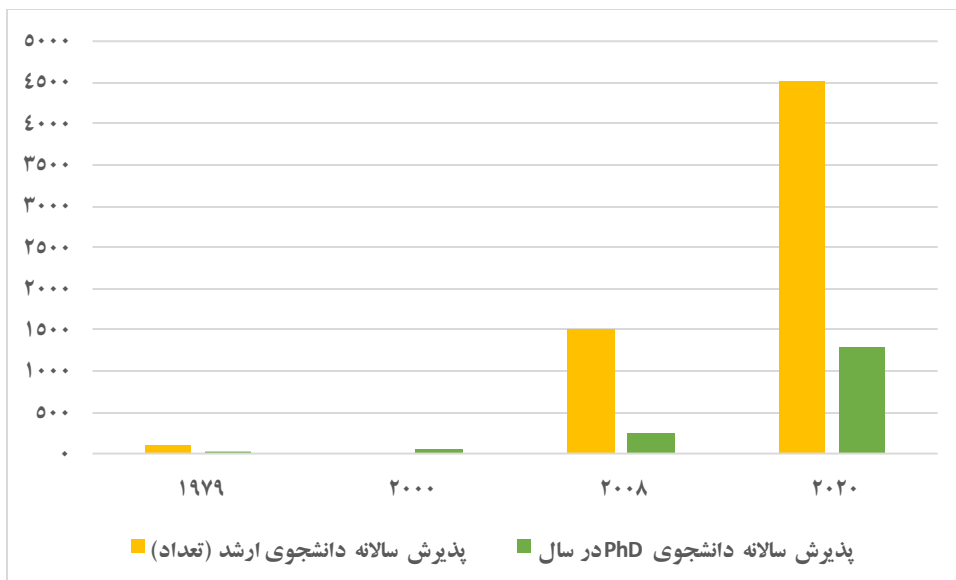
نمودار شماره ۴- روند رشد تعداد دانشکده‌های داروسازی

۴/۳/۱/۲. افزایش پذیرش دانشجویان در رشته‌های مختلف علوم پزشکی

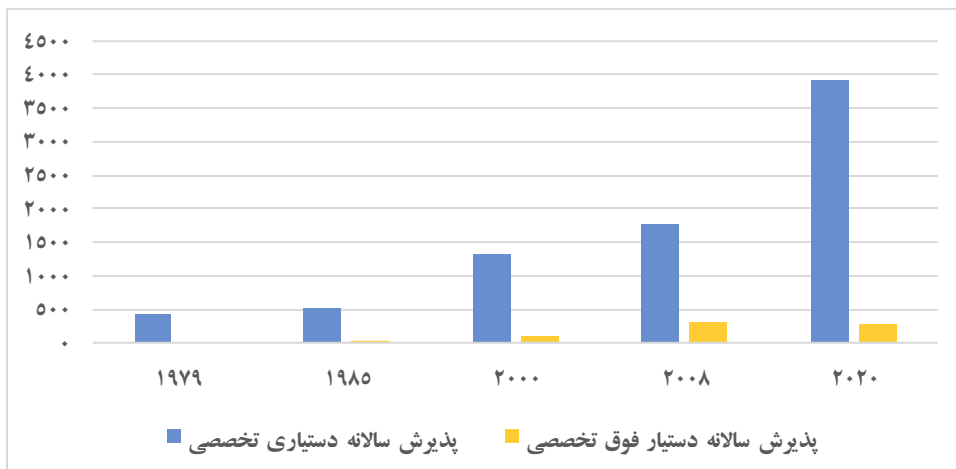
ظرفیت تربیت دانشجو در رشته-مقاطع مختلف، تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی به تناسب نیاز جامعه و درصد دانشجویان تحصیلات تکمیلی، شاخص‌های توسعه کمی و کیفی آموزش هستند که همگی در سالهای بعد از ادغام رشد باستانی را تجربه کرده‌اند.



نمودار شماره ۵- روند رشد شاخص‌های ظرفیت پذیرش دانشجو و نسبت دانشجویان تحصیلات تکمیلی



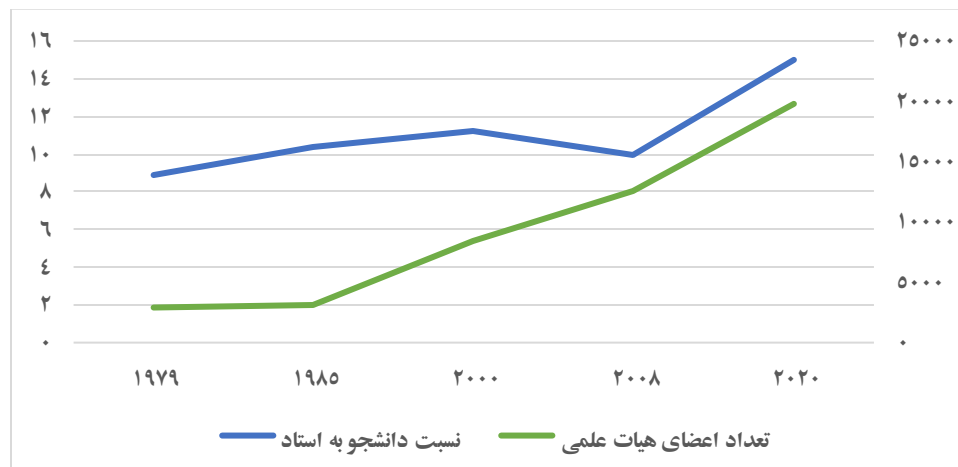
نمودار شماره ۶- روند رشد ظرفیت پذیرش سالانه دانشجویان تحصیلات تکمیلی



نمودار شماره ۷- روند رشد ظرفیت پذیرش دستیاری تخصصی و فوق تخصصی

۴/۳/۱/۳. افزایش جذب هیات علمی علوم پزشکی

در سالهای بعد از ادغام، تعداد هیأت علمی، رتبه علمی و نسبت دانشجوی به هیأت رشد قابل ملاحظه‌ای داشته‌است. ادغام باعث افزایش ۸ برابری تعداد اعضای هیات علمی و ۳ برابر شدن سهم اعضای هیات علمی تمام وقت علوم پزشکی از کل اساتید شد. در حالیکه در وزارت علوم به ازای هر ۲۰ دانشجو یک عضو هیات علمی در دسترس است، در وزارت بهداشت به ازای هر ۱۵ دانشجو یک عضو هیات علمی مشغول خدمت است.



نمودار شماره ۸- روند رشد تعداد هیات علمی و نسبت دانشجو به استاد

۴/۳/۱/۴. پاسخگوتر شدن آموزش به جامعه و نظام سلامت

بسیاری معتقدند انگیزه اصلی و نیز مهمترین پیامد ادغام برای نظام آموزشی، پاسخگویی آن به نیازهای جامعه است. این امر، در ابعاد کمی و کیفی تربیت نیروی انسانی، ایجاد تعادل بین ترکیب انواع نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، تربیت نیروی انسانی در نزدیکترین مکان به صحنه زندگی مردم، توجه به موضوعات مرتبط با سلامت جامعه در آموزش، گسترش آموزش در تمام استان‌های کشور، درگیر شدن نظام آموزشی در معماری نظام سلامت، تحقق تدریجی عدالت، کیفیت، دسترسی و هزینه-اثربخشی خدمات سلامت، دیده می‌شود.

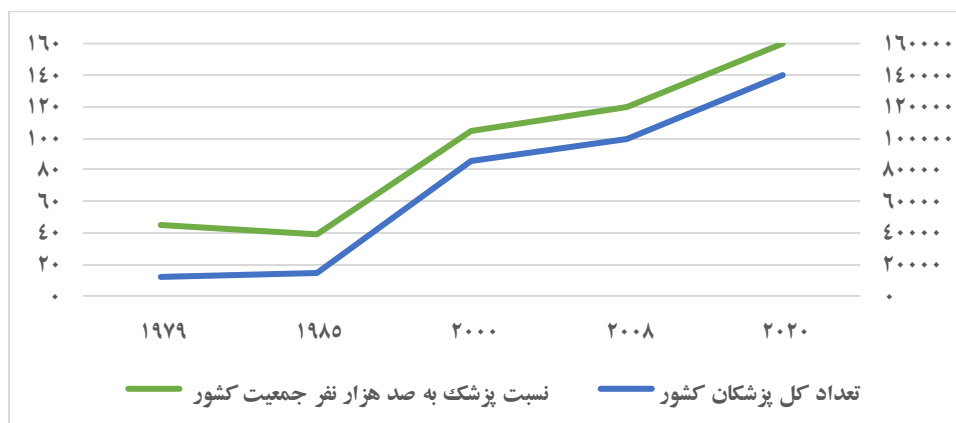
ادغام موجب تخصیص بخشی از برنامه کارآموزی دانشجویان به کارآموزی در شبکه‌های بهداشت و خانه‌های بهداشت و تسهیل حضور دانشجویان در عرصه‌های مختلف نظام سلامت شد و از این طریق باعث شد دانشجویان یک احساس و دید واقعی در خصوص خدمات سلامت در سطوح مختلف پیدا نمایند. در همه دانشگاه‌ها، برای گسترش عرصه‌های خارج بیمارستانی اقداماتی انجام داده شود، اگرچه ممکن است این اقدامات کافی نباشد.

ادغام باعث بهبود برنامه‌ریزی نیروی انسانی بهداشتی شد به نحوی که با تنظیم ظرفیت پذیرش دانشجویان با تقاضای نظام سلامت نسبت به فارغ‌التحصیلان رشته‌های مختلف، توسعه نیروی انسانی در بخش PHC رقم خورد. در برنامه‌ریزی‌های آموزشی همه رشته‌های تخصصی، محتوای برنامه‌ها تا حدودی براساس نیازهای سلامت کشور تعیین شود.

۴/۳/۲. توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت

بررسی آمارهای مربوط به شاخص‌های سلامت حاکی از یک حرکت جهشی در سالهای بعد از انقلاب می‌باشد که طرح ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در کنار سایر طرح‌های نوآورانه، تاثیر بسزایی در این روند داشته‌اند.

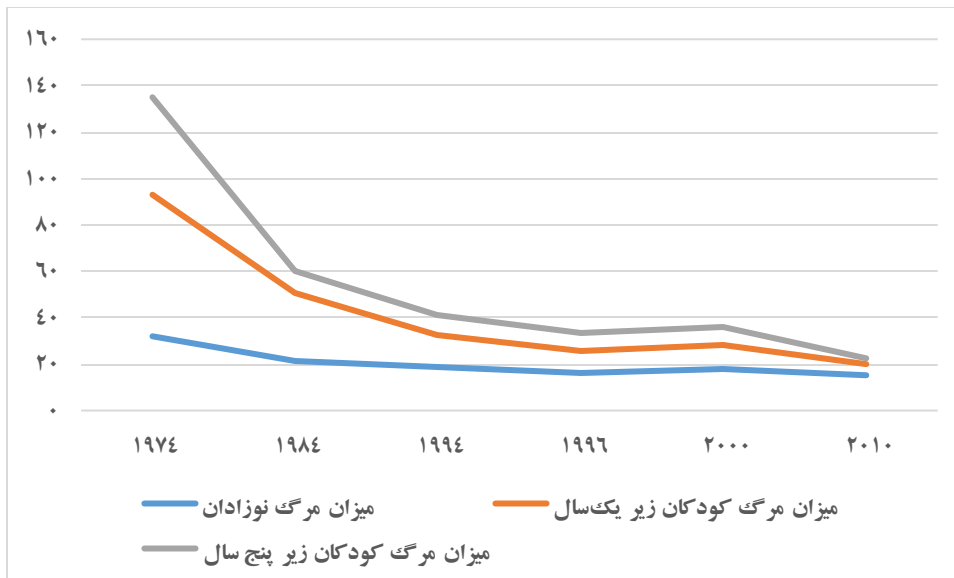
ادغام باعث رشد شاخص‌های دسترسی به کادر سلامت و در نتیجه ارتقای شاخص‌های سلامت کشور شد؛ بطوریکه نسبت پزشک به جمعیت از ۳۹ به ازای صد هزار نفر در سال آغاز طرح به ۱۶۰ رسید.



نمودار شماره ۹- مقایسه روند تغییرات شاخص تعداد پزشکان و نسبت پزشک به صد هزار نفر جمعیت کشور

برخی از صاحب‌نظران معتقدند ادغام آموزش پزشکی در نظام سلامت فرصت‌های زیادی را برای مشارکت نظام آموزشی در حل مسائل سلامت فراهم کرد. تشکیل دفاتر اختصاصی برای برنامه‌های بهداشتی مختلف در وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های تابعه باعث افزایش دسترسی مدیران نظام سلامت به اساتید دانشگاه و محققان مراکز تحقیقاتی باعث اطلاع یافتن محققان از اولویت‌های نظام سلامت شد و همچنین در مواردی، اساتید دانشگاه با پذیرش نقش‌های مدیریتی یا مشاوره‌ای، مستقیماً در فیلد حضور پیدا کردند.

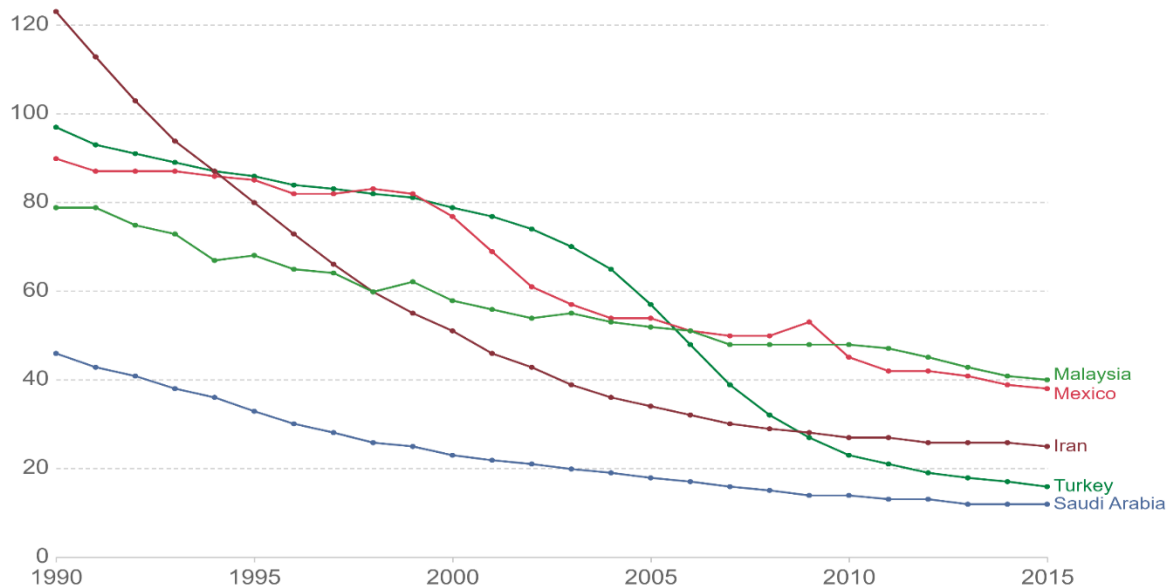
ادغام زمینه افزایش مشارکت اعضای هیات علمی در کمیته‌های علمی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را فراهم کرد. طرح‌های موفق بهداشتی نظیر کاهش شدید شیوع گواتر با طرح یددار کردن نمک؛ تامین مکمل‌های غذایی برای گروه‌های هدف نظیر مادران و کودکان، نتیجه اجرای طرح‌های تحقیقاتی اساتید دانشگاه بود.



نمودار شماره ۱۰- روند تغییرات شاخص‌های سلامت مادر و کودک

Maternal Mortality Ratio, 1990 to 2015

The maternal mortality ratio is the number of women who die from pregnancy-related causes while pregnant or within 42 days of pregnancy termination per 100,000 live births.

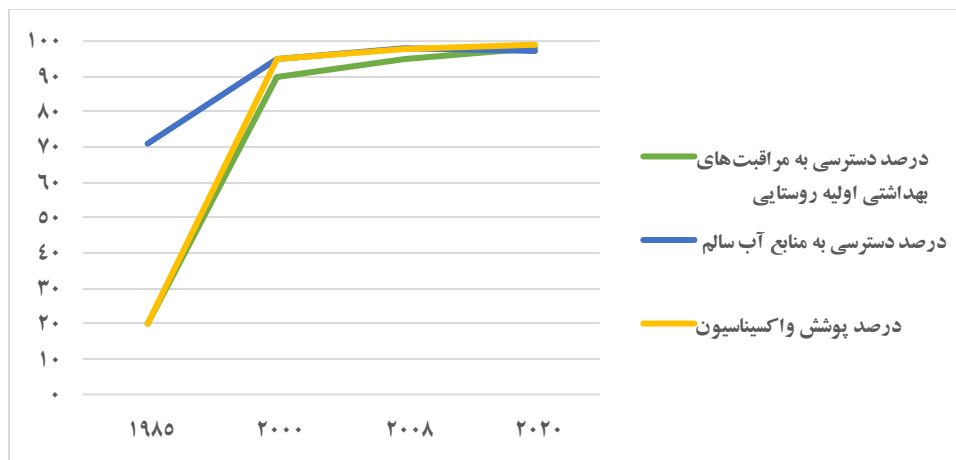


Source: Gapminder (2010) and World Bank (2015)

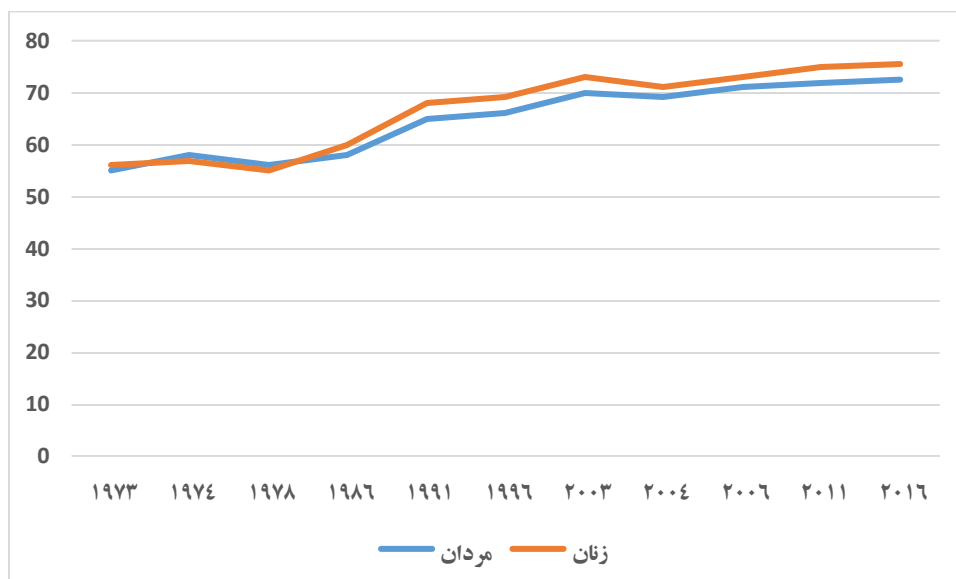
OurWorldInData.org/maternal-mortality • CC BY

روند تغییرات شاخص نسبت مرگ مادران در هر صد هزار نفر جمعیت در ایران و کشورهای همسایه

تقویت شبکه‌های بهداشت و درمان، گسترش آب آشامیدنی سالم، نظام جمع‌آوری آمار شاخص‌های بهداشتی، گسترش واکسیناسیون، کاهش سریع مرگ و میر نوزادان، مادران و کودکان زیر ۵ سال و افزایش امیدزندگی، مهمترین دستاوردهای نظام سلامت بعد از ادغام بودند.

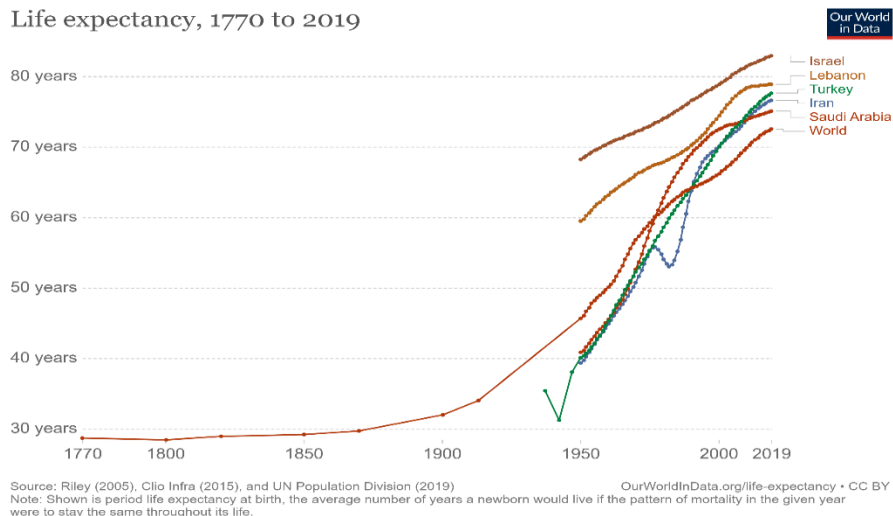


نمودار شماره ۱۱- روند رشد شاخص‌های مراقبت‌های اولیه سلامت



نمودار شماره ۱۲- روند تغییرات امید زندگی در ایران

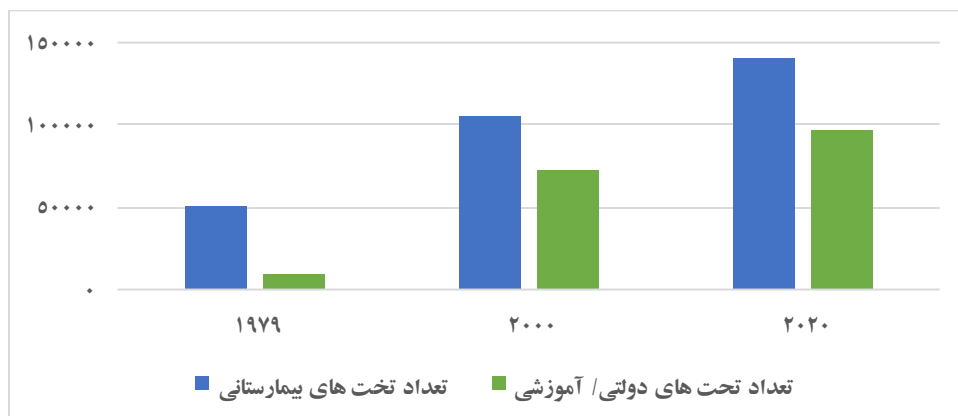
Life expectancy, 1770 to 2019



نمودار شماره ۱۳- روند تغییرات شاخص امیدزندگی در ایران و کشورهای همسراز

با آغاز جنگ تحمیلی، روند رو به رشد امید زندگی در ایران متوقف شده و نزولی شد تا جایی که در سال ۱۳۶۳، به کمترین میزان در یک دهه رسید ولی پس از آن به تدریج مجدداً روند رو به رشد خود را از سر گرفت که شتاب رشد این شاخص در ایران در مقایسه با کشورهای ترکیه و عربستان و نیز روند جهانی، بطور قابل ملاحظه‌ای بیشتر بود.

با تاسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی در تمام استان‌های کشور، تلاش‌ها برای احداث بیمارستان‌های آموزشی و توسعه تخت‌های بستری افزایش یافت. ادغام شرایطی را فراهم کرده بود که حتی اعضای هیات علمی و مدیران گروه‌های آموزشی بالینی نیز پیگیری‌های جدی برای جذب منابع از دولت یا نهادهای عمومی و خیریه جهت احداث بخش‌های درمانی تخصصی جهت آموزش دانشجویان و ارائه خدمات تخصصی به مردم منطقه، انجام دهند.



نمودار شماره ۱۴- روند رشد تعداد تخت‌های بیمارستانی

۴/۳/۳. توسعه پژوهش‌های نظام سلامت

ادغام و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث خروج پژوهش از چهار دیواری دانشکده‌ها و شتاب گرفتن سرعت رشد شاخص‌های پژوهش شد. رتبه تولید علم در پایگاه‌های استنادی دنیا از ۱۰۱ در سال ۱۳۵۶ به رتبه ۲۵ در سال ۱۳۷۸ و به رتبه‌های ۱۵ در سال ۱۳۹۶، ارتقا یافته‌است. در سال ۱۳۷۰، حدود ۶۰٪ از مقالات انگلیسی دانشمندان علوم پزشکی ایرانی در مجلاتی منتشر می‌شدند که ضریب تأثیر صفر تا ۱ داشتند ولی در سال ۱۳۸۵ بیش از ۷۰٪ مقالات در مجلات با IF بالاتر از ۱ منتشر شده‌اند.

۴,۴. ارزیابی پیامدها و نتایج ادغام

برای ارزیابی بهتر و دقیقتر، اثرات کمی و کیفی مثبت و منفی ادغام در حوزه ارائه خدمات بهداشت و درمان و همچنین آموزش و پژوهش در کوتاه مدت (کمتر از ۱۰ سال) و بلندمدت مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۴).

حوزه تاثیر	کیفیت	کمیت	هزینه	عدالت	
بهداشت	کوتاه مدت	ارتقا به دلیل توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و حضور اساتید در فیلد	ارتقا قابل ملاحظه: توسعه سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی	عدم تاثیر بارز: مدل غالب ارائه خدمت در شبکه مستقل از نگاه ادغام بوده- است	ارتقا قابل ملاحظه: رشد سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق محروم
	بلند مدت	ارتقا مختصر: نگاه به فیلد و وضعیت سلامت جامعه در بدنه علمی کشور کم‌رنگ شد چراکه هیچ ابزاری برای نظارت و پایش و همچنین پاداش و تنبیه اجرایی نشد	بی‌اثر: به سطح اشباع رسیدن سطح توسعه و عدم پیاده‌سازی یک نظام آمایش سرزمینی جامع	عدم تاثیر بارز: مدل غالب ارائه خدمت در شبکه مستقل از نگاه ادغام بوده- است	عدم تاثیر بارز: به سطح اشباع رسیدن توسعه و عدم پیاده‌سازی یک نظام آمایش سرزمینی جامع
درمان	کوتاه مدت	ارتقا به دلیل توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و حضور اساتید در بیمارستان- های آموزشی	ارتقا قابل ملاحظه: توسعه سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی	تاثیر قابل ملاحظه‌ای در ارائه خدمات درمانی ارزان و تخصصی به مردم ایجاد شد	ارتقا قابل ملاحظه: رشد سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق محروم
	بلند مدت	حفظ کیفیت نسبی ارائه خدمت در بخش دولتی	اثر محدود: بعد از جهش اولیه، رشد کمی ارائه خدمات درمانی بطئی شد	ارایه خدمات ارزان تخصصی به مردم به صورت نسبی ادامه یافت	حفظ نسبی عدالت ایجاد شده در سطح کشور
آموزش	کوتاه مدت	با ایجاد فضای آموزشی جدید برای رشته‌های پزشکی و غیرپزشکی تاثیر مثبت داشت	رشد اولیه قابل ملاحظه داشت اما این رشد عمدتاً در رشته پزشکی خلاصه شد و تاثیر زیادی بر سایر رشته‌ها نداشت	هزینه آموزش کاهش نسبی داشت ولی این کاهش به بهای فشار سنگین بر اعضای هیئت علمی و حتی دستیاران بالینی بوده است	ارتقا قابل ملاحظه: رشد سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق محروم
	بلند مدت	با توجه به فشار سنگین کار درمانی و کارهای مدیریتی به خصوص به هیئت علمی گروه پزشکی و عدم نظارت و برنامه‌ریزی برای اولویت دادن به آموزش، کیفیت افت نسبی داشته است اگرچه این افت شاید نسبت به سایر	روند رشد متوقف شد و متناسب با نیاز از فضاهای آموزشی بیمارستانی استفاده شد ولی از فضای آموزشی در فیلدهای سرپایی و بهداشت استفاده قابل ملاحظه‌ای نشد	تاثیر قابل ملاحظه‌ای در بلندمدت نداشته و چون منابع کافی تزریق نشده- است افت نسبی در فرآیندهای آموزشی ایجاد شده است	حفظ نسبی عدالت ایجاد شده در سطح کشور

		رشته‌های غیر علوم پزشکی کمتر باشد		
تحقیقات	کوتاه مدت	افزایش مختصر در تحقیقات جامع‌نگر ایجاد شد اما روند توجه به بحث پاسخگویی سریعتر از سایر رشته‌های غیر علوم پزشکی به وجود آمد	رشد کمی قابل قبول بوده است اما اثر ادغام در این رشد نسبی است و تنها عامل افزایش نبوده است	ارثا نسبی: رشد سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق محروم
	بلند مدت	به صورت نسبی رویکرد جامع‌نگری در تحقیقات تقویت شد و روندی سریعتر از تحقیقات سایر رشته‌های غیر علوم پزشکی به نسبت منابع دیده شده است. البته برای ارتقا، نیاز به اهتمام بیشتر به مفاهیم همگرایی علوم و پیاده‌سازی نقشه جامع علمی کشور و مرجعیت و سرآمدی، است.	رشد کمی قابل قبول بوده است اما اثر ادغام در این رشد نسبی است و تنها عامل افزایش نبوده است	حفظ نسبی عدالت ایجاد شده در سطح کشور اما به دلیل عدم پیاده‌سازی عدالت محوری و آمایش سرزمینی کماکان عدم عدالت در توزیع منابع دیده می‌شود

۴,۵. محدودیت‌ها و اهدافی که در مورد دستیابی به آنها تردید وجود دارد

در کنار دستاوردهایی که برای ادغام برشمرده می‌شود، برخی معتقدند ممکن است همه این دستاوردها با ادغام مرتبط نباشند و معتقدند که ادغام آموزش پزشکی را تضعیف نموده‌است. رشد سریع تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی و افزایش پذیرش دانشجویان، نگرانی‌هایی بابت افت کیفیت آموزش ایجاد کرده‌است. با این حال بسیاری معتقدند برنامه‌های موثری در عرض ادغام پیاده شدند تا باعث اطمینان از دستیابی به حداقل استانداردها آموزش گردند. برنامه‌هایی نظیر آموزش پزشکی مداوم جامعه پزشکی، ایجاد مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی جهت نظارت و ارتقای توانایی‌های اعضای هیات علمی، برنامه‌های منظم ارزیابی درونی و بیرونی و اعتبار بخشی گروه‌های آموزشی، دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی.

جدا شدن و متمرکز شدن رشته‌های علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث جدا شدن آنها از سایر علوم شده‌است. تاکید بر وحدت علم ایجاب می‌کند مکانیزم‌های موثری برای توسعه همگرایی علوم هم درون وزات بهداشت و وزارت علوم و هم بین آنها، در دستور کار قرار گیرد زیرا هم در وزارت بهداشت و هم در وزارت علوم و فناوری، مرزهای بین دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی بسیار استوار هستند و حتی بین گروه‌های آموزشی و مراکز تحقیقاتی مستقر در یک دانشگاه هم تعامل و فعالیت بین رشته‌ای موثر دیده نمی‌شود. برخی منتقدان نیز معتقدند ادغام باعث کاهش استقلال دانشگاه‌های علوم پزشکی و افزایش مسوولیت و حجم کاری روسای این دانشگاه‌ها شده‌است زیرا ماهیت مسائل نظام سلامت که اغلب حیاتی بوده و نیازمند توجه و پاسخگویی سریع هستند، روسای دانشگاه‌ها را از توجه به امور آموزشی و پژوهشی باز داشته و این امور به حاشیه رانده می‌شوند.

بنظر می‌رسد الزامات و محدودیت‌های نظام سلامت می‌تواند آموزش دانشجویان در عرصه‌های بهداشتی و درمانی را تحت الشعاع قرار دهد. اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها و تاکید بیمارستان‌ها بر درآمدزایی و صرفه جویی در هزینه‌ها، درگیری بیش از حد اساتید بالینی در درمان بیماران و عدم حضور موثر آنها در بخش آموزش و بالعکس درگیر شدن اساتید گروه‌های پرستاری، بهداشت و پیراپزشکی در امور پژوهشی و حضور کم‌رنگ آنها در فیلدهای بهداشتی درمانی، همگی موانع دستیابی به ادغام عملکردی هستند.

مسئله دیگری این است که در اغلب موارد پست‌های مدیریتی و سیاستگذاری در وزارت بهداشت به اعضای هیات علمی سپرده می‌شود اما امکان حرکت معکوس و مشارکت کارشناسان خبره وزارت بهداشت در تدریس به دانشجویان و یا سپردن مسوولیت دانشگاهی به آنان، وجود ندارد.

در پژوهش‌های علوم پزشکی نیز بنظر می‌رسد ادغام کامل رخ نداده است زیرا هنوز مسیر به اشتراک گذاری دانش حاصل از آموزش و پژوهش به نظام سلامت هموار نشده‌است. اگرچه به دلیل اینکه کل نظام نوآوری کشور به خوبی طراحی و اجرا نشده و نیز وابستگی پژوهش به بودجه دولتی که باعث می‌شود مرز بین کارفرما و پیمانکار مشخص نبوده و محیط رقابتی برای انجام پژوهش ایجاد نشود، بسیاری از این مسائل در پژوهش‌های دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم هم دیده می‌شوند.

بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند در تعریف واقعی ادغام باید عملکردهای آموزشی، پژوهشی و بهداشتی درمانی با هم کاملاً ادغام شوند ولی در عمل این اتفاق نیافتاده و ادغام عمدتاً بصورت ساختاری انجام شده و وجه عملکردی آن کم‌رنگ‌تر است. در نهایت می‌توان گفت در مورد فلسفه ادغام تفاهم کلی بین ذینفعان مختلف وجود دارد ولی در بدو ارائه طرح تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مستندات چندانی در مورد اهداف طرح، مکانیزم‌های اجرا و جزئیات اقدامات آتی برای اطمینان از موفقیت آن ارائه نشد.

۵. نتیجه گیری

اهداف ادغام در زمان طراحی و آغاز اجرای طرح، بسیار مترقی بوده است ولی عدم اهتمام به مستندسازی دقیق سیاست، عدم تدوین نقشه راه و نظام پایش ارزشیابی، به تفاوت برداشت‌ها درباره مفهوم ادغام دامن زده است. مدل جریانها - پنجره فرصت کینگدان^{۱۲} اشاره می‌کند که تلاقی همزمان جریان مسائل، جریان سیاست‌ها و جریان سیاسی، منجر به گشوده شدن پنجره فرصت برای اجرای یک سیاست خوب طراحی شده می‌شود. در مورد سیاست ادغام، چالش‌های افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی سلامت در کنار دغدغه پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی، جریان مسائل را پررنگ می‌کرده است. همزمان سیاست ادغام بعنوان یک راهکار منحصر به فرد و مورد توافق طراحی شده و در دسترس بود و از طرفی التهاب ناشی از جنگ تحمیلی و سرعت تحولات بعد از انقلاب اسلامی، عزم سیاسی قوی برای تغییر ساختار موجود فراهم آورده بود. با این حال، بازیگران اصلی سیاست ادغام اطلاع داشتند که این پنجره برای مدت طولانی باز نمی‌ماند و به همین دلیل، سرعت در تدوین پیش نویس قانون و قانونی کردن سیاست در مجلس شورای اسلامی، بر تدوین مستندات پشتیبان، نقشه راه اجرای سیاست و نظام پایش و ارزشیابی آن، پیشی گرفت. در نتیجه، به دلیل چشم‌پوشی از انجام مطالعات اولیه توسط ارائه‌دهندگان طرح ادغام، تعریف روشنی برای آن ارائه نگردید؛ لذا نخستین تعریف از ادغام برداشتی بود که از ماده اول قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گرفت که در آن بیشتر جنبه ترکیب یا ادغام ساختاری (یا تشکیلاتی) مطرح می‌باشد.

آغاز اجرای طرح ادغام با تحولات موثری همراه بوده و رشد قابل قبولی ایجاد شده است ولی فقدان نقشه راه، باعث شده که این سیاست تنها در برنامه‌های بلندمدت و اسناد بالادستی وارد شده ولی در دل برنامه‌های اجرایی و تغییر ساختار تشکیلاتی و مدیریت مالی وارد نشده باشد. در نتیجه به تدریج اهداف اولیه کم رنگ و نتیجه‌بخشی کم شده است به شکلی که رشد چشم‌گیر شاخصهای سلامت که به دلیل تغییرات جدی نظام سلامت از جمله ادغام شروع شده بود کم شده و کشورهای هم تراز در بعضی موارد به تدریج از ایران پیشی گرفته‌اند. البته باید مد نظر باشد که شرایط اقتصادی و تحریم‌های سنگین بر علیه کشور در هیچ یک از کشورهای هم تراز وجود ندارد و کم شدن شتاب رشد کشور قطعاً متأثر از عوامل خارجی نیز می‌باشد ولی تعیین شدت تأثیر هر یک از عوامل تقریباً غیرممکن است.

بنظر می‌رسد اگر ادغام انجام نگرفته بود، مکانیزم دیگری برای تحقق همه یا اغلب دستاوردهایی که اشاره شد وجود نداشت. البته این بدان معنی نیست که در حال حاضر نظام آموزشی یا نظام سلامت هیچ اشکالی ندارند یا از همه ظرفیتهای بالقوه ادغام استفاده شده است؛ بلکه این مطالب نشان می‌دهد که کارهای مثبت زیادی در قالب ادغام انجام گرفته است، اگرچه آنچه اتفاق افتاده است کمتر از حد انتظار می‌باشد.

اکنون که زمزمه‌های انتزاع آموزش علوم پزشکی از نظام سلامت به گوش می‌رسد باید توجه داشت که برگشت نظام ادغام یافته به حالت قبل بسیار خطرناک است و عوارض بسیار سنگینی دارد که هم نظام آموزشی و هم نظام سلامت را به شدت تخریب خواهد کرد. تغییرات ایجاد شده در ساختار آموزش و سلامت به حدی است که برگشت را بسیار پرهزینه و پرعارضه نموده است. اغلب صاحب‌نظران انتزاع

¹² John W. Kingdon

آموزش علوم پزشکی از وزارت بهداشت و بازگشت آن به وزارت علوم و فناوری را به دلیل از دست دادن بیمارستان‌های آموزشی و سایر عرصه‌های آموزشی، متوقف شدن اصلاحات در نظام سلامت، درهم تنیدگی فضاها و فعالیت‌های نظام آموزش و نظام سلامت و تضعیف پاسخگویی اجتماعی و برنامه‌های آموزش مداوم، به ضرر نظام آموزش و نظام سلامت کشور می‌دانند.

مشکلاتی که در نظام سلامت وجود دارند نیازمند اصلاحات اختصاصی هستند و نمی‌توان همه آنها را به ادغام منتسب کرد. چندپارگی در سیاستگذاری سلامت، عدم یکپارچگی بیمه‌های سلامت، فقدان عزم جدی برای پیاده‌سازی نظام ارجاع، اشکالات سطح بندی منابع و خدمات سلامت، تعارض منافع در سطوح مختلف سیاستگذاران و ارائه دهندگان خدمات سلامت، فقدان زیرساخت‌های اطلاعاتی جامع سلامت و در نهایت اشکال در نظارت بر ارائه دهندگان خدمات سلامت، مسائل مهم نظام سلامت هستند که لازم است برای حل آنها اقدام شود. اگرچه ادغام علت ایجاد این مسائل نبوده‌است ولی ادامه یافتن آنها می‌تواند به شدت به ادغام آسیب وارد کند.

دیدگاه‌های موافقین و مخالفین ادغام بیشتر براساس برداشت‌های آنان از شرایط جاری، یعنی موفقیت‌ها یا تنگناهای اجرایی موجود، شکل گرفته‌است تا براساس شواهد محکم قابل اتکا. این دیدگاه‌ها اگرچه واقعی و ارزشمند هستند ولی ممکن است همه حقایق مرتبط با دستاوردها و پیامدهای ادغام را منعکس نکنند. همه مخالفین و موافقین ادغام اذعان دارند که ادغام در بعد تربیت نیروی انسانی کاملاً موفق بوده‌است. در این زمینه حتی به مرز خود کفایی نیز رسیده‌ایم. مخالفین معتقدند این افزایش نیروی انسانی سلامت در بهبود شاخص‌های بهداشتی نیز تأثیر داشته‌است، اگرچه نمی‌توان با اطمینان گفت که چه مقدار از بهبود شاخص‌های سلامت در نتیجه ادغام حاصل شده‌است. همچنین مخالفین معتقدند ادغام در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی مؤثر بوده‌است و یکپارچه شدن نظام مسئول تربیت نیروی انسانی و نظام توزیع و استفاده کننده نیروی انسانی ممکن است به عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات سلامت منجر شده‌باشد. بعنوان جمع بندی توصیه اصلی آن است که ایرادات طرح ادغام که استحصال شده، ملاک قرار گیرد و فاز سوم ادغام طراحی شود که اهداف عالی ادغام را زنده نماید و در عین حال ایرادات موجود را به خصوص در زمینه تعامل بیشتر وزارت بهداشت با وزارت علوم را پاسخ داده و زمینه همکاری عملیاتی را فراهم نماید. در نهایت، بعد از بررسی جامع شیوه شکل‌گیری، پیاده‌سازی و ارزیابی پیامدهای ادغام و مقایسه با روندهای کشورهای قابل مقایسه در همین بازه زمانی، به صورت کلی می‌توان چنین استدلال نمود که:

۱. اهداف ابتدایی با اهمیت و همراهی دولت و مجلس برای اتخاذ چنین تصمیمی در آن شرایط قابل احترام است.
۲. متأسفانه از ابتدا نقشه راه مدون و جامعی برای پیاده‌سازی ادغام به صورت قدم به قدم وجود نداشته و در این سال‌ها نیز چنین طراحی و سیاستگذاری شکل نگرفته‌است
۳. نتایج اولیه ادغام قابل توجه بوده و باعث ارتقا و رشد عموماً کمی شاخص‌ها و افزایش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و آموزش علوم پزشکی شده‌است
۴. متأسفانه بعد از یک جهش اولیه فرآیند پیاده‌سازی و نهادینه‌شدن اهداف ادغام کم‌رنگ و عوارض جدیدی به دلیل اجرای ناقص ایجاد شده‌است
۵. در شرایط فعلی آسیب‌های جدی به دلیل اجرای ناقص به کیفیت آموزش وارد شده و همبستگی قابل قبولی بین ارابه خدمات سلامت به خصوص در بخش بهداشت با آموزش و پژوهش وجود ندارد

۶. وضعیت فعلی به شکلی است که برگشت به سمت عقب بسیار پرهزینه و آسیب‌زا بوده و خطرات بسیار سنگینی حوزه ارابه خدمات سلامت و آموزش و پژوهش خواهنددید و تحلیل دقیق سیستم نشان می‌دهد بهترین سیاست طراحی فاز سوم ادغام است به شکلی که مزیت‌های حاصل از ادغام حفظ و افزایش یابد و عوارض آن به خصوص بحث ارتقا کیفی آموزش، اهتمام بیشتر به مفاهیم همگرایی علوم، نزدیک نمودن فضای علمی کشور به یک مجموعه منسجم و یکپارچه و پاسخگو محقق گردد.

۵.۱. پیشنهادات

با توجه به فلسفه و فرآیند ادغام و اثرات آن از یک سو، و عوارض بسیار سنگین حاصل از به هم ریختگی نظام ایجاد شده از سوی دیگر، تنها راه ممکن است حفظ، ارتقا و اصلاح اشکالات این مدل است. تغییرات ناشی از ادغام به هیچ‌وجه یک شبه و برای یک بار اتفاق نمی‌افتند؛ بلکه نظام ادغام یافته باید پویا بوده و تغییر رابه یک جریان دائمی و اثربخش تبدیل کند. لذا پیشنهاد می‌شود برای تقویت ادغام، اقدامات زیر در برنامه‌های آتی در اولویت قرار گیرد:

(۱) لازم است به صورت دقیق مفهوم همگرایی علوم به جد مورد توجه قرار گیرد و مدلهایی برای تقویت ارتباط عملکردی بین ساختارهای آموزشی و پژوهشی و دانشجویی درون وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی و همچنین بین این وزارت و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ایجاد و زمینه تبادلات علمی بین دانشگاه‌های وابسته به حداکثر برسد. بدین شکل بدون تغییر ساختارها و تشکیلات، گفتمان‌سازی، هم‌افزایی و همکاری علمی شکل خواهد گرفت.

(۲) لازم است در سطح وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی مفاهیم ادغام به جد مورد توجه مجدد قرار گیرد و برای تقویت ارتباطات بین حوزه‌های ارابه دهنده خدمات سلامت با حوزه‌های علمی در سطح ستاد و صف اقدامات موثری شکل بگیرد. ابتدا باید برنامه راهبردی به شکلی تلفیقی طراحی و مسئولین ارشد به اصول ادغام آشنایی عمیق پیدا نموده و سیستم با شناسایی ایرادات فعلی برنامه‌ای مدون برای فاز سوم ادغام طراحی و پیاده‌سازی نماید. در این راستا اقدامات زیر توصیه می‌شود

- تنظیم نقشه راه پیاده‌سازی فاز سوم ادغام بر اساس تجربیات حاصل شده، نقدها و بررسی اشکالات موجود و تکیه بر نقاط قوت و موفقیت‌های کسب شده در چهار دهه گذشته با نگاهی رو به آینده
- طراحی استانداردهای ادغام عملکردی، ابلاغ استانداردها، ظرفیت‌سازی برای اجرای استانداردها، ارزشیابی و اقدامات تنظیمی و اصلاح مداوم (حوزه‌های آموزش، پژوهش، بهداشت، درمان و پشتیبانی)
- انعکاس استانداردهای ادغام عملکردی در برنامه‌های ارزیابی و اعتباربخشی سطوح وزارتی و دانشگاهی
- جهت دهی نظام برنامه‌ریزی و بودجه بندی به اهداف ادغام عملکردی
- بسترسازی فرهنگی جهت آشنایی دانشگاهیان و کادر سلامت با مکانیزم‌های ادغام عملکردی
- اصلاحات و بازنگری در نظام‌های گزینش دانشجو، استراتژی آموزش دانشجو و تقویت آموزش‌های جامعه‌نگر و مبتنی بر حل مسئله، سیاست‌های گزینش، جذب و تمام‌وقتی اساتید، ارتقای اساتید، تخصیص بودجه‌های آموزشی و سطح بندی و آمایش آموزش علوم پزشکی
- عملیاتی سازی مفاهیم همگرایی علوم، مراجعیت و سرامدی در آموزش و پژوهش علوم پزشکی

۱. Scientific association of medical education. analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system. 1st ed. Tehran: 3rd millennium culture ۲۰۰۳; ۱۳: ۱۵۳-۱۵۲.[Persian].
۲. Nadim A, Shadpour K, Holakouei K, Naghavi M, Nikpour B, Alai M. Opinion survey on joining of health care organization with university of medical sciences. Hakim Research J. ۱۹۹۹; ۲: ۷۴-۶۷
۳. Hekmat SN, Tourani S, Haghdoost A-A, Ebrahimipour H, Mehrolihasani MH, Dehnavieh R. Beneficial and Adverse Effects of the Integration of Medical Education and Health Service in IR. Iran; A Delphi Exercise. Journal of Medical Sciences. ۲۰۱۴; ۱۴(۱): ۲۱
۴. Colin. T. Intersectoral collaboration in the IR Iran. WHO Consultant, August .۲۰۰۵
۵. Collins. C. Rapid organizational review of the Iranian health system. WHO Consultant, August .۲۰۰۵
۶. Hands. K, et al. Report of a WFME mission to evaluate medical education in IR Iran. .۲۰۰۳
۷. Rifkin. S. Review of the process of findings of health care utilization study for developing a model for community participation in the Iranian context. WHO Consultant, November .۲۰۰۵
۸. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. Journal of Advanced Nursing. ۲۰۰۵; ۵۰(۲): ۱۱-۲۰۴
۹. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadeh kermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. Arch Iran Med ۲۰۰۸; ۱۱(۴): ۵۲-۴۴۴
۱۰. Sadeghirad. B, al E. Epidemiology of Major Depressive Disorder in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Int J Prev Med ۲۰۱۰. ۲۰۱۰; ۱(۲): ۹۲-۸۱
۱۱. Barroso J, Powell-Cope GM. Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. Qualitative Health Research. ۲۰۰۰; ۱۰(۳): ۳۴۰
۱۲. Beck CT. Caring within nursing education: A metasynthesis. The Journal of nursing education. ۲۰۰۱; ۴۰(۳): ۱۰۱
۱۳. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis : reflections on methodological orientation and ideological agenda. Qualitative Health Research. ۲۰۰۴; ۱۴(۱۰): ۱۳۴۲
۱۴. Paterson BL, Canam C. Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Sage Publications, Inc; .۲۰۰۱
۱۵. Azizi F. Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three Decades of Success. Iranian Journal of Public Health. ۲۰۰۹; ۳۸(۱) :۷
۱۶. Azizi M-H. The historical backgrounds of the Ministry of Health foundation in Iran. Arch Iran Med. ۲۰۰۷; ۱۰(۱): ۲۳-۱۱۹

۱۷ WHO. Evaluating the integration of medical education and health system in Iran. Tehran: World health organisation, ۲۰۰۴

۱۸ Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, Einollahi B. Integration of medical education and healthcare service. Iran J Public Health. ۲۰۰۹;۳۸(suppl ۱):۳۱-۲۹

۱۹ Majdzadeh R, Nedjat S, Denis J, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: Two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. Public Health. ۲۰۱۰;۱۲۴(۷):۱۱-۴۰۴

۲۰ Pezeshkian M, Karimi A, Akbari M, Einollahi B, Hosseini J, Hosseini F. Integration of medical education and health care: the experience of Iran. Journal of Medical Education. ۲۰۰۳;(۱)۳

۲۱ Marandi SA. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. Journal of Medical Education. ۲۰۰۱;۱(۱):۳

۲۲ Peirovi H, Niyati J, Niroomanesh S, Azargashb E. hat Iranian health authorities think about the integration of medical education and health services. Journal of Medical Education. ۲۰۰۱;۱(۱):۸

۲۳ azizi F. Challenges and perspectives of medical education in Iran. Research in Medicine. ۲۰۱۵; ۳۹ (۱) :۳-۱

URL: <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-۱۴۶۹-۱-fa.html>.

۲۴ Karimi A. Assessing the integration of medical education and health system in Iran. Tebo Tazkieh. ۲۰۰۰;.۱۰:(۱)۱۱

۲۵ Abbasi Moghaddam M A, Razavi S M, Nooraei S M. Academic experts Attitude, to medical integration with healthcare. Tehran Univ Med J. ۲۰۰۵; ۶۲(۱) :۸۸-۸۰

URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-۱۱۴۷-۱-fa.html>.

۲۶ Amiresmaili MR, Negahdari S, Khosravirad Z, Tohidi M, Khosravi S. Management of Teaching Hospitals; Opportunities and Threats. Strides in Development of Medical Education. ۲۰۱۶;۱۳(۴):۴۸-۳۳۷

۲۷ Dehghani M, Azizi F, Haghdoost A, Nakhaee N, Khazaeli P, Ravangard Z. Situation Analysis of Social Accountability Medical Education in University of Medical Sciences and Innovative Point of View of Clinical Faculty Members towards its Promotion Using Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis Model. Strides Dev Med Educ. ۴۱۲-۴۰۳: (۴) ۱۰ ;۲۰۱۴

URL: <http://sdmej.ir/article-۳۵۰-۱-fa.html>.

۲۸ Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, M Shokoohi, Ashoorkhani M. Research collaboration in Tehran University of Medical Sciences: two decades after integration. Health Research Policy and Systems. ۲۰۰۹; ۷(۸): ۸-۱

۲۹ Nejat S, Yazdizadeh B, Gholami J, AShourkhany M, Nejat S, Maleki K. Effect of the ministry of health structure on application of medical sciences research. Hakim. ۲۰۰۸; ۱۱(۳):۱۰-۱

- ۳۰ Mir Moghtadaei Z, Rokh Afrooz D, Salarian Zadeh M. Review of the challenges of the integration of Medical Education and Health Care Services in Iran from Human Resource perspective. *Journal of healthcare management*. ۲۰۱۵; ۶(۲): ۱۵-۷
- ۳۱ Ebrahimnia M, Farzaneh A, Ahmadizadeh M.J, Ebadi A, Amerion A, Tofighi Sh, Ayoubian A. Diagnosis of Medical Education System Integration with Higher Staff in a Health Organization: A Qualitative Study. *Health Research Journal*. Winter ۲۰۱۷; ۲(۲): ۱۴۲-۱۳۳
- ۳۲ Lameei A, Labaf Ghasemi A. The meaning, causative factors, consequences, and future of the integration form the perspectives of the supports and opponents of it. *Hakim Health Sys Res*. ۲۰۰۹; ۱۲(۱): ۱۰-۱
- URL: <http://hakim.hbi.ir/article-۴۸۶-۱-fa.html>.
- ۳۳ Shakibaei D, Karami Matin Behzad , Amolae Kh, Rezaie M, Abdolmalek P, Reshadat S, Ashraf Godini A. Achieving the goals of integration of medical education and health service delivery systems from the viewpoint of the faculty members of Kermanshah U niversity of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* ۲۰۱۱, ۱۶(۱): ۹۱-۸۱
- ۳۴ Turani S, Haghdoost A-A, Maleki M-R, Ravaghi H, Tijang RD, Hekmat SN. The Backgrounds, consequences, and future of the integration of Medical Education and Health Service Delivery System. *HealthMed*. ۲۰۱۱; ۵(۶): ۵۶-۱۸۴۷
- ۳۵ Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. *Iranian Journal of Public Health*. ۲۰۰۹; ۳۸(Suppl.۱): ۸
- ۳۶ Lameei A. Analysis of the concept of integration. *Teb va Tazkiyeh*. ۲۰۰۷; ۱۶(۴): ۳۰-۲۲
- ۳۷ افشاری ر، وهمکاران. مرکز بهداشتی درمانی آموزشی. مشهد: مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد; ۱۳۹۰.
- ۳۸ دشمنگیر ل، مصطفوی ح، رشیدیان آ. چگونه سیاستی را تحلیل کنیم؟ نگاهی بر رویکردها و اسلوب تحلیل سیاست در بخش سلامت. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۴; ۱۷(۲): ۱۳۸-۵۰.
- ۳۹ Berridge V. Making health policy: Networks in research and policy after ۱۹۴۵: Brill; ۲۰۰۵
- ۴۰ کمالی، جوشانی شز، عسکری ح، فرزانه. شناسایی و دسته‌بندی معیارهایی برای تدوین سیاست‌های عمومی. سیاست‌های راهبردی و کلان. ۲۰۲۱; ۹(۳۴): ۲۱۰-۴۸.
- ۴۱ Maynard A. Health policy: an introduction to process and power. *Journal of the Royal Society of Medicine*. ۱۹۹۵; ۸۸(۱۰): ۵۷۶
- ۴۲ Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning*. ۲۰۰۸; ۲۳(۵): ۳۰۸-۱۷.
- ۴۳ Gilson L, Buse K, Murray SF, Dickinson C. Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. *Health policy and planning*. ۲۰۰۸; ۲۳(۵): ۲۹۱-۳.
- ۴۴ O'Brien GL, Sinnott S-J, Walshe V, Mulcahy M, Byrne S. Health policy triangle framework: narrative review of the recent literature. *Health Policy Open*. ۲۰۲۰; ۱: ۱۰۰۰۱۶

