



پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

کارگروه جنوب شرق فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

تدوین نقشه راه پیاده سازی فاز سوم ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ایران



زمستان ۱۴۰۲



تدوین نقشه راه پیاده‌سازی فاز سوم ادغام آموزش
علوم پزشکی در نظام سلامت ایران

مجری:

دکتر علی اکبر حقدوست

همکاران:

دکتر سمیه نوری حکمت

سمیرا عمادی

سفارش دهنده:

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

زمستان ۱۴۰۲

نشانی: کرمان، ابتدای جاده هفت باغ، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، اندیشکده آینده پژوهی در سلامت، کارگروه جنوب شرق فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

وب سایت: <https://ifsh-kmu.ir>

با تشکر از خبرگان محترم کشوری زیر که ما را در تکمیل و نهایی کردن این گزارش ارائه طریق نمودند: (اسامی به ترتیب حروف الفبا می باشد)

جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی - جناب آقای دکتر سید وحید احمدی طباطبایی - جناب آقای دکتر مهدی افشاری - جناب آقای دکتر عباس اسماعیلی - جناب آقای دکتر علیرضا انصاری مقدم - جناب آقای دکتر عابدین ایرانپور - جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی - جناب آقای دکتر علیرضا بیگلری - جناب آقای دکتر عباس پرداختی - جناب آقای دکتر امیرحسین تکیان - سرکار خانم دکتر معصومه جرجانی - جناب آقای دکتر علی جعفریان - جناب آقای دکتر حسن جولایی - سرکار خانم دکتر طاهره چنگیز - جناب آقای دکتر آبتین حیدرزاده - جناب آقای دکتر محمد خاکساری حداد - جناب آقای دکتر پیام خزائی - جناب آقای دکتر شهریار دبیری - جناب آقای دکتر رضا دهنویه - جناب آقای دکتر غلامرضا سلیمانی - جناب آقای دکتر حمید شریفی - جناب آقای دکتر احسان شریفی پور - جناب آقای دکتر احسان شمس - جناب آقای دکتر محسن ضیائی - جناب آقای دکتر فرشید عابدی - جناب آقای دکتر عباس فروتن - جناب آقای دکتر مصطفی قانع - جناب آقای دکتر محمد جواد کبیر - سرکار خانم دکتر خدیجه رضایی کیخائی - جناب آقای دکتر رضا گودرزی - جناب آقای دکتر باقر لاریجانی - جناب آقای دکتر محمد علی محقق - جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی - سرکار خانم دکتر الهه ملکان راد - جناب آقای دکتر رضا ملک پور افشار - جناب آقای دکتر نادر ممتازمنش - جناب آقای دکتر محمد حسین مهرالحسنی - جناب آقای دکتر وحید میرزایی - جناب آقای دکتر نوذر نخعی - جناب آقای دکتر مجید فصیحی هرندی - جناب آقای دکتر وحید یزدی فیض آبادی.

فهرست مطالب

۷	خلاصه اجرایی
۱۰	پیشنهادات سیاستی
۱۱	مقدمه
۱۶	روش مطالعه
۱۸	تحلیل جنبه‌های مختلف تاثیرگذاری ادغام در نظام آموزش علوم پزشکی
۲۰	کلیات نقشه‌راه پیشنهادی
۲۲	اطلاع‌رسانی و هماهنگی
۲۲	ساختار پیشنهادی برای پیاده‌سازی نقشه‌راه
۲۲	شورای عالی فراوزارتی
۲۲	ستاد وزارتی
۲۳	ستاد دانشگاهی
۲۳	تبیین مفاهیم ادغام در بدنه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۴	تبیین مفاهیم ادغام در خارج از بدنه سلامت کشور
۲۷	اصلاح تشکیلاتی
۲۷	اصلاح قوانین و مقررات
۲۸	ساختار سازمانی
۳۱	ساختار علمی
۳۵	ساختار ارائه خدمات سلامت
۳۶	نقش‌ها و وظایف
۳۸	جدول زمانبندی
۴۲	پیوست‌ها
۴۲	۱- انسجام و تقویت ارتباطات بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر دانشگاهها و کمک به یکپارچگی فعالیتهای علمی کشور
۴۴	۲- ایجاد ساختاری منسجم و متحد در درون دانشگاه‌های علوم پزشکی و هم افزایی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با دانشکده و مراکز تحقیقاتی
۴۶	۳- استقلال نهادهای علم و دانشگاهها به شکلی که بتوانند در عرصه فعالیتهای علمی خود بدون محدودیت اساسی کار نمایند
۴۷	۴- پاسخگویی اجتماعی

- ۴۸- آموزش در عرصه ۵- آموزش در عرصه ۴۸
- ۵۰- تمرکز آموزش بر بیمار به جای بیماری ۶- تمرکز آموزش بر بیمار به جای بیماری ۵۰
- ۵۱- اهتمام جدی به مرجعیت علمی ۷- اهتمام جدی به مرجعیت علمی ۵۱
- ۵۲- توجه به همگرایی علوم ۸- توجه به همگرایی علوم ۵۲
- ۵۳- اثربخشی فعالیتهای علمی در دانشگاهها ۹- اثربخشی فعالیتهای علمی در دانشگاهها ۵۳

خلاصه اجرایی

زمینه موضوع: ادغام کارکرد آموزش پزشکی در وزارت بهداشت و درمان، در کنار فوایدی از جمله تسریع در رشد کمی شاخص‌های سرمایه انسانی و کمک به دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، محدودیت‌ها و اشکالاتی را هم ایجاد کرده‌است که البته عمده این اشکالات به دلیل پیاده‌سازی و اجرای ناقص برنامه می‌باشد؛ اگرچه در برنامه‌ریزی‌های مربوطه نیز اشکالاتی وجود دارد.

مهمترین فواید این طرح را می‌توان به افزایش ظرفیت عرضه سرمایه انسانی سلامت، پاسخگوتر شدن آموزش‌ها نسبت به نیازهای جامعه به خصوص در ابتدای اجرای طرح، ارتباط بیشتر پژوهشگران با نظام ارائه خدمات، افزایش و گسترش دانشکده و دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس یک طرح مدون در سالهای نخست پیاده‌سازی برنامه و قرار گرفتن امکانات بالینی بیشتر در اختیار نظام آموزش سرمایه متخصص بهداشتی و درمانی بیان کرد. در این میان ادغام با چالشهایی نیز مواجه بوده‌است که اهم آنها عبارتند از: (۱) آسیب به یکپارگی در تمام سطوح آموزشی عالی در رشته‌های مختلف و ایجاد اشکال در اجرای سیاست‌های منسجم توسعه علمی کشور (۲) توجه ناکافی به آشنا نمودن دانشجویان، اعضای هیئت علمی و حتی تیم مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت با مفهوم عمیق ادغام و اهداف آن و (۳) همچنین کمبود شدید منابع مالی برای تحقق اهداف ادغام. البته این چالش‌ها با گذشت زمان تشدید یافته و شاید عدم داشتن یک نقشه راه جامع و لازم‌الاجرا در طول برنامه‌های توسعه کشور این آسیب‌ها را تقویت کرده‌است.

در مطالعات قبلی بعد از بررسی وضعیت کشور و چالش‌های پیش‌رو جمع‌بندی شد که دو مسیر (۱) ادامه مسیر فعلی و حفظ وضعیت موجود و یا (۲) تغییر مسیر و بازگشت به حالت قبل از ادغام بسیار پرهزینه و پرعارضه هستند و عملاً به صلاح کشور نیست. چالش‌های طرح ادغام و فشار سنگین به دانشگاه‌های علوم پزشکی و بار کمرشکن ارائه خدمات سلامت به شکل فعلی و عدم داشتن نقشه راه مشخص و مدون برای آینده، مشخص می‌کند که باید بازنگری در ادامه کار صورت گیرد و حرکت بر این روال باعث تشدید آسیب‌ها خواهد شد. از طرف دیگر دستاوردهای ادغام قابل توجه بوده و نمی‌توان به کلی نادیده گرفته‌شود و عوارض خاصی که برگشت به حالت قبل هم برای سلامت جامعه و هم برای آموزش عالی دارد نیز قابل تامل است؛ به عنوان مثال یکی از جدی‌ترین آسیب‌ها به بیمارستان‌های آموزشی و اعضای هیئت علمی بالینی وارد خواهد شد که در صورت واگذاری آنها به وزارت آموزش عالی، تقریباً بیش از ۷۵ درصد کار سنگین و حساس درمان کشور به این وزارت تحمیل خواهد شد و اگر به وزارت بهداشتی (یا هر وزارت جدید دیگری که متولی سلامت است) واگذار شود کل فضای آموزش بالینی از دست خواهد رفت. لازم به ذکر است که تفکیک بیمارستان‌های آموزشی و درمانی در شرایط فعلی غیرممکن است چراکه سیستم به شدت وابسته به اعضای هیئت علمی بالینی شده و درمان کشور بدون مشارکت ایشان و دستیاران غیرممکن است و از طرف دیگر فضای لازم برای آموزش و تربیت انبوه دانشجویان بالینی در تعداد محدودی بیمارستان غیرممکن است.

لذا بعد از تحلیل عمیق یافته‌ها و جمع‌بندی آنها، مقرر شد که فاز جدیدی از ادغام طراحی شود تا ضمن حفظ دستاوردهای این طرح ملی و تعمیق اهداف ابتدایی، آسیب‌های موجود را به حداقل رساند و راهکارهایی مطرح گردد که از یک طرف قابلیت اجرا داشته‌باشند چراکه کشور با محدودیت منابع مواجه بوده و همچنین تفاوت عمیق

دیدگاه‌های مسئولین کشور در خصوص طرح ادغام بحث‌های زیادی را به دنبال داشته‌است. علاوه بر آن چالش‌های موجود در نظام ارایه خدمات پزشکی و همچنین آموزش عالی سنگین است و نباید مداخلات جدید پیشنهادی این حجم از مشکلات را مضاعف نماید. از طرف دیگر راهکارهای پیشنهادی باید بدون سوگیری و اثرگذار بوده و کمک نماید تا آسیب‌ها را به صورت ریشه‌ای ترمیم و اصلاح نماید.

مطالعه حاضر به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی کشور با هدف تبیین و ترسیم نقشه راهی برای پیاده‌سازی فاز سوم ادغام انجام شد تا در صورت عزم مدیریت کلان کشور به اصلاح وضعیت موجود، با فراهم آوردن مستندات و راهبردهای قابل قبول با استفاده حداکثری از نظرات خبرگانی کشور، به تسهیل پیاده‌سازی آن کمک نماید.

روش کار: مرور عمیق متون و منابع منتشر شده و غیرانتشاریافته (ادبیات خاکستری)، کسب نظرات خبرگانی در چند مرحله و از طیف‌های گسترده داخل و خارج از بدنه نظام سلامت و همچنین دیدگاه‌های موافقین و مخالفین جدی طرح ادغام و تحلیل چند مرحله‌ای نتایج در بحث‌های گروهی، اساس متدلوژی کار بوده‌است. البته خروجی فازهای قبلی این مطالعه که تحلیل وضعیت سلامت کشور و سایر کشورهای جهان، تحلیل راهبردهای ارتقاء سلامت و همچنین توسعه علم و دانش و فناوری کشور در اسناد بالادستی، و ارزیابی کمی و کیفی رشد و توسعه علم و شاخص‌های بهداشتی و درمانی کشور در مقایسه با سایر کشورهای جهان مورد استفاده قرار گرفته و در این مطالعه و جمع‌بندی به عنوان مستند علمی لحاظ شده است.

نتایج:

به صورت خلاصه دو سیاست اصلی به همراه راهبردها و اقدامات عملیاتی به شرح زیر می‌باشد:

سیاست (۱) تعمیق اهداف ادغام در تمامی سطوح آموزشی و ارائه خدمت

راهبرد (۱) تقویت آموزش‌های مبتنی بر نیاز با رویکرد مسأله محوری و در تماس نزدیک با جامعه و متبلور نمودن بیشتر مفهوم پاسخگویی اجتماعی در تمامی سطوح

اقدام (۱) اصلاح کوریکولوم‌های آموزشی در تمامی رشته‌ها با تأکید بر تعمیق بخشیدن اقدامات پیشگیرانه سلامت عمومی

اقدام (۲) اصلاح هدفمند قوانین آموزشی و تحقیقات و فناوری در تقویت رویکرد اثرگذاری اجتماعی

اقدام (۳) ایجاد فضای مناسب آموزشی و تحقیقاتی در عرصه بهداشت، درمان و غذا و دارو

اقدام (۴) نقش‌آفرینی موثرتر کارشناسان و مدیران نظام سلامت کشور در آموزش‌ها و پژوهش‌های حوزه سلامت

اقدام (۵) تقویت آموزش‌های پاسخگو و مبتنی بر فیلد منطبق با سطوح ارائه خدمات و ظرفیت‌سازی آموزشی در سطح اول ارائه خدمات

راهبرد (۲) تقویت ارایه خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر شواهد روزآمد علمی

اقدام (۱) فراهم ساختن شرایط حضور موثرتر و فعالیت در عرصه بهداشت و درمان دانشجویان و
اعضاء هیئت علمی

اقدام (۲) پررنگ نمودن نقش اعضای هیئت علمی در مدیریت نظام ارائه خدمات در تمامی عرصه‌های
خرد و کلان و در شبکه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

سیاست (۲) افزایش انسجام سیاست‌های توسعه علم و فناوری کشور در حوزه سلامت با سایر حوزه‌ها

راهبرد (۱) تقویت ارتباطات علمی وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی با وزارت علوم تحقیقات و فناوری،
معاونت علمی ریاست جمهوری و دانشگاه آزاد اسلامی

اقدام (۱) همسوسازی و یکپارچگی قوانین و مقررات آموزشی و تحقیقات و فناوری

اقدام (۲) تقویت ستادهای هماهنگی و سیاست‌گذاری مشترک میان بدنه‌های مختلف علمی و آموزش
عالی کشور

اقدام (۳) کاهش مقررات و رویه‌های بازدارنده برای همکاریهای علمی و همسو با تمرکز بر رویکرد
همگرایی علوم

راهبرد (۲) تقویت ارتباطات دانشگاه‌های علوم پزشکی و غیرعلوم پزشکی

اقدام (۱) ایجاد ستادهای هماهنگی در سطح دانشگاه‌های اصلی مستقر در هر استان برای تقویت و
نهادینه نمودن مفاهیم همگرایی علوم

اقدام (۲) بازنگری و تقویت سازوکارهای موجود برای ترغیب و تشویق و حمایت از همکاریهای علمی
بین اعضای هیئت علمی و دانشجویان وزارتین و دانشگاه آزاد اسلامی

اقدام (۳) حذف رویه‌های ایجاد کننده گسستگی میان مراکز آموزش عالی و تعمیق بخشی به
همکاریهای متقابل از جمله امکان استفاده دانشجویان از کلیه امکانات آموزشی و تحقیقاتی همه
دانشگاه‌ها و بالا بردن زمینه فعالیت‌های فرهنگی، ورزشی و فرابرنامه‌ای مشترک

از نظر مدیریتی و اطلاع‌رسانی پیشنهاد می‌گردد که در سه سطح فراوزارتی، وزارتی و دانشگاهی شورا و ستادهایی
تشکیل و امور مربوط به این طرح را دنبال نمایند و مفاهیم کلیدی ادغام در درون و خارج از بدنه سلامت کشور به
اطلاع ذینقشان رسانده شود. در این مطالعه برای اجرایی نمودن پیشنهادات فوق جدول کلی زمان‌بندی و تقسیم وظایف
نیز انجام شده است تا در یک دوره ۴-۵ ساله مفاهیم بیان شده عملیاتی شود.

پیشنهادات سیاستی

۱. ایجاد ساختاری برای پیاده‌سازی سیاست‌ها در سه سطح فراوزارتی، وزارتی و دانشگاهی
 ۲. نهایی نمودن نقشه راه فاز سوم ادغام با مشارکت گسترده نهادها و سازمان‌های ذی‌ربط در بدنه اجرایی و تصمیم‌گیری و سیاستگذاری کشور و تصویب آنها
 ۳. قبول مسئولیت پیاده‌سازی نقشه راه فاز سوم ادغام توسط تمامی مدیران ارشد نظام خصوصاً در وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی و رصد کلان پیشرفت کار در سطح ملی
 ۴. تعیین دقیق وظایف رئیس‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ابلاغ آنها و رصد دقیق اقدامات توسط وزیر
- کلیدواژه‌ها:** ادغام آموزش و ارائه خدمات پزشکی، آموزش پاسخگو، علوم پزشکی، همگرایی علوم، آموزش جامعه‌محور

مقدمه

پیشینه ادغام آموزش علوم پزشکی: در طی دهه گذشته آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی ایران با تحولات شگرف روبرو بوده است. ادغام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی در وزارت بهداشت و درمان، بعنوان انقلابی‌ترین حرکت سازمانی، نظام آموزش پزشکی را با شرایط ویژه‌ای 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. جدا از افزایش دانشجو، دستیابی به اهداف دیگری همچون افزایش و گسترش دانشکده و دانشگاهها، قرار گرفتن امکانات بالینی بیشتر در اختیار نظام آموزش نیروی متخصص بهداشتی و درمانی، مشارکت و درگیری بیشتر دانشجویان و اعضاء هیئت علمی بهداشتی و درمانی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه و اتحاد مدیریت بین بخش پرورش نیروی انسانی (عرضه کننده) و مصرف کننده (تقاضا کننده)، نیز از این طرح انتظار می‌رفت (۲).

ضرورت اصلاحات در ادغام آموزش علوم پزشکی: بطور کلی در خصوص مزایا و معایب طرح ادغام بحث و اختلاف نظر فراوانی وجود دارد. هر چند که این طرح مانع چندگانگی مدیریت نظام سلامت شده است اما از طرف دیگر منتقدانه عنوان شده که روندهای آموزشی و درمانی موجود از استانداردهای لازم برخوردار نمی‌باشند. همچنین برخی از گزارش‌ها حاکی از آن است که ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی از یک طرف منجر به توسعه نیروی انسانی متخصص و بهبود شاخص‌های بهداشتی شده اما از طرف دیگر موجب افت کیفیت آموزش پزشکی و ارائه خدمات درمانی در بیمارستانهای آموزشی گردیده است (۳).

در حال حاضر چند گزارش مهم در زمینه ادغام تدوین شده است؛ یک مطالعه در سال ۱۳۷۶ به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام گرفت و در آن محققان با هدف بررسی تغییرات در یک بازه زمانی (۴ساله)، به بررسی تأثیر انحلال سازمان‌های منطقه‌ای و ادغام وظایف آنها در دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداختند. گزارش دیگر حاصل بررسی است که در سال ۲۰۰۶ توسط گروه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت انجام گرفته است (۴). در این مطالعه با استفاده از ابزار پرسشنامه سعی در شناخت تأثیرات ادغام از دیدگاه دانشجویان و اساتید دانشگاه شد ولی با وجود تلاش زیادی که برای این بررسی انجام گرفت، این مطالعه ناتمام باقی‌ماند. در سال ۱۳۹۰، سیاست ادغام بعنوان موضوع یک رساله دکترای تخصصی، تحلیل شد. در سال ۱۳۹۷ نیز دکتر علی‌رضا مرنندی و دکتر فریدون عزیزی در مقاله‌ای با عنوان دستاوردهای ۴۰ ساله انقلاب اسلامی در حوزه سلامت به بررسی راهبردهای ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت پرداختند (۵). در سال ۱۴۰۰ نیز مطالعه دیگری به سفارش کارگروه آموزش فرهنگستان علوم پزشکی در پژوهشکده آینده‌پژوهی در کرمان با عنوان "تحلیل الگوی بومی آموزش علوم پزشکی ایران در راستای تحقق سیادت علمی" انجام شد که در این گزارش کلیه مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام پرداخته‌اند بررسی شدند. به صورت گسترده تاریخچه و سوابق و مقالات منتشر شده مرور شد (۶). بر اساس نتایج این مطالعه، قسمتی از

پیشرفت‌های بهداشت و درمان کشور متأثر از ادغام بوده و نقش این طرح ملی در بهبود وضعیت سلامت مردم شرح داده شده است.

در بررسی مقالات، اهداف و دلایلی برای طرح ادغام بیان شده بود 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 شده است (۱).

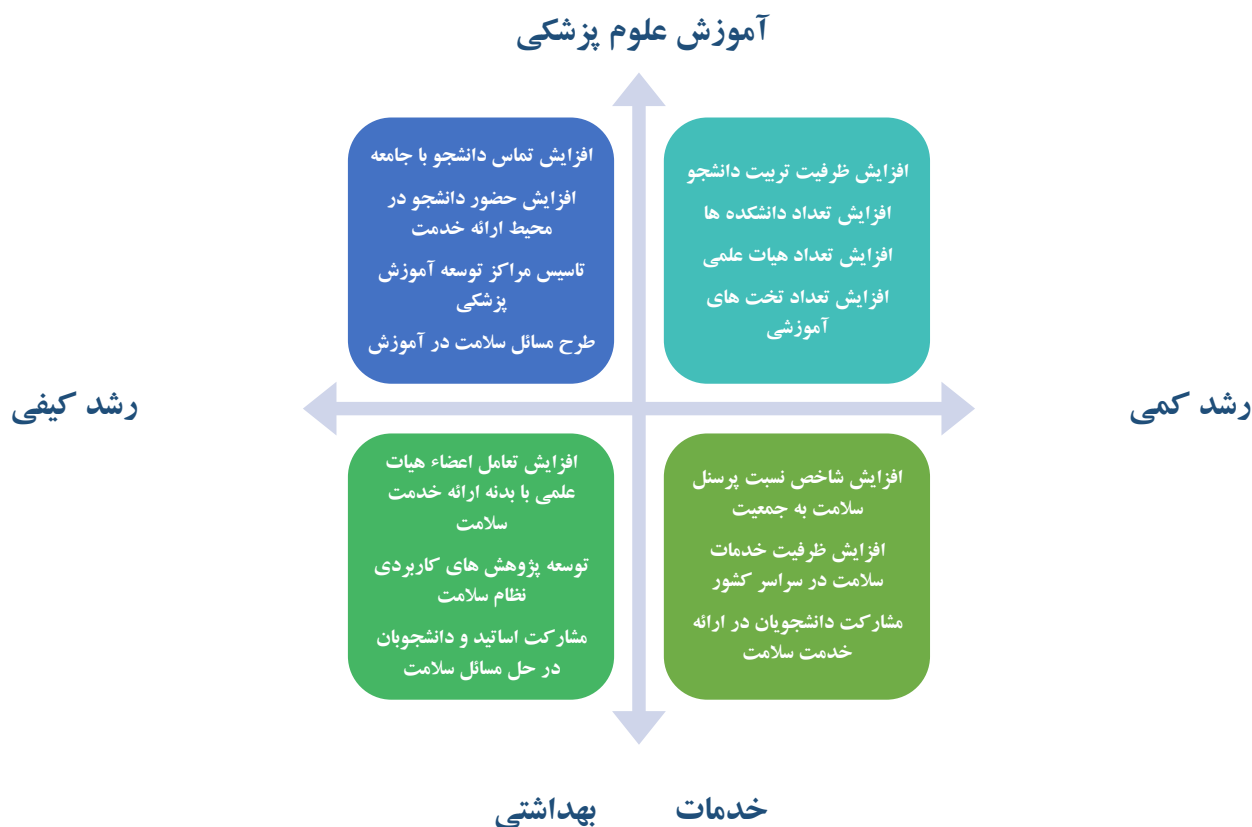
مطالعات مختلف طیفی از اهداف را مطرح نمودند که می‌توان در قالب اهداف کمی و اهداف کیفی ادغام آنها را تقسیم نمود.

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 بی‌نیازی 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).

اهداف کیفی ادغام در بخش آموزش علوم پزشکی عبارت بودند: انجام آموزش و پژوهش مناسب درون نظام ارائه خدمات (محل کار واقعی دانش‌آموختگان) 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 ارتقاء سطح علمی مؤسسات، مراکز خدمات سرپایی و بیمارستان‌های وزارت بهداشتی با دمیدن روح دانشگاهی به تشکیلات فوق و امکان حضور هر چه بیشتر اعضاء هیأت علمی دانشگاه در جامعه، انجام پژوهش‌های کاربردی و ارتقاء کیفیت نظام ارائه خدمات، اهداف کیفی برای افزایش کیفیت خدمات نظام سلامت بودند. مطالعه 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).

سیاست ادغام همزمان اهداف کمی و کیفی را در دو حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت دنبال می‌کرد (۶).



هدف از ادغام استفاده آسان‌تر و مؤثرتر از امکانات و بیمارستانهای تحت پوشش وزارت 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 ارتقاء 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 پرتلاش 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 دانشجوی محور، استفاده از روش‌های نوین برای ارزیابی دانشجویان، اعضای هیات علمی و برنامه‌های آموزشی، توسعه آموزش جامعه‌نگر و گسترش آموزش سرپایی در گستره خدمات سلامت در جامعه از زمره اقدامات مؤثری بود که به منظور ارتقاء 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 (عرضه کننده) 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 دربرداشته‌باشد؛ مسئول دانشگاه به راحتی و با سرعت می‌تواند مشکلات جامعه را در دستور کار بازآموزی کارکنان سلامت قرار دهد یا بودجه تحقیقاتی را برای حل مشکلات سلامت جامعه جهت دهد. اما در مقابل باید دقت شود که این یکپارچگی خود ایجاد عوارضی از جمله تعارض منافع ایجاد نکند.

الگوی نظام ادغام یافته تربیت نیروی انسانی بخش سلامت و نظام ارائه خدمات سلامت در نوع خود یک الگوی منحصربه‌فرد 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 بررسی و تحلیل قرار گرفته‌است. البته باید توجه داشت که گروهی از منتقدان طرح ادغام به این نکته نیز اشاره دارند که اگر این چنین سیستمی موثر و کارا بوده‌است چرا در سطح جهان هیچ کشور دیگری در این مسیر گام برنداشته‌است. این نقد اگرچه قابل تامل است ولی یکی از دلایل اصلی آن را می‌توان در سنگینی و عظیم بودن پروژه دانست که اجرایی نمودن آن یک تحول بسیار بزرگ محسوب می‌شود. این نکته نیز قابل ذکر است که در مطالعات قبلی این تیم تحقیق، مستندات از پیاده‌سازی مفاهیم طرح ادغام را در سطح یک منطقه و به صورت محدود در یک ناحیه جغرافیایی و نه در کل کشور یافته و گزارش نموده‌است.

البته بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند هنوز نظام آموزش و نظام سلامت به طور کامل از تمام ظرفیت‌های ادغام بهره‌مند نشده‌اند، زیرا تاکنون فقط در واحدهای ستادی ادغام صورت گرفته‌است و دامنه ادغام به طور کامل به سطوح محیطی ارائه خدمات سلامت نرسیده‌است.

چالش‌ها و دستاوردهای ادغام: البته طرح ادغام با چالش‌ها و دستاوردهای مثبتی نیز به شرح ذیل روبه‌رو بوده‌است (۶):

چالش‌ها	دستاوردها
<ul style="list-style-type: none"> - گستردگی وسیع دامنه مسئولیتهای دانشگاههای علوم پزشکی و فشار کاری سنگین بر تیم مدیریتی - عدم استمرار و حرکت رو به جلوی طرح ادغام و دور شدن بعضی از اقدامات انجام‌شده طی سه دهه گذشته که باعث سردرگمی سیستم در پیاده‌سازی طرح ادغام و حتی عقب‌گرد شده‌است و در حال حاضر این ابهام را ایجاد کرده که طرح ادغام باید استوار باشد یا خیر - توجه ناکافی به آشنا نمودن دانشجویان، اعضاء هیئت علمی و حتی تیم مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت با مفهوم عمیق ادغام و اهداف آن - کمبود شدید منابع مالی برای تحقق اهداف ادغام به خصوص عدم امکان جذب کافی عضو هیئت علمی که بتواند وظایف محیطی را به خوبی اجرایی نماید 	<ul style="list-style-type: none"> - رشد بسیار سریع کمی نیروی انسانی ماهر برای پوشش کمبودها و ارتقاء شاخص‌های سلامت و نزدیک شدن به استانداردهای بین‌المللی از جمله پوشش وسیع واکسیناسیون، کاهش بسیار سریع مرگ و میر مادران و نوزادان - رشد بسیار سریع زیرساختها در مناطق محروم و افزایش قابل ملاحظه شاخص‌های عدالت و برابری در سلامت - تربیت کیفی نیروی انسانی به شکلی که مفهوم پاسخگویی اجتماعی و آموزش جامعه محور در رشته‌های علوم پزشکی نسبتاً خوب نهادینه شده‌است

ضرورت تدوین نقشه راه ادغام: در گزارش قبل ایرادات و اشکالات و همچنین دستاوردهای طرح ادغام با استفاده از روش مثلث سیاستگذاری تحلیل گردید. سپس میزان پیشرفت در هر یک از جوانب مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش بررسی گردید و نهایتاً بر اساس نقطه نظرات خبرگانی تحلیل شد که درهم‌تنیدگی سیستم ارائه

خدمت با سیستم آموزش و پژوهش به حدی است که امکان انفکاک آنها تقریباً مقدور نیست و البته دستاوردهای آن هم قابل ملاحظه است. اما از سوی دیگر ایراداتی در درون خود دارد و همچنین گسستی که در درون آموزش عالی ایجاد شده، باید ترمیم و اصلاح شود و در نتیجه پیام نهایی گزارش قبلی طراحی فاز جدیدی از طرح ادغام برای به حداکثر رساندن دستاوردها و کاهش عوارض است.

بر این اساس مطالعه حاضر به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی کشور با هدف ارائه نقشه‌راه پیاده‌سازی گام سوم ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ایران آغاز شد تا مختصات پیشنهادی برای فاز سوم ادغام را مشخص نماید. در ابتدا از دید ذی‌نفعان بیرونی طرح ادغام مورد بررسی قرار گرفت و نقدهای سایر گروهها نیز به خوبی شنیده شد و سپس از تلفیق یافته‌ها نقشه راهی عملیاتی و موثر طراحی و پیشنهاد شده که در آن وظایف ذی‌نقشان و واحدهای مختلف تا حدود زیادی مشخص شود تا اگر عزمی بر اصلاح وضعیت موجود حاصل گردد، بتوان بر آن پایه اقدامات موثری را شکل داد.

روش مطالعه

در این مطالعه از روش ترکیبی درون پارادایمی استفاده شد که برای سه سو سازی از بیش از یک روش در تدوین نقشه راه استفاده شد و دارای ۳ فاز می باشد. قسمت قابل ملاحظه‌ای از بررسی متون و جمع‌آوری نظرات خبرگانی در مطالعه قبلی به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی انجام شده‌است و مستقیماً به عنوان منابع اطلاعاتی برای این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت.

فازهای این مطالعه عبارت است از:

فاز ۱) جمع‌آوری داده‌های لازم برای تدوین نسخه اولیه نقشه‌راه

۱. بررسی و تحلیل نظرات خبرگان خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این اطلاعات با رویکردی کیفی با استفاده از روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند و هدفمند انجام شدند که در این مرحله، مصاحبه‌شوندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند، از میان صاحب‌نظران و خبرگان افراد کلیدی و تاثیرگذار در فرآیند ادغام در چهار دهه گذشته انتخاب شدند. در این قسمت سعی شد از طریق مصاحبه با مدیران ارشد فعلی و قبلی وزارت علوم تحقیقات و فناوری و اعضاء هیئت علمی برجسته از رشته‌های فنی-مهندسی، علوم پایه و علوم انسانی، دیدگاه‌های ایشان در خصوص اجرا شدن طرح ادغام و اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن بر آموزش عالی دریافت و تحلیل گردد^۱. در این قسمت ۴ مصاحبه گروهی به شکل از راه دور و ۶ مصاحبه حضوری انجام و در مجموع نقطه نظرات ۱۶ نفر دریافت گردید. همچنین مستندات و مکتوبات بعضی از صاحب‌نظران مذکور دریافت و محتوای این نقدها و تحلیل‌ها نیز مورد استفاده قرار گرفت.

فاز ۲) تدوین نقشه‌راه

۱. تشکیل جلسات خبرگانی و ارائه مستندات و نتایج مطالعات انجام شده و نقد و بررسی آنها: در این قسمت سه جلسه عمدتاً از نوع بارش افکار انجام و افراد به صورت آزاد صحبت‌ها و راهکارهای خود را ارائه نمودند. در مجموع در این جلسات تقریباً ۳۵ خبره وارد و افکار و ایده‌های آنها مورد بررسی قرار گرفت.

۲. به اشتراک‌گذاری یافته‌های مطالعه و جمع‌بندی تیم تحقیق با جمع محدودی از خبرگان و افراد صاحب‌نظر کشوری برای اطمینان از جامع و قابل اجرا بودن پیشنهادات ارائه شده. در این قسمت یافته‌ها برای ۱۲ فرد متخصص ارسال به صورت مکتوب و یا تلفنی بازخورد ایشان دریافت گردید.

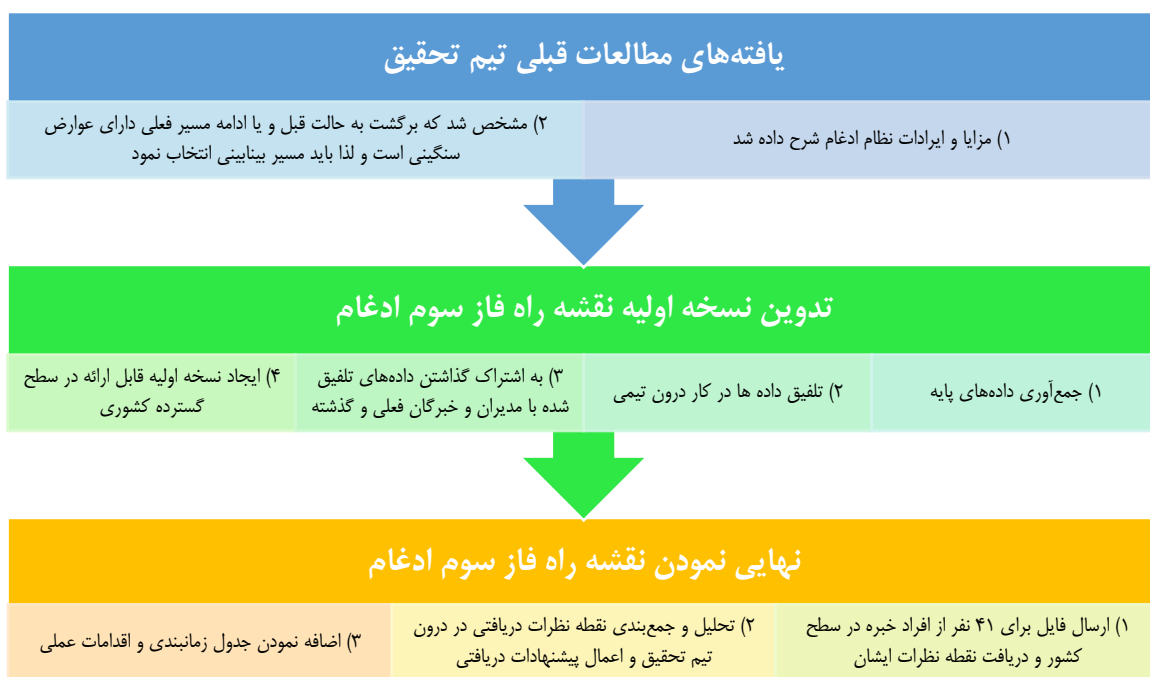
۳. نهایی نمودن یافته‌ها و تولید نقشه‌راهی که اقدامات و برنامه‌های جامعی را پیشنهاد می‌نماید تا با اجرایی کردن آنها بتوان فاز سوم طرح ادغام را کلید زد. نقشه‌راه تدوینی دارای فصول مختلفی از جمله الف) افزایش تعامل علمی با وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، ب) افزایش تعامل در سطوح سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان با مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و مجمع تشخیص مصلحت نظام، ج) تقویت همکاری موثر بخش علمی و ارائه خدمات سلامت در سطح ستاد وزارت، د) تقویت همکاری موثر بخش علمی و ارائه خدمات

^۱ مقاله تحلیل سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در سیستم ارائه خدمت از دیدگاه ذینفعان بیرون از نظام سلامت

سلامت در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، و ه) پیوست‌های لازم برای اصلاح قوانین و مقررات و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها و شیوه پیاده‌سازی می‌باشد. در این قسمت، فعالیت‌های اصلی در ۴ سطح تقسیم شدند، که عبارتند از (۱) اطلاع‌رسانی و هماهنگی (۲) اصلاح تشکیلات (۳) ساختار علمی و (۴) ساختار ارائه خدمات سلامت. البته در هر قسمت بعضی از فعالیت‌ها باید توسط ستاد وزارت هماهنگ و در کل کشور انجام شود و قسمتی از فعالیت‌ها باید در سطح درون دانشگاهی شکل گیرد.

فاز ۳) نظرخواهی و اعتبارسنجی نقشه‌راه تدوین شده و شناسایی ایرادات و تدوین نسخه مورد تایید خبرگان کشور

در این فاز در سطح وزارت و فرهنگستان علوم پزشکی جلسات متواتری تشکیل و از سامانه نظر جمع هم استفاده شد تا امکان دریافت نقطه نظرات اصلاح/ارتقایی خبرگان کشوری فراهم گردد. همچنین حداقل با ۱۴۱ صاحب‌نظر در داخل و خارج از وزارت بهداشت نقشه‌راه تدوین شده به بحث گذاشته شد و نظرات ارشادی ایشان جمع‌آوری و لحاظ شد.



^۱ جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی - جناب آقای دکتر سید وحید احمدی طباطبایی - جناب آقای دکتر مهدی افشاری - جناب آقای دکتر عباس اسماعیلی - جناب آقای دکتر علیرضا انصاری مقدم - جناب آقای دکتر عابدین ایرانیپور - جناب آقای دکتر کامران باقری لنگرانی - جناب آقای دکتر علیرضا بیگلری - جناب آقای دکتر عباس پرداختی - جناب آقای دکتر امیرحسین تکیان - سرکار خانم دکتر معصومه جرجانی - جناب آقای دکتر علی جعفریان - جناب آقای دکتر حسن جولایی - سرکار خانم دکتر طاهره چنگیز - جناب آقای دکتر آبتین حیدرزاده - جناب آقای دکتر محمد خاکساری حداد - جناب آقای دکتر پیام خزالی - جناب آقای دکتر شهریار دبیری - جناب آقای دکتر رضا دهنویه - جناب آقای دکتر غلامرضا سلیمانی - جناب آقای دکتر حمید شریفی - جناب آقای دکتر احسان شریفی پور - جناب آقای دکتر احسان شمس - جناب آقای دکتر محسن ضیائی - جناب آقای دکتر فرشید عابدی - جناب آقای دکتر عباس فروتن - جناب آقای دکتر مصطفی قانعی - جناب آقای دکتر محمد جواد کبیر - سرکار خانم دکتر خدیجه رضایی کیخانی - جناب آقای دکتر رضا گودرزی - جناب آقای دکتر باقر لاریجانی - جناب آقای دکتر محمد علی محقق - جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی - سرکار خانم دکتر الهه ملک‌ان راد - جناب آقای دکتر رضا ملک پور افشار - جناب آقای دکتر نادر ممتازمنش - جناب آقای دکتر محمد حسین مهرالحسنی - جناب آقای دکتر وحید میرزایی - جناب آقای دکتر نوذر نخعی - جناب آقای دکتر مجید فصیحی هرنندی - جناب آقای دکتر وحید یزدی فیض آبادی.

تحلیل جنبه‌های مختلف تاثیر گذاری ادغام در نظام آموزش علوم پزشکی

در فاز سوم ادغام، ضروری است همزمان به سمت پاسخگویی اجتماعی در هر دو حوزه آموزش و پژوهش حرکت کنیم و ارتباط بین وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی با وزارت علوم تحقیقات و فناوری تقویت و مستحکم شود. به صورت بسیار خلاصه ابعاد ارتقایی که باید در این زمینه مورد توجه قرار بگیرند در شکل زیر خلاصه شده و توضیحات مبسوط‌تر در پیوست شماره ۱ آورده شده‌است.



بر اساس این تحلیل برای نهادینه نمودن ادغام لازم است (۱) به جایگاه واقعی دانشگاه به عنوان نهاد علم اهتمام کافی به عمل و استقلال آنها در عمل به رسمیت شمرده شود، (۲) ساختار درون دانشگاه‌های علوم پزشکی مستحکم و منسجم شود تا بین اجزای آن در حوزه ارائه خدمات سلامت و فعالیت‌های علمی (آموزشی و پژوهش و فناوری) ارتباط قوی برقرار و (۳) ارتباطات کارا و موثر و پویا بین دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برقرار گردد. در ذیل این سه راهبرد اصلی باید مفاهیم همگرایی و مرجعیت علمی، و اهتمام به آموزش و پژوهش جامعه‌محور و پاسخگو سرلوحه فعالیت‌ها قرار گیرد.

لذا به منظور توجه به تمام ابعاد ادغام در نقشه راه ضروری است مفاهیم ادغام در تمامی رشته‌های علوم پزشکی از جمله دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، پیراپزشکی، توانبخشی، علوم سلامت و حتی رشته‌های علوم نوین به شدت تقویت گردد. همچنین بوردهای تخصصی در تمامی رشته‌های علوم پزشکی باید با مفاهیم واقعی ادغام آشنا و برای نهادینه نمودن این مفاهیم در برنامه‌های درسی به صورت فعال اقدام نمایند. بدین منظور می‌بایست کوریکولوم‌های آموزشی در تمامی رشته‌ها مورد بازنگری قرار گیرند و تمام بوردهای تخصصی را دربرگیرند و تاکید بر تحول آموزش پزشکی در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه صورت گیرد.

از نظر ساختار علمی ضروری است اصلاحاتی هم در حوزه آموزش و هم در حوزه پژوهش صورت گیرد. برای دستیابی به این مهم پیشنهاد می‌شود به همگرایی علوم با همه رشته‌ها اعم از علوم پزشکی و غیرعلوم پزشکی و همچنین آموزش و تحقیقات جامعه محور توجه شود. در این راستا لازم است ارتباطات علمی وزارت بهداشت با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت علمی ریاست جمهوری و دانشگاه آزاد اسلامی افزایش و زمینه همگرایی علوم تقویت شود. بر این اساس گسست موجود بین وزارتین باید کاهش یافته و هماهنگی‌های علمی دو وزارت در سطح ستادی و عملیاتی به شدت ارتقاء یابد و مرزهای کشیده شده در مراودات علمی به حداقل برسد.

ساختار و فضای عمومی سه معاونت بهداشت، درمان و غذا و دارو در دانشگاهها نیز باید پذیرای حضور حداکثری و موثر دانشجویان و اعضاء هیئت علمی باشند و از طرفی دانشکده‌ها، گروه‌های آموزشی و معاونتهای آموزشی و پژوهشی باید برای پاسخ به نیازهای جامعه حساسیت بالاتری از خود نشان دهند.

از نظر مدیریتی و اطلاع‌رسانی پیشنهاد می‌گردد که در سه سطح فراوزارتی، وزارتی و دانشگاهی شورا و ستادهایی تشکیل و امور مربوط به این طرح را دنبال نمایند و مفاهیم کلیدی ادغام در درون و خارج از بدنه سلامت کشور به اطلاع ذینقشان رسانده شود.

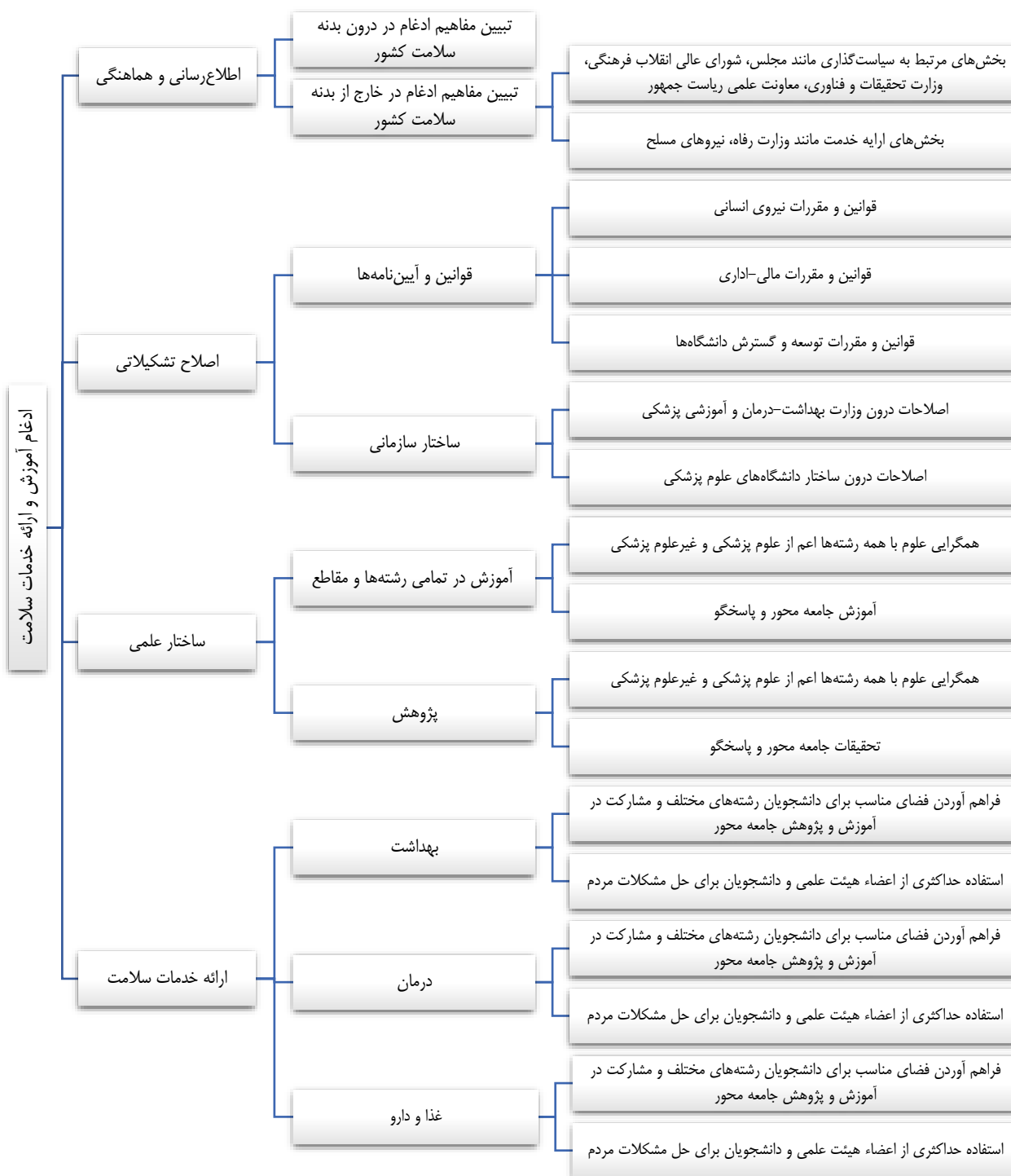
مسیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی آموزش پزشکی در ایران گویای این مهم است که ادغام آموزش پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بهترین استراتژی برای پاسخگویی نظام سلامت و پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی است لذا تغییر مسیر مراکز جامع خدمات سلامت به سمت مرکز آموزش پزشکی پاسخگو و تدوین و طراحی مدل‌ها و برنامه‌هایی جهت آموزش و آشنایی بیشتر دانشجویان با پاسخگویی اجتماعی و در نتیجه مسئولیت‌پذیر نمودن فراگیران در ارائه بهتر مراقبت‌های سلامت ضروری به نظر می‌رسد.

کلیات نقشه‌راه پیشنهادی

برای بررسی دقیق ابعاد ادغام و زوایایی که در نقشه‌راه باید بدان پرداخته‌شود، شکل زیر طراحی گردیده‌است و زمانی می‌توان گفت که به سمت ادغام کامل حرکت خواهد شد که تمامی این ابعاد هماهنگ و هم‌سو رشد نمایند. همانگونه که در این تصویر نمایان است، علاوه بر اصلاحات نرم مانند تغییر باورها و نگرشهای درون و برون سازمانی و اصلاح تشکیلات و آئین‌نامه‌ها و مقررات، لازم است برای اصلاحات زیربنایی در شیوه مدیریت آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای صورت گیرد.

این ساختار مفهومی نشان می‌دهد که باید اقدامات متنوع و گسترده‌ای در کلیه حوزه‌ها و سطح درون و برون وزارتی انجام و فضای بیرون حوزه سلامت همراه با جو و فضای درون سیستمی با هم و هماهنگ مدیریت و ارتقاء یابند تا اثربخشی برنامه به حداکثر برسد. قطعاً تمرکز بر یک قسمت از این ساختار و فراموش نمودن سایر اجزا نتیجه لازم را حاصل ننموده و باعث هرز رفتن منابع می‌شود.

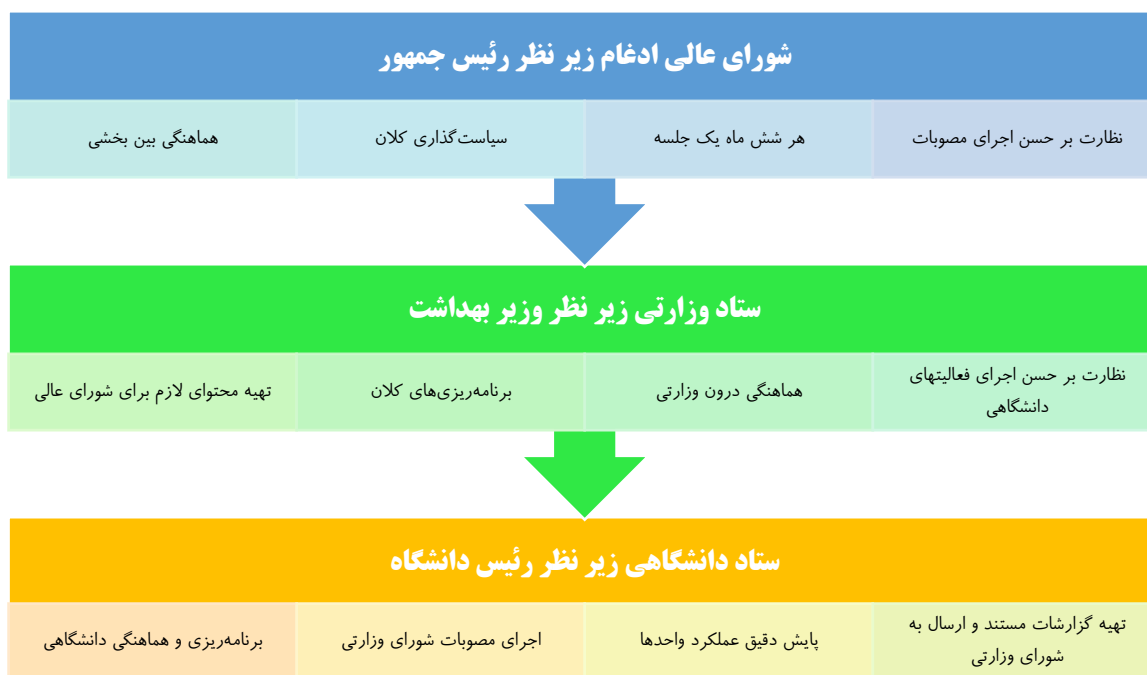
بر اساس این تحلیل نشان می‌دهد که اصلاحات هم باید در ساختار علمی یعنی بخش آموزش و پژوهش صورت گیرد و هم در بخش ارائه خدمات سلامت، یعنی بخش بهداشت و درمان. اما هم‌زمان باید به اصلاح فرایندهای پشتیبانی از جمله مدیریت نیروی انسانی و توزیع منابع توجه شود و هم برای فرهنگسازی و همراه کردن افکار عمومی به صورت اقلنایبی و مشارکتی اقدام نمود.



اطلاع‌رسانی و هماهنگی

ساختار پیشنهادی برای پیاده‌سازی نقشه راه

از نظر مدیریتی و تشکیلاتی پیشنهاد می‌گردد که در سه سطح فراوزارتی، وزارتی و دانشگاهی شورا و ستادهایی تشکیل و امور مربوط به این طرح را دنبال نمایند.



شورای عالی فراوزارتی

در سطح ریاست جمهور تشکیل و با تشکیل جلساتی هر شش ماه یکبار نظارت کامل و جامعی بر پیاده‌سازی صحیح امور خواهد داشت. دبیرخانه این شورا می‌تواند در وزارت بهداشت تشکیل و یا به نهاد ریاست جمهوری واگذار شود. در صورتی که سیاست افزایش شوراهای عالی وجود داشته‌باشد، مسئولیت این شورا می‌تواند به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی واگذار گردد ولی شرط آن این است که به صورت مستمر و برنامه‌ریزی شده جلسات خاصی تحت عنوان طرح ادغام تشکیل گردد. همچنین با توجه به ماهیت موضوع لازم است که در این جلسات بعضی از افراد حقوقی مانند وزیر تحقیقات و فناوری نیز به عنوان عضو خاص و ویژه حاضر باشند. لازم به ذکر است که این شورا در صورتی می‌تواند موثر واقع شود که نگرش حاکم بر آن در جهت تعمیق ادغام باشد و در صورت عدم اغنای اعضاء کلیدی آن، مخالفت‌ها و موانع جدیدی ایجاد می‌شود که سرعت و اثرگذاری این فعالیت‌های اصلاحی را زیر سوال خواهد برد.

ستاد وزارتی

وزیر بهداشت باید به صورت مستمر و با برنامه‌ریزی جلسات ماهیانه‌ای را با موضوع ادغام ترتیب و با اولویت به امور آن رسیدگی نمایند. دبیرخانه این ستاد در دفتر وزارتی تشکیل و تمامی معاونین وزیر مرتبط عضو آن هستند. تنظیم

آیین‌نامه‌ها و تصویب آنها و همچنین تدوین موضوعات بحث در شورای عالی فراوزارتی از جمله وظایف این شورا بوده و همچنین نظارت بر حسن انجام مسئولیت‌های محوله به دانشگاه‌ها را نیز به عهده دارد.

ستاد دانشگاهی

رئیس هر دانشگاه موظف است شورای متشکل از افراد حقیقی و حقوقی مرتبط تشکیل دهد و مسئولیت پیاده‌سازی امور مربوط به ادغام توسط این ستاد مصوب، ابلاغ، اجرا و نظارت خواهد شد. این شورا باید هر ماه حداقل ۲ بار تشکیل و اقدامات لازم اجرایی را برای پیاده‌سازی روان و کم‌چالش سیاست‌های ابلاغی و مصوبات درونی خود بگیرد. دبیرخانه این ستاد نیز در دفتر رئیس دانشگاه تشکیل خواهد شد.

تبیین مفاهیم ادغام در بدنه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بازیگران اصلی ذی‌نقشان کلیدی که در بدنه ارائه خدمات سلامت و آموزش و پژوهش علوم پزشکی مشغول به کار هستند، باید با مبانی و مفاهیم کلیدی ادغام، اثرات مثبت و عوارض آن آشنا شده و برای بهبود این حرکت حداکثر مشارکت را داشته باشند. برای این مهم لازم است زمینه جلب مشارکت فکری و همچنین اجرایی ایشان فراهم گردد. در یک نگاه کلی گروه‌های اصلی مخاطب این برنامه عبارتند از:



عموم این مخاطبین در حال حاضر اطلاعات دقیقی از طرح ادغام و مزایا و اشکالات آن ندارند و به همین دلیل تقریباً بسیاری از مشکلات موجود سیستم را به ادغام نسبت می‌دهند و البته گاه مدیران برای دفاع از برنامه‌های جاری، تمامی موفقیتها و پیشرفت‌های دهه‌های اخیر را منتسب به این طرح می‌دانند و معرفی می‌کنند. به همین دلیل باید به صورت

شفاف و به شکلی مشارکتی و با حداکثر پاسخگویی دبیرخانه کشوری تلاش نماید مستمراً اطلاع‌رسانی انجام و بازخورد این گروه‌ها را به برنامه دریافت و رصد نماید.

برای این مهم برگزاری آشنایی دوره‌های آموزشی، ایجاد کرسی‌ها و بحث‌های اندیشکده‌ای و ترغیب و تشویق به تحقیق در این حوزه می‌تواند ابزارهایی کارا برای ایجاد زبان مشترک و هم‌فکری و جلب مشارکت محسوب شود. به نظر می‌رسد در صورت تهیه محتوای مناسب، طول مدت دوره‌ها می‌تواند در حد یک یا دو جلسه ۲ ساعته تنظیم گردد و اجرای حضوری آن به صورت غیرمتمرکز به تفکیک دانشکده و بیمارستان و برای زیرگروه‌های مختلف انجام شود. واحدهای مختلف باید مسئولیت برگزاری را به عهده داشته‌باشند به عنوان مثال پرستاران باید توسط معاونت پرستاری و دفاتر پرستاری و دانشجویان و اعضاء هیئت علمی توسط معاونت آموزشی و پرسنل بهداشت توسط این معاونت با موضوع ادغام آشنا شوند.

لازم است این دوره‌های آشنایی طی یک سال اول برنامه در کل کشور اجرا و در صورت نیاز به صورت سالانه تکرار شوند. همچنین از طریق آموزش‌های از راه دور و محتوای مجازی که در سطح وزارت و دانشگاه‌ها تنظیم می‌شود، اطلاعات دقیق و صحیح در مورد طرح ادغام، اهداف، برنامه عملیاتی و نتایج آن به ذی‌نفعان و ذی‌نقشان ارائه شود. البته جلسات کوتاه و اثرگذاری نیز باید در سطح استان‌ها و در شورای اداری استان طرح شود تا سایر نهادها و مدیریت‌های استان نیز در جریان این برنامه کشوری قرار گیرند. مسئولیت تنظیم این جلسات باید توسط وزیر کشور به استان‌ها ابلاغ و ارائه مطالب به رئیس دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان سپرده‌شود.

عنوان	مسئول پیاده‌سازی ۱	مسئول پیاده‌سازی ۲
تولید محتوا	ستاد وزارتی مسئولیت تولید محتوا را دارد که یا مستقیم توسط وزارت و یا واگذاری هدفمند بعضی موضوعات به دانشگاه‌ها جهت تولید محتوا برای کل کشور اقدام می‌نماید	
اجرای برنامه‌ها	ستاد وزارتی برای انتقال محتوا به دانشگاه‌ها	ستاد دانشگاهی برای برگزاری زیرگروه‌های مختلف توسط معاونت‌های آموزشی، بهداشت و درمان
ارزیابی اثربخشی	ستاد دانشگاهی موظف است رصد دقیقی از ارزیابی اثربخشی و تعیین نیازهای آموزشی تنظیم نماید	

تبیین مفاهیم ادغام در خارج از بدنه سلامت کشور

لازم است مفاهیم اصلی طرح ادغام به صورت شفاف و روشن و دلایل اصلی اجرای این طرح و مزایا و محدودیت‌های آن به خوبی برای سایر نهادها، سازمان‌ها و وزارت‌های مرتبط تبیین شود. طرف‌های مذکور طیف وسیعی را تشکیل می‌دهند و باید به صورت اغنایی موضوعات به اطلاع ایشان برسد و نقطه‌نظرات ایشان دریافت و در برنامه لحاظ گردد.

گروهی از این مخاطبین در حوزه‌های سیاست‌گذاری هستند مانند مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت علمی ریاست جمهوری و گروهی نیز در ارائه خدمات سلامت و البته آموزش عالی همکار و همراه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.

با توجه به صراحت موضوع ادغام در قوانین و سیاست‌های بالادستی، فرصت بسیار خوبی فراهم شده تا در سطح مختلف و با تکیه به این سیاست‌ها، فرایند برنامه‌ریزی و اجرا با هماهنگی حداکثری تنظیم گردد. البته قطعاً ابهامات زیادی توسط سایر بازیگران وجود دارد که بدون اهتمام به این دغدغه‌ها و نقطه نظرات و بحث‌های اغنایی قطعاً اجرای جامع و کامل برنامه به کمترین اصطکاک مقدور نیست.

از دو وجه موضوع ادغام در سطح خارج از بدنه سلامت کشور قابل طرح است. یک وجه آن توسعه علمی آموزش عالی کشور است که مهمترین همکار و همراه وزارت علوم، تحقیقات و فناوری است و به دلیل عدم هم‌زبانی در حوزه ادغام طی دو سه دهه گذشته، بیشترین اعتراضات و اشکالات از سوی این وزارت طرح و در سطوح عالی تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مطرح بوده‌است. مهمترین ایرادی که از این سو بیان می‌شود گسست و شکاف بین برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه آموزش عالی کشور (آموزش، پژوهش و فناوری) بوده که زمینه همگرایی علوم را نیز کاهش داده‌است. لذا با محوریت وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، باید سیاست‌های دو وزارت برای توسعه علوم و فناوری بازنگری و هماهنگی حداکثری فراهم آید تا ادغام در این حوزه به صورت عملکردی نه ساختاری متبلور و علی‌رغم جدایی دو وزارت، برنامه‌های توسعه علمی هم‌سو گردد. در این راستا در صورت نیاز باید شورای عالی انقلاب فرهنگی، کمیسیون آموزش مجلس و معاونت علمی ریاست جمهوری زمینه این تفاهات را فراهم نمایند. نزدیک نمودن آیین‌نامه‌ها و مقررات، تقویت همکاری‌های معاونت‌های متناظر دو وزارت، و تدوین برنامه‌های کلان مشترک برای نزدیک کردن دانشگاه‌های علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی از ضروریات این قسمت می‌باشد.

در وجه دوم، پیاده‌سازی مفاهیم ادغام در ارتباط با سایر سازمان‌ها و وزارت‌هایی است که در ارائه خدمات سلامت شریک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند. از آنجایی که وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و نیروهای مسلح در ارائه خدمات خصوصاً خدمات درمانی فعالیت‌های گسترده‌ای دارند، لازم است ایشان نیز با برنامه ادغام آشنا و جلب مشارکت حداکثری آنها فراهم گردد. برای این مهم نیز لازم است برنامه‌ریزی و اقدامات موثری صورت گیرد.

عنوان	مسئول پیاده‌سازی ۱	مسئول پیاده‌سازی ۲
هماهنگی بخش‌های آموزش عالی کشور	شورای عالی کشوری مسئولیت تنظیم و تصویب سیاست‌های لازم را به عهده دارد تا شرکای اصلی خصوصاً وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را فعال و مسئولیت‌های مشخصی به دو وزارت برای نزدیکی بیشتر آنها فراهم نماید	مسئولیت هماهنگی در راستای همگرایی علوم دو وزارت بر عهده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری است که با تشکیل جلسات فنی زمینه هماهنگی حداکثری علمی دو وزارت را فراهم آورد
هماهنگی بخش‌های فعال در ارائه خدمات سلامت	شورای عالی کشوری برای سیاست‌گذاری و تصویب آئین‌نامه‌های لازم	ستاد وزارتی برای هماهنگی حداکثری با سایر شرکا از جمله وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بخش ارائه خدمات درمانی نیروهای مسلح

برای هماهنگی بیشتر دانشگاه‌های دو وزارت
باید از سوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و
همچنین وزیر کشور، مسئولیت‌هایی به این
دانشگاه‌ها و استانداران داده‌شود تا زمینه
استفاده حداکثری از امکانات دو وزارت برای
اعضاء هیئت علمی و دانشجویان فراهم‌گردد

ستاد دانشگاهی موظف است به دقت مصوبات
کشوری را بررسی و در اجرایی نمودن امور اقدام
نماید

هماهنگی‌های درون
استانی

اصلاح تشکیلاتی

برای اجرای صحیح ادغام لازم است حوزه‌های پشتیبانی نیز هماهنگ و هم‌زمان تغییراتی را در خود ایجاد نمایند تا فرایندهای ادغام با کمترین اصطکاک و حداکثر سرعت شکل بگیرند. در این راستا اهم اقداماتی که باید صورت گیرد به شرح زیر می‌باشد:

اصلاح قوانین و مقررات

قوانین و مقررات فعلی وزارت گاه با روح و نگاه ادغام هماهنگ نیست و در بعضی مواقع نه تنها حامی و تسریع کننده پیاده‌سازی نیستند بلکه به عنوان ترمز عمل نموده و فعالیت‌ها را کند و بی‌اثر می‌کند. سه گروه اصلی قوانین و مقرراتی که به عنوان پیش‌ران اصلاحات در این قسمت باید تغییر و ارتقا یابند در جدول زیر خلاصه شده‌اند.

قوانین و مقررات	توضیحات
نیروی انسانی	<p>در جذب، تبیین شرح وظایف، و نظارت و پایش عملکرد نیروی انسانی باید تغییرات اساسی صورت گیرد. به شکلی که حقوق و مزایا، فرایندهای ارتقاء کارمندی و هیئت علمی و شیوه پایش عملکرد افراد فعال در معاونت‌ها و حوزه‌های مختلف و حتی وزارتین تا حد امکان یکسان شده و تفاوتها به حداقل برسد و همچنین انتظارات از ایشان منحصر به یکی از حوزه‌ها نباشد. یعنی یک عضو هیئت علمی فعال در دانشکده‌ها و یا بیمارستان‌ها بدانند که مسئولیت‌هایی در قبال ادغام داشته و وظایف آنها منحصر به تدریس و تحقیق نیست. همچنین یک پرستار در ساختار ادغام یافته علاوه بر وظایف پرستاری، مسئولیت‌هایی نیز در سایر حوزه‌ها دارد. بر این اساس قطعاً باید تمامی شرح وظایف منطبق بر روح ادغام اصلاح و زمینه تبلور وظایف جدید در سیستم فراهم شود. به عنوان مثال یک عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت باید بدانند در قبال ارائه خدمت سلامت در جامعه چه نقشی دارد و این نقش تعریف و مصوب شده باید مورد ارزیابی قرار گرفته و در حقوق و مزایا و پایه سالانه و نظام ادغام رتبه علمی نیز تاثیرگذار باشد.</p>
مالی-اداری	<p>تشکیلات فعلی مالی-اداری نیز حامی کامل نظام ادغام یافته نیست. بر این اساس باید مشخصاً مدل بودجه‌ریزی و تامین منابع مالی از حالت فعلی خارج و فصول آموزش و بهداشت-درمان در بودجه‌ریزی نزدیک‌تر به هم شوند. در حال حاضر بودجه تحقیقات خیلی متصل به فعالیت‌های تحقیقاتی و فناوری در عرصه ارائه خدمت نیست و حق‌التدریس به شکلی تنظیم نشده که اعضاء هیئت علمی را ترغیب به فعالیت در محیط بهداشتی و درمانی نماید.</p> <p>همچنین ساختار اداری نیز پشتیبانی کافی را ندارد. بین دانشکده بهداشت و مدیریت با معاونت‌های بهداشت و درمان رابطه‌ای نیست و نقش دانشکده داروسازی در مدیریت معاونت غذا و دارو روشن نیست. همچنین دانشکده دندانپزشکی جایگاهی در ارائه خدمات ندارد. اگرچه نقش دانشکده پزشکی در مدیریت بیمارستانها تا حدودی تعریف شده اما ابهامات بسیار زیادی در این قسمت وجود دارد. اینکه رئیس بیمارستان‌های آموزشی چه ارتباطی با معاونت درمان و چه ارتباطی با دانشکده پزشکی دارند و اینکه</p>

گروه‌های آموزشی باید چه کمک‌هایی را به شبکه بهداشتی و درمانی در تمامی شهرها و روستاهای تحت پوشش دانشگاه باید داشته‌باشند.

در حال حاضر در تصمیمات شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی یعنی توسعه دانشکده‌ها و گروه‌های آموزشی و مراکز تحقیقاتی و جذب اعضاء هیئت علمی و رشته‌های جدید نقشی برای بخش بهداشت و درمان قائل نیست و عموماً توسعه صرفاً بر پایه شاخص‌های علمی و نه نیاز و توانمندی شبکه بهداشت و درمان صورت می‌گیرد. در مقابل در توسعه زیرساخت‌های بهداشت و درمان، کمتر توجه به توانمندی‌های علمی صورت می‌گیرد. به عبارتی در فرایند تصمیم‌گیری برای تاسیس یک بیمارستان جدید، به صورت ساختارمند نقطه نظرات گروه‌های آموزشی و دانشکده پزشکی و پیراپزشکی پرسیده می‌شود. با توجه به روح یکپارچه‌ای که نظام ادغام برای دانشگاه‌های علوم پزشکی قائل است، لازم است تا توسعه همه‌جانبه و هماهنگ تمامی اجزا با هم دیده‌شود.

توسعه
و
گسترش
دانشگاه‌ها

ساختار سازمانی

در حال حاضر در ستاد وزارت، معاونت‌های مرتبط به فعالیت‌های علمی شامل آموزش، تحقیقات و فناوری و فرهنگی دانشجویی در کنار معاونت‌های مربوط به ارائه خدمات شامل بهداشت و درمان کار می‌کنند. همچنین معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی، سازمان غذا و دارو، سازمان اورژانس، بیمه سلامت ذیل وزارت فعالیت دارند. اما واقعیت آن است که حصار سنگینی در هر حوزه و معاونت وجود دارد و ارتباط افقی بین اجزای این تشکیلات به خوبی شکل نگرفته‌است. به عنوان مثال در برآورد تعداد مورد نیاز به نیروی انسانی با تخصص‌های مختلف و شیوه جذب و بکارگیری آنها بین معاونت‌ها توافق نظر پایداری وجود ندارد و در بعضی رشته‌ها تربیت بیشتر و در بعضی رشته‌ها کمتر از نیاز است. همچنین تخصص و توانمندی نیروهای تربیت شده با مهارت‌های شغلی آینده آنها تناسب ندارد. بعضی حرفه‌های جدید در نظام سلامت ایجاد شده مانند مراقبت سلامت، که سیستم آموزشی وزارت در تربیت آنها مشخصاً برنامه‌ای ندارد. در عوض تعداد زیادی رشته جدید با کاربری‌های قوی ایجاد شده که دانش‌آموختگان آنها به سادگی نمی‌توانند فرصت شغلی مناسب را بیابند و در شرایط جذب مشاغل مرتبط به سادگی رشته‌های جدید وارد نمی‌شوند.

این گسست بین معاونت‌های بهداشت و درمان نیز وجود دارد و شیوه تعامل موثر آنها نیاز به اصلاحاتی دارد. همچنین پشتیبانی لازم از فعالیت‌های تخصصی در محیط به سادگی شکل نمی‌گیرد. به عبارتی گسست بین معاونت‌ها و حوزه‌های مدیریت هم در دانشگاه‌های علوم پزشکی و هم در سطح وزارت وجود دارد و لازم است در مدل جدید ادغام برای این مهم راهکارهای اساسی اندیشیده‌شود.

برای تحقق این مسئله باید در بازنگری‌های خرد و کلان تشکیلات وزارت حتماً مفهوم و اهداف ادغام به صورت پررنگ مد نظر باشد و تلاش گردد با تدوین ساختارهایی عمدتاً از جنس دبیرخانه، ارتباط افقی بین معاونت‌ها و حوزه‌های مدیریتی تقویت شود. به عنوان مثال بحث تربیت و بکارگیری نیروی انسانی یکی از مباحث کلیدی نظام سلامت است و باید دبیرخانه‌ای قوی شکل بگیرد که با عضویت و فعالیت جدی معاونت‌ها تصمیماتی یکپارچه گرفته‌شود که لازم‌الاجرا باشند و معاونت‌ها اقدامات خود را با این سیاست‌ها هماهنگ نمایند.

از جمله دبیرخانه‌های بین حوزه‌ای جدی در وزارت مدل توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. هماهنگی بین شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی (دبیرخانه مستقر در معاونت آموزشی)، گسترش شبکه معاونت بهداشت و کمیسیون ماده ۲۰ معاونت درمان تقریباً مستقل از هم کار می‌کنند و هیچ هماهنگی بین آنها نیست به همین دلیل توسعه تربیت رشته‌ها و تخصص‌ها در دانشگاه‌ها مستقل از توسعه تخت‌ها و تجهیزات بیمارستانی و منفک از برنامه توسعه شبکه بهداشت و درمان است.

از اقدامات جدی و اساسی دیگر، هماهنگی بین نهادهای ارزیابی و رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. مدل ارزیابی و سطح‌بندی و رتبه‌بندی در معاونت‌ها کاملاً مستقل و با شاخص‌هایی عمدتاً از جنس فرایند و یا ورودی و خروجی حوزه‌ای و در نتیجه اهداف کلان ادغام در آنها متبلور نیست. این گسست حتی در رتبه‌بندی آموزش و پژوهش، و همچنین ارزیابی عملکرد معاونت بهداشت و درمان نیز وجود دارد. قطعاً معنای واقعی ادغام زمانی پیاده‌سازی خواهد شد که نظام پایش و ارزشیابی جامع وزارت در درون خود و در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق بر اهداف عالی ادغام شکل بگیرد.

از پیشنهادات جدی و تاثیرگذار، تغییر نگاه حاکم در هیئت‌های ارزشیابی و ممتحنه (بوردهای تخصصی) و دبیرخانه‌های مربوطه است. تشکیلات فعلی ذیل معاونت آموزشی شکل و عملکرد آنها عمدتاً بر پایه معیارهای علمی است. بارها تضاد بین نگاه علمی و عرصه خدمات در برنامه‌ریزی‌ها نمود یافته و بوردهای تخصصی گاه صرفاً مبتنی بر معیارهای علمی و بدون نگاه به صحنه اجرا با توسعه رشته‌ها موافقت و یا مخالفت می‌کنند. به عنوان مثال علی‌رغم تغییرات اساسی در سیاست‌های بهداشت کشور و ایجاد نیازهای جدید مانند طب سالمندی، طب خانواده، مراقب سلامت، و تکنیسین‌های جدید برای پاسخ به نیازمندی‌های نو، نظام آموزشی با خط‌کش خود، مقاومت زیادی را دارد و عمدتاً طرح‌های جدید در بوردهای تخصصی به خوبی پذیرفته نمی‌شوند. چند بعدی نمودن فضای حاکم بر دبیرخانه‌های مختلف معاونت آموزشی و اثرگذاری بیشتر نیازهای محیطی با نگاه رو به آینده از جمله اتفاقات مهمی است که باید شکل بگیرد.

بسیاری از اشکالات موجود در وزارت به درجاتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و در محیط نیز وجود دارد. دانشکده مدیریت و دانشکده بهداشت با عرصه ارائه خدمات تقریباً بیگانه است و حتی مکانیسمی برای ارسال آخرین دستورالعمل‌های این دو معاونت به دانشکده‌های مذکور وجود ندارد و به همین دلیل در تدریس واحدهای درسی، محتوای ارائه شده منطبق بر کتاب‌های مرجع منتخب بوردهای تخصصی است تا دستورالعمل‌های صادر شده در سطح وزارت.

با توجه به این توضیحات پیشنهاد مشخص برای اصلاح ساختار با کمترین تغییر بنیادی به جهت امکان‌پذیری به شرح زیر است:

۱) ایجاد ستادی برای هدایت گام سوم ادغام ذیل دفتر وزارتی با حضور نمایندگان تام‌الاختیار معاونین و مدیریت‌های ارشد وزارت از جمله بازرسی، و انفورماتیک با مدیریت فردی به عنوان مشاور وزیر. مصوبات این ستاد در شورای معاونین وزارت طرح و بعد از تصویب ضمانت اجرایی یافته و همه حوزه‌ها موظف به پیاده‌سازی آنها دارند.

۲) تشکیل حداقل سه دبیرخانه ذیل ستاد برای ایجاد هماهنگی‌های ستادی و هماهنگی با دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت عناوین:

a. طراحی و پیاده‌سازی سند نیروی انسانی حوزه سلامت: تعیین کمیت و کیفیت نیروی انسانی مورد نیاز و شیوه بکارگیری آنها

b. طراحی و پیاده‌سازی مدل توسعه هماهنگ و متوازن دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق بر اهداف ادغام و آمایش سرزمینی

c. طراحی و پیاده‌سازی مدل پایش و ارزشیابی عملکرد معاونت‌های وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق بر اهداف ادغام

۳) ابلاغ نمودن دستورالعملی مشخص برای رئیس‌های دانشگاه‌ها که مشابه این ستاد را ذیل فعالیت‌های خود تعریف و بین معاونت‌های مختلف هماهنگی لازم را به عمل آورده و زمینه پیاده‌سازی تغییرات تنظیم شده را فراهم آورد. لازم است ستاد وزارت به شکلی مدون عملکرد رئیس‌های دانشگاه‌ها در این حوزه را رصد و بازخورد ساختارمندی به محیط ارائه شود تا متوازن و هماهنگ در سطح کشور، پیاده‌سازی صورت گیرد.

ساختار علمی

ساختار علمی شامل دو حوزه آموزش و پژوهش و ارتباط آن با نظام ارائه خدمات سلامت است. در مرحله سوم ادغام، ضروری است همزمان به سمت پاسخگویی اجتماعی در هر ۳ حوزه آموزش و پژوهش و ارائه خدمات سلامت حرکت کنیم. برای دستیابی به این مهم لازم است که در کنار تلاش برای تقویت ادغام بین دو ساختار علمی و خدمات سلامت، برای ایجاد یکپارچگی و ادغام در درون این دو حوزه نیز تلاش مستمر صورت پذیرد.

از نظر برخی از صاحب‌نظران ادغام باعث تفکیک‌پذیری نهادی بین نهادهای متولی آموزش علوم پزشکی و نهادهای متولی آموزش عالی در سایر حوزه‌های علمی شده‌است. اگرچه این تفکیک‌پذیری قابل قبول است، ولی نباید باعث انفصال شود. ادوارد ویلسون در کتاب یکپارچگی دانش (۷)، بر وحدت علوم تاکید دارد و بیان می‌کند حوزه‌های علوم پزشکی که موضوعی انسانی و طبیعی هستند و با انسان سروکار دارند ناگزیرند که فرهنگ و جامعه و تاریخ را در امتداد بدن انسان در نظر بگیرند و گرنه محکوم به شکست هستند. از آنجایی که ادغام ساختاری بین دو وزارت هزینه‌های بسیاری را به هر دو ساختار و جامعه تحمیل می‌کند، بجای تاکید بر ادغام ساختاری باید به دنبال راهی برای ادغام گفتمانی باشیم.

همگرایی علوم یکی از راهبردهای تقویت ادغام گفتمانی است. برای توسعه همگرایی بین علوم پزشکی با سایر علوم، لازم است زمینه‌های تعامل هم در سطح ستادی و سیاستگذاری دو وزارتخانه و هم در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم، فراهم شود. در سطح ستاد دو وزارتخانه ساختارهای هم طراز مانند دبیرخانه‌های هیات امناء، شورای گسترش دانشگاه‌ها، شورای عالی برنامه‌ریزی و هیئت ممیزه مرکزی، شوراهای سیاستگذاری تحقیقات و فناوری و نظایر آنها، با یکدیگر همکاری منسجمی را شروع کنند و سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها به نحوی انجام شود که زمینه را برای همکاری بین اساتید و دانشجویان دانشگاه‌های دو وزارت فراهم سازند.

علاوه بر تقویت هماهنگی در سیاستگذاری‌های علمی، لازم است اصول نسبتاً یکسانی بر مدل‌های پرداخت به اعضاء هیات علمی و تامین مالی هزینه‌های تحقیقاتی، حق‌التدریس‌ها و حق‌التالیف‌ها و نیز انتظارات خدمتی از اعضاء هیات علمی و حضور و غیاب و تمام وقتی و نظایر آن، حاکم شود تا احساس بی‌عدالتی شکل گرفته در بدنه اعضاء هیات علمی به تدریج مرتفع شود و اساتید دو وزارتخانه بتوانند با احساس رضایت بیشتری با یکدیگر تعامل و همکاری داشته‌باشند.

در کنار موارد فوق که عمدتاً در سطح سیاستگذاری ستادی انجام می‌شوند، لازم است با توجه به اهمیت موضوع همگرایی علوم، تلاش شود که مجدداً اتصال‌های علمی که تضعیف شده‌اند و یا از بین رفته‌اند برقرار شوند. برای برقراری این اتصال‌ها هم باید با نگاه **فرارشته‌ای برون گفتمانی** (وارد کردن فلسفه، انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، علوم مهندسی و... به دانش پزشکی) برنامه‌های درسی بازنگری شوند تا اتصال بین علوم پزشکی و سایر علوم در درس ایجاد گردد و هم با نگاه **فرارشته‌ای درون گفتمانی**، همگرایی درونی علوم پزشکی (پزشکی، پرستاری و داروسازی و بهداشت و...) تقویت گردد تا فارغ‌التحصیلانی با نگاه کل‌نگر و آماده کار تیمی برای حل مسائل بین رشته‌ای و کلان نظام سلامت، تربیت شوند. برخی از گامهایی که در نقشه‌راه برای تقویت ادغام باید برداشته شود، شامل موارد زیر است:

تقویت ادغام و پاسخگویی اجتماعی در گفتمان برون‌رشته‌ای

۱. لازم است زمینه‌ای فراهم‌شود که دانشگاه‌های دو وزارت بتوانند از زیرساخت‌های علمی، کتابخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و نیز امکانات رفاهی یکدیگر استفاده کنند.
۲. لازم است تا حد امکان حصار فیزیکی بین دو نوع دانشگاه برداشته شود و دانشجویان و اعضاء هیئت علمی بتوانند مراودات علمی داشته‌باشند و بتوانند طرح تحقیقاتی مشترک با رویکرد همگرایی داشته و منعی برای دریافت گرنت از مراکز یکدیگر نداشته باشند.
۳. روسای دانشگاه‌های مختلف به صورت ادواری و هدفمند جلسات مشترک داشته‌باشند.

تقویت ادغام و پاسخگویی اجتماعی درون‌رشته‌ای

۱. برنامه‌های آموزشی رشته-مقاطع مختلف برای تربیت تیم مناسب برای اجرای برنامه‌های پزشکی خانواده بعنوان یک استراتژی محوری در نظام سلامت کشور بازنگری شوند.
۲. لازم است کوریکولوم‌های درسی با نگاه جامعه‌محوری طی یک سال توسط هیئت‌های ممتحنه و ارزشیابی (بوردهای تخصصی) بازنگری شود. کلیات و راهبردها در برنامه‌های درسی جدید باید توسط وزارت تعیین و به بوردها ابلاغ شود که در آن قالب برنامه‌های درسی بازنگری شوند. در برنامه‌های جدید باید کارورزیها و کارآموزیها بسیار جدی گرفته‌شوند و یا جلسات آموزشی در عرصه توسط اعضاء هیئت علمی اجرا و محل برگزاری بسیاری از کلاسها از چهاردیواری دانشکده خارج شود.
۳. در صورتی که سلامت محوری، راهبرد نظام سلامت کشور است، لازم است کوریکولوم‌هایی که عمدتاً درمان محور هستند با رویکرد سلامت محوری و پاسخگویی به نیازهای جامعه بازنگری شوند. همراهی خبرگانی از نظام سلامت در این بازنگری‌ها ضروری است. به همین ترتیب، لازم است در آزمون‌ها، خصوصاً آزمون‌های جامع و آزمون‌های ورود به مقطع تحصیلی بالاتر، رویکرد سلامت محوری در طراحی آزمون‌ها مدنظر قرارگیرد.
۴. لازم است جایگاه گروه پزشکی اجتماعی خیلی پررنگ شود و وظایف جدی به آن سپرده شود و مشابه آن در سایر دانشکده‌ها نیز شکل بگیرد. یعنی باید واقعاً دندانپزشکی و داروسازی جامعه‌نگر و پرستاری جامعه‌نگر با نقشی پررنگ دیده شود. البته این بدان معنی نیست که مفاهیم ادغام باید در یک گروه آموزشی از جمله پزشکی اجتماعی متمرکز شود و باید همه گروه‌ها درگیر باشند ولی یک گروه باید نقش هماهنگ کننده داشته‌باشد.
۵. پیاده‌سازی دستورالعمل آماده‌سازی مراکز بهداشتی درمانی آموزشی و توانمندسازی پرسنل بهداشت برای ایفای مربی و تسهیلگر آموزش در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی. البته بصورت همزمان باید تجهیز مراکز ارائه خدمت برای آموزش، تناسب بین تعداد پرسنل مراکز ارائه خدمت و تعداد دانشجویان، اختصاص بخشی از نیروهای مراکز ارائه خدمت به آموزش دانشجویان و ایجاد هماهنگی بین نظام ارائه خدمت و دانشکده‌ها، نیز انجام شود.

۶. برای تضمین پاسخگویی اجتماعی در تربیت نیروی انسانی سلامت، ضروری است از تعادل بین عرضه و تقاضای نیروی انسانی در همه رشته-مقاطع اطمینان حاصل شود. در این راستا لازم است سند توسعه متوازن آموزش علوم پزشکی بعنوان یک سند علمی مبنای تصمیم‌گیری برای تاسیس رشته در دانشگاه‌های مختلف و تعیین ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته-مقاطع مختلف قرار بگیرد و با توجه به تغییرات نیاز بازار سلامت، در فواصل زمانی مشخص، بازنگری شود.

تقویت ادغام بین آموزش و نظام ارائه خدمات سلامت

۱. لازم است جریان آزاد و دوطرفه اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات برای ایجاد همکاری و کمک به تحقق رسالت طرفین، ایجاد شود و کمیته‌های مشترک بعنوان کانال برقراری این تعامل دوطرفه تشکیل شود.
۲. دانشکده‌های مختلف باید سازوکار مناسب برای نظارت بر کیفیت خدماتی که در نظام ارائه خدمت سلامت تولید و عرضه می‌شوند طراحی نمایند و با هماهنگی با معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه‌ها، بطور فعال در فرایند ارزشیابی مشارکت نمایند.
۳. به منظور آشنایی هر چه بیشتر اعضای هیات علمی دانشکده بهداشت، پیراپزشکی، مدیریت و اطلاع رسانی با شرایط، نیازها، و اولویت‌های معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه بهتر است تمهیدی اندیشیده شود تا اعضای هیات علمی در فضای ارائه خدمت در معاونت بهداشتی و شبکه‌های تابعه حضور فعال داشته‌باشند.
۴. توانمندسازی کارکنان علاقمند در حوزه‌های ارائه خدمت برای مشارکت در تدریس بخش‌های مشخصی از سرفصل‌های آموزشی در دانشگاه و حمایت از آنها و تشویق آنها برای مشارکت در آموزش دانشجویان؛ همزمان لازم است قوانینی برای ترغیب اعضای هیات علمی به دعوت از پرسنل باتجربه و به روز از کادر سلامت در تدریس بخش‌هایی از دروس، تدوین شوند.

تقویت ادغام بین پژوهش و نظام ارائه خدمات سلامت و مأموریت محوری مراکز تحقیقات

۱. لازم است تحقیقات و پایان‌نامه‌ها به محیط و جامعه سوق داده شوند و امتیاز خاص برای پایان‌نامه‌های جامعه محور، در نظر گرفته‌شود.
۲. اعطاء مأموریت ویژه به برخی از مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی ممتاز به منظور گسترش مرزهای دانش از طریق نخبه‌پروری در حوزه‌های فناوری‌های نوظهور علوم پزشکی، و به برخی دیگر از دانشگاه‌ها به منظور تولید دانش پزشکی بومی بر اساس اطلاعات نظام سلامت کشور و نیازهای جامعه.
۳. خوشه‌سازی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با سه رویکرد استفاده از ظرفیت‌های استانی، تقسیم کار ملی و ملاحظات جغرافیایی و شبکه‌سازی جهت استفاده از قابلیت‌ها و امکانات مراکز تخصصی دولتی و غیردولتی.

۴. پیگیری قانون تشکیل قطب‌های علمی در رشته‌های خاص مبتنی بر مزیت‌های نسبی دانشگاه‌ها و مؤسسه‌های پژوهشی که در برنامه پنجم توسعه اجتماعی-اقتصادی کشور مطرح شد ولی بنظر می‌رسد در دانشگاه‌های علوم پزشکی پیاده‌سازی نشد. همچنین حمایت جدی از اجرای طرح ملی نیل به مرجعیت علمی در علوم پزشکی که حوزه‌های تمایز آکادمیک را براساس مزیت‌های رقابتی، برای کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی تعیین کرده‌است.
۵. لازم است صندوق‌های حمایت از تحقیقات از جمله نیماد به شکلی موثر و ماموریت محور ایفای نقش نمایند و حمایت هدفمند از تحقیقاتی که در بستر فضای ادغام یافته صورت می‌گیرند را در اولویت قرار دهند.

تقویت ادغام در سطح سیاستگذاری

۱. لازم است مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی از حالت تشریفاتی و ساختاری خارج شده و بعنوان یک کانون تفکر و برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت آموزش، در ساختارها و شوراها تصمصیم‌گیری دانشگاه مشارکت فعال داشته‌باشند و در ارتباط با ارتقاء کیفیت آموزش، پاسخگو باشند.
۲. لازم است برای فعالیتهای آموزشی در آئین‌نامه ارتقاء اعضاء هیات علمی ارزشگذاری مناسب انجام شود و نیز قوانینی برای حمایت از فعالیتهای آموزشی اعضاء هیات علمی بالینی در برابر فعالیتهای درمانی تنظیم شود بنحوی که به همان میزان که فعالیتهای درمانی ارزش گذاری شده‌اند، مشارکت اساتید در آموزش نیز بطور مناسب تشویق و حمایت شود و همزمان، با اعضاء هیات علمی که وقت کافی برای آموزش دانشجویان و دستیاران صرف نمی‌کنند، برخورد شود.
۳. هیأت‌های امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی وظیفه سیاست‌گذاری در سطوح میانی آموزش عالی را بر عهده دارند و برای هماهنگی این سیاست‌های میانی با سیاست‌های کلان، ضرورت دارد که زمینه‌های تعاملی میان هیأت‌های امنای و مراجع ملی آموزش عالی (نظیر مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به صورت نظام‌مند و مستمر فراهم گردد. هیأت‌های امنای به منظور استفاده صحیح از اختیارات و انجام مسئولیتهای خویش، به پشتیبانی‌های اطلاعاتی، کارشناسی و حقوقی نیاز دارند و وزارتخانه باید در مرحله گذار دانشگاه‌ها به اداره کاملاً هیأت‌امنایی، از آنها در این مسیر، حمایت‌های مؤثری به عمل آورد. از سوی دیگر، هیأت‌های امنای باید از طریق کنسرسیوم‌های منطقه‌ای و مجامع ملی، به صورت شبکه یکپارچه و منسجمی در بیابند و با همگرایی و هم‌افزایی بیشتری، در سطح کلان کشور عمل نمایند.
۴. در سالهای اخیر، تجمیع فرایندهای اعتباربخشی آموزش و درمان در ذیل فعالیتهای شورای گسترش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و هماهنگ‌سازی نسبی سنج‌های اعتباربخشی این دو حوزه، اقدام ارزشمندی بوده است. با این حال ضروری است اعتباربخشی سایر حوزه‌های دانشگاه، اعم از بهداشت، غذا و دارو، پژوهش و پشتیبانی نیز به این برنامه افزوده شوند و در مجموع برنامه اعتباربخشی، فرایندهای تقویت کننده ادغام در همه حوزه‌ها، ارزشگذاری شوند. در این راستا انجام مطالعه‌ای جامع برای احصاء فرایندهای تقویت کننده ادغام و شاخص‌های ارزشیابی آنها، ضروری است.

ساختار ارائه خدمات سلامت

ساختار و فضای عمومی سه معاونت بهداشت، درمان و غذا و دارو در دانشگاهها باید پذیرای حضور حداکثری و موثر دانشجویان و اعضاء هیئت علمی باشد و از طرفی دانشکده‌ها، گروه‌های آموزشی و معاونت‌های آموزشی و پژوهشی باید برای پاسخ به نیازهای جامعه حساسیت بالاتری از خود نشان دهند. در این راستا پیشنهادات مشخص به شرح زیر است:

۱. عضویت مدیران گروه‌های آموزشی مرتبط و یا نماینده آنها در واحدهای مختلف این سه معاونت. به عبارتی باید گروه‌های آموزشی مانند بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، بهداشت عمومی، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، اپیدمیولوژی، پزشکی اجتماعی، دندانپزشکی اجتماعی، کودکان، زنان و زایمان، سالمندان، و ... به صورت موثری در معاونت‌ها حضور یافته و در جریان مسائل قرار گرفته و برای حل آنها مشارکت داشته‌باشند. به خصوص ارتباط دانشکده‌های داروسازی با معاونت غذا و دارو و معاونت درمان، دانشکده پرستاری و دندانپزشکی با معاونت درمان، و دانشکده مدیریت و بهداشت با معاونت بهداشت و درمان به صورت ویژه تقویت شود. البته ارتباط دانشکده پزشکی با تمامی معاونتها اگرچه به صورت نسبی وجود دارد ولی باید خیلی دقیقتر و کاراتر شود.
۲. عضویت مدیران واحدهای مختلف معاونت‌های مذکور به عنوان عضو افتخاری در گروه‌های آموزشی مرتبط به شکلی که این مدیران به صورت موثری در فضای آموزشی و پژوهشی ظاهر و از یک طرف دغدغه‌های محیطی را در قالب سوال و مسئله طرح و هم در آموزش دانشجویان وارد و فضای واقعی کار را برای ایشان طرح نمایند.
۳. فراهم کردن فضای مناسب در شبکه ارائه خدمات در سطح شهر و روستا برای دانشجویان و گروه‌های مختلف آموزشی به شکلی که حتی‌الامکان اقامت چند روزه دانشجویان و اعضاء هیئت علمی در سطح منطقه تحت پوشش فراهم و زمینه حضور موثر آنها در محیط فراهم گردد. در حال حاضر اگرچه بعضی گروه‌های آموزشی در بیمارستان‌های آموزشی حضور دارند ولی حضور ایشان در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های محیطی کم‌رنگ است و همچنین در سطح شبکه بهداشت و درمان نیز دانشجویان بسیاری از رشته‌ها حضور نداشته و هیچ آشنایی با فضای کار آینده خود ندارند. البته در این اقدامات باید به حقوق مردم و بیماران توجه خاص شود و حضور دانشجویان باعث افت کیفیت خدمات ارایه شده نگردد. البته در گذشته نیز مصوباتی در خصوص آموزشی نمودن شبکه‌های ارائه خدمت انجام و اقداماتی در این راستا صورت گرفته‌است که باید تقویت و مستحکم و گسترده شوند.
۴. فعال نمودن شورای HSR¹ به معنای واقعی و تلاش برای کمک و هدایت تحقیقات کاربردی در فضای معاونتها برای پاسخ به نیازها و فراهم آوردن امکان استفاده از اطلاعات معاونت برای تحقیقات. در این خصوص لازم است با سه معاونت هماهنگی لازم را فراهم نمایند. از طرف دیگر سطح تحقیقات ارتقاء یافته و حتی زمینه انجام پایان‌نامه‌های دوره‌های دکترای حرفه‌ای، دستیاران، ارشد و دکترای تخصصی فراهم گردد. برای تامین منابع مالی نیز پیشنهاد می‌شود در معاونت تحقیقات و فناوری صندوقی شکل بگیرد و قسمتی از هزینه‌های این تحقیقات توسط سه معاونت بهداشت، درمان و غذا و دارو تامین و باقی‌مانده از منابع پژوهشی دانشگاه تامین شود.

¹ Health System Research

نقش‌ها و وظایف

به صورت خلاصه وظایف اصلی هر یک از ارکان و نهادها و مدیریت‌ها در فرایند اجرایی نمودن فاز سوم ادغام در جدول زیر آورده شده‌است

نهاد	مسئولیت
رئیس جمهور	<ol style="list-style-type: none"> ۱. حمایت قاطع از پیاده‌سازی نقشه‌راه ۲. هماهنگی بین وزارتین و معاونت علمی ریاست جمهوری ۳. ابلاغ به سازمان برنامه و بودجه برای اصلاح فرایندهای بودجه‌ریزی
وزیر بهداشت- درمان و آموزش پزشکی	<ol style="list-style-type: none"> ۱. مدیریت کامل و دقیق پروژه با ایجاد هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی ۲. تبیین و ابلاغ وظایف دقیق معاونتها و مدیریتهای ستاد وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و رصد عملکرد ایشان ۳. رسیدگی سریع و موثر به اشکالات و ایرادات پیش آمده در مسیر پیاده‌سازی و اصلاح مستمر فرایندها
معاونت آموزشی وزارت	<ol style="list-style-type: none"> ۱. هماهنگی حداکثری با وزارت علوم برای نهادینه نمودن مفاهیم مرجعیت علمی، هم‌گرایی علوم و به حداقل رساندن مرزهایی که مانع همکاری موثر علمی می‌شود، همچنین تلاش برای نزدیک کردن آیین‌نامه‌ها و مقررات مشترک با وزارت علوم ۲. اصلاح کوریکولومهای آموزشی با کمک دبیرخانه‌ها و بوردهای تخصصی ۳. فعال نمودن تمامی دانشکده‌ها برای ورود به عرصه و ایفای نقش در ساختار ادغام یافته ۴. اصلاح قوانین و مقررات مربوط به عملکرد اعضای هیئت علمی و دانشگاه‌های علوم پزشکی ۵. تقویت ارتباط با معاونت‌های بهداشت و درمان و تلاش برای ایجاد ارتباطات عملکردی معاونت‌های مذکور با دانشکده‌های مختلف ۶. فعال نمودن نصر برای حمایت از تحقیقات در بستر ادغام یافته
معاونت تحقیقات و فناوری وزارت	<ol style="list-style-type: none"> ۱. هماهنگی حداکثری با وزارت علوم برای نهادینه نمودن مفاهیم مرجعیت علمی، هم‌گرایی علوم و به حداقل رساندن مرزهایی که مانع همکاری موثر علمی می‌شود، همچنین تلاش برای نزدیک کردن آیین‌نامه‌ها و مقررات مشترک با وزارت علوم ۲. اصلاح قوانین و مقررات مربوط به عملکرد اعضای هیئت علمی و دانشگاه‌های علوم پزشکی ۳. تقویت ارتباط با معاونت‌های بهداشت و درمان و تلاش برای ایجاد ارتباطات عملکردی معاونت‌های مذکور با مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده‌های مختلف ۴. فعال نمودن نیماد برای حمایت از تحقیقات در بستر ادغام یافته
معاونت بهداشت وزارت	<ol style="list-style-type: none"> ۱. بازنگری در برنامه اعتباربخشی حوزه بهداشت ۲. فراهم نمودن زمینه مناسب جهت حضور بیشتر دانشجویان و اعضای هیئت علمی در شبکه‌های ارائه خدمت در شهر و روستا و افزایش ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه‌ها
معاونت درمان وزارت	<ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی نیازهای کمی و کیفی بهداشتی و درمانی بر حسب منطقه و تلاش برای رفع آنها

<p>۲. تدوین مقررات لازم جهت جلوگیری از فعالیت همزمان پزشکان در بیمارستانهای آموزشی-درمانی و بیمارستانهای خصوصی جهت دسترسی بیشتر و بهتر به پزشکان</p>	
<p>۱. تغییر در قوانین و مقررات جذب و پایش عملکرد نیروی انسانی و اصلاح فرآیندهای جذب ۲. تامین منابع مالی کافی برای حمایت از طرح ادغام ۳. اصلاح قوانین و مقررات و ساختار سازمانی به منظور تسریع در فرآیند ادغام</p>	<p>معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی وزارت</p>
<p>۱. بازنگری در سیاست های لازم برای ارتقاء سلامت و امنیت غذایی مردم ۲. توسعه طرح های سلامت در کشور</p>	<p>دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</p>
<p>۱. شناسایی نیازهای دارویی در کشور و تلاش برای رفع آنها ۲. بازنگری در روند افزایش تولید دارو و مواد بیولوژیک در کشور</p>	<p>معاونت غذا و دارو</p>
<p>۱. فراهم نمودن زمینه مناسب جهت آشنایی بیشتر دانشجویان و اعضاء هیئت علمی رشته‌های مختلف با اقدامات و فوریت های پزشکی ۲. توسعه و گسترش پایگاه‌های اورژانس شهری و بین جاده‌ای</p>	<p>سازمان حوادث و فوریت ها</p>

جدول زمانبندی

در راستای هماهنگی و انسجام بهتر نهادهای درگیر در امر ادغام، جهت تسریع در پیاده‌سازی و اجرایی‌شدن نقشه راه فاز سوم طرح ادغام، جدول گانت ده ماهه به شرح ذیل تدوین شده است.

موضوع	توضیحات	دوره‌های شش ماهه									
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
نهایی نمودن برنامه	لازم است خبرگان درون و برون وزارت به صورت عمیق در نهایی نمودن محتوا مشارکت نمایند. لذا لازم است در همایش و نشست‌های تخصصی موضوع به بحث گذاشته شود و بصورت نظامند نقطه نظرات دریافت و اعمال گردد										
تصویب و گرفتن مجوزهای قانونی	لازم است در سطوح مختلف مجلس، هیئت دولت، شورای عالی انقلاب فرهنگی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت علمی ریاست جمهوری و شورای عتف موضوع طرح و نقطه نظرات دریافت و مصوبات حمایتی اخذ گردد										
فرهنگسازی	لازم است بدنه اجرایی خصوصاً در دانشگاه‌های وابسته به هر دو وزارت موضوع به صورت هدفمند و آشنایی شرح و بسط و ابعاد کار تبیین و حمایت‌طلبی لازم صورت گیرد. برگزاری نشستهای تخصصی در سطوح ستادی در وزارتها و تهییج دانشگاهها به برگزاری نشستهای مشابه بسیار ضروری است										
ساختارسازی	در درون وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای وابسته باید ساختارهای چابکی طبق نقشه راه پیشنهادی شکل بگیرد. شورای عالی سلامت مسئولیتهای جدیدی را تقبل کند و از تمامی فرصتهای موجود تشکیلاتی مانند بوردهای تخصصی و مراکز توسعه آموزش دانشگاهها کمک گرفته شود. ساختارهای لازم در بهداشت و درمان شکل گرفته و شبکه ارائه خدمت تغییراتی را در خود ایجاد کنند.										
پیاده‌سازی مرحله ۱	(۱) فعالیت هدفمند همه دانشکده‌های وابسته به وزارت بهداشت در راستای نهادینه نمودن مفاهیم ادغام (۲) ایجاد ارتباطات افقی بین دانشگاههای دو وزارت در سطح استان (۳) ارتباطات افقی بین ساختارهای هم طراز دو وزارت										
پیاده‌سازی مرحله ۲	(۴) بالا بردن سطح همکاری دانشگاههای وزارتین از طریق نزدیک شدن ساختارهای آموزشی و پژوهشی و گرفتن رشته‌های مشترک و صندوقهای حمایت از تحقیقات مساله محور بین‌رشته‌ای (۵) تاسیس و راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان آموزشی به صورت کشوری (۶) اصلاحات تشکیلات دانشگاهها متناسب با طرح ادغام (۷) اصلاح کوریکولومهای آموزشی همه رشته‌ها منطبق بر اهداف ادغام										

دوره‌های شش ماهه										توضیحات	موضوع
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		
										(۸) ایجاد مدل پایش و ارزشیابی و رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق بر طرح ادغام (۹) اصلاح قوانین و مقررات حاکم بر وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی (۱۰) ایجاد ساختارهای مستحکم در دو وزارت برای تضمین همکاری و هماهنگی عالی علمی پایدار (۱۱) اصلاح قوانین بالادستی و ساختار بودجه‌ریزی و تشکیلات کلان منطبق بر اهداف ادغام	پیاده‌سازی مرحله ۳

فهرست منابع

۱. یزدانی ش. ادغام آموزش پزشکی و نظام سلامت. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ۱۳۸۱.
۲. نوری حکمت س، حقدوست ع، دهنویه ر، قربانی نیا ر. پیامدهای اجرای طرح ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران: یک مرور نظام‌مند و فراترکیب. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۷؛ ۱۴: ۲۶-۱۴.
۳. شکیبایی د، کریمی ب، آملایی خ، رضایی م، عبدالمالکی پ، رشادت س، گودینی ع. بررسی میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۹۰؛ (۱) ۹۱-۸۱.
۴. EMRO. Assignment Report on Integration of medical education and delivery of health services in Islamic Republic of Iran.
۵. عزیزی ف، مرنندی ع. دستاورد های چهل ساله انقلاب اسلامی در حوزه سلامت و تربیت نیروی انسانی پزشکی: راهبردهای ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت. نشریه علمی پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی. ۱۳۹۷؛ ۲(۴): ۴۶۱-۴۴۹.
۶. حقدوست ع، نوری حکمت س، ملک‌پور ر. تحلیل الگوی بومی آموزش علوم پزشکی ایران در راستای تحقق سیادت علمی. ۱۴۰۰.
۷. ویلسون ا. یکپارچگی دانش. مترجم محمد ابراهیم محبوب: نشر نی؛ ۱۴۰۲.
۸. Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, et al. Evolution of knowledge production. In Gibbons, M. et al. The New Production of Knowledge: the Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies. London: Sage Publications Ltd. 1994. Chap. 1: 17- 45.
۹. منتظری غ. مکننت و مکانت دانشگاه. تهران: مرکز تحقیقات سیاست علمی کشور؛ ۱۳۸۷.
۱۰. Dziejdz M, Stark C. Bridging the Public Security Gap: The Role of the Center of Excellence for Stability Police Units (CoESPU) in Contemporary Peace Operations. 2009.
۱۱. Grossberg S. The Center of Excellence for Learning in Education, Science, and Technology. 2005.
۱۲. Guide STMR. The Center of Excellence In Disaster Management and Humanitarian Assistance. January; 2006.
۱۳. Hayden L, editor. The Center of Excellence in Remote Sensing Education and Research Undergraduate Research Experience in Ocean/Marine Science; 2003. IEEE.
۱۴. Ruediger U, Guentherodt G, Heinrich K, Oberthaler M, Goschke R. Feasibility studies and market study in the context of the center of excellence for lateral nano-structures Final report. 2002.
۱۵. Loewy RG. Final Report of the Center of Excellence in Rotary Technology at Rensselaer Polytechnic Institute: DTIC Document; 1988 Contract No.: Document Number. |
۱۶. یزدانی ش. تعیین شاخصهای ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی؛ ۱۳۸۸.
۱۷. Eschelmann DJ, Sullivan KL, Parker L, Levin DC. The relationship of clinical and academic productivity in a university hospital radiology department. American Journal of Roentgenology. 2000;174(1):27.
۱۸. غفاری ح، مصری ر. بررسی و ارزشیابی فعالیتهای آموزشی، پژوهشی اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. طب و تزکیه. ۱۳۸۵؛ (۲) ۱۵: ۱۸-۸.
۱۹. Marks Jr SC. The role of three dimensional information in health care and medical education: The implications for anatomy and dissection. Clinical Anatomy. 2000;13(6):448-52.
۲۰. یزدانی ش، و همکاران. اصلاحات برنامه آموزشی پزشکی عمومی فاز علوم پایه؛ مبانی نظری و مرور یک تجربه؛ ۱۳۸۶.
۲۱. ستاد ادغام مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی. ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات در جمهوری اسلامی ایران در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه (فلسفه و روند اجرایی در کشور)، گزارش ستاد ادغام. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ زمستان ۱۳۸۷.
۲۲. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. Academic Medicine. 2006;81(12):S22.
۲۳. Van Zanten M, Boulet JR. Medical education in the Caribbean: Variability in medical school programs and performance of students. Academic Medicine. 2008;83(10):S33.
۲۴. لامعی ا. ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات: آموزش پاسخگو. ارومیه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه؛ ۱۳۸۹.

۲۵. افشاری ر، و همکاران. مرکز بهداشتی درمانی آموزشی. مشهد: مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ ۱۳۹۰.
۲۶. Oliff. M, Mayaud. P, Brugha. R, AM S. Health Services in a reforming health Sector: The Case of Tanzania. *Reproductive Health Matters*. 2003;11:37-48.
۲۷. عزیزی ف. آموزش پزشکی. انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۹، تهران، ۱۸۱.
۲۸. کمیته علمی انجمن آموزش پزشکی ایران. مستندات علمی - اجرایی طرح ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات. انجمن آموزش پزشکی ایران، تیر ماه ۱۳۸۱: ۵-۱۹.
۲۹. Fletcher P. Continuing medical education in a district general hospital: a snapshot. *MEDICAL EDUCATION-OXFORD-*. 2001;35(10):967-72.
۳۰. Pazirandeh M. Measuring continuing medical education effectiveness and its ramification in a community hospital. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2000;20(3):176-80.
۳۱. Omotara BA, Padonu MO, Yahya SJ. Assessment of the impact of community-based medical education of the University of Maiduguri on communities in three local government areas of Borno State, Nigeria: Community leaders' perspectives. *Education for Health*. 2004;17(1):6-16.
۳۲. Gurpinar E, Musal B, Aksakoglu G, Ucku R. Comparison of knowledge scores of medical students in problem-based learning and traditional curriculum on public health topics. *BMC Medical Education*. 2005;5(1):7.
۳۳. Kristina TN, Majoor GD, Van Der Vleuten CPM. Defining generic objectives for community based education in undergraduate medical programmes. *Medical education*. 2004;38(5):510-21.
۳۴. Duffin M. *Community-based School Environmental Education*. 2004.
۳۵. Maignan M, Xiaoyan X, Fiere E. China's Health System Reform and Medical Education. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2009;302(12):1270.
۳۶. صافی زاده ح. افزایش دانشکده های پزشکی: تهدید یا فرصت؟ گام های توسعه در آموزش پزشکی، ۱۳۹۰؛ ۱(۱): ۱-۳.
۳۷. کریمی ع. نقد و بررسی ادغام آموزش علوم پزشکی با وزارت علوم تحقیقات و فناوری. طب و تزکیه. ۱۳۸۱؛ (۴۴): ۱۱۹-۱۱۰.

پیوست‌ها

پیوست ۱: تحلیل جنبه‌های مختلف تاثیرگذاری ادغام در نظام آموزش علوم پزشکی

۱- انسجام و تقویت ارتباطات بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر دانشگاه‌ها و کمک به یکپارچگی فعالیت‌های علمی کشور

دانشگاه جایگاه گسترش مرزهای علم و دانش و علم‌آموزی است و ارائه خدمات سلامت، رسالت دانشگاه در رفاه جامعه را پررنگ‌تر می‌کند. ادغام با افزودن وظیفه سنگین ارائه خدمت به فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها، باعث افزایش وظایف دانشگاه و گاهاً تحت‌الشعاع قرار گرفتن آموزش و پژوهش شده‌است. از آنجائیکه ادغام ظرفیت‌های بسیاری خوبی برای تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت ایجاد نموده‌است و حفظ و اصلاح آن به مراتب مفیدتر است از تلاش در جهت انتزاع آموزش از نظام ارائه خدمت، 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. راهبردهایی نظیر تقویت تعامل دانشگاه‌های علوم پزشکی با دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم در هر استان، تشکیل قطب‌های علمی در رشته‌های خاص مبتنی بر مزیت‌های نسبی دانشگاه‌ها و حرکت به سوی مرجعیت علمی با تاکید بر حوزه‌های تمایز آکادمیک دانشگاه‌های علوم پزشکی، می‌توانند در تقویت جایگاه علم در دانشگاه‌های علوم پزشکی راهگشا باشند.

تقسیم‌بندی دانشگاه‌ها براساس رسالت تولید علم یا تولید نیروی انسانی و یا ارائه خدمات سلامت نیز یک راهبرد شناخته شده در دنیا است. گیبونز^۱ و همکاران، مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی را به دو روش کلی تقسیم‌بندی کرده‌اند. در روش اول، هدف تولید دانش با کیفیت بالاست، مبنای شکل‌گیری گروه‌های کار رشته‌های تخصصی است و البته ارزیابی فعالیت در این روش براساس کیفیت تولیدات علمی و توسط گروه هم‌تایان انجام می‌پذیرد. مبنای شکل‌گیری رشته‌ها و گروه‌های آموزشی در این دانشگاه‌ها، توسعه مرزهای علم و دانش جوامع و دستیابی به مرجعیت علمی در رشته‌های خاص دانشگاهی است؛ لذا بخش عمده دانشجویان این دانشگاه‌ها برای تحصیلات تکمیلی و تخصصی پذیرش می‌شوند.

در روش دوم، هدف پاسخ‌گویی دانش تولید شده به نیازهای توسعه علمی جامعه است. شکل‌گیری گروه‌ها متناسب با نیاز به مهارت‌ها و دانش برای پاسخگویی به سؤالات است و در اینجا گروه‌های بین رشته‌ای تعریف می‌شوند (مانند ارتباط علوم پایه و کاربردی). از آنجائیکه هدف این دانشگاه‌ها پاسخگویی به نیازهای جامعه است، اولویت این دانشگاه‌ها تربیت نیروی انسانی موردنیاز برای جامعه است. لذا بخش عمده تمرکز این دانشگاه‌ها به پذیرش دانشجویان در رشته‌های عمومی و در مقاطع پایه از میان داوطلبان بومی منطقه خود و برای خدمت در همان منطقه اختصاص دارد. ارزیابی عملکرد مؤسسات از خارج دانشگاه مفهوم دارد، چرا که رسالت آنها نسبت به جامعه است که ضرورت وجود آنها را توجیه می‌کند (۸).

در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور ما بطور کامل با هیچکدام از این مدل‌ها منطبق نیستند. از یک طرف باید رسالت مرجعیت علمی را دنبال نمایند و با معیارهای علم‌سنجی ارزیابی می‌شوند ولی از سوی دیگر از آنها انتظار

^۱ Gibbons

می‌رود خدمات آموزشی، پژوهشی و تدارک سلامت خود را برای پاسخگویی به نیازهای جامعه تحت پوشش خود جهت‌دهی کنند. این بلا تکلیفی باعث می‌شود برخی از دانشگاهها در هر دو زمینه ناموفق عمل کنند و هرازگاهی بنابر سیاستهای وزارت بهداشت و یا با تغییر رئیس و هیئت رئیسه دانشگاه، رویکرد خود را تغییر داده و دانش محور یا خدمت محور شوند. از آنجائیکه پیشرفت و توسعه همه جانبه یک جامعه مستلزم ایجاد ساختارهای دانش بنیان و تولید و بکارگیری دانش است، نمی‌توان دانشگاههای علوم پزشکی را از جهت‌گیری به سمت تولید دانش محروم نمود و از سوی دیگر ظرفیتهای بالقوه ادغام حاکی از آن است که با تقویت این استراتژی می‌توان نیاز جامعه را به خدمات سلامت به خوبی پاسخ داد. لذا بهترین راه‌حل ایجاد مدلی از ترکیب منطقی این دو رویکرد برای کاربرد در دانشگاههای علوم پزشکی مختلف می‌باشد.

اعطای مأموریت ویژه به برخی از مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی ممتاز به منظور گسترش مرزهای دانش از طریق نخبه‌پروری در حوزه‌های فناوری‌های نوظهور علوم پزشکی، و به برخی دیگر از دانشگاهها به منظور تولید دانش پزشکی بومی بر اساس اطلاعات نظام سلامت کشور و نیازهای جامعه، خوشه‌سازی دانشگاههای علوم پزشکی کشور با سه رویکرد استفاده از ظرفیتهای استانی، تقسیم کار ملی و ملاحظات جغرافیایی و شبکه‌سازی جهت استفاده از قابلیت‌ها و امکانات مراکز تخصصی دولتی و غیردولتی رویکردهای ممتازی هستند که برای تعیین نقشه‌راه نظام آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت و تقسیم وظایف بین دانشگاههای علوم پزشکی مفید خواهند بود.

تشکیل قطب‌های علمی در رشته‌های خاص مبتنی بر مزیت‌های نسبی دانشگاهها و مؤسسه‌های پژوهشی از جمله سیاست‌هایی بود که در برنامه سوم توسعه مورد توجه قرار گرفت و ردیف اعتباری ویژه‌ای برای حمایت از این سیاست اختصاص یافت (۹). تشکیل قطب‌های علمی اهدافی را به شرح زیر دنبال می‌کند:

- ا. افزایش مشارکت در گسترش مرزهای دانش و اعتلای موقعیت علمی کشور
- ب. دستیابی به آخرین یافته‌های علمی و فناوری‌های نوین در زمینه‌های خاص
- ج. تولید دانش فنی برای پاسخگویی به نیازهای اساسی کشور
- د. فراهم ساختن زمینه پرورش پژوهشگران و دانشمندان تراز اول
- ه. ایجاد محیط علمی پویا و مولد علم
- و. تقویت فعالیت‌های علمی گروهی (۱۰-۱۲)

در هر کشور برای تعیین زمینه علمی - تخصصی به عنوان محور اصلی فعالیت قطب‌های علمی، اولویت‌هایی را می‌توان به شرح زیر تعیین نمود:

- ا. نیازهای ملی و منطقه‌ای و ترجیحاً استانی
- ب. مزیت‌های نسبی مؤسسه استان و منطقه
- ج. قلمروهای میان رشته‌ای یا چند رشته‌ای
- د. شکل‌گیری همکاری‌های علمی در سطح ملی و بین‌المللی
- ه. پی‌ریزی تحقیقات پیشرفته و نوین
- و. تولید دانش فنی (۱۳-۱۵)

۲- ایجاد ساختاری منسجم و متحد در درون دانشگاه‌های علوم پزشکی و هم افزایی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با دانشکده و مراکز تحقیقاتی

روابط دانشکده‌های علوم پزشکی و نظام‌های سلامت، پیچیده‌است زیرا این دو ساختار، فرهنگ‌های سازمانی متفاوت ولی اهداف مشترک زیادی دارند و ادغام بصورت بالقوه، زمینه را برای مشارکت فعالانه دانشکده‌ها در ارائه خدمات سلامت، فراهم کرده‌است که در بسیاری از موارد این ظرفیت به فعل نرسیده‌است. دانشگاه‌های علوم پزشکی باید بخشی از مسئولیت تامین سلامت افراد جامعه تحت پوشش را بر عهده گروه‌های آموزشی در دانشکده‌ها قرار دهند تا از این طریق نظارتی جامع و علمی بر امر تامین سلامت وجود داشته باشد و از سوی دیگر گروه‌های آموزشی بیشتر درگیر دغدغه‌های واقعی نظام سلامت کشور شوند. یزدانی نیز در یافته‌های مطالعه خود پیشنهاد نموده‌است به منظور آشنایی هر چه بیشتر اعضاء هیات علمی دانشکده بهداشت با شرایط، نیازها، و اولویت‌های معاونت بهداشتی دانشگاه بهتر است تمهیدی اندیشیده شود تا در هر زمان تعدادی از این هیات علمی‌ها بصورت مامور در معاونت بهداشتی و شبکه‌های تابعه خدمت نمایند (۱۶).

تضاد بین نقش آموزشی و نقش ارائه خدمات در بین اعضاء هیئت علمی یکی دیگر از موانع دستیابی به نتایج مورد انتظار از عملکرد اعضاء هیئت علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. این تضاد از دو طریق هم بر کمیت و هم بر کیفیت خدمات اعضاء هیئت علمی دانشگاه تاثیر دارد. یکی از این طرق موضوع تفاوت بین ارزشها و فرهنگ سازمانی در دانشکده‌ها و نظام ارائه خدمات سلامت (شبکه‌های بهداشت و بیمارستان‌ها) است. تفاوت در رسالت و اهداف دانشکده‌ها و سازمانهای تدارک و ارائه کننده خدمات سلامت منجر به تفاوت در خط مشی‌ها، رویه‌ها، ارزشها، فرایندها و نهایتاً رفتار و فرهنگ سازمانی می‌گردد. ارزش حاکم بر سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی ارائه بیشترین خدمات به تعداد زیادی از بیماران در جامعه و با کمترین هزینه است و این درحالی است که ارزش حاکم بر موسسات آموزشی و دانشکده‌ها در تمام دنیا عبارت است از تولید علم، انجام مطالعات تئوریک و نظری و انجام پژوهش در هر دو شکل بنیادی و یا کاربردی. این تضادها ممکن است مانع ارتباط اثربخش و بهینه بین این دو سازمان گردد. کسانی که در دانشکده‌ها هستند ارائه‌دهندگان خدمت را به دانش پائین و ارائه خدمات نامنطبق بر شواهد علمی روز متهم می‌کنند و کسانی که در سازمانهای بهداشتی درمانی مشغول ارائه خدمت هستند نظرات و ایده‌های دانشگاهیان را ناشی از زندگی در برج عاج و دور بودن و ناآگاهی از مشکلات و مسائل بهداشتی درمانی جامعه، دانسته و آنها را غیر کاربردی توصیف می‌کنند (۱۷).

موضوع دیگر تعارض بین حجم زیاد کارهای اجرایی و بالینی که به اعضاء هیئت علمی موکول می‌شود با وظایف آموزشی و پژوهشی اعضاء هیئت علمی است که در اغلب موارد به دلیل فوریت و ملاحظات اخلاقی ارائه خدمت به بیماران و بعضاً انگیزه‌های مالی ناشی از آن، آموزش و پژوهش تحت‌الشعاع وظایف استادان در ارائه خدمت قرار می‌گیرد. برای حل این تعارض لازم است در نقشه راه، راهبردی برای کاهش حجم کار بالینی اساتید و جبران خدمات آموزشی عضو هیات علمی بالینی در نظر گرفته شود.

بی‌انگیزگی اعضاء هیئت علمی برای همکاری با فیلد و حل مشکلات آنها و عدم آشنایی کافی اعضاء هیئت علمی با فلسفه ادغام از مشکلاتی هستند که در نقشه راه دستیابی به ادغام باید مدنظر قرار گیرند. مهمترین ابزار انگیزشی برای اعضاء هیئت علمی دانشگاهها، آئین‌نامه ارتقاء آنان می‌باشد و دانشگاهها با توجه به نیازها و شرایطی که در آن قرار دارند

می‌توانند از این ابزار برای تغییر رفتار در اعضا هیئت علمی استفاده نمایند. غفاری و مصری به لزوم انطباق معیارهای ارزیابی با فلسفه سازمان در کنار تبعیت از اصول اساسی ارزیابی، مقبولیت نزد اعضا هیئت علمی، مفید بودن و توجه به پیامدهای عملکرد اعضا هیئت علمی، بعنوان اصول ارزشیابی اعضا هیئت علمی بهداشتی درمانی توجه نموده‌اند (۱۸). عبارتی در صورتی که از اعضا هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی انتظار می‌رود که با عرصه بهداشتی درمانی همکاری نزدیک داشته باشند و با جهت‌دهی فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی خود درصدد رفع نیازهای جامعه باشند، باید شاخصهایی برای ارزیابی این قبیل فعالیتها و امتیازدهی به آنها در ارتقاء هیئت علمی در نظر گرفته شود. علاوه بر این برای ترغیب اعضا هیئت علمی برای همکاری با معاونت‌های بهداشتی، درمانی و تحقیقات و فناوری دانشگاه، لازم است نظرات مسئولان این معاونتها نیز در ارتقاء هیئت علمی اعمال گردد.

راهبردهای تقویت مشارکت اعضا هیات علمی در نظام سلامت عبارتند از: حضور فعال اعضا هیات علمی در عرصه‌های جامعه، ارائه خدمات سلامت عمومی توسط هیات علمی دانشکده بهداشت، برگزاری برنامه‌ای برای آشنایی هیات علمی بالینی دانشگاه با روش‌ها و مهارت‌های آموزش سلامت در سطح جامعه و حضور تعدادی از این مدیران و کارشناسان موفق نظام سلامت بصورت مامور در دانشکده بهداشت و ایجاد صلاحیت آموزشی در پزشکان و پرسنل مراکز بهداشت و درمان شهری و روستایی.

دانشکده‌های مختلف فعال در دانشگاه‌های علوم پزشکی باید سازوکار مناسبی را برای نظارت بر کیفیت خدماتی که در نظام ارائه خدمت سلامت تولید و عرضه می‌شوند طراحی نمایند و با هماهنگی معاونت‌های بهداشتی و درمان دانشگاهها، بطور فعال در فرایند ارزشیابی مشارکت نمایند (۱۶).

در حال حاضر عرصه ارائه خدمت در دسترس گروه‌های آموزشی قرار دارد ولی از آن بطور شایسته استفاده نمی‌شود. از سوی دیگر عملکرد ضعیف نظام ارائه خدمت در ارائه بازخورد از نیازهای آموزشی و پژوهشی خود به دانشکده‌ها، باعث شده‌است که عملاً حوزه‌های بهداشت و درمان در تعیین برنامه‌های آموزشی و اولویتهای پژوهشی دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی سهمی نداشته باشند. جریان آزاد و دوطرفه اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات برای ایجاد همکاری و کمک به تحقق رسالت طرفین، امری ضروری و غیرقابل انکار می‌باشد. کارکردهای اصلی این ارتباط دوطرفه عبارت است از سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های مشترک، مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات در تعیین اولویتهای و نیازها و انتظارات جامعه، بازنگری برنامه‌های آموزشی با تأکید بر عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت افراد و جوامع، درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعاتی چون کیفیت و هزینه مراقبتها، دسترسی آسان به خدمات، اصلاح نظام عرضه خدمات، پیش‌بینی تحولات آینده نظام ارائه خدمات و نوآوری در طراحی و ارائه خدمات و خروج پژوهش از چهاردیواری دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی و ورود به عرصه‌های گسترده نظام عرضه خدمات و جامعه. ارتباط اندک بین معاونت‌های مختلف در دانشگاه به ویژه معاونت آموزشی، بهداشتی و درمان باعث شده‌است که مشکلات جامعه در دانشکده‌ها و برنامه‌های درسی بطور کامل انعکاسی نداشته باشد.

برای اصلاح روند موجود باید شواهد لازم برای سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزیابی موفقیت یا شکست راهبردها و نیز اثربخشی مداخلات در هر دو نظام، از درون یک نظام اطلاعاتی یکپارچه به دست آید. نظام اطلاعاتی یکپارچه در اصل باید پل ارتباطی بین دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت باشد. به نظر می‌رسد اولین گام برای همکاری مؤثر بین نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات، ایجاد یک نظام ارتباط و تبادل اطلاعات کارآمد باشد (۱۹).

۳- استقلال نهادهای علم و دانشگاهها به شکلی که بتوانند در عرصه فعالیت‌های علمی خود بدون محدودیت اساسی کار نمایند

نظام مدیریت متمرکز در دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث شده بیشتر تصمیمات در ستاد وزارت بهداشت اتخاذ شوند و حرکت بسوی مدیریت غیرمتمرکز و استقلال دانشگاهها یکی دیگر از راهبردهایی است که باید در نقشه‌راه عملیاتی‌سازی ادغام مدنظر قرارگیرد. نیاز به بازنگری ساختار وزارتی و دانشگاهها و اعطاء خودمختاری بیشتر به دانشگاهها غیرقابل انکار است. مدیریت مرکزی برنامه آموزشی به معنی برنامه‌ریزی آموزشی وزارتی و اجرای برنامه در محیط می‌باشد و سابقه طولانی این نوع مدیریت باعث گردیده تجارب بسیار محدودی در برنامه‌ریزیهای راهبردی و سیاستگذاری آن هم تنها در چند دانشگاه علوم پزشکی بزرگ کشور وجود داشته‌باشد (۲۰).

این درحالیست که بررسی دانشگاه‌های پیشرو و تندرو بازگوکننده انعطاف‌پذیری اعجاب‌آور آنها هم به لحاظ ساختاری و هم برنامه‌ریزی آموزشی است. تفاوت ساختار سازمانی دانشگاه‌های مختلف، نشان‌دهنده توجه آنها به تفاوت مأموریت و عملکرد مختص خود است. از سوی دیگر سهولت تغییر برنامه آموزشی و جهت‌گیری به سمت ایجاد رشته‌های جدید بیانگر روانی فرایندهای درونی آنهاست (۹). در کشور ما، ساختار یکسان همه دانشگاه‌های علوم پزشکی نشان‌دهنده سختی آنها در مقابل تغییرات است، لذا به‌نظر می‌رسد تقویت استقلال دانشگاه و فعال کردن هیئت‌های امنای در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اداره امور دانشگاهها از مهمترین اصولی است که امکان ایجاد محیطی منعطف را در دانشگاه پدید می‌آورد. ضمن اینکه واگذاری اختیارات آموزشی و برنامه‌ریزی‌های علمی و آموزشی به دانشگاهها سبب خواهد شد تا دانشگاهها با توجه بیشتری به محیط، تعامل اجتماعی و نیازهای بیرونی، برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت خود را طراحی و اجرا کنند.

هیأت‌های امنای سیاست‌گذاری در سطوح میانی آموزش عالی را بر عهده دارند و برای هماهنگی این سیاست‌های میانی با سیاست‌های کلان، ضرورت دارد که زمینه‌های تعاملی میان هیأت‌های امنای و مراجع ملی آموزش عالی (نظیر مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به صورت نهادینه و نظام‌مند فراهم گردد. هیأت‌های امنای به منظور استفاده صحیح از اختیارات و انجام مسئولیت‌های خویش، به پشتیبانی‌های اطلاعاتی، کارشناسی و حقوقی نیاز دارند و دولت باید در مرحله گذار دانشگاهها به اداره کاملاً هیأت‌امنائی، از آنها در این مسیر، حمایت‌های مؤثری به عمل آورد. از سوی دیگر، هیأت‌های امنای باید از طریق کنسرسیوم‌های منطقه‌ای و مجامع ملی، به صورت شبکه یکپارچه و منسجمی در بیابند و با همگرایی و هم‌افزایی بیشتری، در سطح کلان کشور عمل نمایند.

برای اینکه هیأت‌های امنای، بتوانند از این اختیارات، استفاده نمایند و از عهده مسئولیت‌های سنگین خویش برآیند، لازم است ساختار آنها به لحاظ ترکیب و تنوع و شایستگی‌های لازم، تقویت و ارتقاء پیدا کنند. هیأت‌های امنای باید از سوی همه ذینفعان آموزش علوم پزشکی نظیر دانشگاهیان و اجتماع علمی، دولت، بخش خصوصی، بازار سلامت و صنایع و بنگاهها، ذینفعان محلی، نهادهای مدنی و سازمان‌های غیردولتی نمایندگی داشته باشند (۹).

در قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی بعنوان نمایندگان وزیر بهداشت در استان‌های مختلف یاد شده‌است. این نمایندگی در رهبری و تولید نظام سلامت هر استان نمود پیدا می‌کند و این درحالیست که خود این دانشگاهها کاملاً وابسته به سیاست‌های وزارت بهداشت بوده و تنها مجری برنامه‌هایی هستند که در دفاتر کارشناسی وزارتخانه تدوین و ابلاغ می‌شوند. اجرای نقش نمایندگی و تولید نیازمند

کاهش تصدی‌گری وزارت بهداشت از طریق تقویت استقلال دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی همراه با حضور کارآمد آن در قلمرو امور حاکمیتی با توجه به خصوصیات مقوله سلامت و نیز اولویت دادن به بخش‌های خصوصی و غیر دولتی به عنوان محرک اصلی رشد علم، فناوری و نوآوری، توسعه نظام اعتباربخشی و تخصیص بر مبنای عملکرد، راهکارهای حرکت به سمت عدم تمرکز و واگذاری بخشی از اختیارات تصمیم‌گیری و سیاستگذاری به دانشگاه‌های علوم پزشکی است (۲۱).

۴- پاسخگویی اجتماعی

برای پاسخگوتر شدن آموزش‌ها، تغییرات اساسی در مدل آموزشی رشته‌های مختلف خصوصاً دندانپزشکی، داروسازی، بهداشت، پرستاری و دوره‌های دستیاری که تبلور نظام ادغام در آنها کمتر دیده شده است، ضروری است. هاردن^۱ آموزش در حوزه علوم پزشکی و بهداشت را یک مسئولیت مردمی/اجتماعی می‌داند و مطرح می‌کند که در بسیاری از زمینه‌های اساسی، رویکرد علمی، از عهده مسئولیت اجتماعی خود مبنی بر پاسخگویی به نیازهای بهداشتی جامعه بر نمی‌آید (۲۲). به باور زنتن و بولت^۲ شکاف فزاینده‌ای بین آموزش و عملکرد افراد آموزش دیده در حوزه علوم پزشکی وجود دارد که از تفاوت بین ارزش‌های علمی موسسات آموزشی از یک طرف و الزامات خدمتی و توقعات جامعه از طرف دیگر ایجاد شده است. این دو دانشمند تاکید می‌نمایند پیشرفت فن‌آوری در برخی دانشکده‌های پزشکی موجب توجه به نیازهای واقعی جامعه نشده است (۲۳).

پاسخگویی نظام آموزشی موضوعی نیست که با ادغام ساختاری یا یک سری اقدامات سطحی تحقق یابد. به باور بیشتر صاحب‌شوندگان در پژوهش حاضر نیز این طرح هنوز به اهداف کیفی خود مانند آموزش جامعه‌نگر و پاسخگو دست نیافته است و برای تحقق این امر لازم است کل نظام سلامت و از جمله بیمارستان شهرستان عملاً با گروه‌های آموزشی دانشگاهها مرتبط شوند. لذا پاسخگویی مستلزم تحولات اساسی در نظام آموزشی است به طوری که همه فرایندهای نظام آموزشی، در تحقق پاسخگویی آن نقش مؤثر داشته باشند (۲۱).

بعد پاسخگویی در آموزش‌های علوم پزشکی در آغاز پیاده‌سازی طرح ادغام بسیار پررنگ‌تر بوده است ولی به تدریج با گذشت زمان و تغییر مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توجه به این جنبه کمتر و کمتر شده است؛ و علاوه بر ادغام به عنوان بنیادی‌ترین اقدام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای حرکت به سمت آموزش جامعه‌نگر، تحول در سیاست‌گذاری‌ها، اولویت‌بندی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در سطوح مختلف و نیز همسو نمودن تصمیم‌گیری‌ها با الزامات ادغام و رویکرد آموزش جامعه‌نگر، اقدامات ضروری دیگری هستند که باید مورد توجه قرار گیرند (۲۴).

نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی در گسترش پاسخگویی اجتماعی بسیار چشمگیر است. به همین جهت سازمان بهداشت جهانی چارچوبی برای ارزشیابی دانشکده‌های علوم پزشکی در زمینه پاسخگویی اجتماعی در سه محور اصلی وظایف این دانشکده‌ها یعنی آموزش، پژوهش و خدمات و براساس ۴ ارزش پزشکی پاسخگو، طراحی کرده است؛ این ارزشها

¹ Harden RM

² van Zanten, M. & Boulet, J. R.

عبارتند از ارتباط، کیفیت، به‌صرفه بودن و برابری. دانشگاه‌های علوم پزشکی باید با انجام پژوهش، تحقیقات و نوآوری نقش هدایت و رهبری را در نظام سلامت جامعه بر عهده بگیرند (۲۵).

از سوی دیگر پاسخگویی اجتماعی در حوزه ارائه خدمات سلامت نیز امری ضروری است. حضور دانشگاه باعث پویایی نظام ارائه خدمات می‌شود و از آنجائیکه نیاز جامعه به طور مرتب در حال تغییر است، دانشگاه با دارا بودن توان علمی، بهترین جایگاه برای تعیین نیازمندی‌های جامعه است (۲۶). ارائه خدمات سلامت در آینده وضع پیچیده‌تری پیدا می‌کند و پیشگیری از بیماری‌های مزمن یکی از مهمترین مسائل نظام سلامت در آینده می‌باشد؛ لذا ارائه خدمات بدون حضور قدرتمندانه علمی دانشگاه میسر نیست و این نظام بدون همراهی دانشگاه، فاقد پویایی لازم برای پاسخگویی به مشکلات جدید است (۲۷). لذا برای تعیین اولویتها، نیازها و انتظارات جامعه، نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات باید سر یک میز بنشینند. برای برآوردن بسیاری از نیازها و انتظارات جامعه توسط نظام ارائه خدمات، نظام آموزشی باید زمینه‌سازی کند و ظرفیتهای لازم را ایجاد نماید. همچنین پاسخگویی به بسیاری از انتظارات جامعه از نظام آموزشی، در گرو همکاری نزدیک نظام ارائه خدمات با نظام آموزشی است.

۵- آموزش در عرصه

در نظام‌های فعلی آموزش پزشکی کشور گاه‌ا ارتباط با جایگاههای جامعه تنها منحصر به محدوده کوچکی از مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد و هرگونه توسعه در این بخش با توجه به نیاز به هماهنگی‌های متعدد درون و برون‌بخشی، بسیار سخت بنظر می‌رسد که از موانع اجرای برنامه‌های آموزش جامعه‌نگر است (۲۰). برای گسترش آموزش در جامعه باید شرایط و پیش‌نیازهای اولیه‌ای فراهم باشند که عبارتند از تجهیز مراکز ارائه خدمت برای آموزش، تناسب بین تعداد پرسنل مراکز ارائه خدمت و تعداد دانشجویان، اختصاص بخشی از نیروهای مراکز ارائه خدمت به آموزش دانشجویان و ایجاد هماهنگی بین نظام ارائه خدمت و دانشکده‌ها.

هافرتی هشدار داده‌است آموزشی که فقط در مراکز علمی وابسته به دانشکده‌های پزشکی ارائه می‌شود، اعتبار اجتماعی خود را به دلیل عدم توجه به نیازهای وسیع اجتماعی از دست داده‌است و آموزش با نیازهای جدید جامعه بی‌ارتباط می‌شود؛ او ادامه می‌دهد که اسیر زمان، مکان و محتوا شدن موجب خواهد شد آموزش، اعتبار فنی خود را نیز از دست بدهد، زیرا روش‌های آموزشی مورد پذیرش فراگیران و کل جامعه نخواهد بود. ریچاردز مطرح می‌کند که فاصله زیادی بین نیازهای واقعی و آنچه در دانشکده‌ها به دانشجویان آموزش داده می‌شود، وجود دارد.

از آنجائیکه مسئولیت سنجش، ارزیابی و اولویت‌بندی نیازهای جامعه و نیز پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه را نظام ارائه خدمات به عهده دارد، به طور طبیعی نباید بین موسسات آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی فاصله‌ای وجود داشته‌باشد. وجود هر نوع فاصله و شکاف بین آنها باید امری غیرطبیعی تلقی شود، زیرا که هیچ یک بدون دیگری قادر نخواهد بود مسئولیت خود را به خوبی انجام دهد (۲۸).

مشخص شدن شکاف موجود بین برنامه درسی معین شده برای دانشجویان، نیازهای جامعه و آنچه که عملاً در بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی به آنها آموزش داده می‌شود، باعث شده که دانشکده‌های علوم پزشکی بدنبال

یافتن راهکارهایی برای آموزش دانشجویان در خارج از محیط دانشکده‌ها باشند (۲۹). آموزش در جامعه منجر به شرایطی می‌گردد که طی آن امکان برخورد با گروههای متنوعی از بیماران برای دانشجویان و اعضاء هیئت علمی دانشگاه فراهم می‌گردد و از سوی دیگر امکان ارائه خدمات سلامت در مناطق محروم و دورافتاده فراهم می‌گردد. پذیرنده در نتیجه‌گیری پژوهش خود مطرح می‌کند که روشهای سنتی بیمارستان‌محور در آموزش علوم پزشکی نتوانسته‌اند پزشکی با توانایی و تعهد خدمت‌رسانی در مناطق محروم جامعه تربیت کنند (۳۰). هاردن یکی از راه‌حل‌ها را آموزش جامعه‌نگر می‌داند که به آموزشی اشاره دارد که در محلی خارج از بیمارستانهای تخصصی ارائه می‌شود. عبارت مشابه دیگری که در این ارتباط وجود دارد، آموزش علوم پزشکی مبتنی بر نیاز جامعه است که بنا به تعریف، آموزشی است که بر اساس نیازهای جامعه طراحی می‌شود و فارغ‌التحصیلان را برای ارائه خدمت در جامعه آماده می‌کند اما قسمت اعظم آن می‌تواند در یک بیمارستان سطح سوم ارائه شود (۲۵).

با وجودیکه آموزش در نظام ارائه خدمات سلامت مورد تأیید کلیه کارشناسان و برنامه‌ریزان است ولی در حال حاضر پاره‌ای از مشکلات و چالشها باعث شده این آموزش‌ها از کارایی لازم برخوردار نباشند. در این ارتباط مشکلاتی نظیر عدم حضور منظم اعضاء هیأت علمی در عرصه، ارتباط اندک بین اساتید دانشگاه و مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و مدیریت غیرمنسجم بیمارستانهای کشور، تعارض بین خدمات انتفاعی و آموزشی، تمرکز بیش از حد بر آموزش‌های تخصصی و بیمارستانی، تحت‌الشعاع قرارگرفتن آموزش‌های درمانگاهی و سرپایی و تأکید بر آموزش موارد نادر، مطرح است.

هدف از آموزش جامعه‌نگر، تأکید بر مراقبت‌هایی است که قبل از ارجاع بیمار به یک بیمارستان تخصصی و یا بعد از ترخیص وی از بیمارستان در مراکز سطح اول مراقبت در جامعه، ارائه می‌گردد. لذا با وجودیکه بیمارستان‌های سطح سوم نیز در داخل جامعه هستند، اما نماینده کاملی از کل جامعه نیستند زیرا بیماران از فیلترهای متعددی گذشته‌اند تا به آنجا رسیده‌اند (۳۱). در آموزش علوم پزشکی باید نگرشی جامع به همه ابعاد سلامت داشت که این نگرش در دانشکده‌ها یا یک محیط صرفاً بیمارستانی با بیماران در مراحل انتهایی ایجاد نخواهد شد (۳۲). لذا با حرکت از بیمارستانهای آموزشی بسوی جایگاههای جامعه، بتدریج امکان ورود بیشتر مضامین اجتماعی در برنامه آموزشی دانشجویان فراهم می‌شود (۳۳).

در نقشه راه توسعه آموزش‌های جامعه محور باید بر سیاستهایی نظیر ایجاد جاذبه‌های خدمت در بخش بهداشت، فراهم آوردن فرصتی برای پرسنل بخش سلامت تا بعنوان مربی و یا اعضاء هیأت علمی شناخته شوند، تشویق علاقه به کار در محیط‌های محروم و آشنا نمودن دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت جامعه، تأکید شود.

آموزش در محیط‌های بالینی در تربیت و آموزش کارکنان بخش سلامت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. با جایگیری یادگیری در محیطی که این یادگیری در آینده بکار گرفته خواهد شد، یادگیری هدفدار می‌گردد (۲۰). اجرای فعالیت آموزشی در مراکز بهداشتی در تعریف مغذوب و اشمیت "آموزش در جایگاه" نامیده شده‌است که این فعالیت ممکن است مرتبط با نیاز جامعه باشد یا نباشد (۲۰).

ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمت می‌تواند شرایطی را فراهم آورد که محیط آموزشی به محیطی که در آینده ارائه خدمت در آن انجام می‌گیرد بسیار نزدیک شود. این در حالی است که آموزش به شکلی که در اکثر

دانشگاههای علوم پزشکی انجام می‌گیرد عمدتاً در بیمارستانهای آموزشی تخصصی (سطح سه مراقبت سلامت) با امکانات پیشرفته تکنولوژیک و با تمرکز بر یادگیری درمان بیماران انجام می‌گیرد. علاوه بر این ارائه بخشی از آموزش در محیط جامعه شرايطی را فراهم می‌آورد که در آن دانشجویان پس از گذراندن آموزش‌های اولیه، می‌توانند بعنوان عضوی از تیم سلامت، به ارائه خدمت به جامعه مشغول شوند. بنا بر توصیه سازمان بهداشت جهانی، استفاده از دانشجویان و کارآموزان در رشته‌ها و مقاطع مختلف بخصوص در مناطق محروم که با کمبود نیروی انسانی ماهر مواجه هستند، می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت جامعه گردد. از سوی دیگر، فعالیت دانشجویان و اعضاء هیئت علمی در عرصه در کنار کارکنان بخش سلامت می‌تواند شرایط بازآموزی غیررسمی را برای آنان فراهم نموده و منجر به شناسایی و اصلاح بسیاری از فرایندهایی که مبتنی بر شواهد علمی روز نمی‌باشند، گردد (۲۰).

۶- تمرکز آموزش بر بیمار به جای بیماری

بسیاری معتقدند که محتوای برنامه‌های آموزش علوم پزشکی عمدتاً بر درمان بیماریها متمرکز بوده و بنابراین، فارغ‌التحصیلان اغلب بیماری‌نگری را بجای سلامت‌نگری مورد توجه قرار داده‌اند در حالیکه سازمان جهانی بهداشت، مسئولیت نظام سلامت را در سطوح سه گانه پیشگیری، اعم از پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و پیشگیری ثالثیه می‌داند (۲۰).

تربیت و آموزش کارکنان بخش سلامت در شکل سنتی خود عمدتاً در بیمارستانهای آموزشی تخصصی (سطح سه مراقبت سلامت) با امکانات پیشرفته تکنولوژیک و با تمرکز بر یادگیری درمان -پیشگیری ثانویه و ثالثیه- بیماران انجام می‌گیرد؛ این در حالی است که این محیط‌های آموزشی که عمدتاً پذیرنده بیماران ارجاعی از سایر مراکز می‌باشند تنها نشانگر قلّه کوه یخ مشکلات سلامت جامعه می‌باشند (۳۴). اگر رسالت آموزش علوم پزشکی، سلامت به مفهوم کلان آن است، باید اهداف و محتوای آموزش از تمرکز بر فرد به تمرکز بر جامعیت سلامت تغییر کند؛ و کلاسهای درس به فضاهای داخل جامعه برده شود تا امکان توجه به همه ابعاد سلامت و بررسی همه عوامل موثر بر سلامت فرد و جامعه فراهم آید (۳۵). برای ارائه مراقبتهای بهداشتی درمانی جامع به افراد باید هم به ویژگیهای فردی و انسانی هر بیمار توجه کرد و هم به ویژگی‌های مربوط به بیماری وی؛ لذا آموزش علوم پزشکی باید هر دوی این ابعاد را با محوریت جامعیت انسان بیماری و نیز رابطه پزشک و بیمار مورد توجه قرار دهد.

تربیت پزشکان و پیراپزشکان برای اجرای برنامه پزشکی خانواده، بررسی و مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد و جامعه و مدیریت بار بیماریها، منجر به تقویت جایگاه پیشگیری و جامع‌نگری در نظام سلامت کشور می‌شود. در این راستا آشنایی دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی با مدیریت عوامل تهدید کننده سلامت در سطح جامعه و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت قبل از ورود به دوره کارآموزی می‌تواند بسیار مفید باشد. همچنین به منظور حصول اطمینان از پوشش موضوعی مناسب برنامه‌های آموزشی دانشجویان، معاونت سلامت دانشگاهها باید اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت و بیماری جامعه، بار بیماریها در جامعه، و بیماری‌های نوپدید و بازپدید را بطور سالانه در اختیار معاونت آموزشی قرار دهد.

۷- اهتمام جدی به مرجعیت علمی

تضمین کیفیت، رمز بقای یک نظام آموزش عالی (چه در سطح ملی و چه در سطح مؤسسات و برنامه‌ها) در دنیایی است که روزبه‌روز رقابتی‌تر می‌شود. دستیابی به آموزش باکیفیت تنها به شرط استقرار نظام تضمین کیفیت دانشگاه‌ها و نهادینه کردن فرایندهای ارزیابی درونی و بیرونی در آنها محقق می‌گردد (۲۰). برای اطمینان از کیفیت آموزش، لازم است مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی که یکی از ابتکارات نظام ادغام یافته آموزش پزشکی هستند، تقویت گردند.

در راستای جهت‌گیری سازمان جهانی بهداشت برای ایجاد مراکز توسعه در دانشگاه‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اقدام به تاسیس دفاتر توسعه آموزش پزشکی نمودند. این دفاتر ابزاری جهت توسعه دانش حرفه‌ای پزشکان و اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و به روز نگه‌داشتن آنها می‌باشند. دفاتر توسعه آموزش پزشکی با توجه به نزدیک بودن به عرصه عملیاتی دانشکده‌ها بخوبی می‌توانند در زمینه‌های مختلف آموزشی برنامه‌های تحت پوشش یک دانشکده، برنامه‌های توسعه‌ای و عملیاتی ارائه نمایند. ماهیت زنده و پویای برنامه‌های آموزشی ایجاب می‌نماید این سیستم‌های توسعه، اطلاعات به روز در زمینه برنامه‌های آموزشی داشته باشند که اهمیت تعامل این سیستم را با نظام‌های ارزشیابی جاری دانشکده‌ها، مشخص می‌نماید (۲۰). یزدانی با تجدیدنظر در وظایف مراکز توسعه آموزش پزشکی مدل جدیدی را ارائه نمود. در این مدل ۴ نقش عمده برای مراکز توسعه در نظر گرفته شده‌است.

۱. حمایت تصمیم‌گیری‌های آکادمیک
۲. ظرفیت‌سازی آکادمیک
۳. رهبری آکادمیک
۴. حاکمیت آکادمیک

ظرفیت‌سازی آکادمیک در این مدل می‌تواند کلیه نقشه‌های قبلی را دربرگیرد. در مدل جدید این مراکز در طی نقش خود در بخش آموزش، نه فقط به آموزش اساتید همت می‌گمارند بلکه تربیت نیروی تخصصی آموزش (کارشناسان آموزشی) و انتشار تازه‌های آموزش نیز از وظایف آنها می‌باشد. ظرفیت‌سازی به آموزش ختم نشده و هماهنگی کلان سه بخش آموزش، پژوهش و خدمات و ارائه توصیه‌های مشاوره‌ای به مراکز تصمیم‌گیری را نیز شامل می‌گردد. نقش هماهنگ‌کننده به هماهنگی بین سه جزء مهم مرتبط با سلامت یعنی آموزش، تحقیق و ارائه خدمات اشاره دارد که فقدان این نقش در سطوح کلان در همه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مشاهده می‌شود. نقش مشاوره‌ای این مراکز از جمله نقش‌های بسیار مهم آنها می‌باشد که در صورت ایفای مناسب این نقش می‌توان امیدوار بود جهت‌گیری‌های آموزشی، بخوبی بسمت نیازهای بخش سلامت در جامعه هدایت شود.

وظیفه کلان ظرفیت‌سازی باید توسط سه وظیفه دیگر یعنی حمایت تصمیم‌گیری‌های آکادمیک، حاکمیت آکادمیک، و بالاخره رهبری آکادمیک حمایت شود تا مراکز توسعه بتوانند در جایگاه‌های واقعی خود بایستند. وظیفه حمایت تصمیم‌گیری‌های آکادمیک در تحقیقات آموزشی، تحلیل موقعیت، ارزشیابی مؤسسه‌ای و کمک به قانونگذاری خود را

نشان می‌دهد. همچنان که مشاهده می‌شود کلیه لوازم یک تصمیم‌گیری مناسب آکادمیک در این وظیفه دید شده که نهایتاً قانونگذاری را مبتنی بر شواهد می‌نماید. آنچه که فقدان آن در شرایط کنونی شدیداً احساس می‌شود.

حاکمیت آکادمیک وظیفه دیگر مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی می‌باشد که در آن ارزشیابی، از ابزار اصلی حاکمیت تلقی می‌شود. در طی این نقش ضمن تدوین استانداردهای ارزیابی، پایش و ارزشیابی در سطوح مختلف اعم از ارزشیابی‌های فرایند، برنامه و پیامد نهایی و یا ارزشیابی‌های تکوینی و تجمعی و با استفاده از نتایج آنها و ارائه آنها به سطوح مختلف تصمیم‌گیری و ذیربطان، حاکمیت اعمال می‌شود. وظیفه رهبری آکادمیک که به نوعی می‌توان آنرا تکمیل کننده دو وظیفه قبلی دانست، با تجزیه و تحلیل مناسب دست‌اندرکاران، مذاقه و مذاکرات حل تضادها به انجام می‌رسد (۲۰).

در کنار موارد فوق که بر توسعه کیفی نظام آموزش علوم پزشکی تاکید دارند، نسبت تعداد اعضاء هیئت علمی دانشگاه به دانشجویان یکی دیگر از شاخصهای مهم در ارزیابی کیفیت آموزش در دانشگاهها می‌باشد. در یک طبقه‌بندی می‌توان دانشگاههای موفق جهان را به دانشگاههای پیشرو و دانشگاههای تندرو تقسیم نمود. دانشگاههای پیشرو غالباً در کشورهای توسعه یافته صنعتی قرار دارند و در صدر رتبه‌بندی‌های جهانی قرار می‌گیرند. دانشگاههای تندرو دانشگاههایی هستند که غالباً در کشورهای در حال توسعه و روبه توسعه قرار داشته و با سرعت قابل توجهی رتبه خود را در سالهای اخیر بهبود داده‌اند. بررسی ویژگی‌های دانشگاه پیشرو بازگو کننده نسبتی یک رقمی برای سنجه استاد به دانشجو است. در حالی که این سنجه در دانشگاه‌های علوم پزشکی حدود ۱ به ۱۹ است و با روند رو به ازدیاد افزایش دانشجو در دانشگاهها، این شاخص وضعیت بدتری نیز یافته است (۹). فقدان چارت سازمانی و تشکیلاتی برای جذب نیروی هیات علمی در دانشکدهها، کم شدن جذابیت شغل هیأت علمی خصوصاً در سالهای اخیر، فقدان یا کمبود فضای مناسب آموزشی (از قبیل کلاس درس، کتابخانه، سالن تشریح، آزمایشگاه‌های مورد نیاز و بخش‌های بالینی)، موانعی در مسیر توسعه زیرساخت‌های آموزشی هستند. لذا براساس مطالب عنوان شده می‌توان پذیرش خارج از ظرفیت دانشجویان را یک تهدید، حداقل در عرصه کیفیت آموزش تلقی نمود (۳۶).

۸- توجه به همگرایی علوم

توسعه علمی کشور به شدت وابسته به نگاه همگرایی علوم است. در صورتی که زمینه و الزام همکاریهای علمی بین بخشی فراهم گردد می‌توان انتظار اتفاقات خاص را داشت چراکه توسعه و گسترش شاخه‌های تخصصی و فوق تخصصی در حدی است که احاطه بر آنها توسط یک فرد و یا یک گروه کوچک غیرممکن می‌باشد و از طرف دیگر اثربخشی و حل مشکل دانش فقط با مشارکت چندبخشی فراهم می‌شود.

البته لازم است سطوح همگرایی به خوبی تعریف و برای پیاده‌سازی آنها تدبیرهای مناسب اندیشیده‌شود. امکان ایجاد تیم‌های آموزشی و پژوهش با توانمندیهای علمی متفاوت (multi-disciplinary) فراهم گردد. همچنین تلاش گردد افراد با پتانسیل علمی بالا ترغیب و حمایت شوند که در چندین تخصص و شاخه علمی هم‌زمان کسب دانش و تجربه

نمایند (trans-disciplinary) و نهایتاً امکان درک عمیق مفاهیم پایه و فلسفی یک شاخه و پیاده‌سازی آن در سایر رشته‌ها فراهم گردد (cross-disciplinary).

این مهم در شاخه‌های علم پزشکی به شدت کاربردی است چراکه پزشکی امروز کاملاً متکی بر سایر علوم مانند انفورماتیک، تکنولوژیهای مهندسی، فیزیک، شیمی و حتی علوم انسانی بوده و بدون حمایت علمی سایر رشته‌ها، پیشرفت پزشکی میسر نبوده و حتی ارائه خدمات بهداشت و درمان با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شود.

با این توضیحات آموزش و ارائه خدمت مطلوب در علوم پزشکی وابستگی صد در صد به اهتمام کافی به مفهوم همگرایی علوم در درون شاخه‌های گسترده علوم پزشکی و همچنین با سایر رشته‌هایی دارد که در حال حاضر عموماً در دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ارائه می‌شوند.

۹- اثربخشی فعالیتهای علمی در دانشگاهها

عدم ارزشگذاری مناسب به فعالیتهای آموزشی در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به تبع آن دانشگاههای علوم پزشکی منجر به عدم تخصیص امتیاز کافی برای فعالیتهای آموزشی اعضای هیأت علمی (در مقابل فعالیتهای پژوهشی و درمانی) در ارتقاء آنها شده و این نهایتاً باعث افت انگیزه اعضای هیات علمی برای ارائه آموزش باکیفیت گردیده‌است.

گره خوردن آموزش و پژوهش با وظایف در حوزه درمان و اجبار در اجرای طرح خودگردانی بیمارستانها باعث گردید که دانشگاهها نتوانند از عهده پرداخت حقوق و مزایای اعضای هیئت علمی برآیند و به ناچار طرح نظام نوین اداره بیمارستانها (کارانه) را جهت کسب درآمد بیشتر توسط پزشکان و ایجاد انگیزه در آنها، به مرحله اجرا دریاورند. در نتیجه اجرای طرح مذکور، که تقریباً مصادف با اوایل اجرای طرح ادغام بود، فعالیتهای آموزشی و پژوهشی تحت‌الشعاع قرار گرفتند و این باعث شد که بعضاً اعضای هیئت علمی بجای شرکت در راندهای آموزشی و پرداختن به امور پژوهش و حضور در کلاس درس و مطالعه برای ارتقاء دانش خود، بیشترین اوقات خود را صرف درمان مراجعین نمایند (۳۷). در مجموع، آموزش در دانشگاههای علوم پزشکی در برابر دو وظیفه دیگر آن که تحقیق و ارائه خدمات می‌باشد، کمتر ارزشگذاری شده است و لذا تغییر نظام ارتقاء هیئت علمی به نفع حمایت از آموزش یکی از راه‌حلهای مفید می‌باشند (۲۰).