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

ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت



تیم تدوین:
دکتر علی‌اکبرحقدوست، دکتر سمیه نوری‌حکمت، دکتررضا ملک پورافشار

زمستان ۱۴۰۰

فهرست مطالب

فهرست مطالب ۱

۱. مقدمه ٤

۲. روش انجام مطالعه ٦

۲,۱. جستجوی مطالعات ٦

۲,۱,۱. استراتژی جستجوی مطالعات فارسی ٦

۱,۱,۱. استراتژی جستجوی مقالات انگلیسی ۷

۱,۲. انتخاب مطالعات واجد شرایط برای ورود به متاستز ۷

۱,۳. تحلیل محتوای مطالعات ۸

۳) یافته ها ۱۰

الف- تحلیل نتایج مطالعات کیفی ۱۰

۲,۱. اهداف و دلایل ادغام ۱۲

۲,۱,۱. اهداف کمی ادغام ۱۲

۲,۱,۲. اهداف کیفی ادغام ۱۳

۲,۲. دستاوردهای اجرای طرح ادغام ۱۳

۲,۲,۱. دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی ۱۳

۱,۱,۲. دستاوردها در حوزه پژوهش علوم پزشکی ۱٤

۱,۱,۳. دستاوردهای در حوزه ارائه خدمات سلامت ۱٥

۱,۲. چالش های اجرای طرح ادغام ۱٦

۱,۲,۱. افزایش دامنه مسوولیت های دانشگاه ها ۱٦

۱,۲,۲. الزام دانشگاه ها جهت پاسخگویی به امور خارج از کنترل ۱۷

۱,۲,۳. افزایش هزینه های نظام سلامت ۱۷

۱,۲,۴.نگرانی در خصوص ایمنی و رضایت بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی ۱۷

۱,۳. موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی ۱۷

۱,۴. آینده طرح ادغام ۱۸
۱.۴.۱. ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام ۱۸
۱,۴,۲. حرکت به سمت ادغام عملکردی ۱۸
۱.۴.۳. ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی ۱۹
ب- تحلیل نتایج مطالعات کمی ۲۱
۱,۱. مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران ۲۱
۱,۲. محمد علی عباسی مقدم ۲۲
۱,۳. حبیب ا... پیروی ۲٤
۱,۴. کنستام و همکاران ۲٥
۱,۵. چاری و همکاران ۲٥
۴. تحلیل سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت با رویکرد مثلث سیاستگذاری ۲۸
۴,۱. اجزای مدل مثلث سیاستگذاری ۲۹
۴,۱,۱. زمینه سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ۳۰
۴,۱,۲. محتوا/ اهداف سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ۳۹
۴,۱,۳. فرایند سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ٤۱
۴,۱,۴. نقش آفرینان سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت ٤۲
۴,۲. بررسی فرآیند پیادهسازی ادغام ٤۳
۴,۲,۱. بررسی فرآیندها پیادهسازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح فراوزارتی ٤٤
۴,۲,۲. بررسی فرآیندها پیادهسازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح وزارتی ٤٥
۴,۲,۳. بررسی فرآیندها پیادهسازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح دانشگاهی ٤٦
۴,۲,۴. جمعبندی در خصوص فرآیندهای پیادهسازی ادغام ٤۷
۴,۳. پیامدهای اجرای سیاست ادغام ٤۷
۴,۳,۱. توسعه کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی در کشور ٤۷
۴,۳,۲. توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت ٥۲
۴,۳,۳. توسعه پژوهش های نظام سلامت ٥٦
۴,۴. ارزیابی پیامدها و نتایج ادغام ٥٦

۴,۵. محدودیت ها و اهدافی که در مورد دستیابی به آنها تردید وجود دارد... ..... ۵۹
۵. نتیجه گیری..... ۶۰
۵,۱. پیشنهادات ۶۲
فهرست منابع ۶۳

جدول شماره ۱- معرفی مطالعات وارد شده به مرورنظام مند..... ۱۱
جدول شماره ۲- مفاهیم اصلی و کدهای حاصل از متاسنتز مطالعات وارد شده ۱۲
جدول شماره ۳- سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر از تأسیس دارالفنون تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳۳
جدول شماره ۴- تحلیل اثرات کمی و کیفی مثبت و منفی ادغام در حوزه ارایه خدمات بهداشت و درمان و همچنین آموزش و پژوهش در کوتاه مدت (کمتر از ۱۰ سال) و بلندمدت ۵۷

تصویر شماره ۲- فلوچارت انتخاب مطالعات برای مرور نظام مند ۸
تصویر شماره ۱- اجزای مدل مثلث سیاستگذاری..... ۲۹
تصویر شماره ۳- نمایی از دانشگاه جندی شاپور- اولین دانشگاه ایران باستان ۳۰
تصویر شماره ۴- ابن سینا بر بالین خواهر زاده قابوس ۳۱
تصویر شماره ۵- نمایی از ربع رشیدی در شمال غرب ایران ۳۲
تصویر شماره ۶- نمایی از داروخانه های اسلامی..... ۳۲
تصویر شماره ۷- سیر تحولات آموزش علوم پزشکی در ایران ۳۳
تصویر شماره ۸- تاکیدات جهانی بر مفهوم ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت..... ۳۵
تصویر شماره ۹- هداف کمی و کیفی ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت..... ۳۹
تصویر شماره ۱۰- مراحل پیاده سازی سیاست ادغام ۴۱

۱. مقدمه

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

در نتیجه انتشار گزارش تحقیقات فوق، با تصویب مجلس شورای اسلامی، در سال ۱۳۶۴ کلیه اختیارات، وظایف و مسؤولیتهای وزارت فرهنگ و آموزش عالی در آموزش پزشکی به وزارتخانه جدید انتقال یافت و با جدا شدن آموزش علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی و ادغام آن در وزارت بهداری و بهزیستی وقت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. ادغام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با نظام ارائه خدمات سلامت، بعنوان انقلابی ترین حرکت سازمانی، نظام آموزش پزشکی را با شرایط ویژه ای مواجه ساخت و در طی سالهای پس از ادغام، فرآیندهای تصمیم گیری، مدیریتی، وظیفه ای 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 می رفت تربیت نیروی انسانی متخصص بهداشتی و درمانی بیشتر بود(۲). جدا از افزایش دانشجو، دست یابی به اهداف دیگری همچون افزایش و گسترش دانشکده و دانشگاهها، قرار گرفتن امکانات بالینی و آموزش بیشتر در اختیار نظام آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی، مشارکت و درگیری آموزش نیروی متخصص بهداشتی درمانی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه و اتحاد مدیریت بین بخش پرورش نیروی انسانی (عرضه کننده) و مصرف کننده(تقاضا کننده)، نیز از این طرح انتظار می رفت(۳).

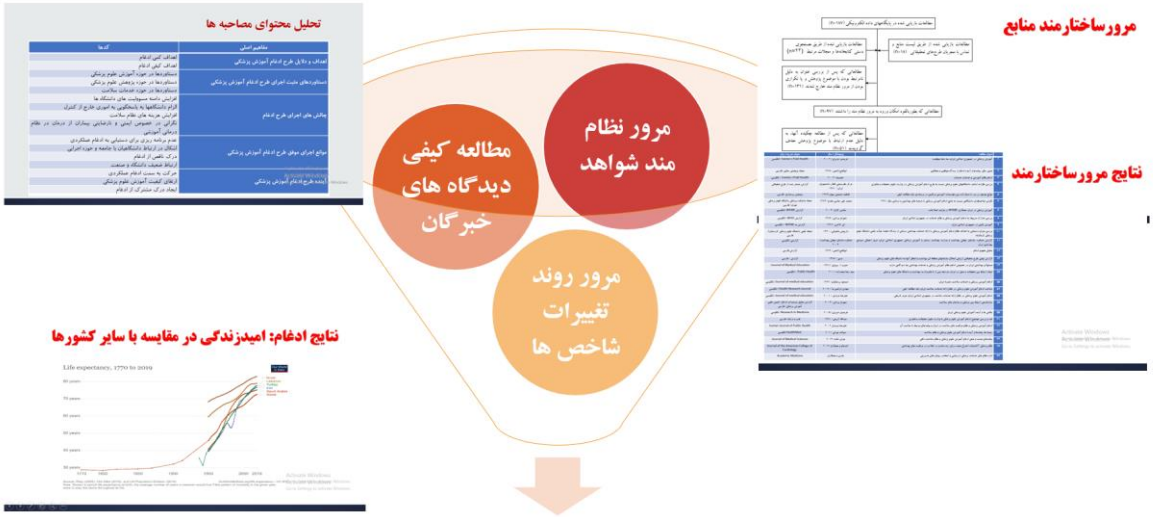
با وجود تغییرات مثبت ناشی از ادغام آموزش در ارائه خدمات، برخی از مشکلات و چالشهای این طرح همچنان حل نشده باقی مانده‌اند. هنوز یکپارچگی کامل و در تمام سطوح آموزشی، مراقبت سلامت و مدیریتی، اتفاق نیافتاده است. با وجود اینکه سطوح معاونتی در دو حوزه آموزش و ارائه خدمات با یکدیگر ادغام شده اند ولی سطوح محیطی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

باوجود اینکه تاکنون چندین مطالعه به بررسی و گزارش پیامدهای اجرای طرح ادغام در ایران پرداخته اند، توافق جامعی درمورد دستاوردهای این طرح وجود ندارد. مطالعه حاضر با هدف جمع آوری و ترکیب یافته های کلیه مطالعاتی که به بررسی پیامدهای طرح ادغام پرداخته اند، انجام شده است و در نهایت براساس مدل مثلث سیاستگذاری، به تحلیل زمینه‌های طراحی سیاست ادغام، محتوا و فرایند اجرای آن و نقش آفرینان کلیدی پرداخته است.

روش انجام مطالعه

۲. روش انجام مطالعه

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



۲,۱. جستجوی مطالعات

۲,۱,۱. استراتژی جستجوی مطالعات فارسی

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

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

جستجوی گذشته نگر[1] و آینده نگر[2] نیز انجام گرفت که طی آن لیست منابع مقالات انتخابی برای دستیابی به مقالات مرتبط بیشتر، بررسی شدند. همچنین موارد ارجاعات به هر یک از مقالات وارد شده به مطالعه، در سالهای پس از انتشار آن، مرور شدند. همچنین با خبرگان و صاحبنظران حوزه ادغام و آموزش علوم پزشکی تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد چنانچه از انجام مطالعه ای در زمینه طرح ادغام توسط سایر خبرگان اطلاع دارند، مشخصات آن مطالعه را در اختیار تیم پژوهش قرار دهند. دو مطالعه ای که توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان WFME انجام شده بود تنها از این طریق قابل شناسایی بود.

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

۱,۱,۱. استراتژی جستجوی مقالات انگلیسی

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

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

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

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

باروسو و پاول کوپ[3] معتقد هستند که نباید محدودیتی برای انتخاب نوع مطالعه اعم از مقاله منتشر شده یا گزارش، قائل شد تا بتوان از همه منابع موجود استفاده کرد و از خطر از دست دادن داده‌های ارزشمند بر حذر ماند و انواع مطالعات کیفی را می‌توان در متا سنتز شرکت داد(۱۱). تورن و سندلوو سکی[4] عقیده دارد که کیفیت مطالعات را نباید به عنوان یکی از معیارهای ورود مطالعات به متاستز قلمداد کرد و از آنجائیکه در تحلیل مطالعات کیفی با استفاده از متد متاسنتز، آنالیز و ترکیب نتایج مطالعات بدون وزن

---

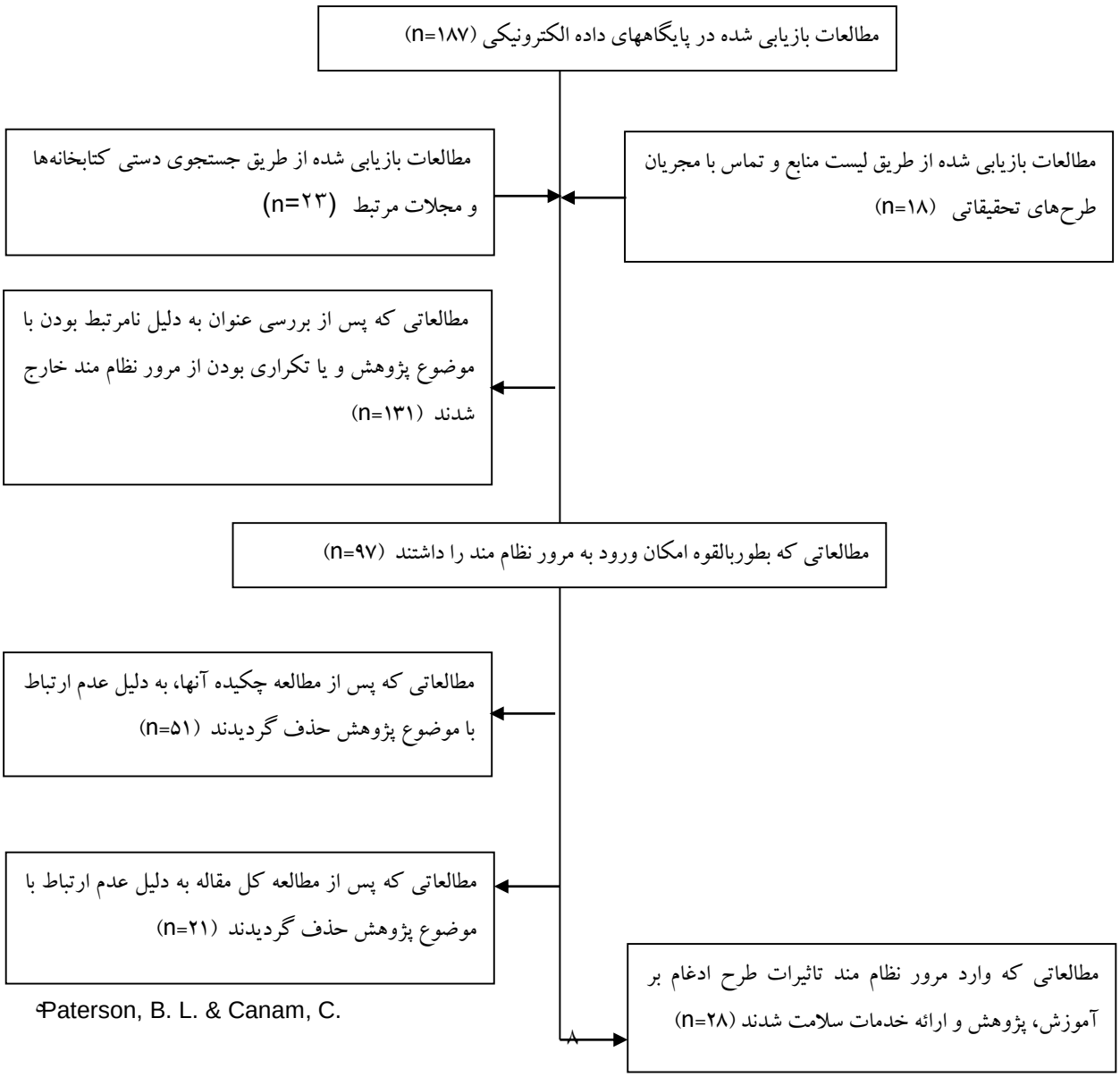
[1] Backward tracing
[2] Foreward tracing
[3] Barroso, J. & Powell-Cope, G. M.
[4] Torne & Sandelowski

دهی به آنها انجام می گیرد، تفاوت کیفیت مطالعات انجام شده، تاثیری بر نتایج تحلیل متاسنتز ندارد(۱۲, ۱۳). لذا از آنجائیکه تعداد مطالعات انجام گرفته در زمینه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت کشور ایران محدود می‌باشد، کلیه مطالعات انجام گرفته که در نتیجه مرور نظام مند بدست آمده‌اند، مورد بررسی و تحلیل قرارگرفتند. در تصویر شماره ۱ فلوچارت مراحل گزینش مطالعات برای شرکت در متاسنتز نشان داده شده‌است.

۱,۳. تحلیل محتوای مطالعات

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

تصویر شماره ۱- ***فلوچارت انتخاب مطالعات برای مرور نظام مند***



[۵] Paterson, B. L. & Canam, C.

یافته ها

۳) یافته ها

در این بخش خروجی متاسنتز یافته های مطالعات وارد شده به مرور نظام مند ارائه شده است. از میان ۱۸۷ مطالعه ای که بصورت اولیه در پایگاه های اطلاعاتی شناسایی شدند، ۲۵ مطالعه ارتباط کامل با موضوع پژوهش داشته و وارد مرورنظام مند شدند (جدول شماره۲). از میان ۲۵ مطالعه، ۱۵ مطالعه به زبان انگلیسی و ۱۰ مطالعه به زبان فارسی منتشر شده بودند. اغلب مطالعات مروری بودند که طی آنها نویسندگان بعنوان صاحبنظر حوزه آموزش علوم پزشکی و یا نظام ارائه خدمات سلامت به ارائه دیدگاه خود درمورد طرح ادغام پرداخته بودند (۱۱ مورد)، ۳ مطالعه به ارائه آمارهای رشد شاخص های توسعه آموزش علوم پزشکی و مقایسه روند قبل و بعد از ادغام، پرداخته بودند، ۳ مطالعه بصورت پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته انجام شده بودند، ۶ مطالعه بصورت کیفی و با استفاده از ابزار مصاحبه با خبرگان و صاحبنظران انجام شده بودند، یک مطالعه به ارائه استانداردهای ادغام پرداخته و یک مطالعه با استفاده از ابزار دلفی، میزان اجماع صاحبنظران کشور درمورد پیامدها و دستاوردهای ادغام را سنجیده بود.

در ادامه تحلیل محتوا و یافته های مطالعات بازیابی شده در مرورنظام مند در دو بخش تحلیل محتوای کیفی، اختصاصا برای مطالعات مروری و کیفی، و تحلیل محتوای کمی، اختصاصا برای مطالعات پیمایشی، ارائه شده است.

الف- تحلیل نتایج مطالعات کیفی

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

جدول شماره ۱– **معرفی مطالعات وارد شده به مرورنظام مند**

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

[۱] Chari R

جدول شماره ۲- ***مفاهیم اصلی و کدهای حاصل از متاسنتز مطالعات وارد شده***

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

۲,۱. اهداف و دلایل ادغام

در بررسی مقالات، اهداف و دلایلی برای طرح ادغام بیان شده بود که می توان 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 دسته بندی 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 شبکه های بهداشتی درمانی برای اهداف آموزشی، تقدم مناطق روستایی بر مناطق شهری، تقویت نظام ارجاع، افزایش ظرفیت دانشگاه ها 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.

۲,۱,۱.اهداف کمی ادغام

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

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

تعداد تخت‌های آموزشی پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشک 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 عرصه های آموزش در جامعه از اهداف اصلی این طرح در آن زمان بودند(۱۹).

۲,۱,۲.اهداف کیفی ادغام

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

۲,۲. دستاوردهای اجرای طرح ادغام

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

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

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

در ۸ مقاله به دستاوردهای ادغام در حوزه آموزش علوم پزشکی اشاره شده بود. این دستاوردها را می توان بصورت افزایش قابل ملاحظه ظرفیت آموزش و پاسخگوتر شدن آموزش ها نسبت به نیازهای جامعه دسته بندی نمود. عزیزی معتقد است ادغام دلیل اصلی رشد قابل توجه در تعداد پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۶۵ بوده است و افزایش سریع تعداد مراکز آموزشی همراه با رشد شدید پذیرش دانشجو باعث افزایش ناگهانی نسبت دانشجو به استاد گردید(۱۵, ۱۶). این دستاورد در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز مورد تاکید قرار گرفته است(۱۷). خجسته افزایش پذیرش دانشجویان را در نتیجه تغییر ساختار نظام آموزشی و ارائه خدمات سلامت در ایران می داند و معتقد است همین تغییر ساختار باعث افزایش تعداد دانشگاه های علوم پزشکی، ایجاد عرضه

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

۱,۱,۱,۱.آموزش پاسخگو

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

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

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

تعداد ۱۱ مطالعه به دستاوردهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی در حوزه پژوهش اشاره داشتند. مشارکت دانشکده های پزشکی در پژوهش های مرتبط با نظام ارائه خدمات اساس سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان در هر دو نظام آموزش و ارائه خدمات سلامت را به وجود می آورد (۵-۲ ، ۲۲). نگارش مقالات حوزه علوم پزشکی توسط پژوهشگران ایرانی در طی سالهای اخیر روند چشمگیری را طی نموده است و برخی از محققان این رشد را به پیاده سازی استراتژی ادغام نسبت می دهند(۲, ۱۹, ۲۴, ۲۵, ۲۸).

مطالعه نجات بر جذب پژوهشگر در مناطق دور دست، ارتباط بیشتر پژوهشگران با نظام ارائه خدمات و ایجاد محیط تعاملی بین پژوهشگر و تصمیم گیرنده در نتیجه پیاده سازی ادغام اشاره دارد(۲۹). در مطالعه عزیزی نیز به شکستن حصار دانشکده های گروه پزشکی و انجام آموزش و پژوهش در جامعه، اشاره شده است(۱۵). عباسی مقدم به این نکته اذعان کرده است که پژوهش های

میدانی و کاربردی در نتیجه اجرای ادغام آموزش پزشکی محقق شده است(۲۵). مجدزاده در برشماری نکات مثبت ادغام، با اشاره به این نکته که توسعه نیروی انسانی منجر به پژوهش و تولید اسناد علمی شده است و با تاکید ارتباط بیشتر سیاستگذار و پژوهشگر که منجر به درک نیازهای جامعه و ارتباط علم و صنعت گشته، نیز به دستاوردهای پژوهشی تاکید نموده است(۱۹). مجدزاده در مطالعه ای دیگر همکاری در تحقیق را منجر به ارتباط نزدیکتر پژوهشگر و سیاستگذار، انتخاب بهتر موضوع تا اجرا، ضمانت اجرایی نتایج مطالعه، دسترسی به اطلاعات، درگیری سیاستگزار در جریان مطالعه، پذیرش نظر خبرگان توسط سیاستگذار، افزایش رضایتمندی پژوهشگران، آشنایی بیشتر پژوهشگر با محیط اجرایی، اطلاع پیدا کردن سیاستگزار از عملکرد خود و تقویت مهارت پژوهشی سیاستگزار می داند(۲۸). پزشکیان نیز از نقاط قوت اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی به توسعه فعالیت های پژوهشی اذعان داشته است(۲۰).میرمقتدایی معتقد است که از دستاوردهای طرح ادغام ایجاد جامعه مبتنی بر نوآوری و پژوهش است(۳۰). ابراهیم نیا نیز در بین نقاط قوت تمرکز ساختاری طرح ادغام به تصمیمگیری موثر در خصوص نیازهای آموزشی و پژوهشی اشاره دارد(۳۱). عزیزی در این خصوص به توسعه امکانات و تسهیلات پژوهشی و پژوهش در بالین اذعان می نماید(۲۰).

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

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

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

در مطالعه مرندی اشاره شده است برنامه سیستماتیک پزشکی پیشگیری و سلامت عمومی از ضرورتهای اجرای طرح ادغام آموزش پزشکی است. تقویت شبکه های بهداشت و درمان شامل گسترش آب آشامیدنی سالم، نظام جمع آوری آمار شاخص های بهداشتی، گسترش واکسیناسیون، کاهش شدید در مرگ و میر نوزادان، مادران و کودکان زیر ۵ سال، کاهش سرعت رشد جمعیت و افزایش امیدزندگی از دستاوردهای حوزه سلامت در اجرای ادغام بوده است(۲۱). یزدانی در مطالعه خود در خصوص دستاوردهای سلامت طرح ادغام چنین بیان داشت که در سیستم قدیمی، تمرکز بیمارستان های آموزشی بر امر آموزش دانشجویان بود و در سیستم جدید پس از ادغام توجه آنها بیشتر معطوف مراقبت از بیماران شده‌است(۱).

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

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

۱,۲. چالش های اجرای طرح ادغام

با وجود دستاوردهای مثبتی که برای اجرای طرح ادغام در کشور مطرح می شود، برخی از محققان و صاحبنظران معتقدند پیاده سازی این طرح نظام آموزش علوم پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت را با چالش هایی نیز مواجه نموده است(۱۹, ۲۹, ۳۳). مفاهیمی نظیر افزایش دامنه مسوولیت های دانشگاه ها، الزام دانشگاهها به پاسخگویی به اموری خارج از کنترل(۲۵, ۳۱)، افزایش هزینه های نظام سلامت(۲۶, ۳۳)، نگرانی در خصوص ایمنی بیماران و نارضایتی بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی (۲۶, ۳۰, ۳۳) از جمله این چالش ها هستند.

۱,۲,۱.افزایش دامنه مسوولیت های دانشگاه ها

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

۱,۲,۲.الزام دانشگاه ها جهت پاسخگویی به امور خارج از کنترل

ابراهیمی نیا در مطالعه خود اینگونه اشاره نموده است که واگذاری پاسخگویی در اموری که تحت کنترل مسوولین دانشگاه های علوم پزشکی نبوده در کنار عدم پیش بینی الزامات ساختار ادغامی، از اشکالات طرح ادغام در وزارت بهداشت می باشند(۳۱). همچنین عباسی نیز در مطالعه خود به به این نکته اذعان داشته است که واگذاری مسئولیت بدون اختیارات از اشکالات طرح ادغام است(۲۵).

۱,۲,۳.افزایش هزینه های نظام سلامت

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

۱,۲,٤.نگرانی در خصوص ایمنی و رضایت بیماران از درمان در نظام درمانی آموزشی

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

۱,۳. موانع اجرای موفق طرح ادغام آموزش پزشکی

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

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

میرمقتدایی درگیر نشدن جدی گروههای بالینی در طرح ادغام، کمبود بودجه و تردید مجریان ادغام در ضرورت آن را بعنوان مهمترین موانع اجرای موفق برشمرده است(۳۰). مطالعه تورانی عدم کفایت مطالعات اولیه برای طراحی سیاست ادغام، عدم شفافیت در مفهوم ادغام و فقدان نظام ارزیابی عملکرد دانشگاه ها در پیاده سازی سیاست ادغام را مهمترین موانع ادغام عملکردی معرفی کرده است(۳۴). در نهایت، مرندی که طراح و مجری سیاست ادغام بوده است در مطالعه خود اشاره کرده است که ادغام هنوز کاملا عملکردی نشده است. وی ارتباط ناقص و اندک جامعه و شبکه های بهداشتی درمانی، ارتباط ضعیف برنامه و محتوای آموزشی دانشجویان با نیاز جامعه، درگیری زیاد اعضای هیات علمی در ارائه خدمات خصوصی، بی نظمی و ضعف در نظام ارجاع،

مشارکت بسیار کم دانشگاه در مدیریت سلامت جامعه و ضعف هماهنگی های بین بخشی، پایین بودن کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و نابرابری در دسترسی به خدمات را از موانع موفقیت اجرای طرح ادغام پزشکی دانسته است(۳۵).

۱,۴. آینده طرح ادغام

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

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

۱,٤,۱.ایجاد درک مشترک از مفهوم ادغام

لامعی در مطالعات خود با اشاره به ایجاد درک مشترک از ادغام اینگونه مشخص کرده است که رهبران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگران باید تلاش کنند تا به یک درک مشترک از مفهوم ادغام برسند، همه افراد در همه سطوح، بخصوص اعضای هیات علمی را درگیر موضوع ادغام نمایند و تلاش کنند ادغام را محور تصمیم گیری های خود و سایر مدیران و کارکنان قرار دهند. همچنین تحلیل مفهوم ادغام برای دستیابی به درک عمیق تری از ابعاد، ویژگی ها، کاربردها، عوامل موثر بر آنها و پیامدهای آن باید صورت گیرد(۳۲, ۳۶). عباسی در مطالعه خود بسترسازی فرهنگی جهت پذیرش ادغام واقعی توسط دانشگاهیان و بخش اجرایی را در جهت ایجاد درک مشترک از ادغام مطرح نموده است(۲۵).

۱,٤,۲.حرکت به سمت ادغام عملکردی

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

برای حرکت به سمت آموزش جامعه‌نگر یا پاسخگو، می‌توان در هر سطحی از سطوح نظام آموزشی و در ارتباط با هر موضوع مرتبط با آن، اقدام مناسب به عمل آورد. اولین و اساسی‌ترین اقدام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای عمل به این رویکرد، ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات بوده‌است. با ادغام این دو نظام، بستر لازم برای پاسخگویی آموزش فراهم شده‌است؛ با این حال تحول در سیاستگذاری ها، اولویت‌بندی‌ها، برنامه‌ریزی ها، مدیریت و رهبری، ساختار و وظایف در سطوح

مختلف و نیز همسو نمودن تصمیم‌گیری‌ها با الزامات ادغام و رویکرد آموزش جامعه‌نگر، اقدامات ضروری دیگری هستند که تحت عنوان ادغام عملکردی مورد توجه قرار می گیرند(۳).

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

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

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

۱,٤,۳.ارتقای کیفیت و پاسخگویی آموزش علوم پزشکی

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

در مطالعه عزیزی بر برنامه ریزی ارتقا کیفیت آموزش جهت کاهش چالش های آموزش پزشکی تاکیده شده است(۱۵). مرندی در مطالعه خود در خصوص الزامات اجرای طرح ادغام به ارتقای کیفیت آموزش اذعان داشته است(۳۵). پزشکیان در مطالعه خود بیان

داشته است ارتقا کیفیت آموزش پزشکی و تبدیل آن به یک سیستم آموزشی پاسخگوی جامعه مهمترین گام در دستیابی به پیامدهای مورد انتظار از ادغام است(۲۰). عزیزی معتقد است اگر فرآیند اعتبارسنجی برای تمام دانشکده های پزشکی کشور اجرا گردد، ارتقای کیفیت طرح ادغام آموزش پزشکی اتفاق می افتد(۱۵). در این راستا، بهبود بودجه آموزش، تعدیل ظرفیت های دانشجویی مطابق با نیازهای منطقه ای و با در نظر گرفتن بهره وری اقتصادی، کاهش تعداد دانشگاههای دولتی و خصوصی کشور مطابق با نیاز کشور، بازنگری در سیاستهایی نظیر خودگردانی بیمارستانها، نظام های گزینش دانشجو و استاد و تلاش در مستقل نمودن دانشگاهها می توانند راه حل های مفیدی باشند(۲۵).

ب- تحلیل نتایج مطالعات کمی

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

۱،۱. مرکز نظرسنجی افکار دانشجویان ایران

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

مهمترین یافته های پژوهش

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

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

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

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

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

۱. توجه به آموزش های جدید و ارتقاء کیفیت آموزش

۲. استقلال دانشگاهها

۳. بهبود وضعیت هیات علمی

۴. توجه به امر تحقیق

۵. تخصیص امکانات مالی بیشتر به امر آموزش

۶. برنامه ریزی اساسی و بنیادین

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

۱,۲. محمد علی عباسی مقدم

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

مهمترین یافته های مطالعه

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

نگرش افراد نسبت به فلسفه ادغام:

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

نگرش افراد نسبت به ارتباط بین دستاوردهای موجود و ادغام:

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

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

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

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

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

مهمترین نتایج مطالعه

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

پیشنهادات:

- بسترسازی فرهنگی جهت پذیرش ادغام واقعی توسط دانشگاهیان و بخش اجرائی
- افزایش بودجه و سوبسیدهای مربوط به درمان و آموزش پزشکی
- تعدیل ظرفیت های دانشجوئی مطابق با نیازهای منطقه ای و با در نظر گرفتن بهرو وری اقتصادی
- کاهش تعداد دانشگاه های دولتی و خصوصی کشور مطابق با نیازها
- بازنگری در سیاست هایی نظیر خودگردانی بیمارستان ها، نظام های گزینش دانشجو و استاد و قوانین بیمه ها
- تکمیل سیستم بهداشتی درمانی کشور
- تلاش در مستقل نمودن دانشگاه ها

۱,۳. حبیب ا... پیروی

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

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

مهمترین یافته های پژوهش

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

۶۰/۸٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که دانشگاه ها نباید در مدیریت مناطق دخالت داشته باشند.

فقط ۷/۸٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که ساختار سازمانی دانشگاه ها برای برنامه ادغام مناسب است. ۴۷٪ اعتقاد داشتند که برنامه ادغام بدون یک برنامه ریزی اولیه و بررسی انجام شده‌است.

۵۳/۴٪ مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که ادغام باعث ایجاد مشکلاتی برای امور مدیریتی دانشگاه ها شده‌است.

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

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

۴۴/۷٪ اعتقاد داشتند که برنامه ادغام باعث کاهش استقلال دانشگاه ها گردیده‌است.

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

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

مهمترین نتایج مطالعه

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

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

۱,۴. کنستام و همکاران

در سال ۲۰۱۷ مطالعه ای با عنوان نظام خدمات پزشکی آکادمیک: مهندسی مجدد برای زنده ماندن در انقلاب مراقبت های بهداشتی اشاره کردند که با توجه به رشد شدید هزینه های آموزش دانشجویان در مراکز خدمات پزشکی آکادمیک لازم است بازنگری اساسی انجام شده و از رویکردهای مقرون به صرفه تر برای آموزش ها و پژوهش های پزشکی استفاده شود و از روش های نوآورانه تری برای تامین مالی آنها استفاده شود. یکی از روش های کاهش هزینه های آموزش پزشکی در جامعه، تاکید بیشتر بر آموزش مراقبت های اولیه و آموزش در جامعه به دانشجویان پزشکی عمومی بجای آموزش در بیمارستان های آموزشی سطح ۳، است. نویسندگان بر این باور هستند که موفق ترین اساتید در مراکز آموزشی-درمانی افرادی هستند که همزمان به هر ۳ جنبه ارائه خدمت بالینی، آمورش و پژوهش بپردازند. در پایان نویسندگان در این مقاله ایجاد تعادل بین رسالت دانشگاهی (آموزش پزشکی)، وظایف سازمانی مراکز آموزشی درمانی و ارزش های بالینی را مهمترین ویژگی یک نظام خدمات پزشکی آکادمیک معرفی کرده اند (۴۷).

۱,۵. چاری[۷] و همکاران

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

---

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

در نهایت نویسندگان بحث می کنند که برخی از این معیارهای ۷گانه می تواند با یکدیگر در تضاد باشند؛ برای مثال تاکید بر استفاده از توانایی هیات مدیره برای مدیریت استراتژیک، نوعی تمرکز گرایی را در سازمان موجب می شود که خود امکان پاسخگویی با نیازهای جامعه محلی و یا چابکی در تصمیم گیری را کاهش می دهد (۴۸).

اگر چه مطالعه کنستام و همکاران و چاری[۱] و همکاران دقیقا در ارتباط با سیاست ادغام ایران نیست ولی تحلیل ارائه شده درمورد ارتباط و تعامل نظام سلامت و نظام آموزش علوم پزشکی در این مطالعه، قابل ملاحظه است.

[۱] Chari R

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

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

جهت انجام تحلیل سیاست از مدل های مختلفی می توان استفاده کرد. یکی از مدل های پرکاربرد، مثلث سیاستگذاری والت و گیلسون است. والت و گیلسون[۱]در سال ۱۹۹۴ چارچوب تحلیل سیاستی را -به طور عمده برای بخش سلامت- تدوین کردند. این چارچوب که به مثلث سیاستگذاری شهرت دارد، در فراتر از این بخش نیز قابل کاربرد میباشد. مثلث سیاستگذاری روشی برای تحلیل مشکل و یافتن راههایی برای رویارویی با آن بوده و پیرامون فرآیند ، محتوا و زمینه در یک نظام سیاستی سازمان دهی می گردد(۳۸).

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

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

زمینه سیاستی به عوامل نظام مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین المللی اشاره دارد که می تواند بر سیاست سلامت تأثیرگذار باشد. عوامل زمینه ای بر فرآیند سیاست و کل سلامتی مردم به طور مستقیم و غیر مستقیم تأثیرگذار است. فرایند سیاست نیز به مراحل مختلف یا فازهایی مانند تعیین مشکل و اجرا، پایش، ارزشیابی و بازخورد تقسیم میگردد(۴۳, ۴۴).

[۱] Walt and Gilson

در نهایت، "نقش آفرینـان " به افراد، گروه ها یا سازمان ها اشاره دارد که در تدوین و اجـرای سیاست تأثیرگذارنـد. در فرآینـد سیاسـت گذاری سـلامت، دولـت، جامعه، سازمان ها و/یا کارکنان حرفه ای فعالیت هایشان را تنظـیم و منابعشان را تخصیص میدهند(۴۴).

سادگی رویکرد والت و گیلسون، حتی تحلیلگران تـازه کـار را قادر میکنـد واقعیـت پیچیـده و نابسـامان سیاسـت گـذاری را بررسی کرده و ابزاری برای مـدیریت سیاسـت راهبـردی فـراهم کنند(۴۲). اگر چه مثلث تحلیل سیاست راهنمای بسـیار مفیـدی برای نظام‌مند نمودن موضوع های سیاست های عمومی است امـا اغلب بکارگیری آن به هنگام توصیف روایی داده های بـه دسـت آمده، به دلیل وابستگی درونی مفاهیم مختلف مانند نقش آفرینان و فرآیندها نسبتاً دشـوار مـی باشـد(۴۱).

۴,۱. اجزای مدل مثلـث سیاسـتگذاری

- **محتوای** سیاست بـه هـدف کلـی سیاسـت و یـا مجموعـهای از اهـداف و اقـدامات خـاص برنامهریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره می کنـد.
- **زمینـه** سیاسـتی بـه عوامل نظام مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین المللی اشاره دارد که مـی توانـد بـر سیاسـت تأثیرگذار باشد.
- **فراینـد** سیاست نیز به مراحل مختلف یا فازهایی مانند تعیـین مسئله تدوین دستور کار، برنامه ریزی، تدوین سیاسـت و تصـمیم گیـری، اجرا، پایش، ارزشیابی و بازخورد تقسیم میگردد.
- **نقش آفرینـان:** افراد، گروه ها یا سازمان هایی که در تدوین و اجـرای سیاست تأثیرگذارنـد (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۲- اجزای مدل مثلـث سیاسـتگذاری

٤,١,١.زمینه سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

این بخش به روندهای تاریخی، رویدادها وعوامل نظام مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی یا فرهنگی در سطح ملی و بین المللی اشاره دارد که زمینه اتخاذ سیاست ادغام را فراهم آوردند.

٤,١,١,١.نگاهی به تاریخچه آموزش پزشکی در ایران

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



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

موسسات و دانشگاه های علوم پزشکی در دوره ساسانی:

۱. اکباتان که توسط شاگرد زرتشت پایه گذاری شد.

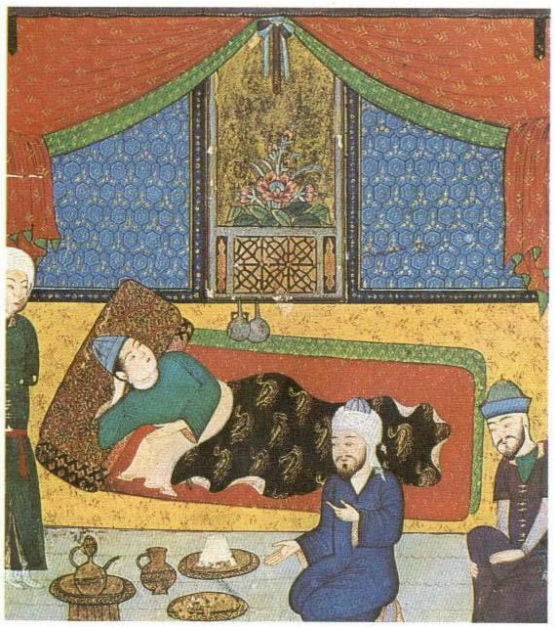
۲. دانشگاه پارسه که در شهر پارسه و در مجاورت تخت جمشید از دوره هخامنشی وجود داشت.

۳. مدرسه پزشکی سائیس که به دستور داریوش اول هخامنشی در سائیس (مصر باستان) و توسط اوجاهور پزشک مصری بازسازی شد.

۴. ری شهر (ریواردشیر) که از دوره هخامنشی مرکز علم پزشکی و نجوم بوده است.

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

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



تصویر شماره ۴- ابن سینا بر بالین خواهر زاده قابوس

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



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



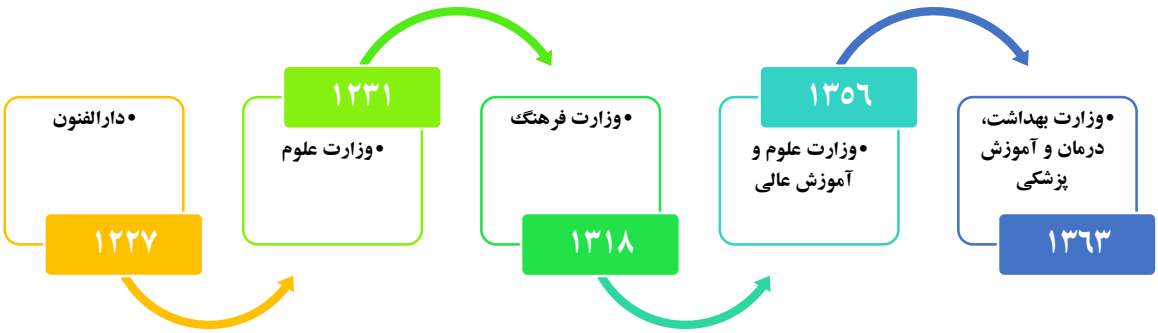
تصویر شماره ۶- نمایی از داروخانه های اسلامی

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

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

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

مؤسسه یا وزارت	سال تأسیس (ه. ش)	سال تأسیس (میلادی)
۱. دارالفنون	۱۲۲۸	۱۸۴۹
۲. وزارت علوم	۱۲۳۲	۱۸۵۳
۳. وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه	۱۲۸۸	۱۹۰۹
٤. وزارت فرهنگ	۱۳۱۹	۱۹۴۰
٥. وزارت آموزش و پرورش	۱۳۴۳	۱۹۶۴
٦. وزارت علوم و آموزش عالی	۱۳۴۶	۱۹۶۷
۷. وزارت فرهنگ و آموزش عالی	۱۳۵۷	۱۹۷۸
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴	۱۹۸۵



تصویر شماره ۷- سیر تحولات آموزش علوم پزشکی در ایران

٤,١,١,٢.تاریخچه مراقبت سلامت در ایران

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

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

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

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

۳,۱,۱,٤.تاکید جهانی بر تعامل آموزش پزشکی و نظام سلامت

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

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

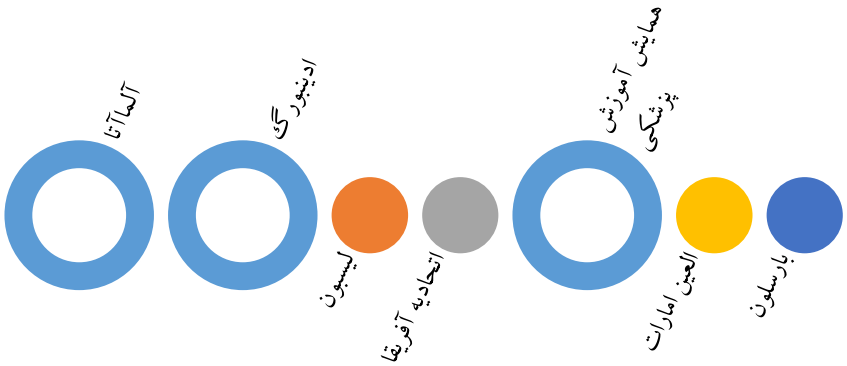
درسال ۱۳۶۷ در اجلاس مشورتی اروپا در لیسبون، مجددا بر اعلامیه ادینبرگ تاکید شد و اعلام شد همه کشورهای عضو باید سازوکارهای روشن و مؤثری برای همکاری نزدیک بین وزارتخانه‌های آموزش عالی و بهداشت داشته باشند.

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

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

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

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



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

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

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

٤,١,١,٤.تجارب سایر کشورها در ادغام

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

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

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

٤,١,١,٥.تحولات منتهی به ادغام در ایران

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

۱- برنامه‌های آموزشی بسیار ناهمگون هستند و اختلاف بین برنامه‌های آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف پزشکی کشور به بیش از ۵۰ درصد می رسد.

۲- برخی از دانشکده‌های نوپا که در سالهای ۵۳ به بعد تأسیس شده‌اند فاقد برنامه‌های آموزشی مطلوب بودند و کادر هیأت علمی‌مناسبی نداشتند..

۳- اگر چه دانشکده ها به تربیت پزشکان متخصص میپرداختند ولی بیشتر دانش‌آموختگان در بیمارستان های وزارت بهداری و یا بخش خصوصی اشتغال داشتند و در آموزش پزشکی کشور مسئولیتی نداشتند.

۴- کمبود شدید نیروی انسانی سلامت در اکثر نقاط کشور بجز شهر تهران چشمگیر بود؛ به نحوی که در بعضی از مناطق کشور برای هر ۱۸۰۰۰ نفر یک پزشک وجود داشت. این امر سبب جذب بیش از ۳۱۰۰ پزشک خارجی شده بود که بیشتر آنها اطلاعات پزشکی و تبحر بالینی کافی نداشتند و علاوه بر محدودیتهای زبان، در جامعه تحت پوشش خود مشکلات فرهنگی فراوانی نیز ایجاد میکردند.

۵- کمبود نیروی انسانی رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، بهداشت و تغذیه حتی بیشتر از کمبود پزشک بود.

۶- تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستانهای تخصصی وابسته به دانشگاه‌ها انجام می‌شد که با وزارت بهداری و کل جامعه ارتباطی نداشتند. این امر سبب شده بود که آموزش جامعه‌نگر نباشد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان که برای شروع خدمات پزشکی در سپاه بهداشت و یا ارتش خدمت میکردند، در ارایه مراقبت های اولیه در مواردی مانند: اسهال، گلودرد، ضایعات پوستی و... ناتوان بوند.

۷- نیمی از دانش‌آموختگان دانشکده‌های پزشکی کشور پس از فارغ التحصیلی راهی کشورهای غربی شده و تعداد اندکی از آنها پس از اخذ تخصص به کشور باز می گشتند.

۸- اکثر مؤسسات وزارت بهداری، به خصوص بیمارستانها و درمانگاهها، از نظر علمی در سطح قابل قبول نبودند و در روند تشخیص و درمان و برخی امور پیشگیری، رکود به چشم میخورد.

۹- رشته‌های کارشناسی ارشد و PhD به تعداد محدود و با پذیرش معدود دانشجو تنها در سه دانشگاه انجام میشد. این امر سبب شد که علوم پایه پزشکی، از نظر کمی و کیفی، با مشکلات فراوانی روبرو شود.

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

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

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

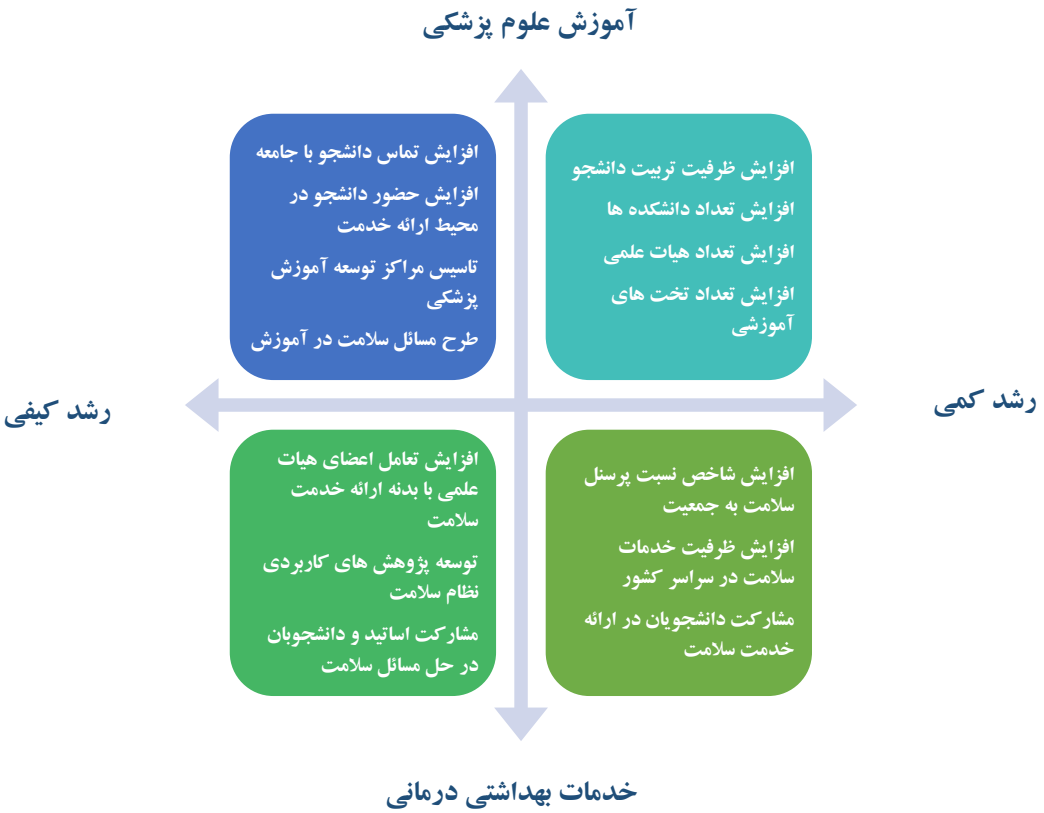
در نتیجه این ناکامی ها و در جستجوی راهکاری برای اصلاح وضعیت آموزش پزشکی کشور، راهبرد ادغام دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش پزشکی با وزارت بهداری وقت، مورد توجه قرار گرفت و در سال تحصیلی ۶۳ و ۶۴ دو اقدام مهم صورت گرفت:

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

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

٤,١,٢.محتوا/ اهداف سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

محتوای سیاست بـه هـدف کلـی سیاسـت و یـا مجموعـه‌ای از اهـداف و اقـدامات خـاص برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره می کنـد. همانطور که در تصویر شماره ۹ مشاهده می شود، سیاست ادغام همزمان اهداف کمی و کیفی را در دو حوزه آموزش علوم پزشکی و نظام سلامت دنبال می کرد.



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

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

در کنار توسعه کمی، توسعه کیفی نیز مورد توجه قرار گرفته بود. در حالیکه دهه ۸۰ میلادی سال‌های 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 دانشجو محوری، استفاده از روش‌های نوین برای ارزیابی دانشجویان، اعضای هیأت علمی و برنامه‌های آموزشی، توسعه‌ی آموزش جامعه‌نگر و گسترش آموزش سرپایی در گستره خدمات سلامت در جامعه از زمره اقدامات مؤثری بود که به منظور ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی، مدنظر سیاستگذاران و برنامه‌ریزان قرارگرفت.

با پیاده سازی ادغام، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد که متولی پرورش نیروی انسانی سلامت (عرضه کننده) و مصرف‌کنندهٔ آن تحت یک مدیریت واحد است. این امر باعث می‌شود تا مصرف کنندهٔ 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 دربرداشته باشد؛ مسؤول دانشگاه به راحتی و با سرعت می‌توانند مشکلات جامعه را در دستور کار بازآموزی کارکنان سلامت قرار دهد و یا و بودجهٔ تحقیقاتی را برای حل مشکلات سلامت جامعه جهت دهد.

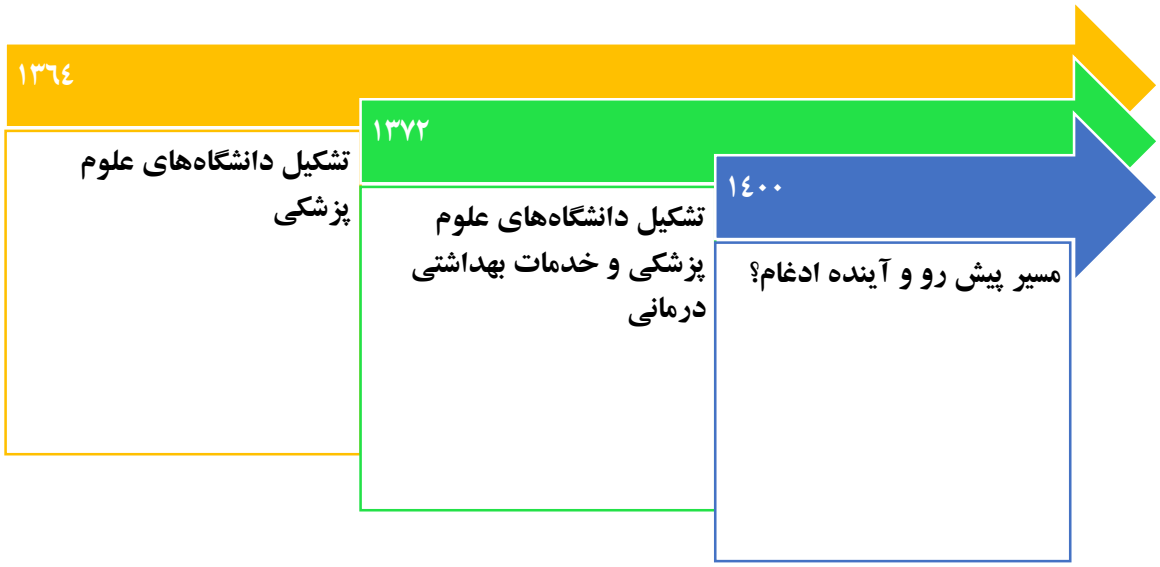
الگوی نظام ادغام یافته تربیت نیروی انسانی بخش سلامت و نظام ارائه خدمات سلامت در نوع‌خود یک الگوی منحصر به فرد است بطوریکه در هیچ کشور دیگری چنین نظامی وجود ندارد. این الگو بارها از طرف سازمانهای معتبر بین المللی در عرصه نظام آموزش پزشکی و نظام رائه خدمات سلامت مورد تائید و تقدیر قرارگرفته است. البته بسیاری از صاحبنظران معتقدند هنوز نظام آموزش و نظام سلامت به طور کامل از تمام ظرفیت های ادغام بهره‌مند نشده‌اند، زیرا تا کنون فقط در واحدهای ستادی ادغام صورت گرفته است و دامنهٔ ادغام به طور کامل به سطوح محیطی ارایهٔ خدمات سلامت نرسیده‌است .

٤,١,٣.فرایند سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

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

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

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



*تصویر شماره ۱۰- **مراحل پیاده سازی سیاست ادغام***

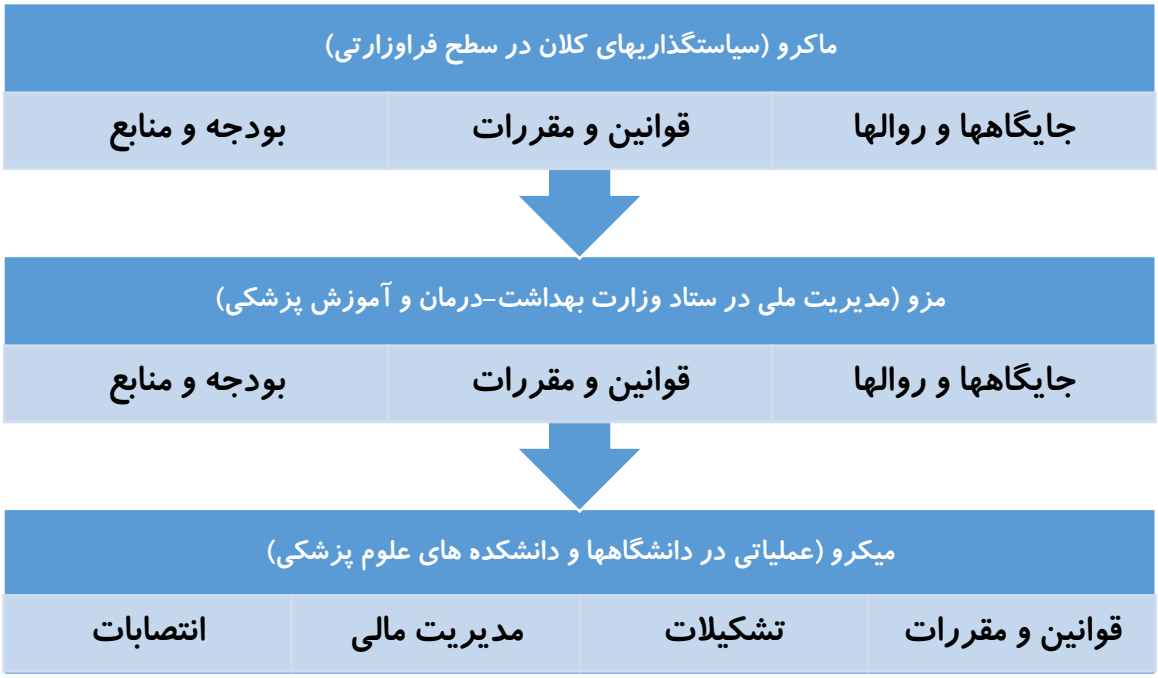
٤,١,٤.نقش آفرینان سیاست ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام سلامت

نقش آفرینـان به افراد، گروه ها یا سازمان ها اشاره دارد که در تدوین و اجـرای سیاست تأثیرگذارنـد. نقش آفرینان اصلی در طراحی، تصویب و پیاده سازی سیاست ادغام عبارت بودند از:

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

۴,۲. بررسی فرآیند پیاده‌سازی ادغام

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



٤,٢,١.بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح فراوزارتی

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

٤,٢,٢.بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح وزارتی

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

٤,٢,٣.بررسی فرآیندها پیاده‌سازی ادغام آموزشی پزشکی در نظام سلامت در سطح دانشگاهی

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

٤,٢,٤.جمع‌بندی در خصوص فرآیندهای پیاده‌سازی ادغام

در سال‌های ابتدایی شروع فرایندهای ادغام قابل قبول بوده‌است اما به تدریج به دلیل عدم پایش دقیق و نظامند، بسیار از حرکتهای اصلاحی کند و بطئی شده و حتی رو به عقب بوده‌است به شکلی که در بعضی حوزه‌ها مانند مدیریت بودجه و منابع مالی از سطح کلان و فراوزارتی تا سطوح خرد اجرایی در شبکه‌ها و دانشکده‌ها و بیمارستان‌ها مفاهیم ادغام وارد و اجرایی نشده‌است.

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

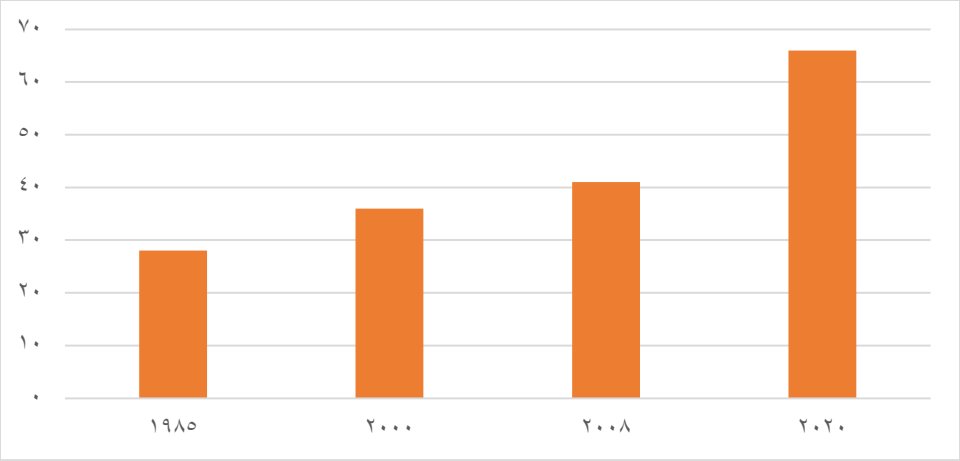
۴,۳. پیامدهای اجرای سیاست ادغام

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

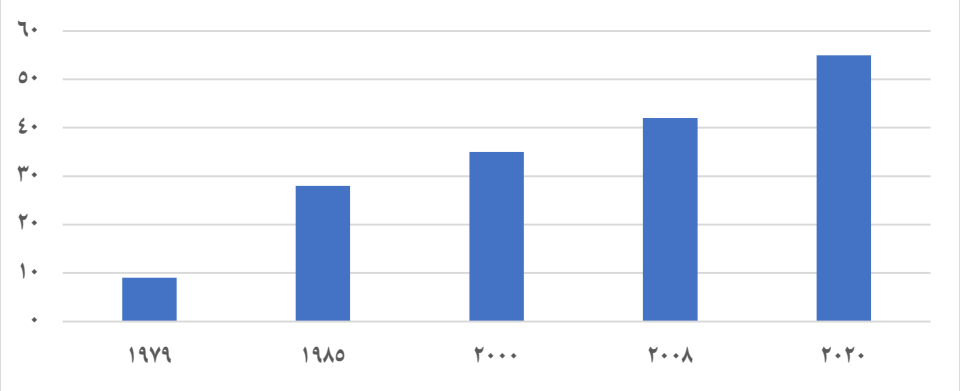
٤,٣,١.توسعه کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی در کشور

٤,٣,١,١.تاسیس دانشگاه‌های جدید در تمام استان‌های کشور

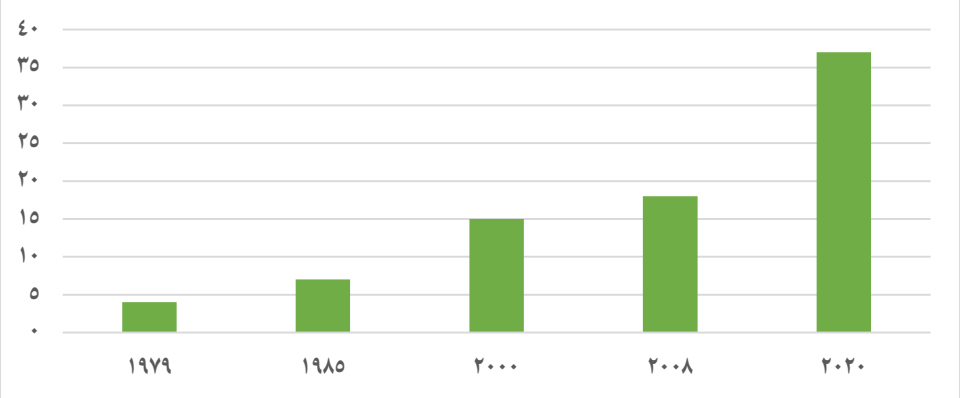
گسترش دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی فضای مناسبی برای توسعه آموزش علوم پزشکی و استفاده از همه ظرفیت های نظام سلامت در تمام مناطق کشور فراهم کرد. در حالیکه قبل از انقلاب تنها ۹ دانشکده پزشکی، ۴ دانشکده دندانپزشکی و ۳ دانشکده داروسازی در کشور وجود داشت، ادغام باعث شد در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم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



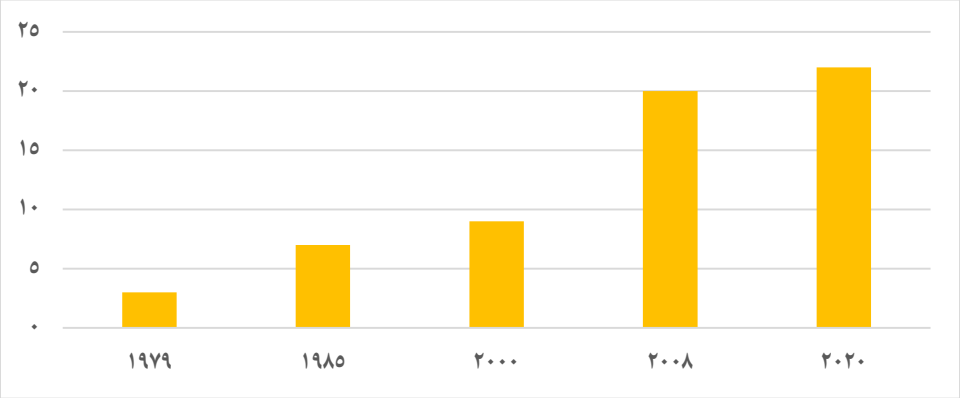
نمودار شماره ۱- **روند رشد تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده های مستقل**



نمودار شماره ۲- **روند رشد تعداد دانشکده های پزشکی**



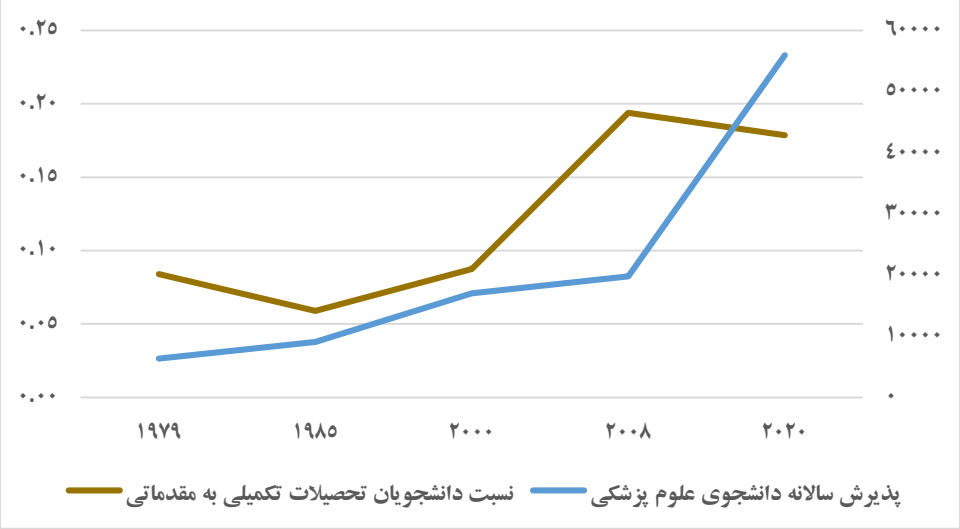
نمودار شماره ۳- **روند رشد تعداد دانشکده های دندانپزشکی**



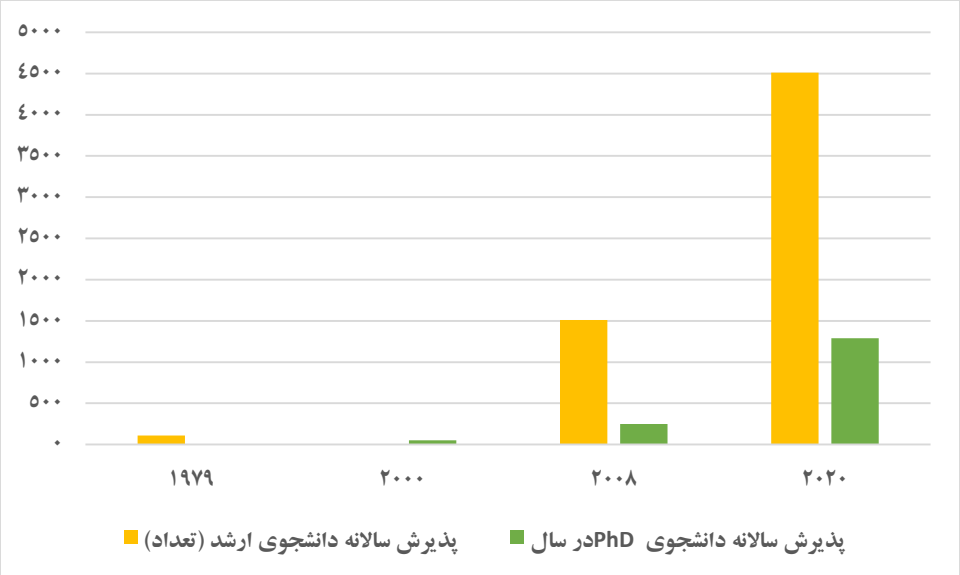
*نمودار شماره ۴- **روند رشد تعداد دانشکده های داروسازی***

۲,۱,۳,٤.افزایش پذیرش دانشجویان در رشته های مختلف علوم پزشکی

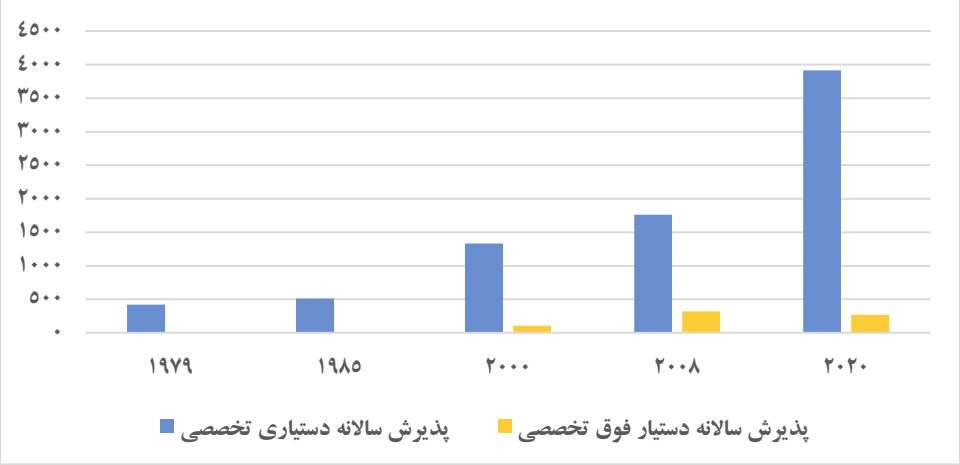
ظرفیت تربیت دانشجو در رشته-مقاطع مختلف، تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی به تناسب نیاز جامعه و درصد دانشجویان تحصیلات تکمیلی، شاخص های توسعه کمی و کیفی آموزش هستند که همگی در سالهای بعد از ادغام رشد باشتابی را تجربه کرده اند.



*نمودار شماره ۵- **روند رشد شاخص های ظرفیت پذیرش دانشجو و نسبت دانشجویان تحصیلات تکمیلی***



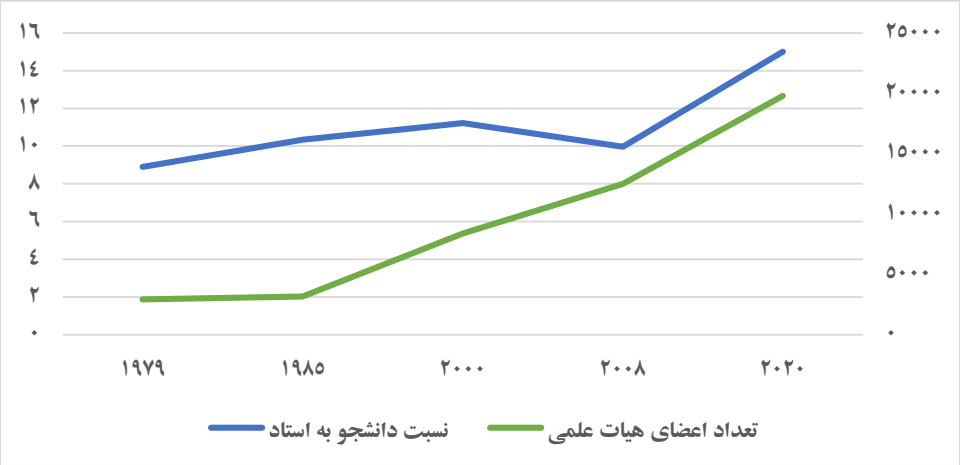
نمودار شماره ۶- ***روند رشد ظرفیت پذیرش سالانه دانشجویان تحصیلات تکمیلی***



نمودار شماره ۷- ***روند رشد ظرفیت پذیرش دستیار تخصصی و فوق تخصصی***

۳,۱,۳,٤.افزایش جذب هیات علمی علوم پزشکی

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



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

۳,۱,٤,٤.پاسخگوتر شدن آموزش به جامعه و نظام سلامت

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

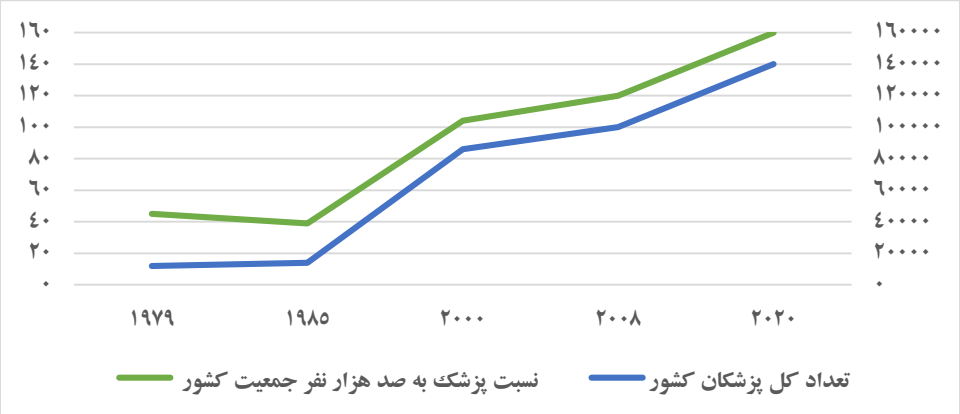
ادغام موجب تخصیص بخشی از برنامه کارآموزی دانشجویان به کارآموزی در شبکه های بهداشت و خانه های بهداشت و تسهیل حضور دانشجویان در عرصه های مختلف نظام سلامت شد و از این طریق باعث شد دانشجویان یک احساس و دید واقعی در خصوص خدمات سلامت در سطوح مختلف پیدا نمایند. در همه دانشگاهها، برای گسترش عرصه های خارج بیمارستانی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

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

٤,٣,٢. توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت

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

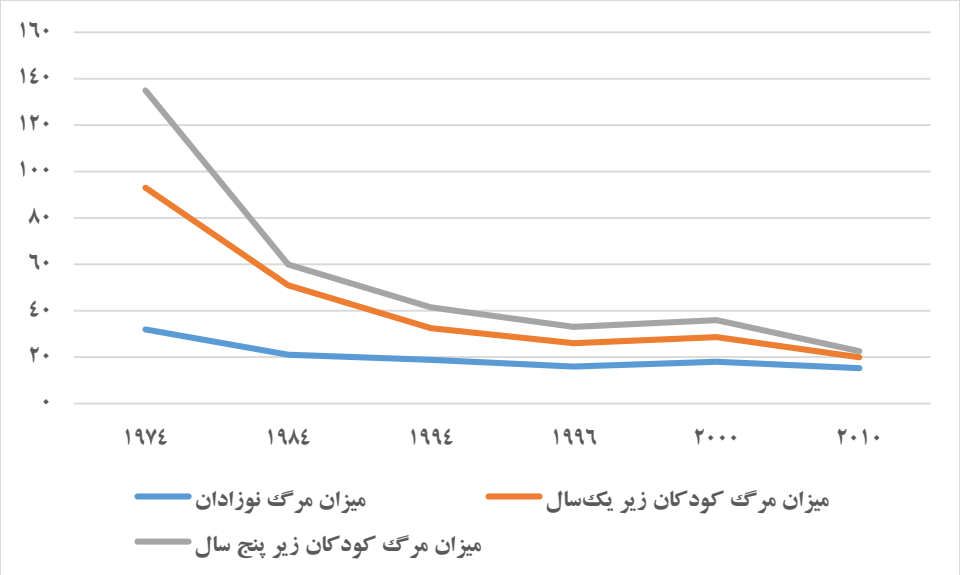
ادغام باعث رشد شاخص های دسترسی به کادر سلامت و در نتیجه ارتقای شاخص های سلامت کشور شد؛ بطوریکه نسبت پزشک به جمعیت از ۳۹ به ازای صد هزار نفر در سال آغاز طرح به ۱۶۰ رسید.



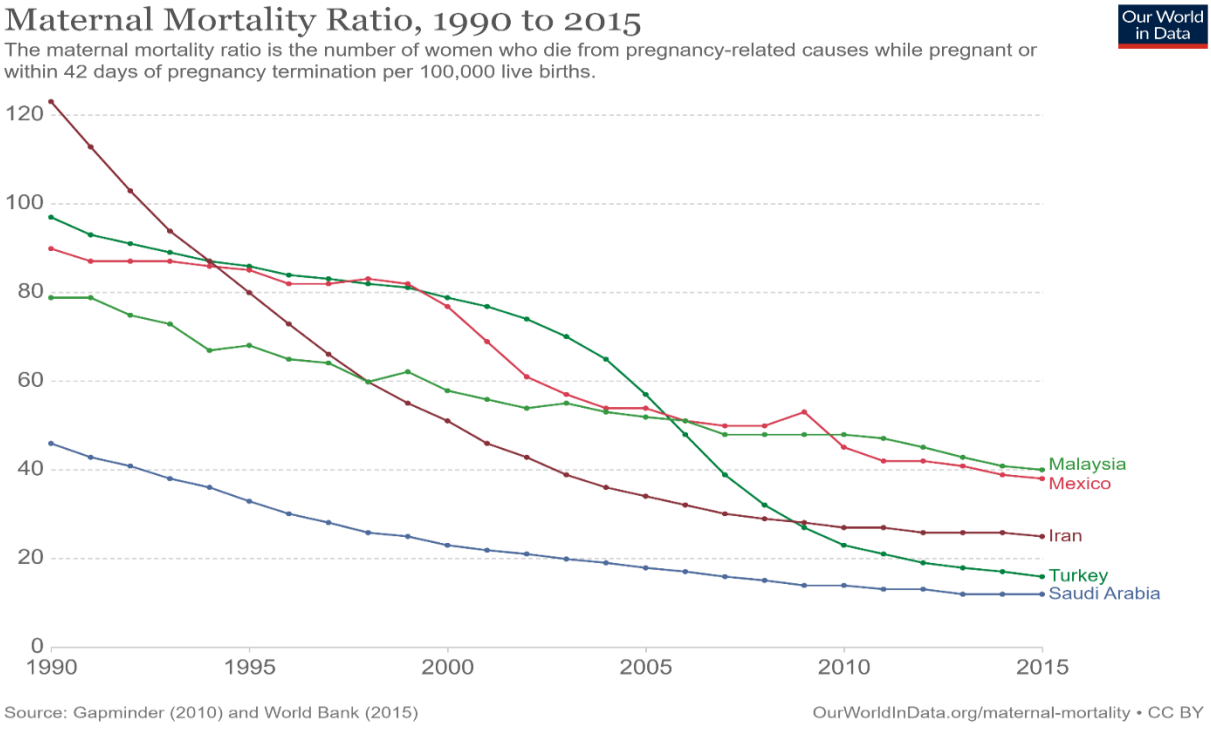
*نمودار شماره ۹- **مقایسه روند تغییرات شاخص تعداد پزشکان و نسبت پزشک به صدهزار نفر جمعیت کشور***

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

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

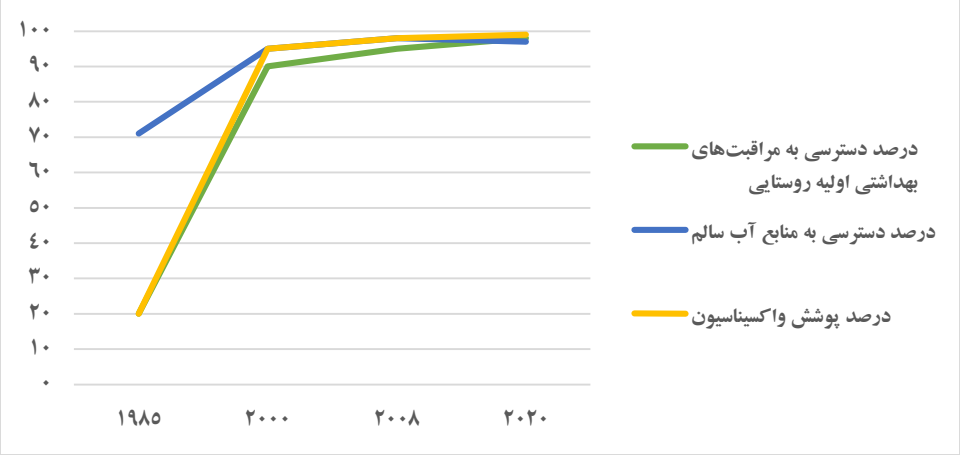


*نمودار شماره ۱۰- **روند تغییرات شاخص های سلامت مادر و کودک***

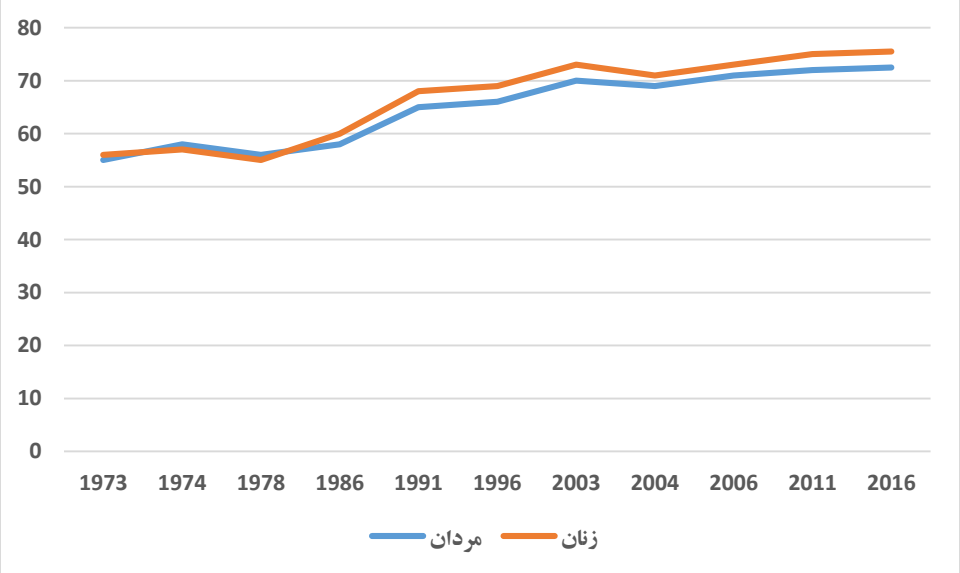


روند تغییرات شاخص نسبت مرگ مادران در هر صد هزار نفر جمعیت در ایران و کشورهای همتراز

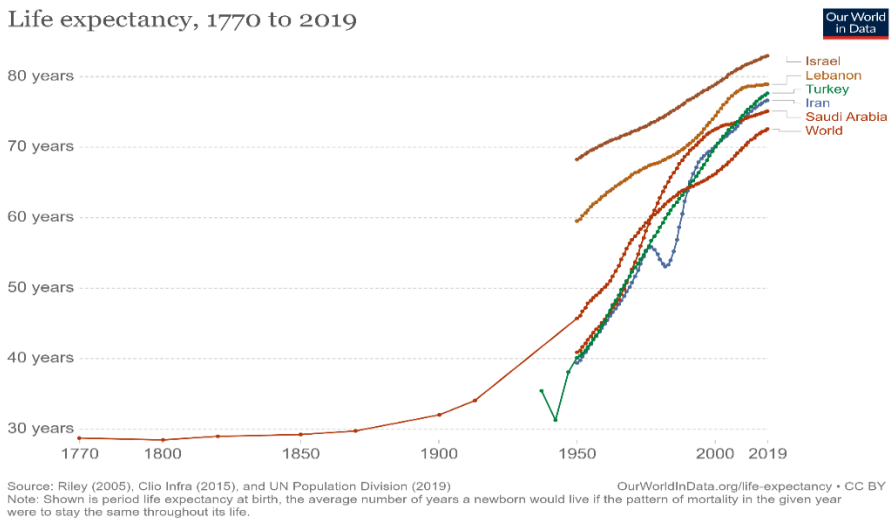
تقویت شبکه های بهداشت و درمان، گسترش آب آشامیدنی سالم، نظام جمع آوری آمار شاخص‌های بهداشتی، گسترش واکسیناسیون، کاهش سریع مرگ و میر نوزادان، مادران و کودکان زیر ۵ سال و افزایش امیدزندگی، مهمترین دستاوردهای نظام سلامت بعد از ادغام بودند.



نمودار شماره ۱۱- ***روند رشد شاخص های مراقبت های اولیه سلامت***



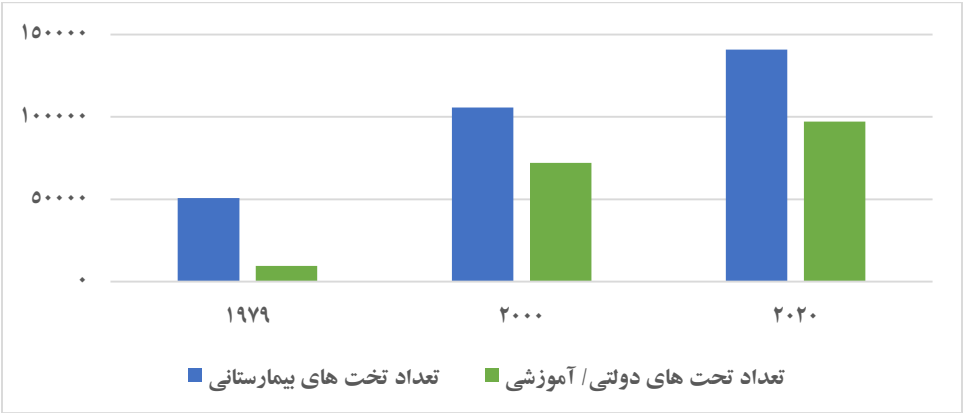
نمودار شماره ۱۲- ***روند تغییرات امید زندگی در ایران***



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

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

با تاسیس دانشگاه های علوم پزشکی در تمام استان های کشور، تلاش ها برای احداث بیمارستان های آموزشی و توسعه تخت های بستری افزایش یافت. ادغام شرایطی را فراهم کرده بود که حتی اعضای هیات علمی و مدیران گروه های آموزشی بالینی نیز پیگیری های جدی برای جذب منابع از دولت یا نهادهای عمومی و خیریه جهت احداث بخش های درمانی تخصصی جهت آموزش دانشجویان و ارائه خدمات تخصصی به مردم منطقه، انجام دهند.



*نمودار شماره ۱۴- **روند رشد تعداد تخت های بیمارستانی***

٤,٣,٣. توسعه پژوهش های نظام سلامت

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

۴,۴. ارزیابی پیامدها و نتایج ادغام

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

جدول شماره ۴- تحلیل اثرات کمی و کیفی مثبت و منفی ادغام در حوزه ارایه خدمات بهداشت و درمان و همچنین آموزش و پژوهش در کوتاه مدت (کمتر از ۱۰ سال) و بلندمدت

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

		رشته‌های غیرعلوم پزشکی کمتر باشد			
تحقیقات	**کوتاه مدت**	افزایش مختصر در تحقیقات جامع‌نگر ایجاد شد اما روند توجه به بحث پاسخگویی سریعتر از سایر رشته‌های غیرعلوم پزشکی به وجود آمد	رشد کمّی قابل قبول بوده‌است اما اثر ادغام در این رشد نسبی است و تنها عامل افزایش نبوده‌است	در مدیریت منابع موثر بوده و هزینه تحقیق را کمی کاهش داده‌است	ارتقا نسبی: رشد سریع دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق محروم
	بلند مدت	به صورت نسبی رویکرد جامع‌نگری در تحقیقات تقویت شد و روندی سریعتر از تحقیقات سایر رشته‌های غیرعلوم پزشکی به نسبت منابع دیده‌شده‌است. البته برای ارتقا، نیاز به اهتمام بیشتر به مفاهیم همگرایی علوم و پیاده‌سازی نقشه جامع علمی کشور و مرجعیت و سرآمدی، است.	رشد کمّی قابل قبول بوده‌است اما اثر ادغام در این رشد نسبی است و تنها عامل افزایش نبوده‌است	در مدیریت منابع موثر بوده و هزینه تحقیق را کمی کاهش داده‌است	حفظ نسبی عدالت ایجاد شده در سطح کشور اما به دلیل عدم پیاده‌سازی مفاهیم ادغام با نگاه عدالت محوری و آمایش سرزمینی کماکان عدم عدالت در توزیع منابع دیده‌می‌شود

۴،۵. محدودیت ها و اهدافی که در مورد دستیابی به آنها تردید وجود دارد...

در کنار دستاوردهایی که برای ادغام برشمرده می شود، برخی معتقدند ممکن است همه این دستاوردها با ادغام مرتبط نباشند و معتقدند که ادغام آموزش پزشکی را تضعیف نموده است. رشد سریع تعداد دانشگاه های علوم پزشکی و افزایش پذیرش دانشجویان، نگرانی‌هایی بابت افت کیفیت آموزش ایجاد کرده است. با این حال بسیاری معتقدند برنامه های موثری در عرض ادغام پیاده شدند تا باعث اطمینان از دستیابی به حداقل استانداردها آموزش گردند. برنامه هایی نظیر آموزش پزشکی مداوم جامعه پزشکی، ایجاد مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی جهت نظارت و ارتقای توانایی های اعضای هیات علمی، برنامه های منظم ارزیابی درونی و بیرونی و اعتبار بخشی گروههای آموزشی، دانشکده ها و بیمارستان های آموزشی.

جدا شدن و متمرکز شدن رشته‌های علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث جدا شدن آنها از سایر علوم شده است. تاکید بر وحدت علم ایجاب می کند مکانیزم‌های موثری برای توسعه همگرایی علوم هم درون وزات بهداشت و وزارت علوم و هم بین آنها، در دستور کار قرار گیرد زیرا هم در وزارت بهداشت و هم در وزارت علوم و فناوری، مرزهای بین دانشکده ها و مراکز تحقیقاتی بسیار استوار هستند و حتی بین گروه های آموزشی و مراکز تحقیقاتی مستقر در یک دانشگاه هم تعامل و فعالیت بین‌رشته‌ای موثر دیده نمی‌شود.

برخی منتقدان نیز معتقدند ادغام باعث کاهش استقلال دانشگاه های علوم پزشکی و افزایش مسوولیت و حجم کاری روسای این دانشگاه‌ها شده است زیرا ماهیت مسائل نظام سلامت که اغلب حیاتی بوده و نیازمند توجه و پاسخگویی سریع هستند، روسای دانشگاه ها را از توجه به امور آموزشی و پژوهشی باز داشته و این امور به حاشیه رانده می شوند.

بنظر می رسد الزامات و محدودیت های نظام سلامت می تواند آموزش دانشجویان در عرصه های بهداشتی و درمانی را تحت‌الشعاع قرار دهد. اجرای طرح خودگردانی بیمارستان ها و تاکید بیمارستان ها بر درآمدزایی و صرفه جویی در هزینه ها، درگیری بیش از حد اساتید بالینی در درمان بیماران و عدم حضور موثر آنها در بخش آموزش و بالعکس درگیر شدن اساتید گروه های پرستاری، بهداشت و پیراپزشکی در امور پژوهشی و حضور کمرنگ آنها در فیلدهای بهداشتی درمانی، همگی موانع دستیابی به ادغام عملکردی هستند.

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

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

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

۵. نتیجه گیری

اهداف ادغام در زمان طراحی و آغاز اجرای طرح، بسیار مترقی بوده است ولی عدم اهتمام به مستندسازی دقیق سیاست، عدم تدوین نقشه راه و نظام پایش ارزشیابی، به تفاوت برداشت‌ها درباره مفهوم ادغام دامن زده است. مدل جریانها –پنجره فرصت کینگدان[۲]اشاره می کند که تلاقی همزمان جریان مسائل، جریان سیاست ها و جریان سیاسی، منجر به گشوده شدن پنجره فرصت برای اجرای یک سیاست خوب طراحی شده می شود. در مورد سیاست ادغام، چالش های افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی سلامت در کنار دغدغه پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی، جریان مسائل را پررنگ می کرده است. همزمان سیاست ادغام بعنوان یک راهکار منحصر به فرد و مورد توافق طراحی شده و در دسترس بود و از طرفی التهاب ناشی از جنگ تحمیلی و سرعت تحولات بعد از انقلاب اسلامی، عزم سیاسی قوی برای تغییر ساختار موجود فراهم آورده بود. با این حال، بازیگران اصلی سیاست ادغام اطلاع داشتند که این پنجره برای مدت طولانی باز نمی ماند و به همین دلیل، سرعت در تدوین پیش نویس قانون و قانونی کردن سیاست در مجلس شورای اسلامی، بر تدوین مستندات پشتیبان، نقشه راه اجرای سیاست و نظام پایش و ارزشیابی آن، پیشی گرفت. در نتیجه، به دلیل چشم‌پوشی از انجام مطالعات اولیه توسط ارائه‌دهندگان طرح ادغام، تعریف روشنی برای آن ارائه نگردید؛ لذا نخستین تعریف از ادغام برداشتی بود که از ماده اول قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گرفت که در آن بیشتر جنبهٔ ترکیب یا ادغام ساختاری(یا تشکیلاتی) مطرح می‌باشد.

آغاز اجرای طرح ادغام با تحولات موثری همراه بوده و رشد قابل قبولی ایجاد شده است ولی فقدان نقشه راه، باعث شده که این سیاست تنها در برنامه های بلندمدت و اسناد بالادستی وارد شده ولی در دل برنامه های اجرایی و تغییر ساختار تشکیلاتی و مدیریت مالی وارد نشده باشد. در نتیجه به تدریج اهداف اولیه کم رنگ و نتیجه بخشی کم شده است به شکلی که رشد چشمگیر شاخصهای سلامت که به دلیل تغییرات جدی نظام سلامت از جمله ادغام شروع شده بود کم شده و کشورهای هم تراز به تدریج از ایران پیشی گرفته اند.

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

اکنون که زمزمه های انتزاع آموزش علوم پزشکی از نظام سلامت به گوش می رسد باید توجه داشت که برگشت نظام ادغام یافته به حالت قبل بسیار خطرناک است و عوارض بسیار سنگینی دارد که هم نظام آموزشی و هم نظام سلامت را به شدت تخریب خواهد کرد. تغییرات ایجاد شده در ساختار آموزش و سلامت به حدی است که برگشت را بسیار پرهزینه و پرعارضه نموده است. اغلب صاحبنظران انتزاع آموزش علوم پزشکی از وزارت بهداشت و بازگشت آن به وزارت علوم و فناوری را به دلیل از دست دادن بیمارستان‌های آموزشی

[۱] John W. Kingdon

و سایر عرصه‌های آموزشی، متوقف شدن اصلاحات در نظام سلامت، درهم تنیدگی فضاها و فعالیت‌های نظام آموزش و نظام سلامت و تضعیف پاسخگویی اجتماعی و برنامه های آموزش مداوم، به ضرر نظام آموزش و نظام سلامت کشور می‌دانند.

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

دیدگاه‌های موافقین و مخالفین ادغام بیشتر براساس برداشت‌های آنان از شرایط جاری، یعنی موفقیت‌ها یا تنگناهای اجرایی موجود، شکل گرفته است تا براساس شواهد محکم قابل اتکا. این دیدگاهها اگرچه واقعی و ارزشمند هستند ولی ممکن است همه حقایق مرتبط با دستاوردها و پیامدهای ادغام را منعکس نکنند. همه مخالفین و موافقین ادغام اذعان دارند که ادغام در بعد تربیت نیروی انسانی کاملاً موفق بوده است. در این زمینه حتی به مرز خود کفایی نیز رسیده ایم. مخالفین معتقدند این افزایش نیروی انسانی سلامت در بهبود شاخص‌های بهداشتی نیز تأثیر داشته است، اگرچه نمیتوان با اطمینان گفت که چه مقدار از بهبود شاخص‌های سلامت در نتیجه ادغام حاصل شده است. همچنین مخالفین معتقدند ادغام در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی مؤثر بوده است و یکپارچه شدن نظام مسئول تربیت نیروی انسانی و نظام توزیع و استفاده کننده نیروی انسانی ممکن است به عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات سلامت منجر شده باشد.

بعنوان جمع بندی توصیه اصلی آن است که ایرادات طرح ادغام که استحصال شده، ملاک قرار گیرد و فاز سوم ادغام طراحی شود که اهداف عالی ادغام را زنده نماید و در عین حال ایرادات موجود را به خصوص در زمینه تعامل بیشتر وزارت بهداشت با وزارت علوم را پاسخ داده و زمینه همکاری عملیاتی را فراهم نماید. در نهایت، بعد از بررسی جامع شیوه شکل‌گیری، پیاده‌سازی و ارزیابی پیامدهای ادغام و مقایسه با روندهای کشورهای قابل مقایسه در همین بازه زمانی، به صورت کلی می‌توان چنین استدلال نمود که:

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

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

۵,۱. پیشنهادات

تغییرات ناشی از ادغام به هیچ‌وجه یک شبه و برای یک بار اتفاق نمی‌افتند؛ بلکه نظام ادغام یافته باید پویا بوده و تغییر را به یک جریان دائمی و اثربخش تبدیل کند. لذا پیشنهاد می شود برای تقویت ادغام، اقدامات زیر در برنامه های آتی در اولویت قرار گیرد:

- طراحی و اجرای نقشه جامع آمایش بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش علوم پزشکی با مشارکت ذینفعان اصلی؛ تاکید بر رویکرد "ادغام برای همه"؛ منافع ادغام تنها مربوط به حوزه آموزش نیست
- تعیین نقش نهادها در پیاده سازی ادغام عملکردی عدم تمرکز و تفویض اختیارات وزارت بهداشت به کلان مناطق آمایشی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و تلاش
- طراحی استانداردهای ادغام عملکردی، ابلاغ استانداردها، ظرفیت سازی برای اجرای استانداردها، ارزشیابی و اقدامات تنظیمی و اصلاح مداوم (حوزه های آموزش، پژوهش، بهداشت، درمان و پشتیبانی)
- انعکاس استانداردهای ادغام عملکردی در برنامه های ارزیابی و اعتباربخشی سطوح وزارتی و دانشگاهی
- جهت دهی نظام برنامه ریزی و بودجه بندی به اهداف ادغام عملکردی
- بسترسازی فرهنگی جهت آشنایی دانشگاهیان و کادر سلامت با مکانیزم‌های ادغام عملکردی
- تعدیل ظرفیت تربیت دانشجو مطابق با نیازهای منطقه‌ای و با در نظر گرفتن بهره‌وری اقتصادی
- اصلاحات و بازنگری در نظام‌های گزینش دانشجو، استراتژی آموزش دانشجو و تقویت آموزش های جامعه‌نگر و مبتنی بر حل مسئله، سیاست های گزینش، جذب و تمام وقتی اساتید، ارتقای اساتید، تخصیص بودجه‌های آموزشی و سطح‌بندی و آمایش آموزش علوم پزشکی
- اصلاحات و بازنگری در سیاست های نظام سلامت نظیر خودگردانی بیمارستان‌های آموزشی، قوانین بیمه سلامت، نظام اطلاعات جامع سلامت، سطح بندی و نظام ارجاع، مکانیزم های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت و بکارگیری مدیران حرفه ای در نظام سلامت
- گسترش نقش تمام موسسات بهداشتی درمانی شامل بخش مراقبت‌های سلامت اولیه و سطوح ۲ و ۳ ارجاع در آموزش دانشجویان
- عملیاتی سازی مفاهیم همگرایی علوم، مراجعیت و سرامدی در آموزش و پژوهش علوم پزشکی
- گسترش تعاملات بین‌المللی در هر سه حوزه آموزش، پژوهش و مراقبت‌های سلامت

فهرست منابع

.۱ Scientific association of medical education. analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system.۱st ed. Tehran: ۳rd millennium culture ۲۰۰۳; ۱۳: ۱۵۳-۱۵۲.[Persian].

.۲ Nadim A, Shadpour K, Holakouei K, Naghavi M, Nikpour B, Alai M. Opinion survey on joining of health care organization with university of medical sciences. Hakim Research J. ۱۹۹۹; ۲: .۷۴-۶۷

.۳ Hekmat SN, Tourani S, Haghdoost A-A, Ebrahimipour H, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R. Beneficial and Adverse Effects of the Integration of Medical Education and Health Service in IR. Iran; A Delphi Exercise. Journal of Medical Sciences. ۲۰۱۴;۱۴(۱):.۲۱

.۴ Colin. T. Intersectoral collaboration in the IR Iran. WHO Consultant, August .۲۰۰۵

.۵ Collins. C .Rapid organizational review of the Iranian health system. WHO Consultant, August .۲۰۰۵

.۶ Hands. K, et al. Report of a WFME mission to evaluate medical education in IR Iran. .۲۰۰۳

.۷ Rifkin. S. Review of the process of findings of health care utilization study for developing a model for community participation in the Iranian context. WHO Consultant, November .۲۰۰۵

۸ Walsh D, Downe S. Meta•synthesis method for qualitative research: a literature review. Journal of Advanced Nursing. ۲۰۰۵;۵۰(۲):.۱۱-۲۰۴

.۹ Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadeh kermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. Arch Iran Med ۲۰۰۸; ۱۱(۴): .۵۲-۴۴۴

.۱۰ Sadeghirad. B, al E. Epidemiology of Major Depressive Disorder in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Int J Prev Med ۲۰۱۰. ۲۰۱۰;۱(۲):.۹۲-۸۱

.۱۱ Barroso J, Powell-Cope GM. Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. Qualitative Health Research. ۲۰۰۰;۱۰(۳):.۳۴۰

.۱۲ Beck CT. Caring within nursing education: A metasynthesis. The Journal of nursing education. ۲۰۰۱;۴۰(۳):.۱۰۱

.۱۳ Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. Qualitative Health Research. ۲۰۰۴;۱۴(۱۰):.۱۳۴۲

.۱۴ Paterson BL, Canam C. Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Sage Publications, Inc; .۲۰۰۱

.۱۵ Azizi F. Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three Decades of Success. Iranian Journal of Public Health. ۲۰۰۹;۳۸(۱) :.۷

.۱۶ Azizi M-H. The historical backgrounds of the Ministry of Health foundation in Iran. Arch Iran Med. ۲۰۰۷; ۱۰(۱):.۲۳-۱۱۹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.۳۰ Mir Moghtadaei Z, Rokh Afrooz D, Salarian Zadeh M. Review of the challenges of the integration of Medical Education and Health Care Services in Iran from Human Resource perspective. Journal of healthcare management. ۲۰۱۵; ۶(۲): .۱۵-۷

.۳۱ Ebrahimnia M, Farzaneh A, Ahmadizadeh M.J, Ebadi A, Amerion A, Tofighi Sh, Ayoubian A. Diagnosis of Medical Education System Integration with Higher Staff in a Health Organization: A Qualitative Study. Health Research Journal. Winter ۲۰۱۷; ۲(۲): .۱۴۲-۱۳۳

.۳۲ Lameei A, Labaf Ghasemi A. The meaning, causative factors, consequences, and future of the integration form the perspectives of the supports and opponents of it. Hakim Health Sys Res . ۲۰۰۹; ۱۲(۱) :۱۰-۱

URL: http://hakim.hbi.ir/article-۴۸۶-۱-fa.html.

.۳۳ Shakibaei D, Karami Matin Behzad , Amolaee Kh, Rezaie M, Abdolmalek P, Reshadat S, Ashraf Godini A. Achieving the goals of integration of medical education and health service delivery systems from the viewpoint of the faculty members of Kermanshah University of Medical Sciences. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences ۲۰۱۱, ۱۶(۱): .۹۱-۸۱

.۳۴ Turani S, Haghdoost A-A, Maleki M-R, Ravaghi H, Tijang RD, Hekmat SN. The Backgrounds, consequences, and future of the integration of Medical Education and Health Service Delivery System. HealthMed. ۲۰۱۱;۵(۶):.۵۶-۱۸۴۷

.۳۵ Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. Iranian Journal of Public Health. ۲۰۰۹;۳۸(Suppl.۱):.۸

.۳۶ Lameei A. Analysis of the concept of integration. Teb va Tazkiyeh. ۲۰۰۷; ۱۶(۴): .۳۰-۲۲

.۳۷ افشاری ر، وهمکاران. مرکز بهداشتی درمانی آموزشی. مشهد: مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد; ۱۳۹۰.

.۳۸ دشمنگیر ل, مصطفوی ح, رشیدیان آ. چگونه سیاستی را تحلیل کنیم؟ نگاهی بر رویکردها و اسلوب تحلیل سیاست در بخش سلامت. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۴;۱۷(۲):۱۳۸-۵۰.

.۳۹ Berridge V. Making health policy: Networks in research and policy after ۱۹۴۵: Brill; .۲۰۰۵

.۴۰ کمالی, جوشانی شز, عسکری ح, فرزانه. شناسایی و دسته‌بندی معیارهایی برای تدوین سیاست‌های عمومی. سیاست‌های راهبردی و کلان. ۲۰۲۱;۹(۳۴):۲۱۰-۴۸.

.۴۱ Maynard A. Health policy: an introduction to process and power. Journal of the Royal Society of Medicine. ۱۹۹۵;۸۸(۱۰):.۵۷۶

.۴۲ Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing'health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health policy and planning. ۲۰۰۸;۲۳(۵):.۱۷-۳۰۸

.۴۳ Gilson L, Buse K, Murray SF, Dickinson C. Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. Health policy and planning. ۲۰۰۸;۲۳(۵):.۳-۲۹۱

.۴۴ O'Brien GL, Sinnott S-J, Walshe V, Mulcahy M, Byrne S. Health policy triangle framework: narrative review of the recent literature. Health Policy Open. ۲۰۲۰;.۱:۱۰۰۰۱۶