

آمایش سرزمینی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

جبرائیل نسل سراجی^۱، اصغر جهاننده*^۲، علی محمد اجاقی^۳، مرضیه جمعه‌ای^۴

چکیده

زمینه و هدف: به‌منظور ارتقای بهره‌وری، توزیع عادلانه‌ی منابع، ایجاد فرصت‌های برابر، جلوگیری از تکرار فعالیت‌های مشابه، استفاده از مزیت‌های منطقه‌ای، تمرکززدایی و جلوگیری از تجمیع امکانات، ترغیب دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی در امر مشارکت‌های ملی و پایدار و همچنین توسعه‌ی هدفمند آموزش عالی سلامت در مناطق مختلف کشور، واگذاری برخی از اختیارات ستادی وزارت، استفاده از تجربیات کشورهای توسعه یافته، طرح آمایش سرزمین آموزش عالی سلامت براساس مطالعات انجام شده در وزارت بهداشت تنظیم و به شورای عالی انقلاب فرهنگی ارائه گردید و با توجه به اینکه این نوع برنامه‌ریزی روند جامعی از برنامه‌ریزی منطقه‌ای را ارائه می‌کند لذا انتظار می‌رود اثرات و نتایج عملکردی مثبت و کارا را به‌وجود آورد.

روش بررسی: مرور متون جهت آگاهی از جدیدترین رویدادها و تعاریف از طریق جستجوی پایگاه‌های اینترنتی، و ژورنال‌های معتبر و کتب منتشر شده، گزارش‌های رسمی ملی و بین‌المللی، اخبار و گزارش‌ها از طرح‌ها و نشریات مرتبط، و مصوبه‌ی شورای عالی انقلاب فرهنگی و شورای گسترش علوم پزشکی. **یافته‌ها:** در بخش وضعیت موجود مناطق آمایشی آموزش عالی سلامت، یافته‌های ذیل به‌دست آمده است:

بیشترین جمعیت و تعداد دانشگاه و تعداد دانشکده‌ی وابسته به دانشگاه‌ها - بیشترین رشته‌ها و پذیرش رشته‌های Postgraduate و بیشترین تعداد استادیار و دانشیار و استاد و تعداد مقالات نمایه شده و تعداد بورسیه‌ی خارجی و بیشترین تعداد تخت فعال (جملگی منطقه‌ی ۱۰) - بیشترین تعداد مؤسسه‌ی آموزش عالی سلامت (منطقه‌ی ۲ با تعداد ۹ عدد) - بیشترین پذیرش دانشجوی کاردانی (منطقه‌ی ۹) - بیشترین پذیرش دانشجوی دکتری عمومی و تعداد مری و تعداد بیمارستان‌های موجود (منطقه‌ی ۵) - بیشترین پذیرش دانشجوی MPH (منطقه‌ی ۴) - بیشترین تعداد بورسیه‌ی داخلی (منطقه‌ی ۱ و ۳) - بیشترین بیمارستان‌های در حال احداث و تعداد تخت پیش‌بینی شده (منطقه‌ی ۲) - بیشترین پذیرش دانشجوی کارشناسی و تعداد مراکز به‌پوزی (منطقه‌ی ۱) - کمترین جمعیت و تعداد بیمارستان‌های موجود (منطقه‌ی ۸) - کمترین تعداد دانشگاه (منطقه‌ی ۲ و ۴ با ۳ عدد) - (مناطق ۱، ۲، ۳، ۱۰، ۷، بدون دانشکده‌ی مستقل) - (مناطق ۳، ۶، ۷، بدون مؤسسه‌ی آموزش عالی) - کمترین دانشجو در مقاطع مختلف (مناطق ۴ و ۶) - کمترین پذیرش دانشجوی در اکثر مقاطع (مناطق ۴ و ۶ و برخی ۸) - کمترین تعداد مری (منطقه‌ی ۲) - کمترین تعداد استادیار (منطقه‌ی ۵) - کمترین تعداد دانشیار (منطقه‌ی ۴) - کمترین تعداد استاد و تعداد مقالات و تعداد بورسیه‌ی داخلی (منطقه‌ی ۶) - (ولی مناطق ۱، ۲، ۵، ۷، ۸، ۹، بدون MPH) - مناطق ۱، ۳ و ۴ بدون بورسیه‌ی خارجی - کمترین تعداد تخت فعال و تعداد تخت پیش‌بینی شده (منطقه‌ی ۴) - کمترین بیمارستان‌های در حال احداث (منطقه‌ی ۴ و ۱۰) - کمترین تعداد مراکز به‌پوزی (منطقه‌ی ۱۰).

نتیجه‌گیری: تشکیل ده کلان منطقه و دبیرخانه‌های ذی‌ربط - ایجاد بستر مناسب جهت اجرای برنامه‌های هماهنگ بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی - با توجه به تمرکز اکثر امکانات و تجهیزات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری در مناطق بیشتر برخوردار و مراکز استان‌ها و خصوصاً در پایتخت، ضرورت برنامه‌ریزی و عملیاتی نمودن آمایش سرزمینی در راستای بومی‌گزینی، تمرکز زدایی، عدالت محوری، بسترسازی خلاقیت و نوآوری، سازمان‌دهی مجدد برنامه‌ها و فرآیندها و به روز رسانی آن‌ها و... اجتناب ناپذیر است.

کلیدواژه‌ها: سند آمایش سرزمینی، انبوه‌سازی، عدالت در آموزش، تحول و نوآوری در آموزش، تمرکز زدایی، بومی‌گزینی، ملموریت‌گرایی، واگذاری حداکثری

۱- استاد تمام بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دبیر دبیرخانه ستاد سند آمایش آموزش عالی سلامت.

*۲- کارشناس خبره‌ی معاونت آموزشی و عضو علمی ستاد آمایش، ستاد مرکزی وزارت بهداشت.

۳- کارشناس معاونت آموزشی و عضو ستاد آمایش، ستاد مرکزی وزارت بهداشت.

۴- کارشناس معاونت آموزشی و عضو ستاد آمایش، ستاد مرکزی وزارت بهداشت.

*نویسنده‌ی مسؤؤل: تهران، شهرک غرب، خیابان ایوانک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه‌ی ۸، تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۶۴۲۴۰ - همراه:

۰۹۱۲۱۹۶۸۴۰۳ - Email: dr.a.jahandideh@gmail.com

مقدمه

سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (۱)

سیاست ۱۳- توسعه‌ی کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به‌صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور

نقش‌های تحول نظام سلامت (مهرماه ۱۳۹۱) - چشم انداز:

جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، واجد جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم انداز است. مردم از سواد سلامت توانایی بهره‌مندی و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به‌منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود برخوردار بوده، با رعایت شیوه‌ی زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی - ایرانی و نیز دستاوردهای نوین دانش بشری در بستر محیط، جامعه و خانواده‌های سالم با کمترین سطح خطر ناشی از تهدید کننده‌های سلامت مواجه هستند. در این جامعه، بالاترین سطح از حفاظت کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سلامت و سطح مطلوبی از سرمایه‌ی اجتماعی وجود دارد.

بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی (مهر

ماه ۱۳۹۴) - سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلی

- ۱- نهادینه سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت
- ۲- گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت
- ۳- توسعه‌ی دانش‌های نوین با تاکید بر حیطه‌های میان رشته‌ای و تمرکز بر علوم و فناوری‌های نوین
- ۴- حضور در عرصه‌های آموزشی منطقه‌ای و جهانی
- ۵- شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت
- ۶- سامان‌دهی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی
- ۷- نهادینه‌سازی اخلاق حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی

- ۸- بهره‌مندی از فناوری‌های نوین در آموزش عالی سلامت
 - ۹- ارتقای منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت
 - ۱۰- تمرکز زدایی در نظام آموزش عالی سلامت
 - ۱۱- خلق ثروت دانش بنیان در عرصه‌ی آموزش عالی سلامت
 - ۱۲- تولید و بومی‌سازی شواهد معتبر علمی برای ارتقای آموزش عالی سلامت (آموزش پژوهی)
- از مسایل مهم و کلیدی که در کنار برنامه‌ریزی‌های کلان و بخشی باید مستقلاً به آن پرداخت، «برنامه‌ریزی آمایش سرزمین» و «برنامه‌ریزی منطقه‌ای» است. برنامه‌ریزی آمایش سرزمین، روند جامعی از برنامه‌ریزی منطقه‌ای را ارایه می‌کند. این شکل از برنامه‌ریزی برای به‌کارگیری برنامه‌ریزی منطقه‌ای در سطح یک کشور بهترین مکمل برای برنامه‌ریزی کلان و بخشی است (۲).

مهم‌ترین خصوصیات آمایش سرزمین، جامع‌نگری، دوراندیشی، کل‌گرایی، کیفیت‌گرایی و هم‌گرایی و هم‌افزایی و سازمان‌دهی فضای کشور است (۲). هدف آمایش سرزمین، توزیع بهینه‌ی جمعیت و فعالیت و اشتراک منافع و تقسیم مشکلات بین هم‌براساس توان هر دانشگاه یا دانشکده در سرزمین است، به‌گونه‌ای که هر منطقه متناسب با نیازها و موقعیت خود از طیف مناسبی از فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و علمی برخوردار باشد و جمعیتی متناسب با توان و ظرفیت اقتصادی خود بپذیرد. به‌عبارت دیگر، هدف کلی آمایش سرزمین عبارت است از سازمان‌دهی فضای آموزشی به‌منظور بهره‌وری مطلوب از پتانسیل‌های سرزمین در چارچوب منافع ملی.

آمایش سرزمین (Spatial planning) شامل تنظیم روابط و کنش‌های متقابل بین عوامل انسانی، اقتصادی و عوامل محیطی به‌منظور ایجاد سرزمینی مبتنی بر بهره‌گیری بهینه و پایدار از استعداد‌های انسانی و محیطی می‌باشد (۳)، مطلوب‌ترین، عادلانه‌ترین و پایدارترین آرایشی که به سه مؤلفه‌ی مهم جمعیت، سرمایه و منابع طبیعی و محیطی در یک منطقه یا سرزمین داده می‌شود.

هدف اساسی از مدیریت و برنامه‌ریزی آمایش سرزمین، توزیع فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و ظرفیت‌های

مطالعات آمایش سرزمین در جهان

فکر برنامه‌ریزی آمایش سرزمین در فرانسه در سال ۱۹۴۷ با انتشار کتابی به نام «پاریس و بیابان فرانسه» توسط شخصی به نام ژان فرانسوا گراویه پدیدار شد (۶).

از نظر سردمداران اولیه، ایده‌ی آمایش سرزمین مانند کلودیوس پتی وزیر باسازاری و شهرسازی وقت فرانسه که در سال ۱۹۵۰ برای نخستین بار در دولت فرانسه این موضوع را مطرح کرد، آمایش را «هنر یا فن (ونه علم) جای دادن با نظم و ترتیب و همراه با آینده نگری انسان‌ها و فعالیت‌ها، زیرساخت‌ها و وسایل ارتباطی در خدمت انسان‌ها در فضای کشور با در نظر گرفتن الزام‌های طبیعی، انسانی و اقتصادی و حتی سوق الجیشی» تعریف کردند. برنامه‌های آمایش سرزمین در ایران بسیار متأثر از راه و روش فرانسوی است.

روش بررسی

جهت آگاهی از جدیدترین رویدادها و تعاریف متون مربوطه از طریق جستجوی پایگاه‌های اینترنتی، و ژورنال‌های معتبر و کتب منتشر شده، گزارش‌های رسمی ملی و بین‌المللی، اخبار و گزارش‌ها از طرح‌ها و نشریات مرتبط و مصوبه‌ی شورای عالی انقلاب فرهنگی و شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. همچنین بررسی و مطالعه و تهیه و تنظیم فرم‌ها و جداول وضعیت موجود کلان مناطق و ارسال و تکمیل آن‌ها توسط کلان مناطق صورت گرفت، در نهایت یافته‌ها تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی گردید و پاورپوینت و کتابچه اطلاعات تهیه شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در نمودارهای ۱ تا ۷ ارائه شده‌اند (۷، ۸، ۹).

آشکار و پنهان با توجه به تحولات و دگرگونی‌های زمان و نیازهاست که عمدتاً با دیدی درازمدت و به‌منظور بهره‌برداری بهینه از امکانات آن و همچنین هویدا کردن نقش^۱ و مسؤولیت خاص^۲ هر منطقه براساس توانمندی‌ها^۳ و قابلیت‌های^۴ آن به‌طور هماهنگ با دیگر مناطق است (۴). آمایش سرزمین نوعی برنامه‌ریزی بلندمدت^۵ برای توزیع بهتر جمعیت، امکانات و فعالیت‌های مختلف به‌منظور افزایش رفاه^۶، آسایش^۷ و هماهنگی^۸ جامعه است.

کاربرد آمایش سرزمینی در بحث سلامت کمی پیچیده‌تر است. در این زمینه احتمالاً می‌توان به آموزش و تربیت پرسنل دخیل در سلامت، ارائه‌ی خدمات بهداشتی، ارائه‌ی خدمات اورژانس، ارائه‌ی خدمات عمومی پزشکی و ارائه‌ی خدمات تخصصی و فوق تخصصی اشاره نمود بنابراین آمایش سرزمینی در سلامت و مدیریت هدفمند آن جزو وظایف اصلی نظام است (۵).

تاریخچه‌ی آمایش سرزمین در ایران

مطالعات آمایش سرزمین قبل از انقلاب

برخی از محققان آغاز مطالعات آمایش سرزمینی را به سال ۱۳۳۵ هجری شمسی و بعد از جنگ جهانی می‌دانند و آن را مربوط به اجرای مدیریت نوین و طرح جنگل‌داری سری گل‌بند از جنگل ویسر (جنوب‌شهر) مرتبط می‌دانند (۴).

مطالعات آمایش سرزمین بعد از انقلاب

مطالعات آمایش سرزمین با رویکردی جدید و با توجه به تحولات روز مطرح شد، لذا در سال ۱۳۶۲ این وظیفه مجدداً براساس اهداف و آرمان‌های نظام جمهوری اسلامی ایران توسط سازمان برنامه و بودجه آغاز گردید (۴).

⁵Long-range planning

⁶Welfare

⁷Rest

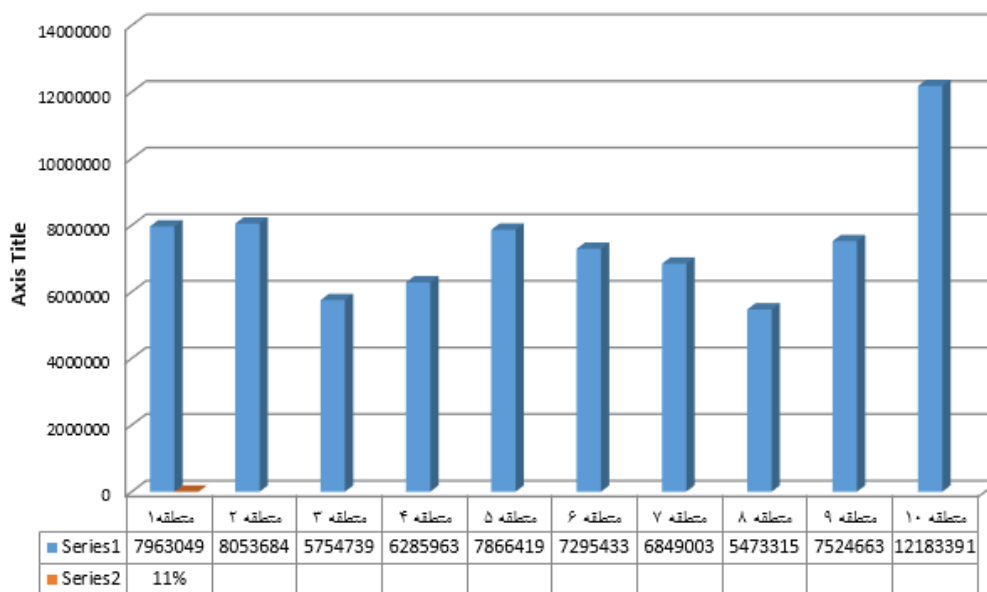
⁸Coordinating

¹Role

²Special Responsibility

³Abilities

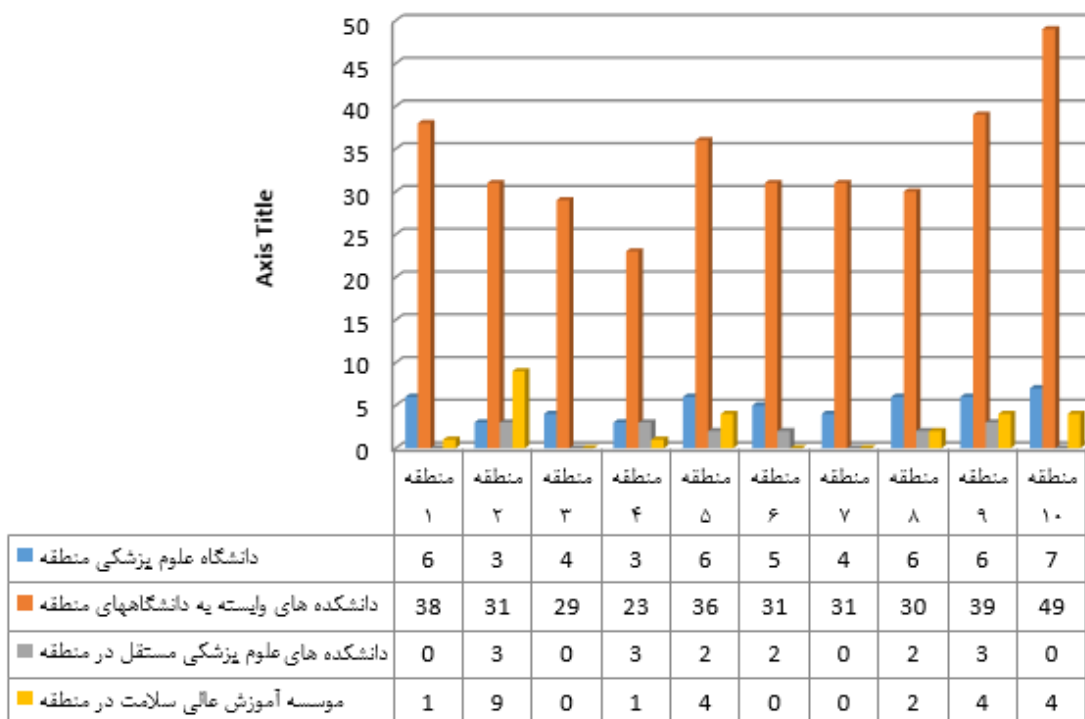
⁴Capabilities



نمودار ۱- جمعیت مناطق ده گانه

بیشترین جمعیت: استان تهران (کلان منطقه‌ی ۱۰)

کمترین جمعیت: استان‌های کرمان و سیستان و بلوچستان (کلان منطقه‌ی ۸)



نمودار ۲- تعداد دانشگاه‌ها و دانشکده‌های مناطق ده گانه

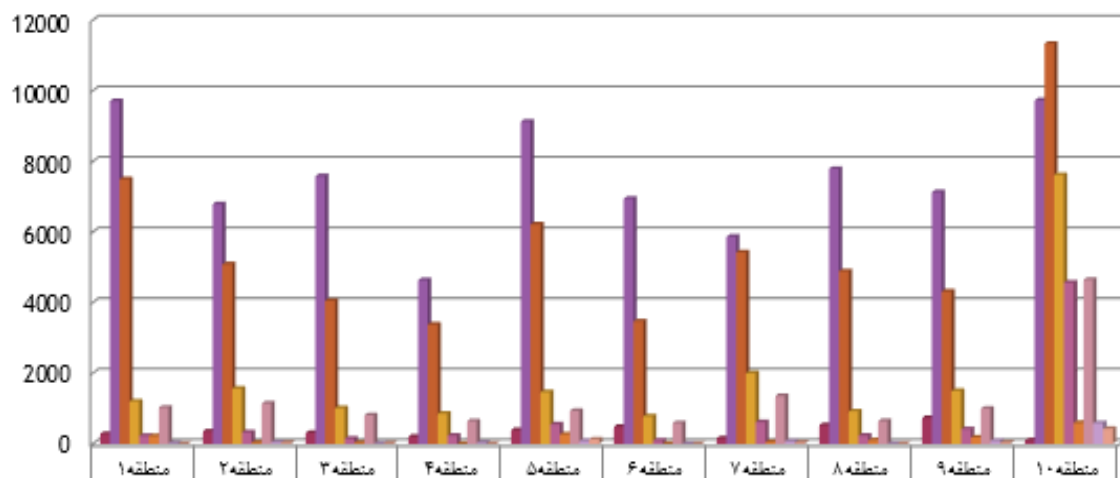
بیشترین تعداد دانشگاه (منطقه ۱۰ با ۷ عدد) - کمترین تعداد دانشگاه (منطقه‌ی ۲ و ۴ با ۳ عدد)

بیشترین تعداد دانشکده‌ی وابسته به دانشگاه‌ها (منطقه‌ی ۱ با ۴۹ عدد) کمترین تعداد (منطقه‌ی ۴ با ۲۳ عدد)

بیشترین تعداد دانشکده‌های مستقل (مناطق ۲ و ۴ و ۹ با ۳ عدد) کمترین تعداد (۱، ۳، ۷، ۱۰ بدون دانشکده مستقل)

بیشترین تعداد مؤسسه آموزش عالی سلامت (منطقه‌ی ۲ با ۹ عدد) - کمترین تعداد (مناطق ۳، ۶، ۷ بدون مؤسسه)

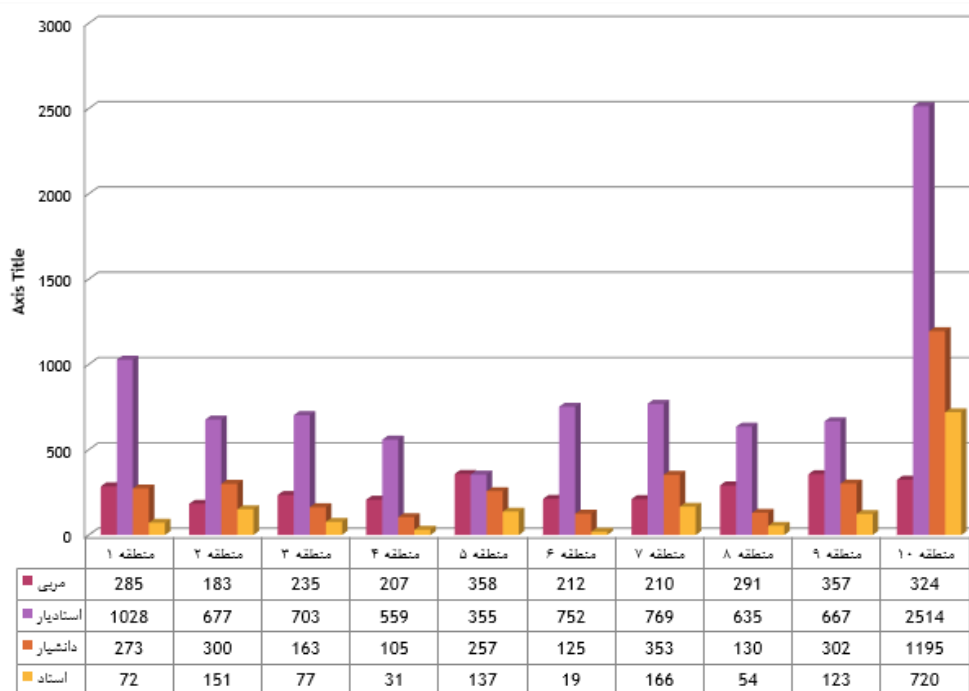




	منطقه ۱	منطقه ۲	منطقه ۳	منطقه ۴	منطقه ۵	منطقه ۶	منطقه ۷	منطقه ۸	منطقه ۹	منطقه ۱۰
کاردانی	283	354	309	200	389	484	154	528	732	99
کارشناسی	9708	6789	7582	4637	9131	6947	5867	7790	7132	9732
دکترای عمومی	7496	5089	4055	3380	6216	3472	5428	4889	4319	11335
کارشناسی ارشد	1204	1568	1014	854	1466	779	2003	922	1501	7618
ph.d دکترای	225	326	147	232	550	96	617	235	417	4566
mp.h	219	30	27	0	267	0	52	99	182	589
دکترای تخصصی	1023	1144	809	643	934	588	1354	647	1001	4649
فوق تخصصی	15	42	6	29	82	1	72	3	89	587
فلو شیب	0	30	14	4	128	0	37	2	38	427

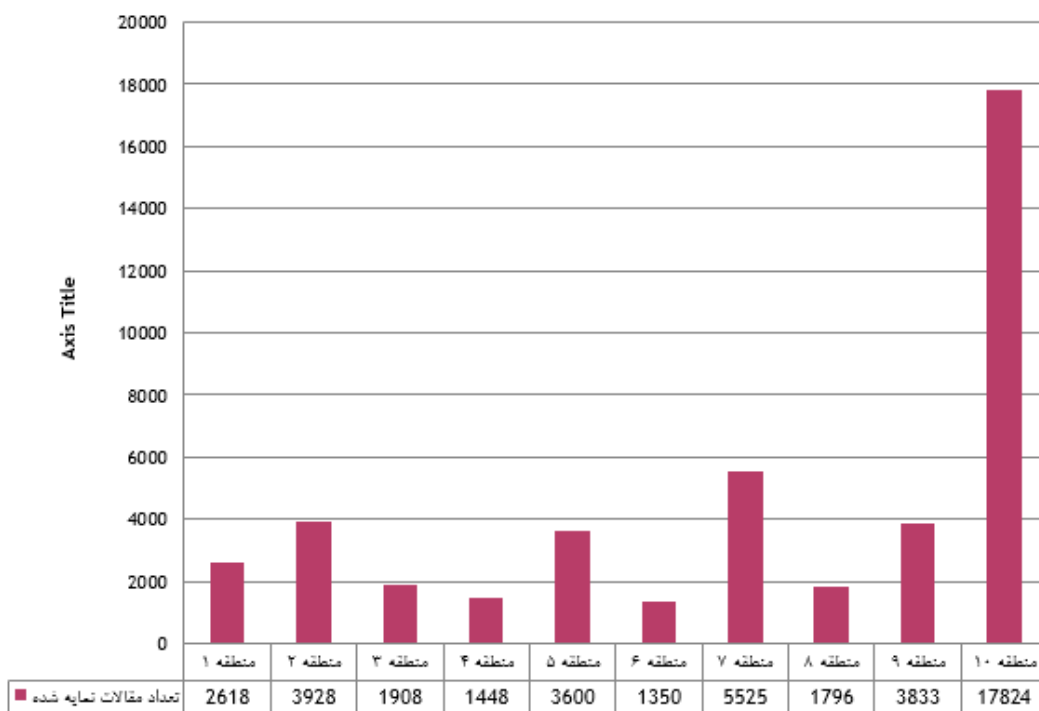
نمودار ۳- تعداد دانشجویان در حال تحصیل مناطق ده گانه

- بیشترین تعداد دانشجوی کاردانی (منطقه ۶) - کمترین (منطقه ۱۰)
- بیشترین تعداد دانشجوی کارشناسی (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۴)
- بیشترین تعداد دانشجوی کارشناسی ارشد (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۶)
- بیشترین تعداد دانشجوی MPH (منطقه ۱۰) - کمترین (مناطق ۴ و ۶ بدون دانشجو)
- بیشترین تعداد دانشجوی Ph.D (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۶)
- بیشترین تعداد دانشجوی دکترای عمومی (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۴)
- بیشترین تعداد دانشجوی تخصصی (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۶)
- بیشترین تعداد دانشجوی فوق تخصص (منطقه ۱۰) - کمترین (منطقه ۶)
- بیشترین تعداد دانشجوی فلو شیب (منطقه ۱۰) - کمترین (مناطق ۱ و ۶)



نمودار ۴- تعداد اعضای هیئت علمی مناطق ده گانه

- بیشترین تعداد مربی (منطقه ۵) - کمترین تعداد مربی (منطقه ۲)
- بیشترین تعداد استادیار (منطقه ۱۰) - کمترین تعداد استادیار (منطقه ۵)
- بیشترین تعداد دانشیار (منطقه ۱۰) - کمترین تعداد دانشیار (منطقه ۴)
- بیشترین تعداد استاد (منطقه ۱۰) - کمترین تعداد استاد (منطقه ۶)

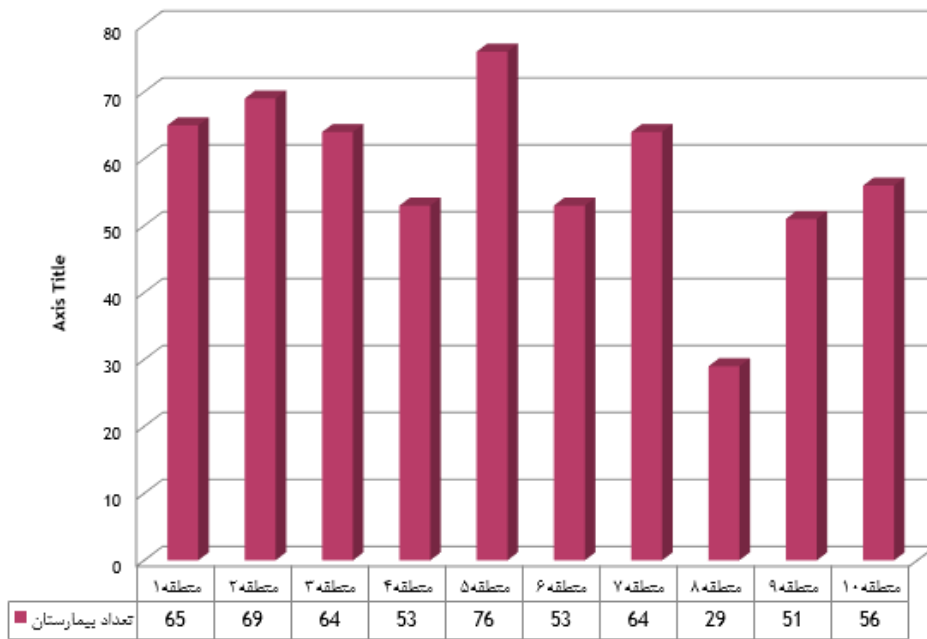


نمودار ۵- تعداد مقالات نمایه شده مناطق ده گانه

- بیشترین تعداد مقالات (منطقه ۱۰) - کمترین تعداد مقالات (منطقه ۶)

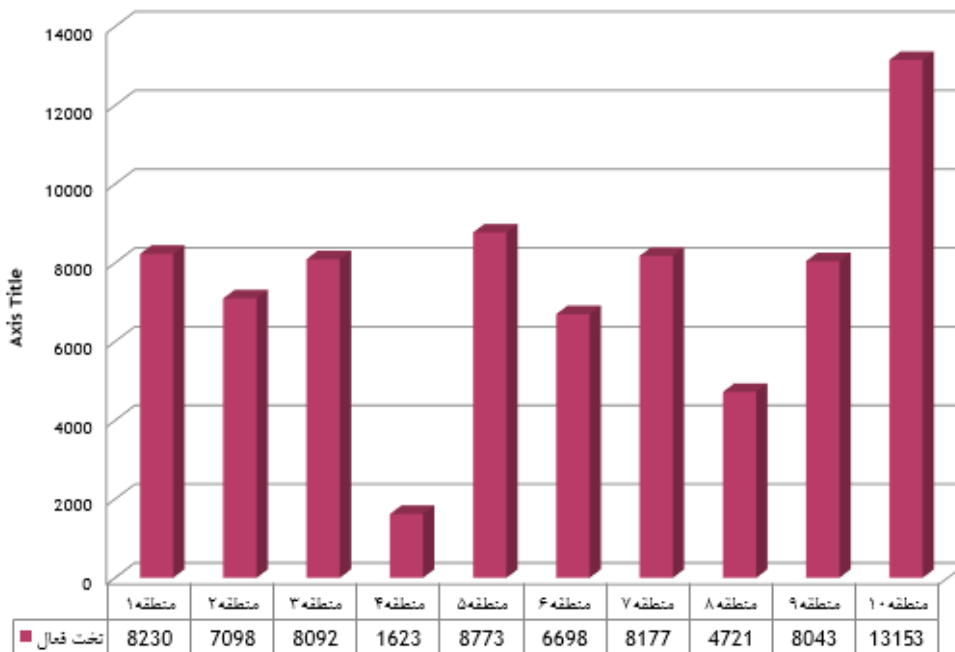


نسل سراجی و همکاران



نمودار ۶- بیمارستان‌های موجود مناطق ده گانه

بیشترین تعداد بیمارستان‌های موجود (منطقه ۵) - کمترین تعداد بیمارستان‌های موجود (منطقه ۸)



نمودار ۷- تخت فعال بیمارستان‌های مناطق ده گانه

بیشترین تعداد تخت فعال (منطقه ۱۰) - کمترین تعداد تخت فعال (منطقه ۴)

بحث

با توجه به کمبود شدید سال‌های قبل از انقلاب و دهه‌ی اول انقلاب و همچنین نیاز شدید کشور به تأمین بخش نرم‌افزاری حوزه‌ی بهداشت و درمان (پزشکان و متخصصین گروه پزشکی در رشته‌ی مقاطع مختلف - برنامه‌ریزی آموزشی و محتوای آن و...) و تأمین بخش سخت‌افزاری آن (از جمله بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و تجهیزات به روز - مراکز بهداشتی و تجهیزات آن‌ها - و مراکز آموزشی و پژوهشی و تجهیزات به روز آن‌ها و...) در طول دهه‌ی دوم انقلاب نیاز به انبوه‌سازی بوده است که در بخش نرم‌افزاری به‌خوبی انجام شده که البته در بعد کمی آن تقریباً مشکل رفع شده ولی در بعد کیفی تا حد زیادی کار انجام پذیرفته که مورد بحث است، برخی بخش‌ها بهتر و برخی بخش‌ها ضعیف‌تر، ولی در مجموع کارنامه مورد قبولی در دسترس می‌باشد. در قسمت سخت‌افزاری هنوز در بخش مراکز درمانی نیازهایی موجود است و در بخش مراکز بهداشتی عملکرد خوب بوده است ولی مراکز آموزشی و پژوهشی عمدتاً بدون استاندارد و شاخص بوده و به‌نظر می‌رسد در کمیت تعداد مجوزهای صادر شده که به مرحله‌ی اجرایی نیز رسیده است بسیار زیاد و ناهماهنگ و پراکنده و بدون برنامه منسجم و نیازسنجی و ضرورت‌سنجی و امکان‌سنجی و ظرفیت‌سنجی بوده و هم‌افزایی و هم‌آهنگی نداشته و با هدف و انگیزه و در راستای رفع نیازهای منطقه و جامعه نبوده است و عمدتاً این فضاها و امکانات در مراکز بوده که با انبوه وظایف مختلف و تداخل آن‌ها و هم‌راستا نبودن آن‌ها باعث بروز مشکلات و معضلات بی‌شماری شده است و بیشتر توان و پتانسیل مالی و اجرایی و مدیریتی و... در جهت تلاش برای رفع موانع است. با دیدگاه واقع‌بینانه باید به تمام این مسائل، معضل اصلی یعنی عدم توانایی و ضعف (در علم و هنر و تجربه) مدیریت بهداشتی و درمانی و آموزشی و پژوهشی و مالی را عنوان نمود که اگر تمام شرایط هم آماده و محیا باشد با نبود یا ضعف آن، باز مشکلات باقی و حتی اضافه خواهد شد، عمده بدنه مدیریتی و کارشناسی ستاد و صف، با این نقطه ضعف و یا چالش و در مواردی تهدید مواجه هستند.

لذا با توجه به مطالب عنوان شده و سایر مواردی که در این مقاله به آن‌ها اشاره نشده است، به‌نظر می‌رسد که باید از تجربیات چندین دهه کشورهای پیشرفته در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی در امر اجرای صحیح و واقع‌گرایانه و با آینده‌نگاری لازم طرح آمایش سرزمینی بهداشتی درمانی آموزشی کشور را استفاده کرد و سپس نسبت به پیگیری و نظارت و پایش و ارزشیابی و بازنگری و به‌روزرسانی آن اقدام عاجل و دقیق نمود، چرا که در این طرح تمرکززدایی، بومی‌سازی، مأموریت‌گرایی، هم‌افزایی و همگرایی و بهره‌مندی از پتانسیل‌ها و توانایی‌های بخش‌های مختلف، خلاقیت‌ها و نوآوری و ابتکارها، و جلوگیری از موازی‌کاری‌ها و اتلاف منابع مال و انسانی، و ارتقاء بهره‌وری با حداقل امکانات، بهره‌مندی از توانایی‌های سرمایه‌های انسانی در غالب کارشناسان و مدیران (مدبر و مجرب و دلسوز)، و استفاده از پتانسیل‌های فضایی و جغرافیایی، رعایت عدالت مادی و معنوی، فرصت‌های برابر، و غیره وجود دارد و یا ایجاد خواهد شد

ارزش‌هایی که در این طرح وجود دارد

ارزش‌هایی در این سند آمایش سرزمینی مورد توجه قرار گرفته است (۲):

- ۱- عدالت در دسترسی به آموزش عالی در سطح کشور
- ۲- تلاش در جهت ایجاد فرصت‌های برابر برای پرورش استعدادها
- ۳- ورود مناطق کمتر برخوردار در عرصه آموزش عالی
- ۴- ایجاد فرصت برای آموزش عالی بخش سلامت جهت خلق ثروت برای کشور از طریق توسعه‌ی علمی
- ۵- ایجاد زمینه برای کسب مرجعیت و پیشرفت علمی در بخش سلامت

اهدافی که می‌توان مطرح نمود (۲)

- ۱- تربیت نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای کشور در بخش سلامت
- ۲- توسعه‌ی هدفمند آموزش عالی سلامت در عرصه‌ی سرزمین
- ۳- مشارکت بخش‌های مختلف کشور در تربیت نیروی انسانی

از جمله مهم‌ترین سوالاتی که باید در مسیر آمایش

سرزمینی پاسخ داده شود عبارتند از: (۵)

۱- مناسب‌ترین قطب‌های درمانی فوق تخصصی علوم پزشکی کشور در عرصه داخلی و حتی برای توریسم درمانی در سطح بین‌الملل، کجا هستند؟ (لحاظ نمودن تأثیرات و شرایط اکولوژیک و اپیدمیولوژیک کلان منطقه)

۲- مدل مناسب ارجاع در سیستم بهداشتی و درمانی و نحوه توزیع امکانات و تسهیلات در سطوح مختلف چیست؟

۳- برای ترغیب تمرکززدایی و مهاجرت داوطلبانه نیروهای تخصصی و فوق تخصصی به مناطق محروم و برای پیاده‌سازی یک نقشه‌ی کامل و جامع چه ابزارهای قانونی وجود دارد و چگونه بایست از این ابزارها استفاده نمود؟ (محیطی سازی)

۴- سطح و شکل مدیریت غیر متمرکز در سلامت در راستای افزایش بهره‌وری در سطح کشور چه مختصاتی دارد؟

۵- مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و شیوه‌ی رشد و توسعه‌ی آن‌ها براساس یک نقشه‌ی جامع کشوری چگونه شکلی بایستی داشته باشد؟

۶- و نهایتاً بهترین شیوه‌ی توزیع منابع و امکانات و تسهیل برای رشد متوازن و عادلانه کشور و البته جلب مشارکت حداکثری همه سازمان‌ها و افراد دخیل در امر سلامت (مدیریت صحیح عوامل مداخله‌گر داخل و خارج نظام سلامت و کشور) برای پیاده‌سازی نقشه‌ی جامع چیست؟ به عبارتی دیگر، چگونه باید فشارهای سیاسی وارد بر سیستم بهداشت و درمان کشور را به شکلی مدیریت نمود که هم سو با یک نقشه‌ی جامع باشد نه در مقابل آن.

نتیجه‌گیری

اجرای نمودن مصوبه‌ی جلسه‌ی ۷۶۲ مورخ ۱۳۹۴/۲/۸ شورای عالی انقلاب فرهنگی - بخشی از متن مصوبه (۱۰) منظور توزیع عادلانه منابع، ایجاد فرصت‌های برابر، توزیع مأموریت آموزشی نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، جلوگیری از فعالیت‌های تکراری، استفاده از مزیت‌های منطقه‌ای،

۴- افزایش بومی‌گزینی در پذیرش دانشجوی

۵- افزایش به‌کارگیری نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق بومی

۶- افزایش اختیارات دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در بخش‌های فرا استانی

۷- تولید برنامه‌ها و کوریکولوم‌های مورد نیاز مناطق

۸- افزایش ماندگاری نیروی انسانی متخصص بخش سلامت در منطقه

۹- ارتقاء همکاری‌ها و هماهنگی‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر در کلان منطقه در

فعالیت‌های فرا استانی با هدف هم‌افزایی توان عملیاتی آن‌ها

۱۰- افزایش سهم آموزش عالی سلامت در مجموعه‌ی نظام آموزش عالی کشور

۱۱- تعیین مأموریت برای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی بخش سلامت

۱۲- تعیین شرایط احراز تشکیل دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی بخش سلامت

۱۳- تعیین مأموریت برای واحدهای ستادی وزارت بهداشت برای تعیین راهبردهای توسعه‌ی هدفمند بخش‌های مربوطه

۱۴- متناسب‌سازی توسعه‌ی آموزش عالی کشور در بخش سلامت بانیاها و امکانات و پتانسیل‌ها و مزیت‌های استان‌ها و کلان منطقه‌های نظام سلامت

۱۵- خلاقیت و نوآوری و تنوع بخشی در شیوه‌ها و ارایه‌ی آموزش عالی بخش سلامت

۱۶- ایجاد سازوکار حمایتی برای توسعه‌ی آموزش عالی در مناطق کمتر برخوردار از نظر آموزش عالی سلامت

۱۷- برقراری عدالت در توزیع منابع و امکانات

۱۸- توسعه‌ی ظرفیت‌های آموزشی

۱۹- واگذاری حداکثری امور ستادی به کلان مناطق نظام سلامت

۲۰- ایجاد هماهنگی در بخش‌های مختلف وزارت بهداشت در برنامه‌ریزی عملیاتی برای کلان منطقه‌ها

- توسعه‌ی و رشد نامتوازن تعداد دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و تعداد دانشجویان و تعداد اساتید
- تدوین و ایجاد هماهنگی آمایش سرزمین بخش علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی با وزارت بهداشت در پذیرش و تربیت دانشجو
- توسعه‌ی نامتناسب و ناعادلانه و بدون نیاز سنجی بورسیه‌های داخلی و خارجی
- گسترش و توسعه‌ی بدون نیاز سنجی و ضرورت سنجی و امکان سنجی بیمارستان‌ها موجود و در دست احداث
- توسعه‌ی نامتوازن تعداد مقالات نمایه شده با توجه به توزیع نامتناسب اساتید و امکانات
- ایجاد و توسعه‌ی بدون نیازسنجی و ضرورت سنجی مراکز بهورزی

نتیجه‌گیری نهایی

ضرورت برنامه‌ریزی و عملیاتی نمودن آمایش سرزمینی در راستای بومی‌گرایی، تمرکز زدایی، عدالت محوری، بسترسازی خلاقیت و نوآوری سایر مراکز، سازمان‌دهی مجدد برنامه‌ها و فرآیندها و به روز رسانی آن‌ها، و... حتمی به نظر می‌رسد.

منابع

- ۱- اسناد بالا دستی:
- سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (۱۳۹۰)
- نقشه‌ی تحول نظام سلامت (مهرماه ۱۳۹۱)
- بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی (مهرماه ۱۳۹۴)
- ۲- راهبرد گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران - سند سیاست و راهنمایی عملیاتی اجرای سند - ویرایش اول (۱۳۸۹) و ویرایش دوم (۱۳۹۴)
- معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش عالی
- ۳- حمید قیومی، تعریف و اهداف آمایش سرزمین

- تمرکززدایی و جلوگیری از تجمع امکانات، انتقال قدرت تصمیم‌گیری، مشارکت دانشگاه‌ها در موضوعات ملی و فرا استانی، نظام آموزش عالی سلامت کشور از نظر آمایش سرزمینی به ۱۰ کلان منطقه به شرح زیر تقسیم می‌شود:
- ۱- منطقه یک: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی گیلان، مازندران، بابل، گلستان، سمنان و شاهرود
 - ۲- منطقه دو: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، ارومیه، اردبیل و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۳- منطقه سه: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمانشاه، همدان، کردستان و ایلام
 - ۴- منطقه چهار، شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی اهواز، لرستان، دزفول و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۵- منطقه پنج: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، بندرعباس، بوشهر، یاسوج و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۶- منطقه شش: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم، البرز و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۷- منطقه هفت: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان، یزد، کاشان و شهرکرد
 - ۸- منطقه هشت: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت، زابل، بم و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۹- منطقه نه: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، بیرجند، بجنورد، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه و دانشکده‌های علوم پزشکی مستقر در منطقه
 - ۱۰- منطقه ده: شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، ایران، بقیه‌ا... (عج)، شاهد، ارتش و بهزیستی و توانبخشی
- بیشترین امکانات نرم افزاری و سخت افزاری عمدتاً در مقایسه‌ی کلان مناطق مربوط به کلان منطقه‌ی ۱۰ و در داخل هر کلان منطقه نیز در مراکز استان‌ها می‌باشد، کمترین آن‌ها مربوط به کلان مناطق ۴ و ۶ است (۹).

- ۴- خنیفر ح. درآمدی بر مفهوم آمایش سرزمین و کاربردهای آن در ایران. آمایش سرزمین. سال دوم، شماره دوم، بهار و تابستان ۱۳۸۹ صفحه ۵-۲۶.
- ۵- مفهوم و کاربرد آمایش سرزمینی در سلامت. دکتر علی اکبر حقدوست، رییس مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت.
- ۶- فریدون وردی ناد و حسین کریمی آشتیانی. تاریخچه آمایش سرزمین در جهان، مدیریت شهری
- ۷- آمار مراکز آموزش عالی (دانشگاه- دانشکده -مجتمع آموزش عالی- مؤسسه آموزش عالی غیر دولتی) (از دفتر گسترش و آموزش علوم پزشکی معاونت آموزشی وزارت بهداشت)
- ۸- آمار رشته - مقاطع تحصیلی علوم پزشکی (از دفتر گسترش و آموزش علوم پزشکی معاونت آموزشی وزارت بهداشت)
- ۹- طراحی فرمها و ارسال واخذ تکمیل شده آنها و استخراج و بررسی و تحلیل وضعیت موجود کلان مناطق دهگانه آمایش سرزمینی وزارت بهداشت در طول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ و تبدیل به نمودار - توسط دبیرخانه ستاد اجرائی سند آمایش سرزمینی کلان مناطق دهگانه معاونت آموزشی وزارت بهداشت.
- ۱۰- مصوبه جلسه ۷۶۲ مورخه ۹۴/۲/۸ شورای عالی انقلاب فرهنگی.

Spatial planing of education higher of health in Republic of Islamic of Iran

Jebraeil Nasl Seraji¹, Asghar Jahandideh^{2*}, Alimohammad Ojaqi², Marzieh Jomeei²

Abstract

Background: To improve efficiency, equitable distribution of resources, equal opportunities, prevent the repetition of similar activities, the use of regional advantages, decentralization, the prevention of aggregation facilities, persuade universities / faculties of Medical Sciences in the national participations and stable, as well as the development of targeted higher education in Different Regions of the country, the transfer of some powers to the headquarters of the Ministry, to use the experiences of developed countries, spatial planning Higher education health based on studies conducted in the Ministry of Health to the Supreme Council of the Cultural Revolution set and presented Given that, this kind of planning provides comprehensive process of regional planning, therefore expected bring effects and results performance positive and efficiency.

Methods: Review the latest events and definitions for information by searching online databases, and journals and published books, national and international official reports, news and reports from projects and related issues, and approvals of the Supreme Council of Cultural Revolution and Council of developer Medical universities.

Results: In section existent of spatial planning of higher education health findings revealed the following:

The Most people and number of universities and number of colleges affiliated to universities and disciplines and admissions postgraduate and most Assistant Professors and Associate Professors and Professors, number of articles indexed -number of beds active- all related to region 10 is) -Most admissions for PhD students- Most Instructor, and number of available hospital are for region 5.

The least populated and available hospital is for Region 8 – The least number of universities and Instructor and of Associate Professor and of beds active is for Region 2 and 4) - the lowest students in different grades is for regions 4, 6) - the lowest number of Assistant Professors is for regions 5) - the lowest number of Professors and of articles is for Region 6).

Conclusion: Formation the number ten of the macro-region and the secretariats concerned- infrastructure management for being programs coordinated packages of change and innovation in medical education- the focus of most facilities, software and hardware in areas of greater and centers province, especially in the capital, the need for planning and operational of spatial planning, for native province, decentralization, justice, infrastructure management for creativity and innovation, reorganization plans and processes and to update them, They are inevitable.

Keywords: Document of spatial planning, Mass production, Justice for education, Development and innovation in education, Decentralization, Native province, Mission orientation, Giving maximum

1. Professor, Ministry of of health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. BSc, Ministry of of health, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Add: 8th floor, Block C, Eyvanak Ave, Shahrake Gharb, Tehran, Iran. Tel: +98218836424, +989121968403 - Email: dr.a.jahandideh@gmail.com