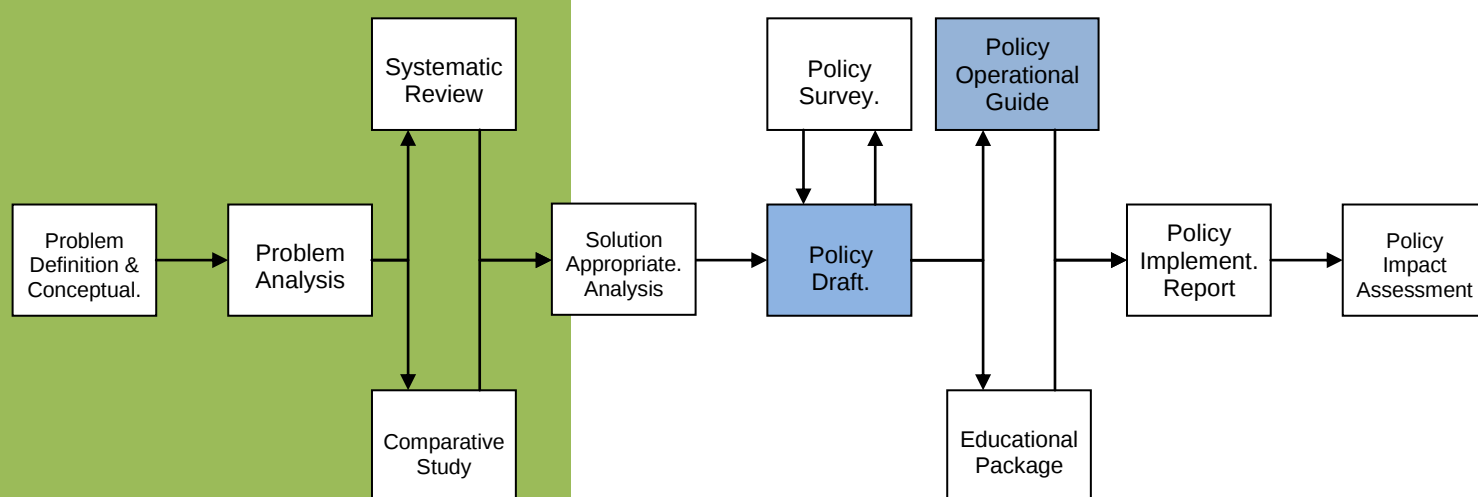




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

سند سیاست و راهنمای عملیاتی اجرای سند (Policy draft & Policy operational guide)





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهبردها و گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران





فهرست مطالب

خلاصه	۵
پیش گفتار	۷
ارزش ها	۱۰
اهداف	۱۰
تعاریف	۱۳
تاریخچه آمایش سرزمین در ایران	۱۴
آمایش سرزمین در برنامه های توسعه ای کشور	۱۵
گسترش آموزش و توسعه کشور	۱۷
انبوه سازی آموزش عالی	۱۹
انتظار جوانان از تحصیلات دانشگاهی و تحقق توانمندی های بالقوه جوانان	۲۱
تقسیم بندی مراکز آموزش عالی	۲۳
تعداد مناسب مراکز آموزش عالی	۲۵
اندازه مناسب مراکز آموزش عالی	۲۷
دسترسی به دانشگاه ها و مهاجرت درون کشوری نخبگان	۲۹
تمرکز در مقابل عدم تمرکز در آموزش عالی	۳۱
مدلهای تمرکززدایی آموزش عالی سلامت	۳۳
بهره گیری از توسعه آمایشی شبکه بهداشتی کشور	۳۶
مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت	۳۷
مزیت برخورداری از عرصه های جامعه نگر در مدل بومی	۳۹
سطح بندی خدمات آموزشی در مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت	۴۰
دانشگاه های ویژه (مستقر در مناطق غیربرخوردار)	۴۳
رسالت و کارکرد مؤسسات آموزش عالی سلامت	۴۴
چارچوب سطح بندی مؤسسات آموزش عالی کشور	۴۵
اهداف توسعه کمی آموزش عالی سلامت و مؤسسات آموزش عالی سلامت	۴۹
شبکه کارکردی مؤسسات آموزش عالی سلامت در کشور	۵۱
نقش بخش غیردولتی در آموزش عالی سلامت	۵۷
راهنمای عملیاتی اجرای سند توسعه جغرافیایی مؤسسات آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین (Operational guide)	۵۷
ضمیمه (۱) برنامه ریزی برای تربیت نیروی انسانی در بخش سلامت	۵۹
ضمیمه (۲): ویژگی های شهرستانهای منتخب کشور	۶۱

توسعه‌ی آموزش عالی باید در جهت هدفها باشد. مسوولان آموزش عالی باید از توسعه‌ی غیرهدفمند
بشدت پرهیزکنند؛ چون این، هم اتلاف مال است، هم اتلاف و ضلایع کردن منابع انسانی
است. باید ببینیم چه لازم داریم، باید ببینیم هدف چیست و به کجا می‌خواهیم برسیم؛ بر اساس آن،
فضای آموزشی آموزش عالی را توسعه دهیم. بنابراین بر حسب نیاز، دنبال اهداف خودمان باشیم. به
نظر من این مسأله‌ی خیلی حساس و مهمی است. نیازهای اصلی کشور در حوزه‌ی علوم و فناوری باید
احصا شوند؛ در زمینه‌ی علوم انسانی هم همین جور؛ بر اساس اینها برنامه‌ریزی شود؛ معلوم شود که چه
تعداد دانشجومی‌خواهیم، چند دانشگاه می‌خواهیم، چه رشته‌هایی را لازم داریم، در چه سطوحی این رشته‌ها
بایستی تعلیم و تعلم پیدا کند.

بیانات مقام معظم رهبری در دیدار با اساتید دانشگاه‌ها و مسوولان آموزش عالی کشور

**خلاصه**

سند "راهبرد جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران"، سندی است که در آن الگویی برای توسعه آموزش عالی در سراسر کشور و بر اساس نیازها و امکانات هر منطقه جغرافیایی ارائه شده است.

در این سند با استفاده از ساختار شبکه های بهداشتی درمانی، توسعه آموزش پزشکی را در سطح شهرستانها، سازماندهی نموده است. از مشخصه های حایز اهمیت در تدوین معیارها و ضوابط توسعه، توجه عمیق و علمی به امکانات و ویژگی های هر منطقه جغرافیایی می باشد.

این سند یکی از استراتژی های گسترش آموزش عالی بخش سلامت در عرصه سرزمین و یا به عبارتی یکی از ارکان آمایش آموزش عالی بخش سلامت را تعیین می کند.

از اهداف این سند می توان به تربیت نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای کشور در بخش سلامت، توسعه هدفمند آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین، مشارکت بخش های مختلف کشور در تربیت نیروی انسانی، افزایش بومی گزینی در پذیرش دانشجوی، افزایش بکارگیری نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق بومی، افزایش اختیارات دانشگاه های علوم پزشکی در بخشهای فرااستانی، تولید برنامه ها و کوریکولوم های مورد نیاز مناطق، افزایش ماندگاری نیروی انسانی متخصص بخش سلامت در منطقه، ارتقای همکاری ها و هماهنگی های دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در کلان منطقه در فعالیتهای فرااستانی با هدف هم افزایی توان عملیاتی آنها، افزایش سهم آموزش عالی سلامت در مجموعه نظام آموزش عالی کشور، ایجاد ساز و کار حمایتی برای توسعه آموزش عالی در مناطق کمتر برخوردار از نظر آموزش عالی سلامت، برقراری عدالت در توزیع منابع و امکانات، توسعه ظرفیتهای آموزشی، واگذاری حداکثری امور ستادی به کلان مناطق نظام سلامت، ایجاد هماهنگی در بخش های مختلف وزارت بهداشت در برنامه ریزی عملیاتی برای کلان منطقه ها اشاره نمود.

تقسیم بندی های متعددی برای مراکز آموزش عالی وجود دارد. در این سند ترتیب قرار گرفتن دانشگاه ها در کلان منطقه با توجه به تقسیم بندی های ذکر شده در برنامه چهارم توسعه، مصوبات هیات دولت و آرایش آمایشی دانشگاه های علوم پزشکی، قرابت تاریخی، جغرافیایی، اقلیمی، قومی و نژادی تعیین گردیده است.

به منظور توزیع عادلانه منابع، ایجاد فرصتهای برابر، امکان نظارت دقیق تر، جلوگیری از فعالیتهای تکراری، استفاده از مزیت های منطقه ای، تمرکز زدایی و جلوگیری از تجمع امکانات، انتقال قدرت تصمیم گیری، مشارکت دانشگاهها در موضوعات ملی و فرااستانی و ماده ۷۷ قانون برنامه چهارم و آیین نامه اجرائی آن و مواد ۱۸۲ و ۱۸۳ قانون برنامه پنجم و مصوبه ۱۳۸۳/۸/۶ هیات دولت، وزارت بهداشت موضوع تشکیل کلان منطقه ها و یا قطب های نظام سلامت را در دستور کار خود قرار داد.

براین اساس کشور به ۱۰ کلان منطقه به شرح ذیل تقسیم می شود:

۱. منطقه یک: شامل دانشگاه های علوم پزشکی، گیلان، مازندران، بابل، گلستان، سمنان و شاهرود.
۲. منطقه دو: شامل دانشگاه های علوم پزشکی تبریز، ارومیه، اردبیل، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۳. منطقه سه: شامل دانشگاه های علوم پزشکی کرمانشاه، همدان، کردستان و ایلام.



۴. منطقه چهار: شامل دانشگاه های علوم پزشکی اهواز، لرستان، دزفول، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه .
۵. منطقه پنج: شامل دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، هرمزگان، بوشهر، یاسوج و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۶. منطقه شش: شامل دانشگاه های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم و البرز.
۷. منطقه هفت: شامل دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان، یزد، کاشان و شهرکرد.
۸. منطقه هشت: شامل دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت، زابل، بم و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۹. منطقه نه: شامل دانشگاه های علوم پزشکی مشهد، بیرجند، خراسان شمالی، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه، و دانشکده های علوم پزشکی منطقه.
۱۰. منطقه ده: شامل دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، آزاد اسلامی، بقیه اله، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی.

بر اساس برنامه گسترش آمایشی موسسات آموزش عالی سلامت، ارتباط و تعامل کارکردی بین سطوح سه گانه موسسات ملی، موسسات استان، و موسسات شهرستان وجود دارد.

هریک از دانشگاه های علوم پزشکی با کارکرد ملی، در ناحیه آمایشی مربوط به خود وظایفی را بر عهده دارند. سیاستگذاری آموزشی، برنامه ریزی آموزشی، حمایت آموزشی، ارزشیابی و اعتباربخشی دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در ناحیه آمایشی مربوطه، و همچنین پیشنهاد کوریکولوم های مورد نیاز ناحیه آمایشی، از جمله این مسوولیت ها محسوب می گردد.

سند "راهبرد جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران"، پس از، تعریف مشکل، آنالیز مساله، بررسی نظام مند متون و تجربیات موجود جهانی، نقد آنها و ارائه راه حل مناسب، تهیه شده و نهایتاً راهنمای عملیاتی اجرای سند بعد از آماده شدن نسخه اول، در جلسات متعدد کارشناسی از سطح دانشگاه تا معاونین آموزشی دانشگاه ها، روسای دانشگاه ها علوم پزشکی، شورای معاونین و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و تغییرات لازم در آنها اعمال شده است.

امید است با اجرایی شدن این سند گام کوچکی در توسعه هدفمند آموزش عالی بخش سلامت در کشور برداشته شود.



پیش گفتار

توسعه مفهومی است که به یک چارچوب تحلیلی برای درک پیشرفت جوامع انسانی اشاره می کند و می تواند جنبه های مختلف و متفاوتی از این پیشرفت ها را در بر بگیرد همچنین مفاهیمی چون توسعه پایدار، توسعه متوازن و غیر متوازن، توسعه سرزمینی، توسعه فناوری و ... از عباراتی است که روزمره بکار برده می شوند و همه آنها به نحوی به مقوله رشد و تکامل و نوسازی جامعه اشاره می کنند. در توسعه همیشه حرکت رو به جلو وجود دارد، در بسیاری از منابع علمی شاخص توسعه انسانی را از مهمترین شاخص های توسعه بحساب می آورند.

تربیت نیروی انسانی در سطوح مختلف در کشور بعد از انقلاب اسلامی سرعت بسیاری گرفت. در بخش علوم پزشکی نیز بخصوص بعد از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در طی حدود ۲۷ سال و اضافه شدن عرصه های درمانی معتبر به آموزش پزشکی کمبود نیروی انسانی متخصص بخصوص در بخش نیروهای ارایه کننده خدمات سلامت در بسیاری از حیطه ها تا حد زیادی مرتفع گردید.

دانشگاه های علوم پزشکی در تمام مراکز استان ها و حتی در بعضی از شهرستان های بزرگ کشور تاسیس شدند و پذیرش دانشگاه ها در ظرف مدت کوتاهی چند برابر و چند سال بعد تعداد دانش آموختگان نیز چند برابر گردید، در حال حاضر پس از ۲۷ سال از تشکیل وزارت بهداشت و رفع نیازهای اولیه و فوری کشور لازم است این توسعه را بصورت هدفمند و با برنامه مشخص انجام گیرد. اگر در دو دهه قبل هر مرکز آموزش عالی جدیدی که تاسیس می گشت هنوز مورد نیاز کشور بود ولی امروز باید این نکته را در نظر بگیریم که چقدر و در کجا لازم است آموزش عالی بخش سلامت را گسترش دهیم. متخصصین بر این باورند که با وجود گسترش چشمگیری که در طول ۳ دهه گذشته داشته ایم ولی این گسترش نوعی گسترش متمرکز بوده است و بخوبی در عرصه سرزمین توزیع نگردیده است و ضمناً هدفمند و متناسب با اهداف از قبل تعیین شده نیز نبوده است.

البته در بخش آموزش پزشکی با توجه به اینکه واحدهای عملیاتی وزارت بهداشت، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هستند و طبق قانون لازم بوده است که در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی داشته باشیم تا ماموریت های وزارت بهداشت را انجام دهند لذا دانشگاه های وابسته به وزارت بهداشت نوعی آرایش آمایشی استانی یافته اند و به نوعی بخوبی و متناسب با نیاز در عرصه سرزمین گسترش یافته اند.

ولی سوال اینجاست که پس از این برای توسعه آموزش عالی سلامت در شهرستان ها چگونه باید عمل نماییم؟ آیا اساساً لازم است که به ازای هر شهرستان در کشور یک مرکز آموزشی علوم سلامت دایر نماییم؟ آیا الگوی توسعه آموزش عالی در بخش سلامت باید مشابه آنچه باشد که در سایر بخشهای آموزش عالی دولتی و غیر دولتی انجام می گیرد؟

ما در این سند در خصوص تجربیات جهانی تولید انبوه در آموزش عالی^۱ از دهه ۶۰ میلادی تا بحال مستنداتی را ارایه کرده ایم و اینکه افزایش سطح دانش جامعه^۲ از شاخصهای مطلوب توسعه در هر کشور می باشد را یادآوری کرده ایم ولی با توجه

^۱ Massification

^۲ Capital knowledge



به اینکه وزارت بهداشت هم مسوول تربیت نیروی انسانی و هم مسوول بکارگیری آن است می باید در این موضوع استراتژی دقیق و کارآمدی بکار گیرد.

واحدهای سازمانی وزارت بهداشت در شهرستانها شبکه های بهداشتی، درمانی هستند که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی استان مربوطه فعالیت می نمایند این شبکه ها عملکرد بسیار خوبی در بهبود شاخص های بهداشتی و پایش سطح بهداشت و سلامت مردم در اقصی نقاط کشور داشته اند. تا بحال مراکز آموزش بهورزی در سطح شهرستان و در زیر مجموعه این شبکه ها فعالیت آموزشی داشته اند و فعالیت این بهورزها از پایه های موفقیت شبکه ها در شهرها و روستاهای کشور بوده است، ولی با توجه به تغییرات اجتماعی و فرهنگی و افزایش سطح سواد جامعه و تغییرات در الگوی بیماریها، مشخصات دموگرافیک و گذار جمعیتی و شیوه های نوین زندگی لازم است تغییراتی در سطح شبکه ها بمنظور روزآمدسازی و کارآمدی عملکرد آنها در حفظ و ارتقای سلامت و پایش شاخص های سلامت ایجاد شود، لذا در سند پیش رو به استفاده از ساختار این شبکه ها در توسعه آموزش پزشکی و دادن نقش بزرگتری در آموزش پزشکی به آنها در سطح شهرستان ها اشاره شده است.

با توجه به مطالب پیشگفت لازم است که در حال حاضر برای اینکه بتوانیم توسعه متوازن و متناسب با نیاز داشته باشیم بدانیم چقدر به نیروی انسانی نیاز داریم؟ و اینکه کجا باید آنها را تربیت کنیم؟ و اینکه در چه بخش هایی تربیت نیروی انسانی را کم و یا حتی متوقف کنیم و در چه اولویتهایی باید تمرکز بیشتری نماییم و تربیت نیروی انسانی را افزایش دهیم؟ ضمن اینکه این تغییرات نباید مقطعی باشد بلکه نیاز به یک مجموعه هوشمند که بطور دایمی نیاز کشور و نیروهای تربیت شده و در حال تحصیل را بطور دقیق رصد کرده و به نهاد های تصمیم گیر گزارش دهد به شدت محسوس است.

نقش آموزش عالی در توسعه یک منطقه نقشی مهم و تعیین کننده است اینکه اول یک منطقه باید توسعه یابد و بعد آموزش عالی در آن مستقر شود؟ و یا اینکه همزمان با توسعه یک منطقه و بعنوان یک زیرساخت، آموزش عالی نیز توسعه داده شود؟ موضوعی است که باید بخوبی بررسی و پاسخ داده شود اگر نظریه اول را بپذیریم معنی آن این است که آموزش عالی در جایی مستقر می شود که مزیت نسبی داشته، امکانات، آب و هوا و شرایط زندگی مناسب برای استاد و دانشجو در این منطقه موجود است در این شرایط آموزش عالی بسرعت پیشرفت کرده و حتی می تواند سودآوری اقتصادی مناسبی نیز داشته باشد، بسیاری از موسسات آموزش عالی خصوصی در جهان با این الگو توسعه یافته اند. در فرض دوم ما از آموزش عالی بعنوان یک زیر ساخت توسعه منطقه ای استفاده می کنیم یعنی تاسیس یک واحد آموزش عالی ابتدا" در این منطقه توجیه اقتصادی ندارد و می باید هزینه هایی قابل توجه برای ایجاد و توسعه آن صرف نماییم، و در واقع آموزش عالی برای بهبود شرائط این مناطق و ماندگاری جوانان و مردم مستقر شده است، ولی شاید بعدها با پیشرفت و توسعه اقتصادی و اجتماعی این مناطق توسعه آموزش عالی نیز دارای مزیت شود.

بسیاری از مراکز آموزش عالی دولتی در کشور با این الگو ایجاد و توسعه یافته اند طبیعی است که هزینه های تربیت نیروی انسانی و ماندگاری هیات علمی در این شرایط بالا است. ولی نیروی انسانی تربیت شده اگر از طریق بومی گزینی انتخاب شوند شانس ماندگاری بالاتری داشته و می توانند باعث بهبود شاخص های توسعه ای منطقه و بهبود شرایط زندگی در آن



منطقه شوند. بدیهی است که در طی سالهای گذشته چاره ای نداشته ایم که در بسیاری از این موارد با این الگو آموزش عالی در کشور را توسعه دهیم، البته لازم به ذکر است که در حال حاضر می توانیم مزیت های این روش و تاثیر استقرار آموزش عالی در مناطق کمتربرخوردار را بخصوص در استقرار دانشگاههای علوم پزشکی و بهبود چشمگیر سطح ارایه خدمات به مردم به عینه مشاهده نماییم.

بنظر می رسد اگر سیاستهای کلان کشور اجازه دهد در شرایط فعلی اگر توسعه آموزش عالی و یا ایجاد واحدهای آموزش عالی جدید در مناطق برخوردار توسط بخش غیر دولتی و در مناطقی که سرمایه گذاری بازده اقتصادی مناسبی ندارد توسط دولت انجام گیرد میتواند روش قابل قبولی باشد.

از تکالیف وزارت بهداشت در نقشه جامع علمی سلامت برای رسیدن به اهداف برنامه چشم انداز، ایران ۱۴۰۴ تربیت نیروی انسانی مورد نیاز در رشته و مقطعی که اولویتهای آن در این نقشه مشخص شده است می باشد.

برای تربیت نیروی انسانی در این بخش باید به پنج سوال اساسی پاسخ داده شود.

۱. موسسات آموزش عالی و دانشگاه های علوم پزشکی با چه الگویی در عرصه سرزمین باید توسعه یابند؟
 ۲. چه رشته و مقطعی برای تامین نیاز کشور و رسیدن به اهداف سند چشم انداز و نقشه جامع علمی کشور باید انجام شوند یا توسعه یابند؟
 ۳. چه تعداد دانشجو و در چه رشته و مقطعی در حوزه سلامت باید تربیت شوند که هم نیاز کشور برآورده شود و هم دچار تورم نیروی انسانی در این بخش نشویم؟
 ۴. چقدر امکانات، اعتبارات و هیات علمی برای رسیدن به این شاخص ها نیاز داریم؟
 ۵. چگونه باید کیفیت نیروی انسانی تربیت شده را بر اساس نیاز کشور و استانداردهای جهانی ارتقا دهیم؟
- اینها سوالاتی است که هر کدام نیاز به مطالعات و بحث های طولانی و ملاحظه تجربیات جهانی دارد که به جای خود باید انجام شود.

در خصوص سوال اول که تعیین الگوی توسعه موسسات آموزشی عالی سلامت و دانشگاههای علوم پزشکی است در طی یک فعالیت نظام مند و به منظور تولید یک سند با عنوان "راهبرد گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران" مطالعات ابتدایی از حدود ۲ سال قبل با همکاری تعدادی از کارشناسان و متخصصین در این حوزه آغاز شد این سند یکی از مجموعه ۱۷ سندی است که مجموعه آنها به راهبردهای تحول در نظام آموزش پزشکی می انجامد. در این مجموعه اسناد، تمامی بخشهای یک نظام آموزشی علوم پزشکی از درون داد (دانشجو) تا فرایندها، موسسات آموزشی، اعتباربخشی و ارزشیابی و برون داد (دانش آموخته) مورد توجه قرار گرفته و راههای نوسازی یا بازسازی آنها پیشنهاد شده است. در تهیه همه این اسناد مسیر مشخصی پیموده شده و یک مجموعه مبتنی بر شواهد^۱ تهیه گردیده است.

مراحل تهیه این سند عبارت از، تعریف مشکل، آنالیز مساله، بررسی نظام مند متون و تجربیات موجود جهانی، نقد آنها، رسیدن به راه حل مناسب، تهیه سند و در نهایت راهنمای عملیاتی اجرای سند می باشد که بعد از آماده شدن نسخه اول، در

^۱ Evidence based policy making



جلسات متعدد کارشناسی از سطح دانشگاه تا معاونین آموزشی دانشگاه ها، روسای دانشگاهها علوم پزشکی، شورای معاونین و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و تغییرات لازم در آنها اعمال شده است. این سند یکی از استراتژی های گسترش آموزش عالی بخش سلامت در عرصه سرزمین و یا به عبارتی یکی از ارکان آمایش آموزش عالی بخش سلامت را تعیین می کند.

ارزش ها

ارزش هایی در این سند مورد توجه قرار گرفته است:

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

اهداف

- تربیت نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای کشور در بخش سلامت
- توسعه هدفمند آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین
- مشارکت بخش های مختلف کشور در تربیت نیروی انسانی
- افزایش بومی گزینی در پذیرش دانشجو
- افزایش بکارگیری نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق بومی
- افزایش اختیارات دانشگاههای علوم پزشکی در بخشهای فرااستانی
- تولید برنامه ها و کوریکولوم های مورد نیاز مناطق
- افزایش ماندگاری نیروی انسانی متخصص بخش سلامت در منطقه
- ارتقاء همکاریها و هماهنگی های دانشگاههای علوم پزشکی مستقر در کلان منطقه در فعالیتهای فرااستانی با هدف هم افزایی توان عملیاتی آنها
- افزایش سهم آموزش عالی سلامت در مجموعه نظام آموزش عالی کشور
- تعیین مأموریت برای دانشگاهها و موسسات آموزش عالی بخش سلامت
- تعیین شرایط احراز تشکیل دانشگاهها و موسسات آموزش عالی بخش سلامت
- تعیین مأموریت برای واحدهای ستادی وزارت بهداشت برای تعیین استراتژیهای توسعه هدفمند بخش های مربوطه



- متناسب سازی توسعه آموزش عالی کشور در بخش سلامت با نیازها و مزیت‌های استانها و کلان منطقه های نظام سلامت

- تنوع بخشی در شیوه ها و ارایه آموزش عالی بخش سلامت
- ایجاد ساز و کار حمایتی برای توسعه آموزش عالی در مناطق کمتر برخوردار از نظر آموزش عالی سلامت
- برقراری عدالت در توزیع منابع و امکانات
- توسعه ظرفیت های آموزشی
- واگذاری حداکثری امور ستادی به کلان مناطق نظام سلامت
- ایجاد هماهنگی در بخش های مختلف وزارت بهداشت در برنامه ریزی عملیاتی برای کلان منطقه ها

اگرچه در این سند اولویت هایی برای فعالیت دانشگاه ها برشمرده شده است و برای دانشگاه ها ماموریتی با توجه به سطح پوشش عملکردی آنها تعریف شده است، اما برای فعالیت دانشگاه ها سقفی در نظر گرفته نشده و دانشگاه ها در بعد علمی محدودیتی برای توسعه ندارند و می توانند بر اساس توانایی ها و مزیت های منطقه ای خود پیشرفت نمایند. از آنجا که دانشگاه های علوم پزشکی علاوه بر فعالیت های علمی و پژوهشی و تربیت نیروی انسانی مأموریت ارایه خدمات سلامتی و پایش و دیدبانی وضعیت سلامت منطقه تحت پوشش خود را دارند، بدیهی است که مسوول همان سطحی هستند که برای آنها تعریف شده است، ولی اگر همین دانشگاه ها بخواهند در فعالیت های ملی و فرا استانی فعالیت نمایند، شرکت در برنامه های قطب های آمایشی که با همکاری دانشگاه های مستقر در هر قطب اجرا می شود یک فرصت برای آنها می باشد و طبیعی است که این برنامه ها توسط وزارت بهداشت نیز پشتیبانی می گردد.

شرکت در فعالیت های قطب های آمایشی یک موازنه برد – برد برای دانشگاه، منطقه و وزارت بهداشت خواهد بود. در واقع یک کلان منطقه یک دانشگاه با جمعیت و منطقه تحت پوشش وسیع خواهد بود که اگر مثلاً دانشگاهی در تربیت نیروی انسانی تخصصی و یا فوق تخصصی در سطح همان دانشگاه مجوز نداشته باشد ولی اگر در قالب برنامه های کلان منطقه های نظام سلامت درخواست نماید، امکان مشارکت را خواهد یافت و این موضوع در سایر برنامه های وزارت بهداشت اعم از آموزش، درمان، بهداشت، و یا تحقیقات و فناوری صدق می کند.

بدیهی است برای رسیدن به اهداف فوق باید همدلی و عزم و اراده ای جدی در بخش های ستادی و اجرایی وزارت بهداشت ایجاد شود و همچنین با نگاه ملی و نه منطقه ای و استانی به موضوع توجه شود تا امکان اجرایی شدن این راهبردها فراهم گردد.

در خاتمه لازم می دانیم از همه همکاران و اساتیدی که در تکمیل این مجموعه بی شائبه همکاری فرموده اند و راهنمایی های ارزشمندشان در جای جای این سند مشهود است تشکر و قدردانی نماییم. همچنین از معاونین محترم آموزشی و روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی، معاونین محترم وزارت بهداشت، رییس و اعضای محترم شورای



سیاستگذاری وزارت متبوع و به ویژه شخص وزیر محترم بهداشت، که در جلسات متعدد نقدها و پیشنهادات خود را برای تکمیل این مجموعه ملی ارایه فرمودند سپاسگزاری می گردد.

امیدواریم با توفیقات پروردگار مهربان و مساعدت های همکاران در بخش های مختلف وزارت بهداشت، با اجرایی شدن این راهبردها، گام کوچکی در توسعه هدفمند آموزش عالی بخش سلامت در کشور برداشته شود و کام مردم عزیز این سرزمین به حلاوت نتایج آن شیرین گردد. که "ما توفیقی الا بالله علیه توکلت و الیه انیب".

ربنا تقبل منّا اینک انت السميع العليم



تعاریف

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. برنامه‌ریزی آمایش سرزمین چون با دیدی وسیع و همه‌جانبه به فضای ملی نگاه می‌کند، همه مناطق کشور را باحوصله و دقت و از جهات مختلف مورد مطالعه و شناسایی قرار می‌دهد. سپس بر اساس توانمندی‌ها، قابلیت‌ها و استعدادهای هر منطقه باتوجه به یکنواختی و هماهنگی اثرات نتایج عملکردهای ملی آن‌ها در سطح ملی، نقش و مسوولیت خاصی را به هر منطقه محول می‌کند.

مهم‌ترین خصوصیات آمایش سرزمین، جامع‌نگری، دوراندیشی، کل‌گرایی، کیفیت‌گرایی و سازماندهی فضای کشور است. هدف آمایش سرزمین، توزیع بهینه جمعیت و فعالیت در سرزمین است، به‌گونه‌ای که هر منطقه متناسب با قابلیت‌ها، نیازها و موقعیت خود از طیف مناسبی از فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی برخوردار باشد و جمعیتی متناسب با توان و ظرفیت اقتصادی خود بپذیرد. به عبارت دیگر، هدف کلی آمایش سرزمین عبارت است از سازماندهی فضا به‌منظور بهره‌وری مطلوب از سرزمین در چهارچوب منافع ملی.

آمایش سرزمین زیربنای سازماندهی توسعه منطقه‌ای است و به بیانی دیگر ابزار اصلی برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌های منطقه‌ای و ملی است. آمایش سرزمین، زمینه اصلی تهیه برنامه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی هر منطقه را فراهم می‌آورد و ابزار اصلی تلفیق برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی با برنامه‌ریزی‌های فیزیکی و فضایی خواهد بود. از آن‌جا که برای تحقق اهداف توسعه، باید همه منابع اجتماعی را اعم از منابع انسانی، اقتصادی و منابع فضایی و محیطی به کار گرفت و به‌کارگیری همه این‌ها مستلزم برنامه‌ریزی است، لذا آمایش سرزمین مبنای طرح‌ها و برنامه‌های جامع توسعه بوده و پیوند دهنده برنامه‌ریزی‌های اقتصادی، اجتماعی و فضایی یا مجموع آنان در قالب برنامه‌ریزی جامع و در مقیاس ملی و منطقه‌ای است.

در بحث آمایش سرزمین، مقوله «فضا» و تحلیل قانونمندی‌های حاکم بر شکل‌گیری آن، کلیدی‌ترین نقش را در برنامه‌ریزی دارد. به‌طور کلی در مورد فضا برداشت‌ها و تعبیرهای مختلفی وجود دارد، اما در مجموع می‌توان گفت فضا دربرگیرنده و حاصل روابط متقابل اقتصادی-اجتماعی بخشی از جامعه در محیط مشخصی از سرزمین است و سازمان فضایی تبیین روابط بین انسان و فضا و فعالیت‌های انسان در فضا است. سازمان فضایی سیمای کلی و چگونگی پراکنش و اسکان جمعیت و توزیع استقرار و ساختار اقتصادی-اجتماعی و کنش‌های متقابل بین آن‌ها را مشخص می‌سازد.



تاریخچه آمایش سرزمین در ایران

از سال ۱۳۵۵ مقدمات برنامه آمایش سرزمین در ایران با انتشار گزارشها و نقشه های مرحله پایه آمایش سرزمین آغاز شد. پس از پیروزی انقلاب، در سالهای ۱۳۶۲ و ۱۳۶۴ دفتر آمایش سازمان برنامه و بودجه آن برنامه را به هنگام و اسلامی نموده و در ۵ جلد (حاوی گزارشها و نقشه های وضع موجود و خط مشی آینده برای افق ۱۳۸۱) منتشر کرد. در همان سال (۱۳۶۴) مرحله دوم آمایش سرزمین (طرح آمایش مناطق) شروع شد.

دانشگاه تهران در سالهای ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ با روشی علمی و جدید^۱ آمایش سرزمین دشت سیستان را به سرانجام رسانید. و بدنبال آن ایجاد سازمان عمران سیستان در هیات دولت وقت به تصویب رسید. تبعات آن کنترل سیل سیستان (۱۳۷۶-۱۳۶۹) و بازگشت مجدد مهاجرین سیستانی از سایر استانها به سیستان و رونق اقتصادی سیستان در سالهای یاد شده است. در سال ۱۳۶۹ وزارت مسکن و شهرسازی، طرح ریزی کالبدی در گیلان و مازندران را آغاز نمود.

دفتر مهندسی و مطالعات سازمان جنگلها و مراتع کشور در ۱۳۶۹ و دفتر طرح و برنامه معاونت آبخیزداری وزارت جهاد سازندگی در ۱۳۷۶ نیز طرحهای مشابهی را به واسطه یاری رسانی به طرح آمایش مناطق کشور ولی با عنوانهای متفاوت آغاز نموده و اکنون تقریباً سه چهارم خاک کشور را پوشش داده اند.

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۸/۶ بنا به پیشنهاد شماره ۱۳۴۱۰۸/۱۰۱ مورخ ۱۳۸۳/۷/۲۵ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضوابط ملی آمایش سرزمین را تصویب نمود.

^۱ روش انگلوساکسون

آمایش سرزمین در برنامه های توسعه ای کشور

– آمایش سرزمین در برنامه چهارم

ماده ۷۷: به دولت اجازه داده می شود به منظور هماهنگی در امور عمرانی و توسعه های بین استانی نسبت به منطقه بندی کشور از دیدگاه آمایش سرزمین و ایجاد نهادهای هماهنگ کننده و تعیین وظایف آنها در سطح فرااستانی اقدام نماید. آیین نامه ی اجرایی این ماده به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و هماهنگی دستگاههای ذیربط تهیه و به تصویب هیات وزیران میرسد.

– آیین نامه اجرایی ماده (۷۷) قانون برنامه چهارم توسعه

بر اساس این مصوبه، کشور به ۹ کلان منطقه شامل منطقه ساحل شمال: گیلان، مازندران و گلستان، منطقه آذربایجان: آذربایجان شرقی، غربی و اردبیل، منطقه زاگرس: همدان، کرمانشاه، کردستان، لرستان و ایلام، منطقه خوزستان: خوزستان و کهگیلویه و بویراحمد، منطقه فارس: فارس و بوشهر، منطقه البرز جنوبی: تهران، مرکزی، زنجان، سمنان، قم، قزوین و البرز، منطقه مرکزی: اصفهان، یزد و چهارمحال و بختیاری، منطقه جنوب شرقی: کرمان، سیستان و بلوچستان و هرمزگان، منطقه خراسان: خراسان جنوبی، رضوی و شمالی تقسیم می شود

– آمایش سرزمین در برنامه پنجم

ماده ۱۸۲- به منظور هماهنگی و نظارت بر تهیه و اجرای برنامه ها و طرح های توسعه سرزمینی، «شورای آمایش سرزمین» با مسوولیت معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و با شرح وظایف اصلی ذیل تشکیل می شود:

الف - تدوین، تصویب و نظارت بر استقرار « نظام یکپارچه برنامه ریزی و مدیریت توسعه سرزمینی » و تنظیم روابط ارکان اصلی آن.

ب - بررسی و تصویب برنامه ها و طرحهای توسعه سرزمینی در سطوح ملی، منطقه ای و استانی و نظارت بر اجرای آنها

دو نفر از اعضا کمیسیونهای برنامه و بودجه و محاسبات و عمران مجلس شورای اسلامی به انتخاب مجلس به عنوان عضو ناظر در جلسات شورا شرکت می نمایند.

آیین نامه اجرایی این ماده شامل شرح وظایف تفصیلی، مسوولیتها، اختیارات و ارکان شورا حداکثر ظرف شش ماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد معاونت (دبیرخانه) به تصویب هیات وزیران می رسد.

تبصره - ترکیب اعضا شورا علاوه بر معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور عبارتند از: وزیران کشور، اطلاعات، جهاد کشاورزی، اقتصادی و دارائی، مسکن و شهرسازی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و



رییس سازمان حفاظت محیط زیست و سه نفر صاحب نظر شاغل در دستگاههای اجرایی به انتخاب

رییس جمهور

ماده ۱۸۳- دستگاههای اجرایی مکلفند برنامه های عملیاتی خود را به گونه ای تنظیم نمایند که زمینه تحقق

جهت گیریهای آمایش سرزمین را فراهم آورد.

تبصره ۱- مسوولیت پیگیری و نظارت بر تحقق مفاد این ماده بر عهده معاونت است.

تبصره ۲- به شورای اقتصاد اجازه داده می شود با پیشنهاد شورای آمایش سرزمین در چهارچوب قوانین مربوطه

کشور، سیاست های تشویقی و بازدارنده، از جمله یارانه سود و کارمزد تسهیلات بانکی، تعرفه ها، عوارض و

سایر مقررات را برای فعالیتهای و مناطق مختلف کشور به گونه ای تنظیم نماید که برنامه ها، اقدام ها و

سرمایه گذاری های بخشهای عمومی و غیردولتی در راستای تحقق جهت گیری های آمایش سرزمین هدایت

شوند.

گسترش آموزش و توسعه کشور

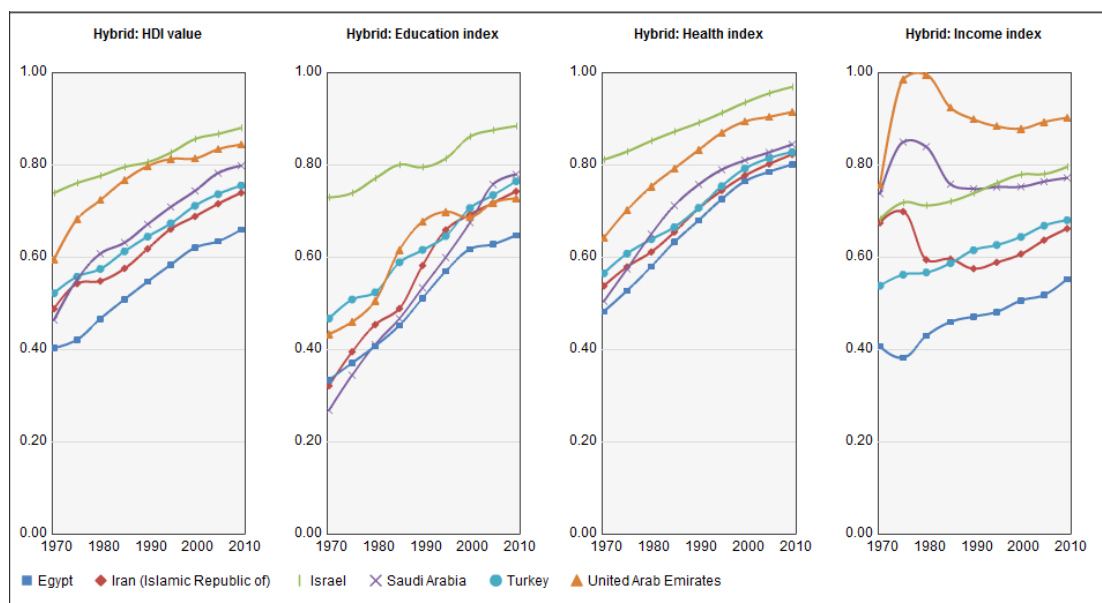
توسعه سرمایه های انسانی مهمترین عامل توسعه جوامع محسوب می گردد. در سال ۲۰۱۰ جمهوری اسلامی ایران با کسب رتبه ۷۰ در توسعه انسانی در زمره کشورهای با درجه بالای توسعه یافتگی انسانی طبقه بندی گردیده است. و در فاصله سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰، جمهوری اسلامی ایران با ده رتبه ارتقاء در شاخص توسعه انسانی^۱ (HDI) رکورددار توسعه انسانی در سطح جهان محسوب می شود.

رتبه شاخص توسعه انسانی ^۲	کشور	مقدار شاخص توسعه انسانی	طول عمر	سرانه درآمد ملی (دلار)	متوسط سالهای تحصیل ^۳	تغییر رتبه HDI از ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰
۱	نروژ	۰/۹۳۸	۸۱/۰	۵۸۸۱۰	۱۲/۶	۰
۲	استرالیا	۰/۹۳۷	۸۱/۹	۳۸۶۹۲	۱۲/۰	۰
۴	آمریکا	۰/۹۰۲	۷۹/۶	۴۷۰۹۴	۱۲/۴	۰
۱۱	ژاپن	۰/۸۸۴	۸۳/۲	۳۴۶۹۲	۱۱/۵	۱
۱۲	کره جنوبی	۰/۸۷۷	۷۹/۸	۲۹۵۱۸	۱۱/۶	۸
۱۵	فلسطین اشغالی	۰/۸۷۲	۸۱/۲	۲۷۸۳۱	۱۱/۹	۰
۳۲	امارات	۰/۸۱۵	۷۷/۷	۵۸۰۰۶	۹/۲	۵
۵۵	عربستان	۰/۷۵۲	۷۳/۳	۲۴۷۲۶	۷/۸	-۲
۷۰	ایران	۰/۷۰۲	۷۱/۹	۱۱۷۶۴	۷/۲	۱۰
۸۳	ترکیه	۰/۶۷۹	۷۲/۲	۱۳۳۵۹	۶/۵	-۱
۱۰۱	مصر	۰/۶۲۰	۷۰/۵	۵۸۸۹	۶/۵	۲

جدول شماره ۱- شاخص توسعه انسانی در فاصله سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ در برخی کشورها

در تحلیل گزارش توسعه انسانی ۲۰۱۰ در مورد کشور ایران، ارتقا سلامت و گسترش تحصیلات در کشور از عوامل اصلی این ارتقا رتبه تلقی گشته اند.

^۱ Human Development Index
^۲ Human Development Index
^۳ Mean Years of Schooling

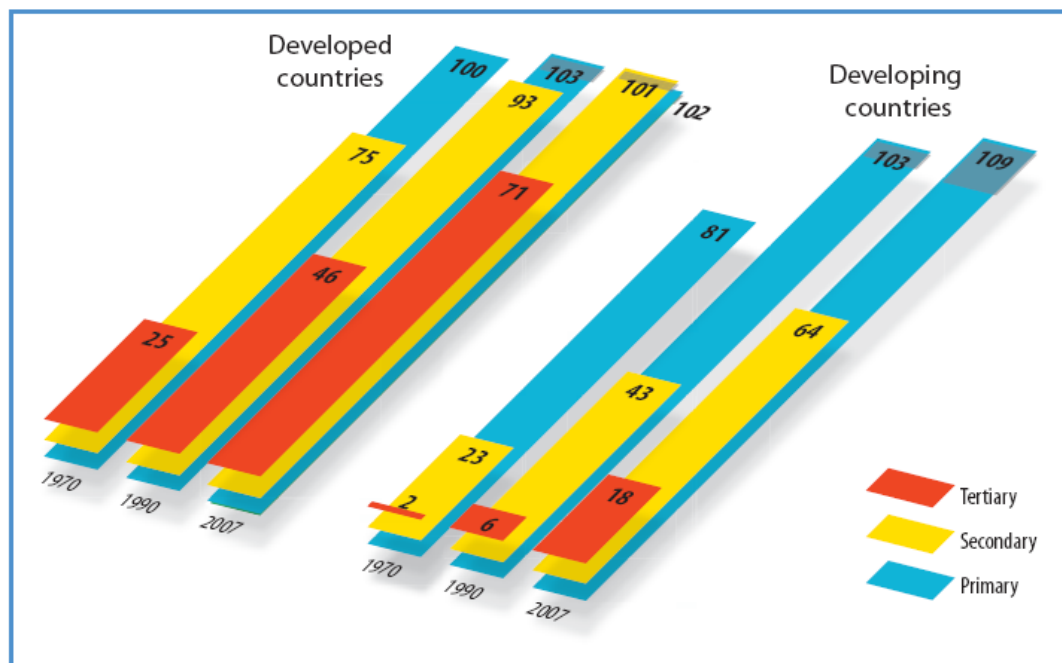


نمودار شماره ۱- روند تغییرات شاخص توسعه انسانی از سال ۱۹۷۰-۲۰۱۰ (ایران و برخی از کشورهای منطقه)

انبوه سازی آموزش عالی^۱

در طی چهار دهه اخیر با گسترش نهضت های سوادآموزی^۲، کشورهای در حال توسعه فاصله خود را در حوزه تحصیلات ابتدایی با کشورهای توسعه یافته به حداقل رسانده اند. در همین زمان کشورهای توسعه یافته با سرمایه گذاری وسیع بر روی تحصیلات مرحله دوم و سوم، و با شعار انبوه سازی آموزش عالی، پروفایل تحصیلی^۳ خود را از (۱۰۰، ۷۵، ۲۵) به (۱۰۰، ۷۵، ۱۰۰) ارتقا بخشیدند، و در حال حاضر پروفایل تحصیلی کشورهای در حال توسعه (۱۰۰، ۶۵، ۲۰)، بیشترین فاصله را در زمینه تحصیلات پیشرفته یا مرحله سوم با کشورهای توسعه یافته دارد. پروفایل تحصیلی امروز کشور ما (۱۰۰، ۷۵، ۳۵) با یک فاصله چهل ساله، شباهت بسیار زیادی به پروفایل تحصیلی کشورهای توسعه یافته در ابتدای دهه هشتاد دارد و با توجه به آنکه هدف گذاری نقشه جامع علمی کشور برای پروفایل تحصیلی کشور در سال ۱۴۰۴، (۱۰۰، ۷۵، ۵۰) می باشد، برای آنکه کشور بتواند فاصله موجود را در طی ۱۵ سال جبران نماید باید رشد تحصیلات دانشگاهی در کشور بسیار بیش از میزان فعلی باشد.

Gross enrolment ratios by level of schooling, 1970-2007



نمودار شماره ۲- نسبت اشتغال به تحصیلی در مقاطع مختلف بین ۱۹۷۰-۲۰۰۷ در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه

^۱ Massification of Higher Education

^۲ Literacy Initiatives

^۳ (ورود به تحصیلات اولیه، ثانویه، و ثالثیه)



کشور ایالات متحده آمریکا اولین کشوری است که اقدام به انبوه سازی آموزش عالی نموده است. در سال ۱۹۴۶ کمیسیون آموزش عالی این کشور دولت را مکلف کرد تا زمینه را برای ورود تمام جوانان مستعد کشور به تحصیلات دانشگاهی مهیا نماید. از آنجایی که حتی استفاده از حداکثر ظرفیت دانشگاه های کشور نمی توانست پوشش کامل آموزش عالی را تضمین نماید، دولت تعداد زیادی مدارس عالی جامعه نگر^۱ دولتی را در سراسر این کشور تاسیس نمود. این اقدام در کمتر از دو سال تعداد دانشجویان را در این کشور به دو برابر افزایش داد. در انگلستان بدنبال نیاز به توسعه نیروی انسانی در برنامه های توسعه ای دراز مدت، در سال ۱۹۶۲ اقدام به گسترش فضاها و گنجایش پذیرش دانشجو گردید. این گسترش به گونه ای بود که در عرض مدتی کوتاه، ظرفیت دانشگاهها به ۲ برابر افزایش یافت و تا سال ۱۹۸۰ م. تا ۲۰٪ جوانان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از آن پس نیز تا سال ۲۰۰۰ م. دوره ای دیگر از گسترش و توسعه فیزیکی و افزایش فضاهای آموزش عالی رخ داد و نتیجه آن افزایش افراد تحصیل کرده دانشگاهی به میزان ۴۴٪ جوانان در سال ۲۰۰۳ و سپس افزایش به میزان ۵۰٪ جوانان کشور در سال ۲۰۱۰ بوده است. سیاست همگانی کردن و گسترش همگانی آموزش عالی در انگلستان از سیاستهای موفق کشور برای افزایش سرمایه انسانی مورد نیاز در بخشهای مختلف بوده که در قالب ظرفیت سازی برای توسعه همه جانبه، دست سیاستگذاران و برنامه ریزان را باز گذاشته و ظرفیتهای مناسبی را برای برنامه های متفاوت ایجاد کرده است. دستیابی به آمار در بالای آموزش عالی هدفی است که همه کشورهای اروپایی نیز در پی آن هستند. در سوئد برنامه تمرکززدایی - انبوه سازی ویژه ای در طی حدود ۲۰ سال گذشته برای آموزش سطح سوم (تحصیلات دانشگاهی) صورت گرفته است. این برنامه با کمک سیاستگذاران منطقه ای بطور نسبتاً مستقل و فقط با نظارت دولت صورت گرفته است. تأثیرات شگرف این برنامه بر اقتصاد منطقه ای و ملی سوئد در مطالعه ای توسط رولند اندرسون و همکارانش (۲۰۰۴ م.) اثبات شده است.

انبوه سازی آموزش عالی امروزه به یک پدیده جهانی تبدیل شده است. بیش از ۱۵۰ میلیون دانشجو در جهان مشغول به تحصیل هستند که این رقم رشد ۵۳ درصدی را تنها در یک دهه نشان می دهد. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دهه اول قرن بیست و یکم از مجموع دانشجویانی که در ده قرن اخیر در دانشگاه ها تحصیل کرده اند بیشتر است^۲. دسترسی به آموزش عالی^۳ در ۲۸ کشور توسعه یافته، بالای ۶۰٪، در ۶ کشور، بالای ۸۰٪، در فنلاند ۹۳٪ و در کره جنوبی ۹۶٪ است. بدنبال انبوه سازی آموزش عالی تنها در کشور چین بیش از سی میلیون دانشجو مشغول به تحصیل هستند.

^۱ Community Colleges

^۲ Gaële Goastellec, Understanding Inequalities in, through and by Higher Education; ۲۰۱۰ Sense Publishers

^۳ Gross Tertiary Enrolment Ratio

انتظار جوانان از تحصیلات دانشگاهی و تحقق توانمندی های بالقوه جوانان

به فعل رسیدن توانمندی های بالقوه^۱، عالی ترین شکل نیاز جوانان محسوب می شود. مطالعات متعدد نشان داده است که این نیاز در جوانان امروز بطور عمده از طریق ادامه تحصیلات دانشگاهی برآورده می شود. شاخص سالهای تحصیل مورد انتظار منعکس کننده تقاضای آتی در بازار آموزش کشور می باشد. در کشور استرالیا، انتظار می رود کودکی که امروز در سن ورود به مرکز آموزشی می باشد، بطور متوسط ۲۰/۸ سال (۸/۸ سال آموزش دانشگاهی) تحصیل نماید. به همین سبب سیاستگذاران آموزش عالی این کشور برای پاسخ به این تقاضا، از هم اکنون سیاست های گسترش همه جانبه ظرفیت آموزش عالی را پیش گرفته است.

رتبه شاخص توسعه انسانی ^۲	کشور	متوسط سالهای تحصیل ^۳	سالهای تحصیل مورد انتظار ^۴	نسبت ورود به تحصیلات ابتدایی ^۵	نسبت ورود به تحصیلات متوسطه ^۶	نسبت ورود به تحصیلات عالی ^۷
۱	نروژ	۱۲/۶	۱۷/۳	۹۸/۴	۹۶/۶	۷۵/۹
۲	استرالیا	۱۲/۰	۲۰/۵	۹۷	۸۷/۵	۷۵
۴	آمریکا	۱۲/۴	۱۵/۷	۹۱/۵	۸۸/۲	۸۱/۶
۱۱	ژاپن	۱۱/۵	۱۵/۱	۱۰۰	۹۸	۵۷/۹
۱۲	کره جنوبی	۱۱/۶	۱۶/۸	۹۸/۶	۹۶/۴	۹۶/۱
۱۵	فلسطین اشغالی	۱۱/۹	۱۵/۶	۹۷/۱	۸۷/۶	۶۰/۴
۳۲	امارات	۹/۲	۱۱/۵	۹۱/۶	۸۳/۸	۲۵/۲
۵۵	عربستان	۷/۸	۱۳/۵	۸۴/۵	۷۳	۲۹/۹
۷۰	ایران	۷/۲	۱۴/۰	۹۹/۷	۷۵/۱	۳۶/۱
۸۳	ترکیه	۶/۵	۱۱/۸	۹۳/۹	۷۱/۲	۳۷/۱
۱۰۱	مصر	۶/۵	۱۱/۰	۹۳/۶	۷۱/۲	۳۱/۲

جدول شماره ۲- مقایسه شاخص های آموزشی ایران و چند کشور دیگر

در مورد کشور ما نکات زیر شایان توجه است:

^۱ Self-actualization

^۲ Human Development Index

^۳ Mean Years of Schooling

^۴ Expected Years of Schooling

^۵ Net Primary Enrolment Ratio

^۶ Net Secondary Enrolment Ratio

^۷ Gross Tertiary Enrolment Ratio

- الف. متوسط سالهای تحصیل در طی ۳۰ سال گذشته از ۲/۱ سال به ۷/۲ سال افزایش یافته است.
- ب. سالهای تحصیل مورد انتظار در طی ۲۵ سال گذشته از ۸/۴ سال به ۱۴ سال افزایش یافته است.
- ت. در طول سه دهه اخیر بطور ثابت فاصله یا شکاف عمیقی بین متوسط سالهای تحصیل و سالهای تحصیل مورد انتظار وجود داشته است (تقاضای برآورده نشده)
- ث. علیرغم آنکه متوسط سالهای تحصیل در کشور ما کمتر از متوسط سالهای تحصیل در کشور امارات (۹/۲ سال) و کشور عربستان (۷/۸ سال) است، سالهای تحصیل مورد انتظار در کشور ما بیشتر از سال های تحصیل مورد انتظار در کشور امارات (۱۱/۵ سال) و کشور عربستان (۱۳/۵) است.

جدول شماره ۳- افزایش میزان متوسط سال های اشتغال به تحصیل و سال های مورد انتظار تحصیل در ایران

افزایش میزان متوسط سالهای اشتغال به تحصیل و سال های مورد انتظار تحصیل در ایران		
سال های تحصیل مورد انتظار	متوسط سال های تحصیل	
-	۲,۱	۱۹۸۰
۸,۴	۲,۸	۱۹۸۵
۹,۷	۳,۷	۱۹۹۰
۱۰,۹	۴,۴	۱۹۹۵
۱۲,۲	۵,۱	۲۰۰۰
۱۳,۰	۶,۱	۲۰۰۵
۱۴,۰	۷,۲	۲۰۱۰

تقسیم بندی مراکز آموزش عالی

تقسیم بندی های متعددی برای مراکز آموزش عالی وجود دارد. در تقسیم بندی بنیاد کارنگی^۱ مراکز آموزش عالی بصورت زیر تقسیم بندی می شوند:

دانشگاه پژوهشی دانشگاه و مراکز آموزش عالی مراکز آموزش عالی	دانشگاه هایی که در هر سال حداقل ۵۰ فارغ التحصیل دکتری حداقل در پانزده رشته مختلف دارند.	Doctoral (Research) Universities : Extensive
	دانشگاه هایی که در هر سال حداقل ۱۰ فارغ التحصیل دکتری حداقل در سه رشته مختلف دارند. و یا دانشگاه هایی که در هر سال حداقل ۲۰ فارغ التحصیل دکتری دارند.	Doctoral (Research) Universities : Intensive
	کالج ها و دانشگاه هایی که علاوه بر طیف وسیع رشته های کارشناسی، در هر سال حداقل ۴۰ فارغ التحصیل کارشناسی ارشد حداقل در سه رشته مختلف دارند.	Master's Colleges and Universities I
	کالج ها و دانشگاه هایی که علاوه بر طیف وسیع رشته های کارشناسی، در هر سال حداقل ۲۰ فارغ التحصیل کارشناسی ارشد دارند.	Master's Colleges and Universities II
	کالج هایی که برنامه های آموزشی مختلف در مقطع کارشناسی دارند.	Baccalaureate Colleges
	دانشگاه هایی که بطور عمده مدارک فوق دیپلم و یا دو سال اول دوره های کارشناسی را ارائه می کنند. و کمتر از ۱۰ درصد فارغ التحصیلان آنها مدرک کارشناسی دارند.	Associate's Colleges

جدول شماره ۴- تقسیم بندی بنیاد کارنگی

^۱ The Carnegie Classification of Institutions of Higher Education

یونسکو تقسیم بندی دیگری را برای مراکز آموزش عالی ارائه کرده است که توسط بسیاری از کشورهای جهان مورد استفاده قرار گرفته است:

مؤسساتی که کارکرد توأم آموزشی و پژوهشی دارند و به تربیت دانشجویان در مقاطع مختلف شامل کارشناسی ارشد و دکتری می پردازند	دانشگاه ها
مؤسساتی که آموزش های حرفه ای (بازرگانی، کشاورزی، معماری، ...) را در سطح کارشناسی ارائه می کنند.	مؤسسات فنی آموزشی
مؤسسات نیمه مستقلی که به تربیت دانشجویان در مقطع کارشناسی می پردازند.	مرکز آموزش عالی
مؤسسات نیمه مستقلی که به تربیت دانشجویان در مقطع کاردانی می پردازند.	مرکز آموزش عالی جامعه نگر

جدول شماره ۵- تقسیم بندی یونسکو برای مراکز آموزش عالی

تعداد مناسب مراکز آموزش عالی

نهضت انبوه سازی آموزش عالی در سطح جهان سبب افزایش قابل ملاحظه تعداد دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی شده است. در این میان کشور هندوستان با ۸۴۰۷ دانشگاه و مرکز آموزش عالی و کشور آمریکا با ۵۷۵۸ دانشگاه و مرکز آموزش عالی رکورددار محسوب می شوند. اگرچه در ادبیات آموزش عالی عدد خاصی برای نسبت جمعیت به تعداد مراکز آموزش عالی توصیه نشده است. ولی این نسبت در اغلب کشور های توسعه یافته بین ۱۰ تا ۲۰ مرکز به ازای هر میلیون نفر جمعیت می باشد.

	Country	Number of universities	Population	U / P
1.	 India	8,407	1 192	7
2.	 United States	5,758	311	18
3.	 Argentina	1,705	40	42
4.	 Spain	1,415	46	30
5.	 Mexico	1,341	112	12
6.	 Bangladesh	1,268	149	8
7.	 Indonesia	1,236	122	10
8.	 Japan	1,223	127	10
9.	 France	1,062	65	16
10.	 China	1,054	1339	0.8

جدول شماره ۶- نسبت دانشگاه به جمعیت در چند کشور

در حال حاضر ۲۲۷۹ دانشگاه و موسسه آموزش عالی در کشور فعالیت می کنند. از این تعداد ۱۱۹ دانشگاه وابسته به وزارت علوم، ۴۷ مرکز وابسته به وزارت بهداشت و درمان، ۲۷۴ مرکز آموزش عالی وابسته به وزارت آموزش و پرورش، ۲۸ موسسه آموزش عالی وابسته به سایر دستگاه های اجرایی، ۵۵۰ مرکز و واحد مربوط به دانشگاه پیام نور، ۵۸۱ واحد مربوط به دانشگاه جامع علمی کاربردی، ۲۹۵ موسسه مربوط به موسسات آموزش عالی غیر دولتی و غیر انتفاعی و ۳۸۵ واحد مربوط به دانشگاه آزاد اسلامی است. بدین ترتیب جمهوری اسلامی ایران با دارا بودن نسبت ۳۰ مرکز آموزش عالی به ازای هر میلیون جمعیت از نسبت بالایی برخوردار است. با وجود این که سهم وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از تعداد کل این مراکز (کمتر از یک درصد) بسیار کم می باشد، آمار و شاخص های ارزیابی علمی موجود بیانگر اثربخشی و کیفیت بالای این مراکز در ارتقای کیفی آموزش عالی کشور بوده به طوری که حدود ۱/۳ تولیدات علمی کشور مربوط به این حیطه می باشد.

همچنین در ساختار آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعداد رشته - مقاطع تحصیلات تکمیلی از درصدی بالاتری برخوردار می باشد.

بر خلاف نسبت جمعیتی مراکز آموزش عالی که طیف وسیعی از اعداد را (از ۰/۸ در میلیون در چین تا ۴۲ در میلیون در آرژانتین) در بر می گیرد، نسبت جمعیتی دانشگاه های پژوهشی در کشورهای توسعه یافته از پایایی بیشتری برخوردار است. طیف این نسبت در کشورهای توسعه یافته بین ۰/۷ تا ۱/۸ و میانگین آن حدود یک دانشگاه پژوهشی به ازای هر میلیون نفر جمعیت

می باشد. به بیان دیگر در کشورهای توسعه یافته به ازای هر دانشگاه پژوهشی بین ۱۰ تا ۲۰ کالج و دانشگاه غیر پژوهشی وجود دارد.

Country	Research Universities	Population	rU/P
 Australia	40	22	1.8
 Netherland	12	16	0.7
 USA	283	311	0.9
 New Zealand	7	4	1.7
 Finland	9	5	1.8
 England	89	62	1.4
 Canada	26	34	0.7

جدول شماره ۷- نسبت دانشگاه پژوهشی به جمعیت در چند کشور

از آنجایی که در کشور ایران تعریف مشخصی از دانشگاه های پژوهشی ارایه نشده است تعیین این نسبت در وضعیت کنونی مقدور نمی باشد. اما می توان عدد ۷۰ دانشگاه پژوهشی (مجموع وزارت بهداشت و درمان و وزارت علوم) را به عنوان هدف توسعه آمایشی قرار داد.



اندازه مراکز آموزش عالی

اندازه یک دانشگاه همانگونه که می تواند شاخصی برای اعتبار اجتماعی آن باشد، شاخصی برای بهره وری و کارایی های آن نیز هست. در تعیین مقیاس های یک دانشگاه، عواملی چون ساینفیزیکی، شکل، منابع و نحوه اداره آن اهمیت دارند. دانشگاهها در هر کدام از مقیاسها، دارای مزایا و معایبی هستند.

از مزایای بزرگ بودن دانشگاه و وجود دانشگاههای با ابعاد بزرگ، تنوع خدمات، تمرکز امکانات و به صرفه بودن^۱ آموزش و تحقیق در آنها، امکان استفاده و بهره وری بیشتر از امکانات، پذیرش دانشجوی بیشتر، بهره گیری از فارغ التحصیلان رشته های مختلف خود، امکان آموزشیمیان رشته ای و چند رشته ای، تنوع در آموزش رشته های مختلف و سطوح متنوع آموزشی، ایجاد رشته های جدید دانشگاهی، امکان پاسخگویی بیشتر به نیازهای جامعه و وجود ظرفیتهای رقابتی با دیگر دانشگاهها و کشورها و امکان آموزش دانشجوی بیشتر با هزینه های پایین تر می باشد. امکان آموزش و یادگیری بهتر نیز در دانشگاههای بزرگتر بدلیل فرصتهای آموزشی بیشتر بالاخص در رشته های پزشکی در مطالعات مختلف مورد توجه بوده است امکان ارایه واحدهای اختیاری و توسعه دروس متنوع منطبق با نیازها و علایق دانشجویان بصورت مقرون به صرفه نیز مطابق با استراتژی انتخابی بودن آموزشها در فرایند یادگیری بزرگسالان وجود دارد. مزایای این دانشگاهها را از دیدگاه دانشجویان می توان در چند بعد شامل هزینه، تنوع آموزشها و فرصتهای آموزشی (حتی در قالب کوریکولوم مخفی و بدلیل تعامل با دانشجویان مختلف در رشته های متنوع)، منابع بیشتر، حق انتخاب بیشتر و امکان گزینش واحدها و پودمانهای آموزشی اختیاری بیشتر (مطابق با نیازها و علایق) و نیز ایجاد انگیزه های بیشتر و ارتقای آموزشی خلاصه کرد.

از سویی دیگر متخصصان آموزشی و مدیریت، بزرگ بودن بیش از حد یک دانشگاه و تجمع امکانات در آن در سطحی وسیع و گسترش فضاها و موسسات اقماری آن و بالاخص داشتن مسوولیت ارایه خدمات در ابعادی گسترده در یک منطقه را بعنوان جنبه منفی معرفی می نمایند، بطوریکه هدر رفت منابع^۲ همراه با کاهش کیفیت برنامه های آموزشی و نیز کاهش کیفیت در ارایه خدمات را بدنبال خواهد داشت. با توجه به بزرگ بودن ابعاد مدیریت اجرایی، کاهش سطح مشارکت عمومی کارکنان و تداخل عمل برنامه های متنوع و اشکال در هماهنگی ها، کاهش امکان کنترل، نظارت و ارزیابی جامع خدمات آموزشی و فنی، در مجموع کیفیت کاری کاهش یافته و هزینه اثربخشی مجموعه کاری سیستم زیر سوال خواهد رفت. این موضوع با کاهش نسبت استاد به دانشجو و استفاده تام از شیوه های آموزش گروهی که عمدتا بدلیل تلاش برای کاهش هزینه هاست، همراه خواهد بود ولی در هر صورت چون کاهش کیفیت ها در آموزش دراز مدت نمود می یابد و معمولا شکایات را در سطح مشتریان آموزشی کمتر برمی انگیزد، لذا کاهش در کیفیت خدمات موسسه آموزش عالی است که کانون توجه قرار می گیرد، به همین دلیل عمده دانشگاههای قدیمی و با سابقه همچنان در ابعاد بزرگ در حال فعالیت هستند و کمبودهای کیفی خدمات خود را با شیوه هایی چون خودمختار کردن مراکز ارایه خدمت حل و فصل می کنند. تک قطبی شدن آموزش عالی در یک منطقه را نیز که باعث کاهش انگیزه های رقابتی و از بین رفتن روند ارتقای کیفی خدمات آموزشی

^۱Economy of Scale

^۲Diseconomy of Scale



و فنی میشود، می توان به لیست فوق افزود و بدین ترتیب باید اذعان داشت که تناسب اندازه در دانشگاهها نیز مانند سایر ارگانها و واحدهای مدیریتی دیگر، باید مد نظر قرار گیرد و تاسیس دانشگاههای جدید باید با ضوابطی اجرایی صورت گیرد. رابطه میان ساینز دانشگاه و شاخصهای اثربخشی و کارآمدی آنها در مطالعه آندره بوناکورسی (۲۰۰۷ م.) از ایتالیا، با تحلیل وضعیت تعدادی از دانشگاههای اروپا، بحث شده و مورد کنکاش قرار گرفته است. در مجموع اغلب مطالعات نشان می دهد که تحقق اهداف گوناگون نظام آموزش عالی در گروهی وجود دانشگاه های پژوهشی در تعداد کمتر و اندازه بزرگتر و کالج ها و سایر مراکز آموزش عالی در اندازه کوچکتر و تعداد بیشتر می باشد.



دسترسی به دانشگاه ها و مهاجرت درون کشوری نخبگان

اگرچه بخش عمده ادبیات مهاجرت نخبگان حول مهاجرت بین کشوری نخبگان شکل گرفته است، در دودهمه اخیر پژوهش های زیادی بر روی مهاجرت درون کشوری نخبگان صورت گرفته است. بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۸۵ تنها در یک دهه (سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۸۵)، ۱۶/۷ درصد جمعیت کشور (بیش از ۱۲ میلیون نفر) در داخل قلمرو سرزمین جابجا شده اند و این درصد نسبت به دهه ۱۳۶۵-۷۵، حدود ۲/۷ درصد افزایش داشته است. که حاکی از افزایش جریان مهاجرت درون کشوری می باشد. مهاجرت از روستاها به شهرهای مرکز استان، از آنجا به مرکز استان و سپس پایتخت سبب شده است که نسبت جمعیت شهری به روستایی در طی سه دهه معکوس گردد. همانطور که انتظار می رود استان تهران با پذیرش بیش از ۳۰ درصد کل مهاجران کشور مهمترین مقصد مهاجرین را تشکیل می دهد. مطالعات نشان داده است که مهمترین علت مهاجرت درون کشوری^۱ دستیابی به فرصت های شغلی است، ولی مهمترین علت مهاجرت درون کشوری نخبگان^۲، دستیابی به فرصت های تحصیلی می باشد. در فاصله سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ بیش از یک میلیون مهاجرت درون کشوری تنها به منظور دستیابی به فرصت های تحصیلی صورت گرفته است.

مطالعات متعدد نشان داده اند که مهاجرت درون کشوری نخبگان تاثیر مخرب بر توسعه شهرستانهای زادگاه آنان می گذارد. علاوه بر آن مهاجرت درون کشوری نخبگان مهمترین پیش زمینه مهاجرت نخبگان به خارج از کشور می باشد. به بیان دیگر اغلب نخبگان جلای وطن کرده، قبل از خروج از کشور ابتدا زمانی را در پایتخت یا سایر شهرهای بزرگ سپری می کنند. از دیدگاه بسیاری از صاحب نظران، جلوگیری از مهاجرت درون کشوری نخبگان، موثرترین روش مبارزه با مهاجرت برون کشوری آنان می باشد. و مهیا کردن فرصت های تحصیلی در سطح شهرستان ها مهمترین شیوه جلوگیری از مهاجرت درون کشوری نخبگان محسوب می گردد.

یکی دیگر از عوارض نامطلوب مهاجرت های تحصیلی، آسیب های اجتماعی ای است که متوجه دانشجویان غیر بومی می باشد. مطالعات متعدد ارتباط قوی بین غیر بومی بودن دانشجویان با مصرف سیگار، مصرف نوشابه های الکلی، اعتیاد، روابط نامشروع با جنس مخالف، و حتی جذب شدن در گروه های منحرف و خرافی را نشان داده است.

اگرچه بومی گزینی استانی بخشی از این مشکلات را کاهش می دهد اما حتی در درون یک استان دانشجویانی که به منظور تحصیل از شهرستان ها به مرکز استان مهاجرت می کنند از مشکلات مشابه رنج می برند.

^۱ Intra-national Migration

^۲ Intra-national Brain Drain

درصد دانشجویان با سوء مصرف مواد بر حسب محل سکونت ^۱			
منزل شخصی با خانواده	خوابگاه دانشجویی	منزل استیجاری	
۱۶	۲۷	۳۰	سیگار
۳	۷	۱۱	مواد نشاط آور
۳	۵	۶	تریاک
۴	۱۶	۱۱	الکل
۷۴	۴۵	۴۱	هیچکدام

جدول شماره ۸- درصد دانشجویان با سوء مصرف مواد بر حسب محل سکونت

^۱شهره سیام، شیوع مصرف مواد اعتیادآور در بین دانشجویان شهر رشت، طبیب شرق، سال هشتم، شماره ۴، زمستان ۸۵



تمرکز در مقابل عدم تمرکز در آموزش عالی

از جمله معایب تمرکزگرایی در آموزش عالی می توان به ناعدالتی در دسترسی^۱، مهاجرت درون کشوری نخبگان، مشکلات فرهنگی، و آسیب به توسعه شهرستان ها اشاره نمود. تمرکززدایی آموزش عالی معمولا به منظور ایجاد افزایش دسترسی و افزایش عدالت آموزشی و همچنین به عنوان بخشی از نهضت های انبوه سازی آموزش عالی صورت می گیرد. کشورهایمانند آمریکا، اندونزی، چین، مکزیک، و سوئد، برنامه های عظیم تمرکززدایی آموزش عالی را با موفقیت اجرا کرده اند. آمار رسمی مربوط به آموزش عالی در ایران حاکی از نوعی گسترش در آموزش عالی همراه با عدم توزیع مناسب موسسات، رشته های تحصیلی و سطح آموزشی دوره ها در شهرها و استانهای کشور است. بطوریکه تمرکز شدید و تجمع امکانات در مناطقی خاص را شامل شده و الگوی «گسترش متراکم آموزش عالی» را ایجاد کرده است. در نگاه اول از مجموع ۳۶۷ شهرستان کشور ۳۴۷ شهرستان دارای واحد آموزش عالی و ۲۰ شهرستان فاقد مرکز یا موسسه آموزش عالی هستند. اما با مطالعه بیشتر در می یابیم که تنها در تهران ۱۹۷ مرکز آموزش عالی مستقر است. و استان تهران با تعداد ۷۰۸ هزار و ۴۴۹ دانشجو بیشترین تعداد دانشجوی کشور را با نسبت ۲۰/۴۱ درصد از دانشجویان کشور (یک پنجم از کل دانشجویان) را در خود جای داده است. پنج استان تهران، اصفهان، خراسان رضوی، فارس و خوزستان در مجموع بیش از ۴۵٫۸ درصد از دانشجویان کشور را در خود جای داده اند و سهم ۲۵ استان دیگر حدود ۵۶ درصد است. این توزیع متمرکز در تحصیلات تکمیلی بیشتر خودنمایی می کند به نحوی که حدود ۴۶ درصد از دانشجویان تحصیلات تکمیلی در تهران مشغول به تحصیل هستند.

از جمله تاثیرات حضور یک دانشگاه در یک منطقه، می توان به مواردی همچون اثرات مثبت اجتماعی و اقتصادی، بهره مندی از خدمات ویژه ای که دانشگاه در حیطه تخصصی خود می تواند ارائه دهد، افزایش دسترسی متقاضیان منطقه ای به آموزش عالی و جلوگیری از مهاجرت نخبگان^۲ بومی منطقه (استاد و دانشجو) برای آموزش و اشتغال، تاثیر بر روی بازار کار و استخدام در منطقه و امکان توسعه اقتصادی و کارآفرینی، حرکت و فعالیت در جهت علمی سازی مشاغل بالاخص در قالب فعالیت های تحقیق و توسعه^۳ در پروژه های ویژه یا در مراکز رشد^۴ و پارک های علم و فن آوری^۵، افزایش بالقوه توان پژوهشی و نوآوری منطقه برای ایجاد و انتقال فن آوری^۶ در عرصه صنعت و یا عرصه خدمت رسانی و حضور دانشگاه در منطقه به عنوان یک دست یا رقیب اقتصادی اشاره کرد.

به موارد فوق باید ارایه خدمات پزشکی و توسعه سلامت جامعه در ابعاد پیشگیری و ارتقای سلامت^۷، خدمات تشخیصی، تشخیص زودرس، انواع خدمات درمانی و توانبخشی که مربوط به موسسات آموزش عالی در بخش سلامت و علوم پزشکی است را اضافه نمود که از جنبه های بسیار حائز اهمیت در توزیع جغرافیایی دانشگاههای علوم پزشکی می باشد و باید افزود

^۱ Inequity of Access

^۲ Elite Immigration or (Brain Drain)

^۳ R & D: Research & Development

^۴ Incubators

^۵ Science & Technology Parks

^۶ Technology Transfer

^۷ Health Promotion



که تأثیر دانشگاه های علوم پزشکی در جامعه در قالب خدمات سلامت^۱ و با رویکردی جامعه محور^۲ در چارچوب تعهد اجتماعی^۳ و با رسالت رهبری جامعه^۴ خواهد بود.

^۱ Health Services
^۲ Community Based Approach
^۳ Community Engagement
^۴ Community Leadership

مدلهای تمرکززدایی آموزش عالی سلامت

بر اساس الگوی راندینلی^۱ تمرکززدایی نهادهای دولتی از چهار الگوی مختلف تبعیت می کند:

- ۱- تراکم زدایی^۲: انتقال کارکرد به تشکیلات محیطی تر تحت اختیار تشکیلات بالادستی اولیه
- ۲- تفویض^۳: انتقال کارکرد به تشکیلات نیمه مستقل محیطی تر
- ۳- واگذاری^۴: انتقال کارکرد به تشکیلات مستقل دولتی محیطی تر
- ۴- خصوصی سازی^۵: انتقال کارکرد به تشکیلات مستقل خصوصی محیطی تر

تراکم زدایی: در نظام آموزش عالی سلامت، تمرکززدایی با مدل تراکم زدایی به معنی انتقال بخشی از عملیات آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی به دانشکده ها یا پردیس شهرستان ها است. دانشکده یا پردیس (کمپ) شهرستان مستقیماً توسط دانشگاه مرکز استان اداره می گردد و می تواند تمام مقاطع تحصیلی را ارایه کند. مفهوم کمپ های دانشگاهی به عنوان شیوه ای شناخته شده و موفق در گسترش فیزیکی آموزش عالی دارای جایگاه تعریف شده ای می باشد. این الگو به پراکنش دانشکده های یک دانشگاه مادر در پهنه یک منطقه کمک شایان توجهی می نماید.

در آمریکا برای پاسخگویی به تقاضا و الزام ایجاد شده در راستای توسعه و گسترش خدمات سلامت در جامعه، از چندین پروژه و طرح توسعه ای بهره گرفتند که یکی از آنها کمپ یا پردیس دانشگاهی وابسته به مدارس پزشکی بود. در این طرح در سال ۲۰۰۳ م. اقدام به تعریف ۴۱ کمپ دانشگاهی برای ۲۷ دانشگاه پزشکی خود (با عنوان کمپ های منطقه ای) شدند که دارای ویژگیهای ذیل بودند:

۱. این کمپ ها مطابق با تعریفشان از لحاظ جغرافیایی از دانشگاه اصلی جدا بوده و در سطح کشور و در مناطق مختلف (عموماً محروم تر) پخش هستند و بعنوان محل آموزشهای خدمات بالینی و مراقبتهای اولیه مطرح می باشند.

۲. کمپ هم از لحاظ علمی-آموزشی (دپارتمان آموزشی) و هم از لحاظ اداری به دانشگاه اصلی وابسته است.

۳. در این کمپ ها آموزش دانشجویان رشته های مختلف خدمات سلامت در قالب آموزشهای جامعه نگر ارایه می شود.

^۱ Rondinelli

^۲ Deconcentration

^۳ Delegation

^۴ Devolution

^۵ Privatization



دانشجویان پزشکی چهار دوره (طب داخلی، جراحی، کودکان و زنان) از دوره های کارآموزی خود را در گردش^۱ سال سوم، در این کمپ های دانشگاهی می گذرانند. تعداد هر دوره در سال در حدود ۳ تا ۴ دوره می باشد و هر دوره حدود ۶ تا ۸ هفته طول می کشد. تامین اساتید آموزشی عموماً در قالب هیات علمی پاره وقت و یا بهره گیری از اعضای داوطلب هیات علمی صورت پذیرفت. در ادامه این پروژه سعی شد که محیط و امکاناتی فراهم گردد که دانشجویان پزشکی بتوانند ۲ سال آخر دوره تحصیل خود را نیز در این کمپ ها بگذرانند.

فواید کمپ های دانشگاهی را می توان به صورت ذیل خلاصه کرد:

۱. افزایش ظرفیت پذیرش دانشگاه ها برای ثبت نام بیشتر متقاضیان با امکان جذب بیشتر نیروهای منطقه ای
 ۲. افزایش کارکنان خدمات سلامت برای توسعه خدمات در منطقه
 ۳. افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی تر و دارای کیفیت مناسب تر در یک محیط پویای آموزشی با حضور رزیدنت ها و اساتید آموزشی در منطقه
 ۴. تحقق هر چه بیشتر رسالت تعهد اجتماعی موسسات آموزشی در راستای پاسخگویی اجتماعی و ارتقای جامعه.
- بسیاری از متخصصان اقتصاد آموزشی معتقد بودند که ایجاد دانشگاه ها و مدارس پزشکی مستقل امری دشوار است که از لحاظ اقتصادی نیز به صرفه نمی باشد و علاوه بر آنکه نیازمند بودجه آغازگر بالایی است، و علاوه بر آن مشکلاتی در حیطه مسایل اعتبار بخشی و سیاست گذاری و مدیریت را به همراه دارد.
- تفویض:** در نظام آموزش عالی سلامت، تمرکززدایی با مدل تفویض به معنی انتقال بخشی از عملیات آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی به مراکز آموزش عالی نیمه مستقل شهرستان ها است. کالج در سیستم های آموزشی کشورهای مختلف تعاریف متفاوتی دارد، در اینجا از تعریف یونسکو برای موسسات آموزش عالی استفاده شده است که به معنی مجتمع های آموزش عالی نیمه مستقلی است که به دانشگاه های بزرگتر و معتبرتر مرتبط می باشند و معمولاً به ارایه دوره های آموزشی در سطح کارشناسی می پردازند.

واگذاری: در نظام آموزش عالی سلامت، تمرکززدایی با مدل واگذاری به معنی انتقال بخشی از عملیات آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی به دانشگاه های کوچک دولتی شهرستان ها است.

تجربیات کشورها در رابطه با فعالیتها و تاثیرات دانشگاه های کوچک و توسعه آموزشی آنها بیانگر محدود بودن حیطه توانایی ها و موفقیتها و اثرات آنهاست و بسیار به ندرت می توان از آنها انتظارات موفقیت های ویژه داشت. لذا در اغلب مطالعات مقرون به صرفه بودن آنها زیر سوال است.

^۱ Rotation



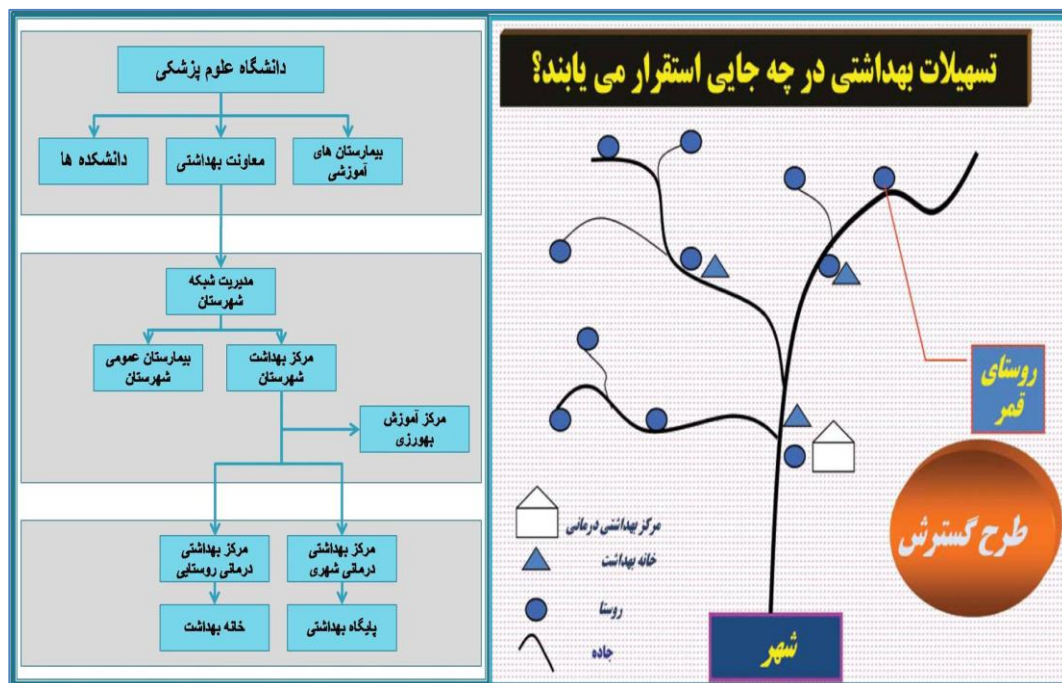
خصوصی سازی: در نظام آموزش عالی سلامت، تمرکززدایی با مدل خصوصی سازی به معنی انتقال بخشی از عملیات آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی به دانشگاه های کوچک خصوصی شهرستان ها است. خصوصی بودن این مراکز بخش عمده مزیت افزایش دسترسی بدنیاال تمرکززدایی را از بین می برد.

بهره گیری از توسعه آمایشی شبکه بهداشتی کشور

استقرار و گسترش شبکه بهداشت کشور در سالهای پس از انقلاب شکوهمند اسلامی بر اساس پنج اصل دسترسی جغرافیایی، پذیرش فرهنگی، سطح بندی و ادغام خدمات و نظام ارجاع، همخوانی جنس و تعداد کارکنان با نیازهای سلامت، استفاده از کارکنان بومی در سطح خانه های بهداشت، و تمرکززدایی مدیریت در سطح شهرستان ها صورت گرفت. در حال حاضر ۱۶۲۰۰ خانه بهداشت، ۸۳۰ پایگاه بهداشت شهری، ۲۳۸۰ مرکز بهداشت و درمان روستایی، ۲۲۶۰ مرکز بهداشت و درمان شهری، بیمارستان شهرستان، و ۲۸۰ مرکز آموزش بهورزی، شبکه گسترده بهداشتی کشور در سطح شهرستان ها را تشکیل می دهند.

از همان ابتدای امر گسترش شبکه بهداشتی کشور بر اساس یک الگوی جغرافیایی صورت گرفت، استقرار بیمارستانهای تخصصی در مراکز استان، بیمارستانهای عمومی و مراکز آموزش بهورزی در مراکز شهرستان، و مراکز بهداشتی و درمانی و خانه های بهداشت بر اساس طرح گسترش شبکه شهرستان یک نمونه بینظیر برنامه ریزی آمایشی و فعالیت یابی جغرافیایی محسوب می گردد.

وجود این عرصه از پیش استقرار یافته می تواند به عنوان یک فرصت استثنایی برای گسترش و تمرکززدایی نظام آموزش عالی سلامت تلقی گردد و بدون مواجهه با مشکل ناکارایی، بر عدالت آموزشی سیستم بیافزاید.



شکل شماره ۳- مدل طرح گسترش شبکه بهداشتی

مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت

مدل:

- تمرکززدایی و انبوه سازی آموزش علوم سلامت با بهره گیری از زیرساخت شبکه شهرستان

اهداف:

۱. توسعه سرمایه انسانی^۱ کشور
۲. انبوه سازی آموزش عالی^۲ کشور
۳. ایجاد امکان دسترسی عادلانه آحاد جامعه به فرصت های تحصیلات دانشگاهی در سراسر کشور
۴. تامین تحصیلات دانشگاهی در سطح کارشناسی برای تمام داوطلبان مستعد در سطح شهرستان زادگاه
۵. به حداقل رساندن مهاجرت تحصیلی در کشور
۶. سطح بندی خدمات آموزشی در کشور

روشی:

۱. ارتقاء کاربری بیمارستان های عمومی مرکز شهرستان به مراکز آموزشی – درمانی در سطح تراکم زدایی (کمپ آموزشی دانشگاه استان) و تفویض (مجتمع آموزش عالی سلامت) پس از اعتبار بخشی درمانی و آموزشی

مزایا:

۱. استفاده از عرصه های بکر و دست اول آموزشی
۲. استفاده از ظرفیت خالی کاری مراکز آموزش بهورزی و بیمارستانهای شهرستان
۳. استفاده از آموزش با مدل استاد-شاگردی^۳
۴. استفاده از آموزش حین کار^۴
۵. تمرکز دانشگاه های مرکز استان بر روی تحصیلات تکمیلی

^۱ Human Capital Development

^۲ Massification of Higher Education

^۳ Apprenticeship

^۴ Work-Based Learning



برنامه های آموزشی:

۱. مجتمع آموزش عالی سلامت شهرستان می تواند رشته های آموزشی منجر به مدرک در حوزه های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، توانبخشی، و بهداشت را در مقاطع کاردانی و کارشناسی ارائه نماید. همچنین بخشی از برنامه آموزش دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، و داروسازی با مشارکت دانشگاه مرکز استان در این مجتمع های آموزش عالی سلامت قابل ارائه می باشد.

مدرسین و مربیان:

۱. متخصصین پنج گانه واجد شرایط شاغل در بیمارستان شهرستان
۲. پزشکان عمومی واجد شرایط شاغل در بیمارستان شهرستان
۳. متخصصین طرح ضریب کا واجد شرایط شهرستان
۴. سایر ارائه کنندگان خدمت غیر پزشک شاغل در بیمارستان شهرستان
۵. هیات علمی دانشگاه مرکز استان بصورت انتقالی، مامور، و یا سفری



مزیت برخورداری از عرصه های جامعه نگر در مدل بومی

در چارچوب آموزشهای مبتنی بر جامعه بسیاری از مطالب برنامه های درسی در رشته های علوم پزشکی در عرصه بالین و در ارتباط مستقیم با جامعه و بیماران صورت می پذیرد. در همین ارتباط بدلیل وظایف و دستور کار دانشکده ها و مدارس پزشکی (با پیوستگی زیاد میان عرصه آکادمیک و عرصه بالینی) گسترش ظرفیت های دانشگاه ها در این رشته ها کاملاً مطابق با وجود امکانات و گسترش عرصه های بالینی صورت می پذیرد. در مدارس پزشکی ای که امکانات آموزش بالینی در آنها به حد کافی باشد، عرصه بالینی بدون وابستگی به محل قرار گیری بخش آکادمیک دانشگاه، محل اصلی آموزش شناخته میشود و از معیارهای اصلی تعیین کننده ظرفیت پذیرش دانشجو خواهد بود.

از سویی دیگر باید اذعان داشت که آموزش تکنسینها و کارشناسان، در عرصه ارایه خدمات دارای اهمیت ویژه ای است بگونه ای که کمبود نیرو در این سطوح، مشکلات کارکردی عمده ای برای سیستمها ایجاد می نماید، (در عرصه فنی و صنعتی نیز همین رابطه برقرار است). این آموزشها که می تواند در مجتمع آموزش عالی سلامت شهرستان ارایه شوند، تمرکزشان بیشتر بر روی مباحث کاربردی و عملی است. در این مراکز با رویکرد مهارت-محور^۱ به آموزش پرداخته می شود و هدف در آن ارتقای خدمات در سطح جامعه است. در رویکرد مهارت-محور برنامه درسی بر اساس نیازهای اجتماعی و شغلی و برمحور تجزیه و تحلیل حوزه های شغلی مرتبط با هم تهیه میشود و هدف آن آماده کردن فرد برای انجام ماهرانه یک شغل است. لذا در این الگوی آموزشی با استفاده بهینه از منابع و امکانات و صرف کمترین هزینه، ساده ترین و کوتاهترین راه برای تربیت نیروی انسانی کارآمد برای جایگاههای شغلی خاص و تعریف شده در جامعه فراهم می آید و هدف آن ارتقا و انتقال دانش کار، ایجاد مهارتها، افزایش بهره وری، به هنگام کردن و ارتقای معلومات و تجارب شاغلان، رشد استعدادهای بارز و به فعالیت درآوردن استعدادهای نهفته برای تصدی مشاغل و حرف گوناگون است تا بدینوسیله بتواند توانایی افراد را برای انجام دادن کاری که به آنان محول می شود به سطح مطلوب برساند.

مثال این تجربه در کشورهای مختلف توسعه یافته و در حال توسعه هم در عرصه ارایه خدمات سلامت و هم در عرصه های صنعتی وجود دارد، با در نظر داشتن این شیوه های آموزشی و سیستم های دانشگاهی، می توان به افزایش ظرفیت ها و استفاده حداکثری از امکانات در چارچوب های گسترش جغرافیایی آموزش عالی در قالب برنامه ریزی های آمایش سرزمین نیز اندیشید.

^۱ Skill Focused: این رویکرد در مقابل رویکرد موضوع محور (Subject Focused) قرار دارد که در آن، سازماندهی و محتوای برنامه درسی از سازماندهی و محتوای دانش مربوط استخراج میشود و لذا متخصصان رشته های علمی تعیین کننده ماهیت برنامه درسی میباشند.

**سطح بندی خدمات آموزشی در مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت**

مؤسسات آموزش عالی سلامت کشور در پنج سطح تعریف می گردند:

۱. دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل^۱
۲. دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی^۲
۳. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استانی^۳
۴. دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی^۴
۵. مجتمع آموزش عالی سلامت^۵

۱. دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل

علاوه بر کارکردهایی که در مورد دانشگاه های علوم پزشکی با کارکرد ملی اشاره خواهد شد، تحقق بخش قابل توجهی از اهداف سند چشم انداز ۲۰ ساله کشور در حوزه علم و فناوری^۶، بر عهده دانشگاه های علوم پزشکی در سطح بین المللی می باشد.

جذب نخبه ترین افراد کشور در حوزه علوم سلامت، ایجاد فرصت های ارتقاء علمی و به فعل رساندن توانمندی های بالقوه آنان (آموزش، پژوهش، و نوآوری)، جلوگیری از مهاجرت نخبگان از کشور و جذب نخبگان علمی خارج از کشور، و مطرح نمودن کشور به عنوان یک کشور پیشرو در علم و فن آوری در سطح جهان از دیگر اهداف این دانشگاه ها می باشد.

دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین المللی، را با کارکرد بین المللی و یا ارتباطات بین المللی دانشگاه ها باید متفاوت دانست.

همانطور که ذکر شد دانشگاه های علوم پزشکی با عملکرد بین الملل، دانشگاهی است که معیارهای ذکر شده را حائز شود و بتوانند در عرصه بین الملل در رتبه بندی های معتبر جهانی (حداقل در ۵۰۰ دانشگاه برتر جهان) قرار گیرند، ولی همه دانشگاه های علوم پزشکی می توانند فعالیت بین الملل داشته باشند، ارتباطات خود را توسعه دهند، پذیرش دانشجوی خارجی با رعایت ضوابط داشته باشند، پروژه های تحقیقاتی مشترک و کوریکولوم های مشترک اجرا نمایند. این سند محدودیتی برای فعالیت های بین المللی قرار نداده است و هر دانشگاه با توجه به توانایی ها و مزیت های خود می تواند در این عرصه به فعالیت بپردازد.

^۱ World class Universities of Medical Sciences

^۲ National class Universities of Medical Sciences

^۳ Provincial class Universities of Medical Science

^۴ Medical Sciences School

^۵ Health Higher Education Center

^۶ جایگاه اول علمی و فناوری در سطح منطقه، برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، و جنبش نرم افزاری تولید علم

**۲. دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی^۱**

رسالت دانشگاه های علوم پزشکی با عملکرد ملی:

- ا. در حیطه آموزش: تربیت نیروهای انسانی در سطح آموزش تکمیلی (کارشناسی ارشد، دکترای تخصصی، فوق دکترا، تخصص و فوق تخصص بالینی، فلوشیپ)، مدیریت، برنامه ریزی و حمایت آموزشی در ناحیه آمایشی مربوطه، اعتباربخشی و ارزشیابی دانشگاههای علوم پزشکی مستقر در ناحیه آمایشی مربوطه، پیشنهاد کوریکولومهای مورد نیاز ناحیه آمایشی، فعالیت های کلان آموزشی در ناحیه آمایشی.
- ب. در حیطه پژوهش: توسعه مرزهای دانش علوم پزشکی، انجام پژوهش در حوزه های راهبردی علوم پایه (بیوتکنولوژی، بیونانوتکنولوژی، ژنومیک، پروتئومیک، متابولومیک، علوم اعصاب، و از این قبیل)، انجام پژوهشهای بالینی چند مرکزی، انجام پژوهش های وسیع اپیدمیولوژیک و مطالعات پیمایشی ملی، تحلیل سیاست های نظام سلامت
- ت. در حیطه مدیریت دانش: دیدبانی و پایش مرزهای دانش، انجام مطالعات سنتتیک (مرورهای نظاممند، فرابرسی ها)، بومی سازی دانش توصیه ای (راهکارهای ملی طبابت بالینی، ارزیابی فناوری سلامت)، و مطالعات تحلیل تصمیم گیری
- ث. در حیطه ارائه خدمات: ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی و درمانی
- ج. در حیطه توسعه جامعه: مشارکت فعال در سیاستگذاری های کشوری

۳. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استانی^۲

رسالت دانشگاه های علوم پزشکی:

- ا. در حیطه آموزش: تربیت نیروهای انسانی در سطوح کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری حرفه ای (پزشکی عمومی، دندانپزشکی عمومی، داروسازی)، و تخصص های بالینی
- ب. در حیطه پژوهش: انجام پژوهش های علوم پایه، پژوهش های بالینی، مطالعات اپیدمیولوژیک و پژوهش در خدمات سلامت، با اولویت رفع نیازهای دانشی استان
- ت. در حیطه مدیریت دانش: انجام مرورهای نیمه نظاممند، بومی سازی راهکارهای طبابت بالینی
- ث. در حیطه ارائه خدمات: ارائه خدمات سطح اول، دوم، و سوم سلامت، حفظ و ارتقای سلامت مردم استان (یا منطقه تحت پوشش)
- ج. در حیطه توسعه جامعه: مشارکت فعال در سیاستگذاری توسعه استان

^۱National Class Universities of Medical Sciences

^۲Provincial University of Medical Sciences



۴. دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی^۱

رسالت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی به عنوان موسسات آموزشی مستقل با منطقه ارایه خدمات بهداشتی درمانی مستقل و ارتباط مستقیم اداری با وزارت بهداشت عبارتست از:

ا. در حیطه آموزش: تربیت نیروهای انسانی در سطح کاردانی، کارشناسی و بعضی از رشته ها کارشناسی ارشد می باشد. دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تنها با سرپرستی دانشگاه علوم پزشکی استان

می توانند بخشی از کوریکولوم دانشجویان دکتری حرفه ای (پزشکی عمومی، دندانپزشکی عمومی، داروسازی) را اجرا نمایند.

ب. در حیطه پژوهش: انجام پژوهش های بالینی و اپیدمیولوژیک، و پژوهش در خدمات سلامت، به منظور ارتقا سلامت شهرستان

ت. در حیطه ارایه خدمات: ارایه خدمات اولیه و ثانویه سلامت و حفظ و ارتقای سلامت مردم شهرستان تحت پوشش

ث. در حیطه توسعه جامعه: مشارکت در توسعه شهرستان

۵. مجتمع آموزش عالی سلامت (در سطح شهرستان)

این مجتمع ها مراکزی هستند که در شهرستان های کشور با توجه به شرایط اعلام شده در این سند و با درخواست دانشگاه علوم پزشکی استان مربوطه و زیر نظر دانشگاه و بر اساس نیاز کشور تشکیل می گردند.
رسالت مجتمع آموزش عالی سلامت :

ا. در حیطه آموزش: تربیت نیروهای انسانی در سطح کاردانی و کارشناسی می باشد. دانشگاه علوم پزشکی استان می تواند پس از اعتباربخشی، از موسسات آموزشی سلامت به عنوان عرصه آموزش بالینی دانشجویان دکتری حرفه ای (پزشکی عمومی، دندانپزشکی عمومی، داروسازی) استفاده نمایند.

ب. در حیطه پژوهش: انجام پژوهش های ساده اپیدمیولوژیک، و پژوهش در خدمات سلامت، به منظور ارتقای سلامت شهرستان

ت. در حیطه ارایه خدمات: ارایه خدمات سطح اول و دوم سلامت

ث. در حیطه توسعه جامعه: مشارکت در توسعه شهرستان

^۱ Medical Sciences School



دانشگاه های ویژه (مستقر در مناطق غیر برخوردار)

در موضوع معرفی دانشگاه ها با عملکرد بین الملل اشاره شد که دانشگاه هایی که شاخص های بین الملل شدن را بدست آورند، با استفاده از قانون برنامه پنجم از حمایت های خاص دولت برخوردار خواهند شد. از طرف دیگر با توجه به اینکه گسترش آموزش عالی در مناطق کمتر برخوردار یا غیربرخوردار با دشواری های زیادی روبروست و از طرف دیگر به لحاظ موقعیت جغرافیایی، اقلیمی، فرهنگی، تاریخی، سیاسی و قانونی لازم بوده که در بعضی از این مناطق علیرغم نداشتن توجیه اقتصادی، موسسات آموزش عالی سلامت تاسیس شوند، لذا این دانشگاه ها نیز نیاز به حمایت های خاص دولت و وزارت متبوع دارند.

کمیته های این دانشگاه ها بخصوص بیشتر در حوزه تامین نیروی انسانی و ماندگاری آنها می باشد، بنابراین تا زمانی که این واحدها بتوانند با سازوکارهای خاص نظیر استفاده از نیروهای بومی و بورسیه، نیروی انسانی مورد نیاز خود را تامین نمایند، باید از حمایت های خاص برخوردار شوند و در واقع در درون یک انکوباتور قرار گرفته و به طور همه جانبه کمک شوند و اعتبارات آنها و سایر امور آنها کاملاً تسهیل شود. این دانشگاه ها با در نظر گرفتن شاخص های توسعه ای و با نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا زمان مشخص در لیست دانشگاه های ویژه قرار می گیرند. عمده این واحدها در مناطق محیطی و مرزی و در بخش های غیربرخوردار کشور قرار دارند.

جدول شماره ۹ - رسالت و کارکرد مؤسسات آموزش عالی سلامت

چارچوب سطح بندی موسسات آموزش عالی کشور

۱. سطح بندی دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل

دانشگاه علوم پزشکی در سطح جهانی با وجود چهار شاخص از هفت شاخص زیر تعریف می شود:		
شاخص	ملاک	
کسب رتبه یک تا سه در رتبه بندی آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور	۱	سرآمدی در آموزش
کسب رتبه یک تا سه در رتبه بندی پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور و کسب رتبه بهتر از ۵۰۰ در رتبه بندی SCIMago(SIR)	۲	سرآمدی در پژوهش
اجرای کوریکولوم با کیفیت جهانی (تحقق استانداردهای برنامه ای با کیفیت جهانی) حداقل در پنج برنامه منجر به مدرک عمده با تایید معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳	جهانی شدن ^۱
وجود حداقل ۱۰ برنامه آموزشی منجر به مدرک مشترک با دانشگاه های خارج از کشور و وجود حداقل یک درصد از دانشجویان تحصیلات تکمیلی از دانشجویان غیر ایرانی	۴	بین المللی شدن ^۲
کسب رتبه بهتر از ۵۰۰ در رتبه بندی Shanghai Jiaotong یا QSTimes	۵	کسب اعتبار جهانی ^۳
ارایه حداقل ۵ برنامه آموزشی منجر به مدرک کاملاً مجازی	۶	مجازی شدن ^۴
کسب رتبه بهتر از ۱۰۰۰ در رتبه بندی Webometric	۷	حضور در وب
تحقق یکی از ملاک های ۲ یا ۵ ضروری می باشد.		
در ملاک ۱ و ۲ باقی ماندن در رتبه یک تا سه برای سه سال پیاپی ضروری می باشد.		

جدول شماره ۱۰- چارچوب سطح بندی موسسات آموزش عالی کشور

^۱ Globalization
^۲ Internationalization
^۳ International Respect
^۴ Virtualization

معیارهای تعیین یک دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل به صورت جهانی تدوین شده است و نحوه کسب امتیازات و رتبه بندی ها در جدول زیر آمده است.

امتیاز بالای ۱۰۰۰ برای World Class University

رتبه ۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۱ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۱ تا ۸۰۰	رتبه ۸۰۱ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۱ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۱ تا ۲۰۰۰	رتبه (SIR) SCIMago
۳۵۰ امتیاز	۳۰۰ امتیاز	۲۰۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۵۰ امتیاز	۲۵ امتیاز	
رتبه ۱ تا ۵۰	رتبه ۵۱ تا ۱۰۰	رتبه ۱۰۱ تا ۲۰۰	رتبه ۲۰۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۱ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۱ تا ۱۰۰۰	رتبه ESI در گرایش پزشکی بالینی
۵۰۰ امتیاز	۴۰۰ امتیاز	۲۵۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۵۰ امتیاز	۲۵ امتیاز	
رتبه ۱	رتبه ۲	رتبه ۳	رتبه ۴	رتبه ۵ تا ۷	رتبه ۸ تا ۱۰	رتبه پژوهشی کشوری
۲۰۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۱۰۰ امتیاز	۷۵ امتیاز	۵۰ امتیاز	۲۵ امتیاز	
رتبه ۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۱ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۱ تا ۸۰۰	رتبه ۸۰۱ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۱ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۱ تا ۲۰۰۰	رتبه Webometric
۲۵۰ امتیاز	۲۰۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۱۰۰ امتیاز	۵۰ امتیاز	۲۵ امتیاز	
رتبه ۱ تا ۱۰۰	رتبه ۱۰۱ تا ۲۰۰	رتبه ۲۰۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۱ تا ۴۰۰	رتبه ۴۰۱ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۱ تا ۶۰۰	رتبه Shanghai
۱۰۰۰ امتیاز	۸۰۰ امتیاز	۶۰۰ امتیاز	۴۰۰ امتیاز	۲۰۰ امتیاز	۱۰۰ امتیاز	
رتبه ۱ تا ۵۰	رتبه ۵۱ تا ۱۰۰	رتبه ۱۰۱ تا ۲۰۰	رتبه ۲۰۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۱ تا ۴۰۰	رتبه ۴۰۱ تا ۵۰۰	رتبه QS Asian University Ranking
۳۰۰ امتیاز	۲۵۰ امتیاز	۲۰۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۱۰۰ امتیاز	۵۰ امتیاز	
رتبه ۱	رتبه ۲	رتبه ۳	رتبه ۴	رتبه ۵ تا ۷	رتبه ۸ تا ۱۰	رتبه آموزشی کشوری
۲۰۰ امتیاز	۱۵۰ امتیاز	۱۰۰ امتیاز	۷۵ امتیاز	۵۰ امتیاز	۲۵ امتیاز	

جدول شماره ۱۱- رتبه بندی دانشگاه در سطح جهانی

**۲. دانشگاه های علوم پزشکی با عملکرد ملی**

سطح بندی دانشگاه های علوم پزشکی در سطح ملی ضمن توجه به بند دوم از ماده یک ضوابط ملی آمایش سرزمین مصوب جلسه مورخ ۱۳۸۳/۸/۶ هیات وزیران و آیین نامه اجرایی ماده ۷۷ قانون برنامه چهارم توسعه و با توجه به شیوه جاری در وزارت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، اصفهان، مشهد، تبریز، شیراز، اهواز و کرمان دارای عملکرد ملی تلقی می گردند.

۳. دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانی

با توجه به قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمام استانهای کشور دانشگاه علوم پزشکی تاسیس شده است در بعضی از استانها در غیر از مرکز استان نیز دانشگاه علوم پزشکی تاسیس شده که از نظر ارایه خدمات شهرستان مربوطه را پوشش می دهد به عبارتی دانشگاههای علوم پزشکی نوعی آرایش آمایشی در کشور یافته اند.

بدیهی است تاسیس دانشگاه های علوم پزشکی جدید با کارکرد استانی صرفا به دنبال تغییر در تقسیمات کشوری و تاسیس استان جدید میسر خواهد بود.

۴. دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی (دانشکده های مستقل در سطح شهرستان)

در شرایط ویژه برای شهرستان های بزرگی که تقاضای بالایی برای آموزش دانشگاهی دارند در صورت تحقق ملاک های زیر امکان تاسیس دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مستقل در شهرستان وجود دارد:

شرایط تاسیس دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی				
جمعیت	توسعه آموزش پزشکی استان	زیرساخت سلامت شهرستان	تعداد دیپلم جدید شهرستان در سال گذشته	درصد ورود به تحصیلات دانشگاهی در دیپلمه های جدید شهرستان در سال گذشته
۲۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰	مطلوب	مطلوب	بیش از ۱,۵٪ جمعیت شهرستان	بیش از ۳۰ درصد
بیش از ۵۰۰۰۰۰	مطلوب	مطلوب	بیش از ۱٪ جمعیت شهرستان	بیش از ۲۵ درصد

جدول شماره ۱۲- شرایط تاسیس دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۵. مجتمع آموزش عالی سلامت (در سطح شهرستان)

تصمیم گیری در مورد راه اندازی یک مجتمع آموزش عالی سلامت در سطح شهرستان به سه گروه از عوامل بستگی دارد. در حله اول، شهرستان مورد نظر باید از زیر ساخت های مناسب برای راه اندازی این مرکز برخوردار باشد. در حله دوم دانشگاه مرکز استان باید از ظرفیت آموزشی مناسب برای حمایت از مرکز شهرستان برخوردار باشد و نهایتاً باید تقاضای بالقوه برای ورود به آموزش عالی در سطح شهرستان وجود داشته باشد.

الف - توسعه آموزش پزشکی استان:

- دانشگاه های علوم پزشکی مرکز استان که امتیاز آنها در رتبه بندی آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور بیش از ۶۵٪ امتیاز دانشگاه برتر فرضی می باشد از توسعه آموزشی مطلوب برخوردار می باشند.

ب - زیر ساخت سلامت شهرستان:

- وجود بیمارستان فعال شهرستان با حداقل ۱۰۰ تخت، و درجه ارزشیابی یک یا عالی
- وجود مرکز آموزش بهورزی فعال، با فضای فیزیکی ملکی استاندارد، ترکیب کامل مربی (۶ نفر) که حداقل ۴ نفر آن دارای پست سازمانی می باشد (۴/۶).

ج - تقاضای بالقوه برای آموزش دانشگاهی در شهرستان

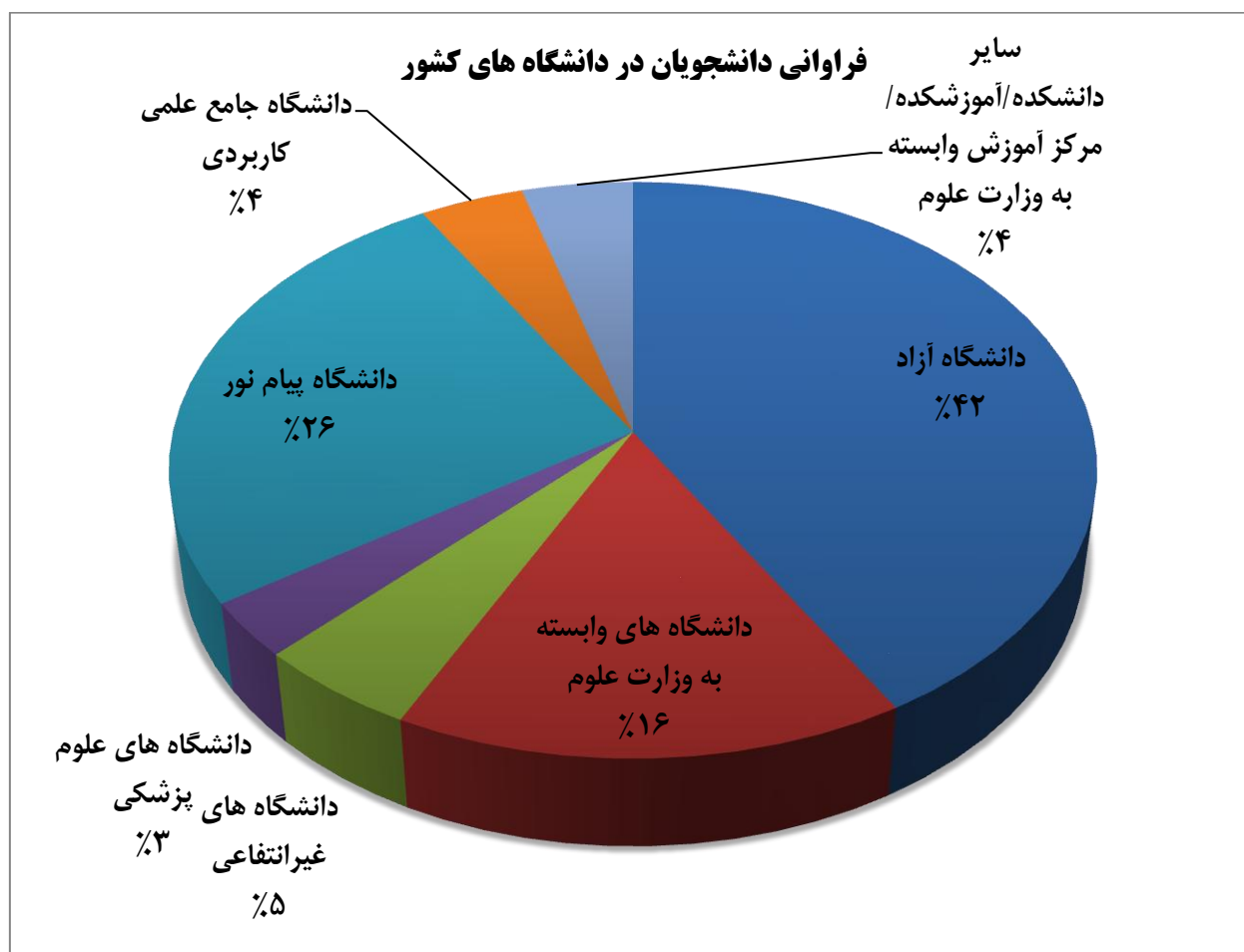
- جمعیت بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر

شرایط راه اندازی مجتمع آموزش عالی سلامت در شهرستان های با جمعیت بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر			
توسعه آموزش پزشکی استان			
مطلوب	نامطلوب		
پر دیس دانشگاه استان در مرکز شهرستان	-----	نامطلوب	زیر ساخت سلامت شهرستان
تاسیس مجتمع آموزش عالی سلامت	صدور موافقت اصولی برای تاسیس مجتمع آموزش عالی سلامت	مطلوب	

جدول شماره ۱۳. شرایط راه اندازی موسسات آموزش عالی سلامت در شهرستان های با جمعیت بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر

اهداف توسعه کمی آموزش عالی سلامت و موسسات آموزش عالی سلامت

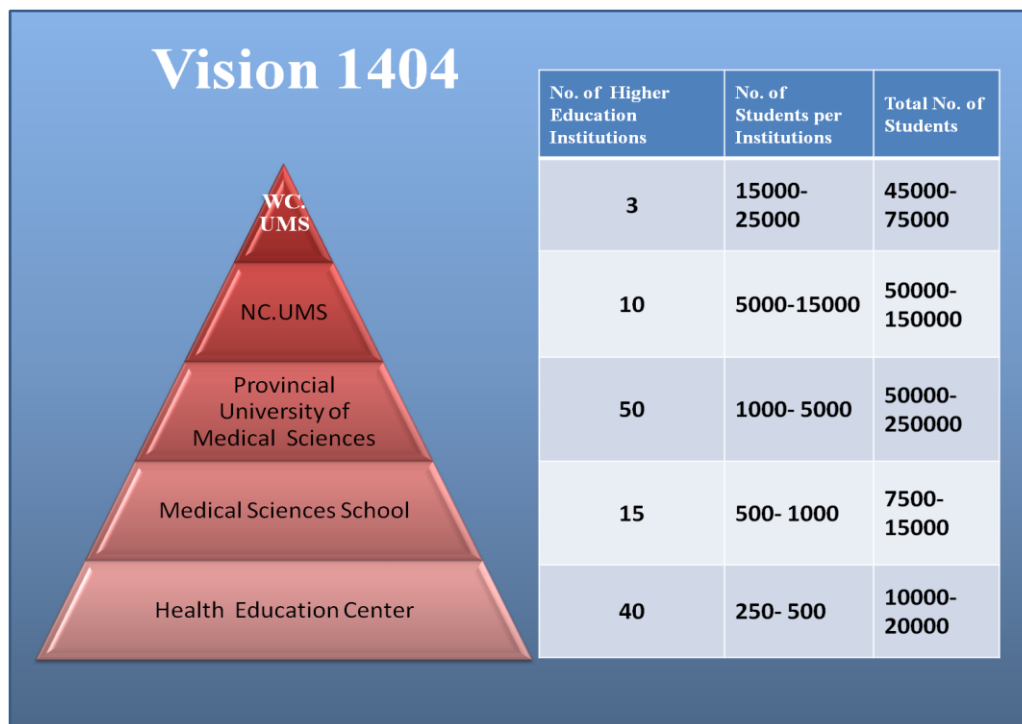
در حال حاضر بیش از ۱۲۰۰۰۰ دانشجویان در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور مشغول به تحصیل می باشند.



نمودار شماره ۴- فراوانی دانشجویان در دانشگاه های کشور در سال ۱۳۸۹

بر اساس آمار و ارقام موجود نسبت دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقریباً ۲۰٪ دانشجویان در شاغل به تحصیل در دانشگاه های اصلی (به غیر از دانشگاه پیام نور، جامع علمی کاربردی، دانشگاه های غیرانتفاعی و سایر مراکز آموزشی) وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری می باشد.

چشم انداز کمی توسعه مؤسسات آموزش عالی سلامت تا سال ۱۴۰۴ در جدول زیر مشخص شده است:



شکل شماره ۱- مدل چشم انداز کمی توسعه مؤسسات آموزش عالی سلامت تا سال ۱۴۰۴

مطابق این چشم انداز تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۳۰۰ موسسه آموزش عالی سلامت در کشور مشغول بکار خواهند بود. از این میان

۳ دانشگاه در سطح جهانی، ۱۰ دانشگاه در سطح ملی، و ۵۰ دانشگاه در سطح استانی به تربیت دانشجویان خواهند پرداخت. همچنین ۱۵ دانشکده علوم پزشکی، ۲۴۰ مجتمع آموزش عالی سلامت، در سطح شهرستان ها تاسیس خواهد شد. تعداد دانشجویان در هر دانشگاه در سطح جهانی بین ۱۵۰۰۰ تا ۲۵۰۰۰ نفر، در دانشگاه در سطح ملی بین ۵۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر، در دانشگاه در سطح استانی بین ۱۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر، در مجتمع آموزش عالی سلامت بین ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر، خواهد بود. این مراکز می توانند ظرفیت آموزش عالی سلامت در سطح کشور را بطور بالقوه تا ۵۰۰۰۰۰ نفر افزایش دهند.

**شبکه کارکردی موسسات آموزش عالی سلامت در کشور**

تقسیم بندی کشور به کلان منطقه های نظام سلامت / (آمایش منطقه ای نظام سلامت در عرصه سرزمین)

در مجموعه ادغام یافته نظام سلامت در کشور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مسوول حفظ و ارتقاء سلامت در جمهوری اسلامی ایران می باشد. همه بخش ها و معاونت های این وزارتخانه می بایست در این راستا تلاش نمایند، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی به عنوان بازو های اجرایی وزارت بهداشت در کشور بوده و اگر چه نام دانشگاه بر خود دارند ولی رسالت اصلی آنها تامین سلامت منطقه تحت پوشش دانشگاه می باشد.

غیر از معاونت های بهداشت و درمان که بطور مستقیم در این راستا تلاش می کنند بخش های آموزشی و پژوهشی این وزارتخانه نیز می باید در همین مسیر حرکت نموده و با توجه به رسالت وزارت بهداشت در تربیت نیروی انسانی متخصص، این فعالیت برای تامین و ارتقای سلامت جامعه است و جهت گیری آن هم به این سمت می باشد و یا بخش تحقیقات و فناوری نیز که موظف به تلاش در جهت رسالت اصلی وزارت بهداشت می باشد.

در حال حاضر برای ایفای این مسوولیت خطیر در همه مراکز استان های کشور، دانشگاه های علوم پزشکی مستقر هستند، در غیر از مراکز استان، در شهرستان های بزرگ برخی از استانها نیز، دانشگاه تاسیس شده است همچنین تعدادی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقل در کشور مشغول به فعالیت هستند. به عبارتی در حال حاضر دانشگاه های علوم پزشکی یک آرایش آمایشی براساس تقسیم بندی استانی در کشور دارند.

به منظور توزیع عادلانه منابع، ایجاد فرصت های برابر، امکان نظارت دقیق تر، جلوگیری از فعالیتهای تکراری، استفاده از مزیت های منطقه ای، تمرکز زدایی و جلوگیری از تجمع امکانات، انتقال قدرت تصمیم گیری، مشارکت دانشگاهها در موضوعات ملی و فرااستانی و ماده ۷۷ - قانون برنامه چهارم و آیین نامه اجرائی آن و مواد ۱۸۲ و ۱۸۳ قانون برنامه پنجم و مصوبه ۱۳۸۳/۸/۶ هیات دولت، وزارت بهداشت موضوع تشکیل کلان منطقه ها و یا قطب های نظام سلامت را در دستور کار خود قرار داد.

براین اساس کشور به ۱۰ کلان منطقه به شرح ذیل تقسیم می شود:

۱. منطقه یک: شامل دانشگاه های علوم پزشکی، گیلان، مازندران، بابل، گلستان، سمنان و شاهرود.
۲. منطقه دو: شامل دانشگاه های علوم پزشکی تبریز، ارومیه، اردبیل، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۳. منطقه سه: شامل دانشگاه های علوم پزشکی کرمانشاه، همدان، کردستان و ایلام.
۴. منطقه چهار: شامل دانشگاه های علوم پزشکی اهواز، لرستان، دزفول، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۵. منطقه پنج: شامل دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، هرمزگان، بوشهر، یاسوج و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۶. منطقه شش: شامل دانشگاه های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم و البرز.
۷. منطقه هفت: شامل دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان، یزد، کاشان، و شهرکرد.



۸. منطقه هشت: شامل دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت، زابل، بم و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.

۹. منطقه نه: شامل دانشگاه های علوم پزشکی مشهد، بیرجند، خراسان شمالی، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه، و دانشکده های علوم پزشکی منطقه.

۱۰. منطقه ده: شامل دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، آزاد اسلامی، بقیه اله، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی.

براساس این تقسیم بندی، دانشگاههای علوم پزشکی ضمن انجام رسالت های قبلی در منطقه تحت پوشش خود، در موضوعات فرااستانی با سایر دانشگاههای مستقر در منطقه خود در تعامل نزدیک خواهند بود.

این دانشگاهها شورای رؤسا و معاونین مربوطه را تشکیل خواهند داد و بطور مستمر در ارتباط خواهند بود.

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از معاونین و یا مسوولین ارشد وزارتخانه را با هماهنگی شورای روسای دانشگاه های منطقه به عنوان دبیر هماهنگی امور منطقه مربوطه تعیین خواهند نمود.

همه بخش های وزارت بهداشت این آرایش منطقه ای را به رسمیت شناخته و براساس آن و بتدریج امور مربوط به مناطق را ساماندهی خواهند نمود.

ماموریت مناطق:

وزارت بهداشت این مناطق را در عرض هم می داند و تلاش خود را برای توزیع عادلانه امکانات و برخورداری نمودن نیازهای هر منطقه مصروف خواهد کرد. تمامی برنامه های وزارت بهداشت در سطح ملی و فرااستانی با آرایش منطقه ای اجرا می گردد.

مزیت های پیوستن دانشگاه های هر منطقه به مجموعه "آمایش منطقه ای نظام سلامت در عرصه سرزمین"

- ✓ امکان مشارکت در همه برنامه های وزارت بهداشت، براساس مزیت ها و استعداد های منطقه تحت پوشش خود
- ✓ جذب اعتبارات تخصیص یافته برای برنامه های کلان منطقه ای و فرااستانی
- ✓ امکان رشد و تعالی برای همه دانشگاه ها
- ✓ پیشبرد بهتر برنامه ها و اهداف هر دانشگاه با هماهنگی با سایر دانشگاه های مستقر در قطب، با توجه به سیاست وزارت بهداشت برای حمایت از فعالیتهای همراستا در مناطق
- ✓ دانشگاه ها با مشارکت در برنامه های کلان منطقه ای، دایره فعالیت خود را از شهرستان و یا استان مربوطه به منطقه فراستانی ارتقا خواهند داد.
- ✓ با تشکیل قطب ها دانشگاه ها قادرند تمامی نیروی انسانی مورد نیاز خود را در کلان منطقه تربیت و سپس بکارگیری نمایند. و این موضوع به ماندگاری نیروی انسانی و بومی گزینی کمک شایانی خواهد کرد.

ترتیب قرار گرفتن دانشگاه‌ها در کلان منطقه با توجه به تقسیم بندی های ذکر شده در برنامه چهارم توسعه، مصوبات هیات دولت و آرایش آمایشی دانشگاه های علوم پزشکی، قرابت تاریخی، جغرافیایی، اقلیمی، قومی و نژادی تعیین گردیده است. بر اساس برنامه گسترش آمایشی موسسات آموزش عالی سلامت، ارتباط و تعامل کارکردی بین سطوح سه گانه موسسات ملی، موسسات استان، و موسسات شهرستان وجود دارد.

در نقشه زیر کلان مناطق نظام سلامت و دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در هر کلان منطقه آمایشی نشان داده شده است:

شکل شماره ۲- کلان مناطق نظام سلامت و دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در هر کلان منطقه آمایشی





هریک از دانشگاه های علوم پزشکی با کارکرد ملی، در ناحیه آمایشی مربوط به خود وظایفی را بر عهده دارند. سیاستگذاری آموزشی، برنامه ریزی آموزشی، حمایت آموزشی، ارزشیابی و اعتباربخشی دانشگاههای علوم پزشکی مستقر در ناحیه آمایشی مربوطه، و همچنین پیشنهاد کوریکولومهای مورد نیاز ناحیه آمایشی، از جمله این مسوولیت ها محسوب می گردد. تقسیم وظایف این دانشگاه ها در جدول زیر مشخص شده است:

در این جدول مجموعه های عملکردی دانشگاههای علوم پزشکی با عملکرد ملی و استانی و دانشکده های علوم پزشکی که در هر منطقه با هم همکاری می کنند ذکر شده است:

ردیف	دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی	کلان منطقه	دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در کلان منطقه
۱	تهران	ده	تهران، شهیدبهشتی، ایران، آزاد اسلامی، بقیه اله، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی
۲	شهیدبهشتی		
۳	ایران		
۴	شیراز	پنج	شیراز، جهرم، فسا، هرمزگان، بوشهر، یاسوج و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه
۵	اصفهان	هفت	اصفهان، یزد، کاشان، و شهرکرد
۶	تبریز	دو	تبریز، ارومیه، اردبیل، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه
۷	مشهد	نه	مشهد، بیرجند، خراسان شمالی، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه، و دانشکده های علوم پزشکی منطقه
۸	اهواز	چهار	اهواز، لرستان، دزفول، و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه
۹	کرمان	هشت	کرمان، زاهدان، رفسنجان، جیرفت، زابل، بم و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه

جدول شماره ۱۴- مجموعه های عملکردی دانشگاههای علوم پزشکی با عملکرد ملی و استانی

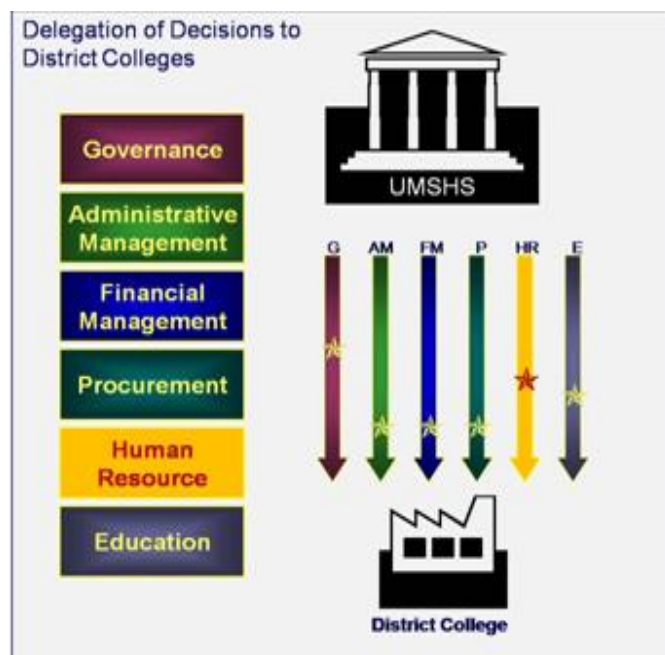
* در مناطق یک، سه، و شش مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی مستقر در منطقه می توانند به عنوان دانشگاه با عملکرد ملی فعالیت نمایند.

* دانشگاههای علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی و آزاد اسلامی در کلان منطقه تهران بزرگ ۱۰ مستقر هستند.

به همین ترتیب دانشگاه های علوم پزشکی استان بخشی از کارکردهای خود را به مراکز آموزشی سلامت در شهرستان منتقل می نمایند، و متقابلاً وظیفه حمایت علمی و نظارت بر عملکرد این مراکز را بر عهده می گیرند.

مراکز آموزشی سلامت شهرستان به صورت هیات امنایی اداره می گردد. ترکیب این هیات امناء تلفیقی از افراد حقیقی و حقوقی است. اعضا حقیقی هیات امناء توسط رئیس دانشگاه استان تعیین می گردد. رئیس مرکز آموزشی نیز به نوبه خود توسط هیات امناء منصوب می شود و اختیارات کامل اجرایی دارد. مدیریت مالی و پشتیبانی مرکز کاملاً مستقل است و رئیس مرکز در قبال عملکرد مالی و پشتیبانی به هیات امناء مرکز پاسخگوست. نیروی انسانی مورد نیاز بطور عمده از نیروی انسانی شهرستان تامین می شود ولی در موارد نیاز توسط دانشگاه استان حمایت می گردد. آموزش بطور عمده در سطح شهرستان صورت می گیرد

سطوح تفویض تصمیم گیری از دانشگاه استان به مرکز شهرستان در تصویر زیر نمایش داده شده است:



شکل شماره ۳- سطوح تفویض تصمیم گیری از دانشگاه استان به مرکز شهرستان



نقش بخش غیر دولتی در آموزش عالی سلامت

از ۲۲۷۹ دانشگاه و موسسه آموزش عالی فعال در کشور نزدیک به ۷۰۰ واحد آموزشی مربوط به بخش غیردولتی می باشند. تعداد ۲۹۵ موسسه مربوط به مؤسسات آموزش عالی غیر دولتی و غیر انتفاعی و ۳۸۵ واحد مربوط به دانشگاه آزاد اسلامی است. بخش غیردولتی با توسعه مراکز آموزشی به شریک بخش دولتی در آموزش عالی تبدیل شده است. با توجه به این وضعیت به منظور اثربخشی آموزش در مراکز غیردولتی، لازم است نیازهای بخش سلامت در دو حیطه مراکز ارایه کننده خدمات و نیروی انسانی متخصص مرتبط با علوم سلامت می باشند مشخص گردد و سپس بر اساس امکانات و توانمندی های مراکز و مؤسسات آموزش عالی غیردولتی تامین قسمتی از این نیازها به این بخش واگذار گردد. در تربیت نیروی انسانی متخصص در نظام سلامت، کیفیت آموزش و رعایت استانداردهای ارزشیابی باید مورد توجه و اهمیت بخش غیردولتی قرار بگیرد و مطابق بخش دولتی مورد ارزشیابی و اعتباربخشی آموزشی قرار بگیرد. بخش غیر دولتی به عنوان شریک بخشی از آموزش عالی در نظام سلامت محسوب شده و قسمتی از آموزش عالی سلامت به این بخش تفویض شده است. توسعه و فعالیت این بخش با توجه به نیازهای کشور و در رشته های رقابت پذیر باید باشد.

راهنمای عملیاتی^۱ اجرای سند توسعه جغرافیایی مؤسسات آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین

برای اجرایی شدن این سند موضوعات زیر باید در شوراها و یا نهادهای ذیصلاح به تصویب برسد:

- تصویب کلان منطقه های نظام سلامت
 - تصویب سطح بندی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی سلامت
 - تصویب ضوابط دانشگاه های با کارکرد بین المللی
 - تصویب رسالت دانشگاه ها بر اساس سطح بندی
 - تصویب ضوابط تاسیس سایر دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی سلامت
 - تصویب استفاده از زیر ساخت شبکه در گسترش مجتمع های آموزش عالی سلامت در سطح شهرستانها
- دانشگاهها و مجتمع های آموزش عالی سلامت بر اساس این سند چگونه می توانند گسترش یابند؟**
- دانشگاه های علوم پزشکی که ضوابط تعیین شده در این سند را در عرصه بین الملل بدست آورند می توانند به دانشگاه های با عملکرد بین الملل تبدیل شده و از حمایت های خاص وزارت بهداشت برخوردار شوند.
 - در هر منطقه آمایشی یک دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی با ضوابط اشاره شده تعیین و معرفی گردیده است در مناطق آمایشی که دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی معرفی نشده است مجموعه دانشگاه های علوم پزشکی استانهای قطب مربوطه بعنوان دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی عمل می کنند.
 - تعریف دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد ملی منوط به تعریف کلان منطقه ای جدید است.
 - تشکیل دانشگاه علوم پزشکی استانی جدید منوط به تشکیل استان جدید است.

^۱ Operational Guide



- تشکیل دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مستقل بسیار محدود و منوط به تحصیل شرایط تعیین شده در این سند است. سطح آموزش در این دانشکده ها حداکثر در رده کارشناسی ارشد و منوط به تامین استانداردهای اعتبار بخشی مصوب شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی است.
- تشکیل دانشکده (اعم از پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و سایر دانشکده های مرتبط با علوم سلامت) فقط در مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی استانی یا ملی با کسب شرایط لازم و رعایت مصوبات شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی امکان پذیر است.
- توسعه رشته و مقاطع بر اساس سند مربوطه که پس از کار کارشناسی لازم در دبیر خانه های مربوطه حسب مورد بر اساس مصوبات شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی، شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی و شورای آموزش پزشکی و تخصصی تصویب خواهد گردید انجام خواهد شد.
- تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت بر اساس مطالعات میدانی و نیازهای معاونتهای مربوطه و با همکاری معاونت توسعه وزارت بهداشت و با ملاحظه اهداف سند چشم انداز، نقشه جامع علمی بخش سلامت و برنامه های توسعه و وزارت متبوع تعیین می گردد.
- توسعه آموزش عالی سلامت در شهرستانها براساس ضوابط ارایه شده در این سند و نیاز کشور و با استفاده از زیر ساخت شبکه امکان پذیر خواهد بود.
- مجتمع های آموزش عالی سلامت در شهرستانهای با جمعیت بیش از یکصد هزار نفر با احراز سایر شرایط و نیاز کشور و با تصویب شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی و زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی مربوطه تشکیل می شود
- سطح تربیت نیرو در این مجتمع های آموزشی حداکثر کارشناسی و ترجیحا از داوطلبان بومی خواهد بود
- با تشکیل موسسات آموزش عالی سلامت در هر شهرستان، شبکه های بهداشتی درمانی عملا به شبکه های بهداشتی، درمانی و آموزشی مرکب از سه رکن بیمارستان آموزشی، مرکز بهداشت شهرستان و مجتمع آموزش عالی سلامت تبدیل می شوند. رییس مجتمع آموزش عالی سلامت با حکم رییس دانشگاه علوم پزشکی استان مسوول این شبکه خواهد بود.
- همه بخشهای ذیربط برنامه گسترش هدفمند خود بر اساس این سند تهیه و ارایه خواهند داد.
- از آنجا که وزارت بهداشت متولی آموزش پزشکی و بکارگیری نیروی انسانی تربیت شده در بخش سلامت است هر گونه توسعه آموزش پزشکی توسط بخش غیر دولتی می باید بر اساس ضوابط وزارت بهداشت صورت گیرد. رسالت بخش غیر دولتی در تربیت نیروی انسانی علوم سلامت با همکاری و هماهنگی این بخش تهیه و ابلاغ خواهد شد. وزارت بهداشت این بخش را به عنوان همکار خود در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز کشور می شناسد.

**ضمیمه یک: برنامه ریزی برای تربیت نیروی انسانی در بخش سلامت**

حدود ۴۲٪ منابع تخصیص داده شده به بخش سلامت در بخش دولتی در سطح جهان به نیروی انسانی تعلق دارد که البته بین ۲۹٫۵٪ تا ۵۱٪ متغیر است. البته باید توجه داشت افزایش تعداد نیروی انسانی بخش سلامت وقتی تاثیر مطلوب دارد که در زمان مناسب برای کاری مناسب با سطح آموزش مناسب بکار گرفته شوند.

دانشگاههای علوم پزشکی علاوه بر تربیت نیروی انسانی ارائه کننده خدمات سلامت^۱ پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص، دندانپزشک عمومی و متخصص، داروساز و رشته های تخصصی، داروسازی، پرستار و سایر نیروهای ارائه کننده خدمات سلامت که تعداد آنها باید متناسب با نیاز کشور باشد. برنامه ریزی برای تربیت نیروی انسانی^۲ در این بخش چه در بخش دولتی و چه غیر دولتی باید با توجه به ساختار نظام ارائه خدمات سلامت طراحی شود. بر اساس این برنامه در بیش از ۵۰ رشته علوم وابسته سلامت، دکترای تخصصی و کارشناسی ارشد تربیت می کند. در این رشته ها در صورت انجام سرمایه گذاری کافی برای تامین نیازهای کشور و افزایش ثروت ملی از راه تولید خدمات و فناوری های مبتنی بر دانش در حوزه علوم و فناوریهای وابسته به علوم پزشکی، زیستی و سلامت که بنحوی با مأموریت دانشگاههای علوم پزشکی مرتبط است امکان افزایش تعداد و تنوع رشته ها و دانش آموختگان وجود دارد (برنامه ریزی برای تربیت نیروی انسانی در این بخش باید متناسب با پیشرفت علمی و تکنولوژی و اهداف نقشه جامع علمی کشور و بر اساس آینده نگاری^۳ انجام شود) ، در حال حاضر رشته های اولویت دار برای این دانشگاهها متناسب با نقشه جامع علمی و نقشه جامع سلامت تا سال ۱۴۰۴ مشخص شده و ایجاد کوریکولوم و سپس تربیت نیروی انسانی به دانشگاههای توانمند سفارش داده خواهد شد، تا بدین ترتیب در حوزه های اولویت دار برای رشد و ارتقاء علمی و فناوری کشور نیروی انسانی لازم تربیت شود و عبارتی یک توسعه هدفمند را شاهد باشیم. همانطور که ذکر شد مطالعاتی در حال حاضر در وزارت بهداشت در حال انجام است که علاوه بر تعداد و تنوع رشته ها؛ تعداد مورد نیاز به هر کدام از آنها نیز بدست آمده و ظرفیت بر آن اساس اختصاص داده شود. البته با توجه به نقش ایران در منطقه و آنچه که بر اساس سند چشم انداز برای کشور تعیین شده است توجه به نیاز منطقه نیز بعنوان هدف بعدی مورد توجه قرار گرفته است. در این راه البته سرمایه گذاری اولیه بسیار مهم است و اگر بخواهیم این توسعه اثر گذار باشد بخصوص در رشته هایی که نیاز به سرمایه گذاری بیشتری است باید سهم کشور در تامین این نیازها بطور معنی داری افزایش یابد مانمی توانیم انتظار داشته باشیم بفرص دوره های دکترای تخصصی ما از نظر تعداد و محتوی رشد کند ولی برای پروژههای تحقیقاتی آنها که اصل کار را تشکیل میدهد تدارک مالی تجهیزاتی و نیروی انسانی را ندیده و فقط ظرفیت اسمی را افزایش دهیم که این مصداق بزرگ اسراف منابع انسانی در یکی از مهمترین بخشهای آن که جوانان مستعد و علاقمند را تشکیل میدهد می باشد.

سازمان بهداشت جهانی هدف برنامه ریزی برای نیروهای ارائه کننده خدمات سلامت را داشتن نیروی انسانی مناسب با دارا بودن مهارتهای مناسب با استقرار در محل صحیح و مناسب که کار درست و بهنگام را انجام می دهند می داند که البته

^۱ Health care provider^۲ workforce planning^۳ foresight planning



همین شرایط برای کل مجموعه نظام ارایه خدمات سلامت نیز صدق می کند. طبیعی است اگر هر کدام از این شرایط تامین نشود جایی از این نظام خدمات دچار مشکل شده و از کارآمدی آن کاسته شده و نقش تعیین شده خود را بدرستی ایفا نمی کند. تعداد نیروی ارایه خدمات سلامت البته اگر بدرستی بکارگرفته شده و بخوبی توزیع شده باشند با سطح سلامت جامعه نسبت مستقیم دارد.

تربیت نیروی انسانی ماهر در این بخش نیاز به صرف هزینه های بسیار دارد. در حال حاضر بیش از ۱۰۰۰۰۰ دانشجوی در دانشگاه های علوم پزشکی (در بخش دولتی) مشغول به تحصیلند و سالانه بیش از ۲۰۰۰۰ فراگیر از کاردان تا فوق تخصص در این دانشگاه ها پذیرش میشوند که هر ساله نیز به این ظرفیت اضافه می شود، نکته مهم این است که زمان بررسی و نیازسنجی به نیروهای ارایه کننده خدمات سلامت فرا رسیده و لازم است ظرفیت پذیرش دانشگاه ها چه در بخش دولتی و چه خصوصی بر اساس نیازهای واقعی کشور تعیین شود تشکیل نهادی که بر اساس شواهد به طور مستمر به بررسی نیازها پرداخته و ظرفیتهای پذیرش را پیشنهاد نماید بسیار مهم است. در کنار این بخش ارتقاء سطح کیفی آموزش چه در دوره های اکادمیک منتهی به مدرک و چه در آموزش مداوم همراه با نظارت دقیق بر موسسات آموزشی و موسسات ارایه کننده خدمات سلامت تاثیر مهمی بر بهبود سطح ارایه این خدمات خواهد گذاشت. توزیع مناسب نیروی انسانی بخش سلامت همراه با تامین نیازهای اساسی زندگی و اعطای مشوقهای موثر مادی و معنوی برای خدمت داوطلبانه آنان در مناطق کمتر برخوردار و اتخاذ سیاستهایی نظیر بومی گزینی و اعطای استقلال به دانشگاه های مناطق آمایشی و استانی برای تربیت نیروهای مورد نیاز خود، از عوامل مهم در برنامه ریزی مطلوب نیروی انسانی بخش سلامت خواهد بود. انسان سالم محور توسعه پایدار است اگر خواهان کشوری پیشرفته با مردمی سالم هستیم باید با سرمایه گذاری معقول، نیروی انسانی مناسب تربیت کرده و در جای درست آنها را بکارگیریم. تخصیص منابع به این بخش اگر صحیح بکار گرفته شود هزینه نیست سرمایه است.

ضمیمه دو: ویژگی های شهرستانهای منتخب کشور

آذربایجان شرقی: تبریز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴											
بیمارستان شهرستان				مرکز آموزش بهورزی							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی	
۱	آذرشهر	۱۰۳	۶۴۱	شهید مدنی آذرشهر	۲	۴۷	۲۲۰	فعال	-	-	-
۲	اسکو	۸۷	۴۰۶	اسکو	۲	۵۰	۹۲	فعال	-	-	-
۳	اهر	۱۵۳	۱۳۱۵	باقرالعلوم اهر	۱	۱۱۰	۱۹۴	فعال	+	+	۳/۴
۴	بستان آباد	۱۰۰	۲۸۰	استادشهریار بستان آباد	۱	۴۸	۴۵	فعال	-	-	-
۵	بناب	۱۳۰	۹۳۸	۶۴ تخت خوابی بناب	۰	۰	۰	در حال ساخت	-	-	-
				امام خمینی (ره) بناب	۲	۱۰۸	۲۵۶	فعال	-	-	-
۶	جلفا	۵۵	۴۱۷	دکتر ساجدی هادیشهر- جلفا	۲	۳۶	۱۱۷	فعال	-	-	-
۷	تبریز	۱۶۱۷	۱۰۳۷۲	الزهرا(س) تبریز	۱	۹۴	۳۹۹	فعال	+	+	۵/۵
				امام خمینی (ره) تبریز	۱	۴۰۶	۹۱۲	فعال			
				امام رضا (ع) تبریز	۱	۵۰۱	۰	فعال			
				باباباغي تبریز	۱	۱۵۸	۷۵	فعال			
				چشم نیکوکاری تبریز	۱	۶۶	۱۷۴	فعال			
				رازي تبریز	۱	۵۸۶	۴۸۶	فعال			
				قلب و عروق	۱	۱۶۹	۵۰۲	فعال			



							شهید مدنی تبریز				
			فعال	۴۵۶	۱۹۲	۱	کودکان تبریز				
			فعال	۶۰۲	۲۳۱	۱	سینای تبریز				
			فعال	۴۶۸	۲۴۹	۱	شهداء تبریز				
			فعال	۲۲۷	۹۳	۱	طالقانی تبریز				
			فعال	۱۶۶	۶۷	۱	علوی تبریز				
۴/۵	+	+	فعال	۱۷۴	۱۳۶	۲	امام خمینی (ره) سراب	۵۵۹	۱۳۶	سراب	۸
			فعال	۱۴۲	۳۵	۲	امام خمینی (ره) شبستر				
-	-	-	فعال	۴۹	۱۵	۲	خامنه شبستر	۷۲۲	۱۳۶	شبستر	۹
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۹۶ تخت خوابی شبستر				
-	-	-	فعال	۸۶	۳۶	۲	امام خمینی (ره) عجبشیر	۴۹۲	۸۷	عجب شیر	۱۰
-	-	-	فعال	۹۰	۲۸	۲	امام خمینی (ره) کلیر	۳۹۹	۹۱	کلیر	۱۱
			فعال	۱۴۴	۶۱	۲	بو علی سینا مراغه				
۲/۴	+	+	فعال	۱۸۷	۸۸	۱	شهید دکتر بهشتی مراغه	۱۷۸۵	۲۴۱	مراغه	۱۲
			فعال	۲۸۳	۹۸	۱	حضرت امیرالمومنین علی(ع) مراغه				
۴/۴	+	+	فعال	۲۶۵	۱۲۰	۲	رازی مرند	۱۷۱۴	۲۳۷	مرند	۱۳
-	-	-	فعال	۵۹	۳۸	۱	فارابی ملکان	۹۲۹	۱۰۳	ملکان	۱۴
۲/۴	+	+	فعال	۲۴۹	۱۳۸	۲	خاتم الانبیا میانه	۹۵۴		میانه	۱۵
			فعال	۹۵	۰	۲	امام خمینی		۱۹۵		



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهبردها و گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

							(ره) میانه				
۱۶	هریس	۶۹	۳۲۴	۵۰ تخت خوابی هریس	۰	۰	۰	در حال ساخت	-	-	-
۱۷	هشترود	۶۷	۵۴۸	امام حسین (ع) هشترود	۷۲	۱۲۳	۲	فعال	-	-	-



آذربایجان غربی: ارومیه امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۰

مرکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۵	+	+	فعال	۴۰۸	۲۱۴	۲	آیت اله طالقانی ارومیه	۶۴۰۵	۹۱۴	ارومیه	۱
			فعال	۶۲۱	۳۹۱	۱	امام خمینی(ره) ارومیه				
			فعال	۱۵۲	۹۳	۱	روانپزشکی ارومیه				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	سیدالشهدا(ع) ارومیه				
			فعال	۵۰۷	۲۳۰	۱	شهید مطهری ارومیه				
			در حال تعمیرات	۰	۰	۰	شهید دکتر قلیپور ارومیه				
-	-	-	فعال	۷۹	۲۵	۳	نبی اکرم(ص) اشنویه	۲۸۵	۶۷	اشنویه	۲
۶/۷	+	+	فعال	۳۱۰	۱۲۸	۱	شهید قلیپور بوکان	۱۷۷۳	۲۱۴	بوکان	۳
۲/۲	+	+	فعال	۱۶۲	۵۹	۲	امام خمینی(ره) پیرانشهر	۵۲۲	۱۱۸	پیرانشهر	۴
-	-	+	فعال	۱۳۴	۸۱	۲	شهداء تکاب	۵۵۸	۸۶	تکاب	۵
-	-	-	فعال	۰	۱۳	۰	شهید بهشتی چالدران	۹	۴۷	چالدران	۶
۲/۴	+	+	فعال	۳۷	۲۰	۰	امام خمینی(ره) قره ضیاءالدین خوی	۲۴۳۱	۲۴۳	خوی	۷
			فعال	۱۵۸	۸۷	۲	شهید مدنی				



							خوی				
			فعال	۲۸۵	۲۱۳	۱	قمر بنی هاشم خوی				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۲۵۰ تخت خوابی خوی				
۲/۲	-	+	فعال	۸۷	۵۸	۲	امام خمینی(ره) سردشت	۴۶۷	۱۱۰	سردشت	۸
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۶۴ تخت خوابی سردشت				
۲/۳	+	+	فعال	۳۱۴	۱۵۹	۱	خاتم الانبیاء(ص) سلماس	۸۶۲	۱۹۲	سلماس	۹
۳/۵	-	+	فعال	۱۴۲	۸۲	۲	شهید راثی شاهین دژ	۵۶۴	۹۴	شاهین دژ	۱۰
۱/۴	-	+	فعال	۱۰۲	۴۵	۲	فجر ماکو	۹۵۲	۱۴۰	ماکو	۱۱
			فعال	۱۳۹	۷۵	۲	قدس ماکو				
			فعال	۳۷	۲۰	۰	شهدا شوط ماکو				
			فعال	۳۲	۲۰	۰	امام خمینی(ره) پلدشت ماکو				
۴/۵	-	+	فعال	۳۸۱	۱۹۵	۱	امام خمینی(ره) مهاباد	۹۷۳	۲۱۱	مهاباد	۱۲
۳/۵	+	+	فعال	۱۷۷	۹۹	۲	حضرت فاطمه(س) میاندوآب	۱۷۸۳	۲۵۹	میاندوآب	۱۳
			فعال	۲۱۷	۹۳	۲	عباسی میاندوآب				
۶/۶	-	+	فعال	۱۵۶	۱۴۲	۱	امام خمینی(ره) نقده	۸۹۹	۱۲۴	نقده	۱۴



استان اردبیل: اردبیل										
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۷										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد
مربی با پست سازمانی										
۱	اردبیل	۵۳۷	۴۹۶۸	امام خمینی (ره) اردبیل	۰	۲۸۱	۳۱۹	فعال	+	+
				بوعلی اردبیل	۱	۴۴	۷۹	فعال		
				علوی اردبیل	۱	۱۶۹	۴۲۳	فعال		
				فاطمی اردبیل	۱	۱۸۵	۵۰۸	فعال		
۲	پارس آباد	۱۶۸	۱۴۴۷	امام خمینی ره پارس آباد	۲	۸۸	۱۷۴	فعال	-	-
۳	بيله سوار	۵۵	۳۲۴	امام خمینی (ره) بيله سوار	۱	۱۹	۲۷	فعال	-	-
۴	خلخال	۹۶	۷۸۷	امام خمینی (ره) خخال	۲	۹۴	۱۸۵	فعال	+	-
۵	گرمی	۹۲	۵۱۳	طالقانی و ۱۷ شهریور گرمی	۳	۴۱	۱۶۸	فعال	-	-
۶	مشکین شهر	۱۶۱	۱۰۷۶	ولیعصر (عج) مشکین شهر	۱	۹۶	۲۵۶	فعال	+	-
۷	نمین	۶۰	۳۰۳	امام خمینی (ره) نمین	۳	۱۲	۵۳	فعال	-	-
						۱۰۳۹	۳۱۹۳			

استان البرز: کرج										
امتیاز رتبه بندی آموزشی:										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در ۸۹ سال	نام بیمارستان	ارزش یابی	تعداد تحت	پرستار	وضعیت	وجود	فصلی یا دائمی
۱	ساوجبلاغ	۲۳۸	۱۰۰۱	امام جعفر صادق هشتگرد	۲	۳۷	۷۶	فعال		
۲	کرج	۱۹۰۹	۹۹۴۸	حضرت علی (ع) کرج	۲	۲۷	۱۱۷	فعال		
				دکتر علی شریعتی کرج	۱	۸۷	۱۷۷	فعال		
				شهید آیت اله مدنی کرج	۱	۱۶۸	۲۹۱	فعال		
				شهید دکتر باهنر کرج	۱	۱۶۵	۴۹	فعال		
				شهید رجایی کرج	۱	۱۰۹	۴۹	فعال		
				فاطمه الزهرا اشتهاورد - کرج	۲	۲۰	۶۱	فعال		
				قائم (عج) کرج	۱	۲۸۳	۵۶۵	فعال		
				کسری کرج	۲	۷۰	۰	فعال		
				کمالی کرج	۱	۱۱۲	۰	فعال		
۳	نظرآباد	۱۴۱	۵۳۶	امام حسن مجتبی نظرآباد	۱	۴۳	۱۲۲	فعال		

استان اصفهان - اصفهان نامتیار رتبه بندی آموزشی: ۸۶											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان					دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
مربی با بست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	برسند	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان				
۰/۵	-	+	فعال	۱۷۸	۴۴	۱	شهید دکتر بهشتی اردستان	۲۵۳	۴۷	اردستان	۱
-	-	-	فعال	۱۹۶۶	۶۷۸	۱	الزهرا (س) اصفهان	۱۳۵۳۴	۲۰۹۳	اصفهان	۲
			فعال	۳۱۶	۱۵۶	۱	سیدالشهداء (ع) اصفهان				
			فعال	۲۵۱	۱۳۶	۱	شهید دکتر چمران اصفهان				
			فعال	۱۷۹	۱۸۸	۱	امین اصفهان				
			فعال	۶۵۵	۱۹۴	۱	ایت ... کاشانی اصفهان				
			فعال	۳۴۲	۱۰۱	۱	امام موسی کاظم (ع) اصفهان				
			فعال	۴۱۷	۱۰۴	۱	شهید بهشتی اصفهان				
			فعال	۴۹۵	۱۷۶	۱	عیسی بن مریم (ع) اصفهان				
			فعال	۲۷۶	۲۸۸	۱	فارابی اصفهان				
			فعال	۳۶۹	۱۴۶	۱	فیض اصفهان				
			فعال	۶۳۱	۱۲۲	۱	نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان				
۳/۵	-	-	فعال	۰	۵۹	۱	گلدیس شاهین شهر	۱۷۹۱	۱۸۹	برخوارومیمه	۳
			فعال	۳۶	۱۵	۴	حضرت محمد (ص) میمه				
۰/۵	-	-	فعال	۴۵	۲۰	۳	بهنیا تیران و کرون	۳۸۰	۶۷	تیران و کرون	۴
۲/۵	-	+	فعال	۱۰۷	۳۶	۱	ساعی خمینی شهر	۱۶۸۱	۳۰۲	خمینی شهر	۵
			فعال	۱۷۳	۶۷	۱	شهید اشرفی اصفهانی خمینی شهر				
۱/۵	-	+	فعال	۱۷۲	۴۹	۲	فاطمیه خوانسار	۱۵۷	۳۴	خوانسار	۶



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهبرد کسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

۷	سمیرم	۷۶	۵۴۲	امام خمینی سمیرم	۳	۵۶	۲۱۳	فعال	+	-	۴/۵
				سیدالشهدای سمیرم	۰	۶۶	۲۵۵	فعال			
۸	شهرضا	۱۵۱	۹۰۱	امیرالمومنین شهرضا	۰	۰	۱	در حال ساخت	+	-	۳/۵
				حضرت سجاد شهرضا	۲	۳۵	۶۹	فعال			
				صاحب الزمان شهرضا	۱	۷۷	۲۱۳	فعال			
۹	فریدن	۸۸	۶۱۷	شهید رجایی داران (فریدن)	۲	۸۵	۱۸۷	فعال	-	-	۱/۵
۱۰	فریدونشهر	۴۱	۲۸۱	حضرت رسول اکرم (ص) فریدونشهر	۳	۵۱	۱۸۶	فعال	+	-	۳/۵
۱۱	فلاورجان	۲۴۵	۱۳۴۹	امام خمینی (ره) فلاورجان	۱	۸۶	۲۳۴	فعال	+	-	۲/۵
۱۲	گلپایگان	۸۸	۴۶۶	امام حسین (ع) گلپایگان	۲	۸۶	۲۱۴	فعال	+	-	۲/۵
۱۳	لنجان	۲۳۸	۱۹۵۹	شهدای لنجان - لنجان	۱	۱۰۷	۲۹۳	فعال	+	-	۲/۵
۱۴	مبارکه	۱۴۲	۹۱۴	محمدرسول الله (ص) مبارکه	۱	۷۹	۲۸۴	فعال	+	+	۳/۵
۱۵	نائین	۴۰	۳۸۴	حشمتیه نائین	۲	۳۸	۱۳۸	فعال	+	-	۱/۵
۱۶	نطنز	۴۶	۲۵۲	خاتم الانبیا نطنز	۲	۴۲	۱۱۸	فعال	+	-	۰/۵
						۳۹۳۴	۹۶۵۳				



استان اصفهان - کاشان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۸											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	آران و بیدگل	۹۵	۲۸۹	سیدالشهداء آران و بیدگل	۲	۶۵	۱۵۳	فعال	-	-	-
				شهید رجایی آران و بیدگل	۱	۱۴	۷۰	فعال	-	-	-
۲	کاشان	۳۱۸	۱۵۳۲	۲۰۰ تختخوابی روانپزشکی شهید بهشتی	۰	۲۰۰		در حال ساخت	+	-	۵/۵
				کاشان اخوان	۲	۴۵	۱۱۲	فعال			
				شبه کاشان خوانی	۱	۸۰	۲۴۴	فعال			
				شهید بهشتی کاشان	۱	۴۲۰	۰	فعال			
				متینی کاشان	۱	۴۹	۱۲۹	فعال			
				نقوی کاشان	۱	۷۹	۲۱۱	فعال			
						۹۵۲	۹۱۹				

استان ایلام: ایلام										
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۴۹										
مراکز آموزش بهوزری			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در ۸۹ سال	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استانی
۱	ابدانان	۴۹	۸۶۰	حضرت رسول اکرم ((ص)) آبدانان	۳	۲۴	۰	فعال	+	-
۲	ایلام	۲۰۷	۲۸۲۷	آیت اله طالقانی ایلام	۲	۳۳	۲۰۱	فعال	+	-
				امام خمینی (ره) ایلام	۱	۱۲۴	۱۰۰	فعال		
				شهید مصطفی خمینی ایلام	۱	۱۱۹	۲۰۹	فعال		
۳	ایوان	۴۹	۸۱۸	امام رضا (ع) ایوان	۴	۰	۰	فعال	+	-
۴	دره شهر	۵۸	۸۷۹	ولیعصر (عج) دره شهر	۲	۴۰	۰	فعال	+	-
۵	شیروان و چرداول	۷۶	۸۵۳	امام علی (ع) شیروان چرداول	۰	۳۰	۰	فعال	+	-
							۴۱۰	۲۷۰		

استان بوشهر : بوشهر										
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد
مربی با پست سازمانی										
۱	بوشهر	۲۳۹	۱۷۸۹	فاطمه زهرا(س) بوشهر	۱	۲۳۶	۵۵۴	فعال	+	-
۲	دشتستان	۲۴۱	۲۱۱۱	۱۷ شهریوربرازجان	۲	۱۷۰	۲۴۰	فعال	+	+
۳	دشتی	۷۹	۶۷۶	۹۶ تخت خوابی زینیه خورموج-دشتی	۲	۵۰	۱۲۳	فعال	+	+
۴	کنگان	۱۰۱	۳۷۰	امام خمینی کنگان	۲	۸۰	۳۶۹	فعال	+	+
۵	گناوه	۸۸	۶۹۲	امیرالمومنین گناوه	۲	۵۹	۱۶۶	فعال	+	+
				سوانح و سوختگی چرومی گناوه	۲	۳۷	۸۸	فعال		
						۶۲۲	۱۵۴۰			

استان تهران - تهران امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۹۲											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	# شهرستان	
			فعال	۱۴۷	۵۷	۱	آرش تهران			تهران	۱
			فعال	۲۱۰	۱۰۰	۲	الوند تهران				
			فعال	۰	۴۷۵	۱	امام خمینی (ره) تهران				
			فعال	۴۰۹	۱۸۳	۱	امیر اعلم تهران				
			فعال	۰	۲۱۲	۱	انستیتو کانسروسانترال تهران				
			فعال	۲۴	۱۵۲	۱	بهارلو تهران				
			فعال	۲۳۸	۱۲۷	۱	بهرامی تهران				
			فعال	۳۸	۳۲	۲	پارسا تهران				
			فعال	۰	۴۴۵	۱	دکتر شریعتی تهران				
			فعال	۱۱۲	۷۶	۱	رازی (پوست) تهران				
			فعال	۱۴۲	۱۸۶	۱	روزبه تهران				
			فعال	۰	۱۴۰	۲	شهریار تهران				
			فعال	۲۶۲	۱۰۸	۱	ضیائیان تهران				
			فعال	۴۶	۲۰۱	۱	فارابی تهران				
			فعال	۵۶۹	۳۲۵	۱	مجتمع آموزشی درمانی سینا (تهران)				
			فعال	۴۴۹	۱۷۸	۱	مدائن تهران				
			فعال	۷۳۶	۱۲۵۵	۱	مرکز روانپزشکی رازی امین آباد (تهران)				
			فعال	۱۰۶	۱۶۹	۱	مرکز طبی کودکان تهران				
			فعال	۱۲۴۸	۴۲۱	۱	مرکز قلب تهران				
			فعال	۲۰۸	۸۸	۱	میرزا کوچک خان تهران				
			فعال	۵۲۳	۲۸۵	۱	ولیعصر (عج) تهران				
			فعال	۲۵۲	۱۲۱	۱	حضرت فاطمه (س) تهران				
			فعال	۱۲۳۳	۴۳۸	۱	حضرت رسول اکرم (ص) تهران				



			حضرت علي اصغر (ع) تهران	۱	۱۴۶	۳۵۵	فعال
			روانپزشكي ايران تهران	۱	۹۰	۰	فعال
			شفایحیائیان تهران	۱	۱۴۴	۳۱۹	فعال
			شهید مطهری تهران	۱	۱۳۸	۳۵۳	فعال
			شهید هاشمی نژاد تهران	۱	۱۵۹	۱۳۴	فعال
			عرفان تهران	۱	۰	۶۰	فعال



استان تهران - شهید بهشتی امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۹۰

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دبلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نف)	# شهرستان
			فعال	۱۶۱	۴۹	۲	زعیم پاکدشت	۱۰۱۰	۲۶۷	۱ پاکدشت
			فعال	۳۶۰	۱۲۱	۱	طرفه تهران			۲ تهران
			فعال	۲۹۲	۱۱۶	۱	۱۵ خرداد تهران			
			فعال	۲۵۶	۱۲۰	۱	اختر تهران			
			فعال	۱۱۷۵	۴۵۸	۱	امام حسین (ع) تهران			
			فعال	۴۸۷	۳۱۴	۱	شهدا تجریش تهران			
			فعال	۴۱۷	۲۷۸	۱	شهید مدرس تهران			
			فعال	۲۱۲	۵۰	۱	شهید آیت اله اشرفی اصفهانی تهران			
			فعال	۳۸۷	۳۹۵	۱	طالقانی تهران			
			فعال	۷۷۵	۳۳۵	۱	لقمان حکیم تهران			
			فعال	۷۶۸	۲۵۶	۱	مسیح دانشوری تهران			
			فعال	۳۲۹	۱۱۹	۱	مهدیه تهران			
			فعال	۵۲۳	۱۹۹	۱	کودکان مفید تهران			
			فعال	۰	۱۶۹	۰	شهدای هفتم تیر تهران			
			فعال	۲۹۲	۱۲۹	۱	شهدای یافت آباد تهران			
			فعال	۲۶۴	۲۴۱	۱	شهید اکبرآبادی تهران			
			فعال	۵۱۳	۱۵۶	۱	فیروزآبادی ری			



			تهران								
				کودکان شهید حسین فهمیده تهران	۱	۴۱	۱۰۰	فعال			
				لولاگر تهران	۱	۸۱	۱۸۴	فعال			
۳	دماوند	۱۰۸	۳۷۱	سوم شعبان دماوند	۲	۴۶	۱۶۶	فعال			
۴	رباط کریم	۶۷۷	۲۵۷۰	فاطمه الزهرا (س) رباط کریم	۲	۷۳	۱۹۸	فعال			
۵	شهریار	۵۷۰		امام سجاد (ع) شهریار	۰	۱۱۳	۰	فعال			
۶	فیروزکوه	۴۳	۷۷	امام خمینی فیروزکوه	۲	۲۷	۱۰۹	فعال			
۷	ورامین	۵۹۸	۲۵۲۷	شهید دکتر محمد مفتاح ورامین	۲	۱۱۰	۳۲۵	فعال			



استان چهارمحال و بختیاری: شهرکدامتیار رتبه بندی آموزشی: ۵۷

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	# شهرستان
-	-	-	در حال ساخت	۰	۰	۰	سی و دو تختخوابی اردل	۴۱۵	۵۶	۱ اردل
			در حال ساخت	۰	۰	۰	سی و دو تختخوابی ناغان (شهرستان اردل)			
۲/۷	-	+	فعال	۴۰۷	۱۶۹	۱	ولیعصر (عج) بروجن	۱۱۶۱	۱۱۹	۲ بروجن
-	-	-	فعال	۴۹۷	۱۸۶	۱	آیت اله کاشانی شهرکرد	۴۳۹۷	۳۳۸	۳ شهرکرد
			فعال	۷۶	۳۱	۲	رسالت چالش تر (شهرکرد)			
			فعال	۶۸۴	۳۴۵	۱	هاجر شهرکرد			
۲/۶	+	+	فعال	۲۵۶	۹۵	۱	سیدالشهداء فارسان	۱۲۸۵	۹۴	۴ فارسان
			فعال	۶۷	۸۵	۳	سینا جونقان (شهرستان فارسان)			
۲/۷	+	+	فعال	۱۳۶	۹۶	۱	شهدا لردگان	۱۳۷۲	۱۸۴	۵ لردگان
				۲۱۲۳	۱۰۰۷					

استان خراسان جنوبی: بیرجند امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۲

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۴/۶	-	+	فعال	۲۹۵	۱۹۱	۱	امام رضا بیرجند	۲۰۸۹	۲۵۶	بیرجند	۱
			فعال	۵۴۰	۲۱۰	۱	ولیعصر (عج) بیرجند				
-	-	-	فعال	۳۰	۳۰	۳	شفا بشرویه		۲۴	بشرویه	۲
-	-	-	در حال ساخت	۰	۳۲	۰	۳۲ تختخوابی درمیان	۱۸۲	۵۷	درمیان	۳
-	-	-	در حال ساخت	۰	۳۲	۰	۳۲ تختخوابی سرایان	۲۳۰	۳۷	سرایان	۴
-	-	-	در حال ساخت	۰	۳۲	۰	۳۲ تختخوابی سریش	۸۶	۴۱	سریش	۵
۳/۶	-	+	فعال	۱۶۱	۱۰۴	۲	شهید دکتر چمران فردوس	۶۱۴	۴۲	فردوس	۶
۳/۷	-	+	فعال	۱۹۹	۱۱۴	۱	شهید قائم	۹۰۹	۱۵۲	قائنات	۷
۱/۱	-	-	فعال	۸۷	۳۲	۱	شهید آتش دست نهبندان	۱۷۵	۶۳	نهبندان	۸
				۱۳۱۲	۷۷۷						



استان خراسان رضوی: خراسان نامتبار رتبه بندی آموزشی: ۸۲											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	بردسکن	۷۳	۵۷۳	ولیعصر (عج) بردسکن	۲	۱۰۰	۶۷	فعال	-	-	-
۲	تایباد	۱۰۳	۶۳۵	خاتم الانبیاء تایباد	۱	۱۱۰	۲۲۵	فعال	+	-	۰/۶
۳	تربت جام	۲۵۹	۱۳۷۹	سجاده تربت جام	۱	۱۳۷	۲۴۳	فعال	+	-	۲/۵
				طالقانی تربت جام	۰	۵۲	۰	غیر فعال			
۴	تربت حیدریه	۲۱۳	۱۶۵۱	نهم دی تربت حیدریه	۲	۱۵۲	۳۵۰	فعال	+	+	۵/۶
۵	چناران	۱۱۷	۴۳۱	ثامن الائمه (ع) چناران	۲	۵۴	۱۳۵	فعال	+	-	۴/۷
۶	خواف	۱۱۷	۸۵۵	۲۲ بهمن خواف	۲	۵۴	۱۲۹	فعال	+	-	۱/۵
				جدید خواف	۰	۰	۰	در حال ساخت			
۷	درگز	۸۰	۴۱۵	امام خمینی درگز	۱	۶۳	۱۸۱	فعال	+	+	۲/۵
				طالقانی درگز	۲	۵۹	۰	فعال			
۸	سرخس	۹۲	۴۵۴	۱۷ شهریور سرخس	۲	۶۴	۱۰۵	فعال	+	-	۶/۷
				جدید سرخس	۰	۰	۰	در حال			



ردیف	نام	تعداد	نوع	نوع	نوع	نوع	نوع	نوع	نوع	نوع
۹	فریمان	۹۲	۳۱۰	امام خمینی (ره) فریمان	۲	۵۰	۱۶۲	فعال	-	-
۱۰	قوچان	۱۹۷	۱۱۸۰	مجتمع درمانی شهدا قوچان	۲	۵۹	۱۶۱	فعال	+	-
				موسی بن جعفر (ع) قوچان	۱	۱۴۳	۳۱۴	فعال		
۱۱	کاشمر	۱۵۸	۱۱۷۶	حضرت ابوالفضل کاشمر	۰	۹۵	۱۹۶	فعال	+	+
				شهید مدرس کاشمر	۲	۱۵۵	۱۵۱	فعال		
۱۲	کلات	۴۳	۳۷۸	جدید کلات	۰	۰	۰	در حال ساخت	+	-
۱۳	مشهد	۲۹۹۲	۱۶۲۴ ۱	ابن سینا ودکتر حجازی مشهد	۱	۹۷۳	۶۸۲	فعال		
				ام البنین (س) مشهد	۲	۷۵	۲۱۴	فعال		
				امام رضا (ع) مشهد	۱	۸۰۰	۱	فعال		
				امید مشهد	۱	۱۰۸	۲۶۱	فعال		
				تخصصی چشم خاتم الانبیاء (ص) مشهد	۲	۵۷	۱۴۷	فعال		
				دکتر علی شریعتی مشهد	۳	۱۳۲	۱۹۰	فعال		
				سوانح شهید	۱	۲۹۲	۸۰۰	فعال		



			کامیاب مشهد								
			شهید هاشمي نژاد مشهد	۲	۲۳۰	۵۰۳	فعال				
			طالقاني مشهد(امداد ي شماره ۲)	۳	۱۳۸	۰	در حال ساخت				
			علي ابن ابيطالب مشهد	۰	۰	۰	غیر فعال				
			فاطمیه مشهد	۰	۰	۰	غیر فعال				
			فوق تخصصي کودکان دکتر شيخ مشهد	۱	۱۵۹	۴۰۵	فعال				
			قائم (عج) مشهد	۱	۶۳۳	۱۱۲ ۷	فعال				
			مادرمشهد	۰	۰	۰	در حال ساخت				
۱ ع	نیشابور	۴۲۸	۲۷۹۶	۲۲ بهمن نیشابور	۱	۱۷۴	۲۲۸	فعال	+	-	۵/۶
				حکیم نیشابور	۱	۱۲۸	۱۵۲	فعال			
				۵۲۳ ۶	۷۱۲ ۹						



استان خراسان رضوی: سبزوار امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۸

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۶/۷	+	+	فعال	۲۷۳	۲۳۵	۱	۲۱۴ تختخوابی محمد واسعی سبزوار	۲۸۸۹	۳۶۴	سبزوار	۱
			در حال ساخت	۰	۶۴	۰	۶۴ تختخوابی جغتای سبزوار				
			فعال	۲۰۴	۱۱۲	۱	امداد شهید دکتر بهشتی سبزوار				
			فعال	۲۰۲	۹۹	۱	برادران شهید مبینی سبزوار				
			فعال	۹۰	۲۴	۱	قمرینی هاشم (ع) جوی سبزوار				
				۷۶۹	۵۳۴						

استان خراسان رضوی: گناباد امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۱										
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضع یت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دید مجموعی در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان
۳/۴	-	-	فعال	۹۴	۴۴	۱	۱۵ خرداد بیدخت گناباد	۶۴۹	۸۴	گناباد
			فعال	۳۶۰	۹۲	۱	۲۲ بهمن گناباد			
			فعال	۱	۳۲	۰	آیت الله مدنی بجستان ی گناباد			
				۲۵۵	۱۶۸					



استان خراسان شمالی: بجنورد											
آموزشی: ۶۳											
امتیاز رتبه بندی											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ ت (هزار نفر)	دبیر م جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	اسفراین	۱۲۷	۹۹۴	امام خمینی اسفراین	۲	۱۰۶	۲۷۲	فعال	+	-	۲/۶
۲	بجنورد	۳۳۹	۱۹۲۷	امام علی(ع) بجنورد	۱	۱۴۷	۲۴۳	فعال	+	-	۲/۶
				بنت الهدی بجنورد	۲	۶۴	۱۹۳	فعال			
۳	جاجرم	۴۰	۳۳۲	جوادالاه مه جاجرم	۱	۳۲	۶۷	فعال	-	-	-
۴	شیروان	۱۶۱	۱۱۰۳	امام خمینی شیروان	۲	۱۴۸	۲۹۳	فعال	+	-	۲/۶
							۴۹۷	۱۱۶۸			

استان خوزستان: اهواز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	برسند	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	آبادان	۲۹۰	۱۴۴۲	شهید بهشتی آبادان	۰	۵۹	۲۰۵	فعال	+	-	۳/۴
				آیت الله طالقانی آبادان	۱	۱۶۴	۵۱۴	فعال			
۲	امیدیه	۹۰	۶۵۲	امام رضا امیدیه	۱	۴۳	۱۰۸	فعال	+	-	۱/۲
۳	اندیمشک	۱۶۸	۱۴۸۹	امام علی (ع) اندیمشک	۱	۱۳۶	۳۶۸	فعال	+	-	۴/۵
۳	اهواز	۱۳۹۹	۹۴۲۴	آیت اله طالقانی اهواز	۱	۹۷	۲۷۴	فعال			
				ابوذر اهواز	۱	۱۲۱	۳۴۵	فعال			
				امام خمینی (ره) اهواز	۱	۴۳۳	۱۰۰۳	فعال			
				رازی اهواز	۱	۱۹۴	۴۴۶	فعال			
				سلامت اهواز	۱	۱۹۹	۱۸۲	فعال			
				سینا اهواز	۱	۲۱۷	۱۶۶	فعال			
				شفا - مرکز آموزشی درمانی شفا اهواز	۱	۷۴	۲۳۶	فعال			
				گلستان اهواز	۱	۵۰۲	۵۸۸	فعال			
۴	ایذه	۲۰۳	۱۵۳۲	تخصصی شهدای ایذه ۱۷ شهریور سابق	۲	۱۱۸	۳۴۷	فعال	+	+	۲/۶
۵	باغملک	۱۰۸	۸۷۳	شهید طباطبائی باغملک	۳	۵۸	۹۳	فعال	+	-	۲/۵
۶	بندرماهشهر	۲۶۴	۱۲۱۴	حاجیه نرگس معرفي ماهشهر	۱	۸۶	۳۱۹	فعال	+	-	۲/۴
				زایشگاه راه زینب (س) بندرامام خمینی (ماهشهر)	۲	۱۸	۲۰	فعال			
۷	بهبهان	۱۸۳	۱۴۲۷	فریده بهبهانی بهبهان	۱	۶۷	۲۲۵	فعال	+	-	۲/۵

			فعال	۳۳۸	۱۱۴	۱	دکتر شهیدزاده بهبهان				
			فعال	۱۲۵	۳۵	۳	اشرفی اصفهانی آغاچاری (بهبهان)				
۶/۶	+	+	فعال	۲۸۹	۱۴۵	۱	ولی عصر (عج) (خرمشهر)	۷۴۴	۱۶۴	خرمشهر	۸
۳/۶	-	+	فعال	۹۷۲	۳۳۲	۱	دکتر گنجویان دزفول	۲۷۳۵	۴۲۰	دزفول	۹
۳/۵	-	+	فعال	۲۳۳	۸۴	۲	شهید چمران دشت آزادگان	۷۶۱	۱۰۱	دشت آزادگان	۱۰
۴/۵	-	+	فعال	۱۹۰	۱۱۴	۲	امام خمینی رامهرمز	۸۷۹	۱۰۵	رامهرمز	۱۱
۱/۴	-	+	فعال	۱۷۳	۱۰۰	۲	شهید مهری زاده شادگان	۴۲۹	۱۴۵	شادگان	۱۲
۳/۶	-	+	فعال	۲۹۸	۱۱۴	۲	نظام مافی شوش	۱۲۲۷	۲۰۰	شوش	۱۳
۱/۵	-	+	فعال	۲۵۴	۱۱۴	۲	خاتم الانبیاء (ص) شوشتر	۱۴۰۹	۱۹۵	شوشتر	۱۴
			فعال	۱۷۵	۴۸	۱	الهادی شوشتر				
-	-	-	فعال	۰	۳۲	۰	امید لالی	۱۸۷	۳۷	لالی	۱۵
۳/۶	+	+	فعال	۰	۱۶۲	۳	۲۲ بهمن مسجد سلیمان	۱۴۴۸	۱۲۷	مسجد سلیمان	۱۶
				۸۵۷۶	۳۹۸۰						

استان زنجان: زنجان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۹											
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ ت (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	ابهر	۱۶۴	۷۲۵	امدادی ابهر	۱	۱۰۷	۳۳۸	فعال	+	-	۴/۶
۲	خداپنده	۱۶۸	۱۰۲۵	امیرالمؤمنین (ع) خداپنده	۱	۹۷	۲۹۲	فعال	+	-	۳/۶
۳	خرمدره	۶۱	۴۰۵	بوعلی سینا خرمدره	۱	۴۲	۱۵۶	فعال	-	-	-
۴	زنجان	۴۶۳	۳۲۲۴	شفیعیه زنجان	۱	۱۶۹	۴۶۶	فعال	+	+	۳/۷
				شهید دکتر بهشتی زنجان	۱	۱۳۰	۲۹۶	فعال			
				ولیعصر (عج) زنجان	۱	۳۰۷	۸۰۰	فعال			
۵	طارم	۴۴	۳۶۹	شهدای طارم	۱	۲۰	۱۰۲	فعال	-	-	-
۶	ماه نشان	۴۳	۱۹۸	رازی ماهنشان	۲	۲۴	۹۴	فعال	+	-	۲/۴
		۸۹۶ ۲۵۴۴									



استان سمنان: سمنانامتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۲																		
						بیمارستان شهرستان		مراکز آموزش بهورزی										
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی							
۱	دامغان	۸۹	۵۰۴	۱۱ محرم دامغان	۲	۳۰	۸۳	فعال	+	+	۴/۵							
				برادران رضائی دامغان	۱	۱۱۵	۳۰۱	فعال										
۲	سمنان	۱۶۳	۸۷۰	۱۵ خرداد مهدیشهر سمنان	۱	۳۸	۱۳۴	فعال	+	+	۴/۵							
				امیرالمومنین سمنان	۱	۱۵۲	۴۱۶	فعال										
				فاطمیه سمنان	۱	۸۱	۲۷۴	فعال										
۳	گرمسار	۸۳	۴۳۹	امام ره گرمسار	۱	۷۴	۲۵۵	فعال	+	+	۴/۵							
						۴۹۰	۱۴۶۳											

استان سمنان: شاهرود امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۵											
			بیمارستان شهرستان					مراکز آموزش بهورزی			
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	شاهرود	۲۴۸	۱۴۴۹	امام حسین (ع) شاهرود	۱	۳۴۴	۷۴۳	فعال	+	-	۱/۳
				فاطمیه شاهرود	۱	۸۹	۲۵۵	فعال			
							۹۹۸	۴۳۳			



استان سیستان و بلوچستان: زاهدان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۲											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۲۸۳	۱۲۸	۲	خاتم الانبیاء (ص) ایرانشهر	۲۰۸۹	۲۴۴	ایرانشهر	۱
			غیر فعال	۰	۰	۰	۱۷ شهریور ایرانشهر (زایشگاه)				
			فعال	۱۹۶	۱۰۲	۱	ایران ایرانشهر				
			در حال تعمیرات اساسی	۰	۰	۰	سینا چابهار	۵۹۲	۲۴۶	چابهار	۲
			فعال	۳۰۴	۱۰۲	۱	امام علی (ع) چابهار				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام خمینی خاش (بیمارستان)	۷۶۴	۱۹۰	خاش	۳
			فعال	۲۱۰	۹۰	۲	۲۲ بهمن خاش				
۲۲/۵۱	+	-	فعال	۱۱۰	۸۰	۱	بهاران (روانپزشکی) زاهدان	۴۵۶۴	۷۷۴	زاهدان	۴
			فعال	۲۹۳	۶۴	۱	بوعلی زاهدان				
			فعال	۴۲	۴۰	۱	بیماران خاص حضرت علی اصغر (ع) زاهدان				
			فعال	۱۴۲	۵۰	۱	چشم پزشکی فوق				



							تخصصی الزهراء (س) زاهدان			
							خاتم الانبياء (ص) زاهدان			
							علي ابن ابي طالب (ع) زاهدان			
۵	سراوان	۱۷۳	۱۴۵۷	۲	۱۱۳	۲۸۷	فعال			
۶	سرباز	۱۷۳	۳۲	۰	۰	۰	در حال ساخت			
۷	کنارک	۸۰	۱۵۴	۰	۰	۰	غير فعال			
۸	نيك شهر	۲۱۴	۲۸۷	۲	۳۵	۱۲۹	فعال			
				۱۳۹۴	۳۲۲۵					

استان سیستان و بلوچستان: زابل امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۵											
			بیمارستان شهرستان					مراکز آموزش بهورزی			
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	زابل	۲۸۹	۳۱۹۶	امیرالمومنین علی (ع) زابل	۱	۲۵۸	۶۱۲	فعال	+	-	۵/۹
				سیدالشهداء(ع) زهک	۳	۲۵	۵۶	فعال			
				امام خمینی زابل	۲	۵۹	۸۶	فعال			
						۲۴۲	۷۵۴				



استان فارس: شیراز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۸

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان				نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرستار	تعداد تخت	ارزشیابی					
	-	+	فعال	۳۱۶	۹۹	۱	امام خمینی آباده	۶۳۴	۹۷	آباده	۱
		-	فعال	۱۰۴	۲۷	۲	حضرت ولیعصر (عج) ارسنجان	۴۱۸	۴۳	ارسنجان	۲
			فعال	۲۱۳	۷۷	۲	امام خمینی استهبان	۴۹۰	۷۰	استهبان	۳
			فعال	۲۷۳	۷۳	۱	ولی عصر (عج) اقلید	۶۸۰	۱۱۱	اقلید	۴
			فعال	۱۰۰	۳۲	۲	ولی عصر بوانات	۵۳۶	۴۸	بوانات	۵
			فعال	۱۱۱	۴۲	۲	امام جعفر صادق (ع) پاسارگاد	۴۰۵	۳۱	پاسارگاد	۶
			فعال	۹۳	۲۳	۲	ولی عصر (عج) خرم بید	۴۰۶	۴۷	خرم بید	۷
			فعال	۱۰۴	۳۶	۲	نبی اکرم (ص) خنج	۲۸۶	۴۲	خنج	۸
			فعال	۳۱۴	۱۰۸	۱	امام حسن مجتبی (ع) داراب	۱۷۱۰	۱۸۵	داراب	۹
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام موسی کاظم زرین دشت	۵۸۰	۶۵	زرین دشت	۱۰
			فعال	۱۵۷	۶۱	۱	امام حسین (ع) سپیدان	۳۳۷	۹۴	سپیدان	۱۱
			فعال	۳۵۹	۸۶	۱	خلیلی شیراز	۱۳۸۲۷	۱۷۴۹	شیراز	۱۲
			فعال	۸۴	۱۹	۲	شوشتری شیراز (زایشگاه)				
			فعال	۱۸۰	۱۰۴	۱	ابن سینا شیراز				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	خاتم انبیا شیراز				
			فعال	۲۲۸	۱۲۳	۱	زینبیه شیراز				
			فعال	۷۳	۱۹	۲	شهدای				



							سروستان شیراز				
			فعال	۷۱۶	۲۷۰	۱	چمران شیراز				
			فعال	۶۱	۱۲۸	۱	حافظ شیراز				
			فعال	۱۸۴	۷۳	۱	حضرت علي اصغر شیراز				
			فعال	۳۹۵	۲۷۴	۱	فقیهی شیراز				
			فعال	۲۲۸	۶۰	۱	قطب الدین شیرازی - شیراز				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	مرکز تروما شیراز				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	شهید منتظری خرامه شیراز				
			فعال	۱۴۴	۶۳	۱	شهیدایت اله دستغیب شیراز				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	کوار- شیراز				
			فعال	۷۹۲	۵۴۲	۱	نمازی شیراز				
			فعال	۳۲۷	۶۵	۱	شهید حجازی و مرکز قلب حضرت فاطمه (س). شیراز				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام هادی فراشبند	۲۵۸	۴۷	۱۳	فراشبند
			فعال	۵۶	۲۰	۱	امام محمد باقر (ع) (قیرو کارزین	۵۳۰	۶۸	۱۴	قیرو کارزین
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام سجادخشت کارزون	۲۲۲۲	۲۷۸	۱۵	کارزون
			فعال	۴۱۳	۱۳۴	۱	ولیعصر (عج) کارزون				
			فعال	۱۸	۲۳	۳	علي اصغر (ع) بیرم (لار)	۱۵۹۸	۱۴۹	۱۶	لار
			فعال	۲۱۵	۴۹	۱	امیدوار اوز لار				
			فعال	۲۷۵	۷۷	۱	امیر المومنین علي (ع) گراش (لار)				
			فعال	۲۸۴	۱۲۰	۱	امام رضا (ع) لارستان				



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهبر و گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

			فعال	۵۳	۳۱	۲	بعثت اشکنان لامرد	۷۶۸	۸۲	لامر	۱۷
			فعال	۱۵۳	۴۱	۲	ولیعصر (ع) لامرد				
			فعال	۴۱۹	۱۱۲	۱	شهید مطهری مرودشت	۲۸۷۶	۳۱۰	مرودشت	۱۸
			فعال	۱۰۹	۱۱۴	۱	ولیعصر (ع ج) ممسنی	۱۹۵۱	۱۲۵	ممسنی	۱۹
			فعال	۴۸	۱۲	۲	فاطمه الزهرا (س) مهر	۳۹۳	۵۶	مهر	۲۰
			فعال	۲۸۵	۹۲	۲	شهدای نیریز	۱۰۲۲	۱۱۲	نیریز	۲۱
				۸۳۱۱	۲۳۴۲						



استان فارس: فسا امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	فسا	۲۰۱	۱۹۴۷	حضرت ولی عصر (عج) فسا	۰	۲۳۶	۰	در حال ساخت	+	-	۳/۷
				دکترعلی شریعتی فسا	۱	۲۳۰	۲۱۰	فعال			
							۴۶۶	۲۱۰			

استان قزوین: قزوین امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴													
						بیمارستان شهرستان					مراکز آموزش بهورزی		
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی		
۱	بویین زهرا	۱۶۵	۳۶۱	امیرالمومنین(ع)بوئین زهرا	۱	۴۴	۱۸۲	فعال					
۲	قزوین	۵۷۲	۲۴۰۸	۲۲ بهمن قزوین	۳	۵۵	۲۵	فعال	+	-	۶/۱۵		
				بوعلی سینا قزوین	۱	۲۳۴	۴۵۳	فعال					
				شهید رجائی قزوین	۱	۱۶۰	۳۳۶	فعال					
				قدس قزوین	۱	۱۳۰	۲۳۶	فعال					
				کوثر قزوین	۱	۱۴۱	۲۸۸	فعال					
					۷۶۴	۱۵۱۰							



استان قم: قیامتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان					دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	# شهرستان	
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان				
۵/۵	-	+	در حال ساخت	۰	۰	۰	مرکز آموزشی درمانی فرقانی قم	۶۲۵۱	۱۱۲۷	قم	۱
			فعال	۳۳۱	۸۸	۱	مرکز آموزشی درمانی حضرت زهرا قم				
			فعال	۲۵۷	۱۷۶	۱	مرکز آموزشی درمانی کامکار-عرب نیا قم				
			فعال	۴۱۲	۱۸۳	۱	مرکز آموزشی درمانی نکویی - هدایتی قم				
			فعال	۲۸۶	۷۹	۱	مرکز آموزشی درمانی ایزدی قم				
			غیر فعال	۰	۰	۰	مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی قم				
			فعال	۲۷۱	۱۲۵	۱	مرکز آموزشی درمانی حضرت				



			فعال	۲۷۴	۱۱۸	۱	معصومه (س) قم			
							مرکز آموزشی درمانی کودکان فاطمی سهامیه قم			
				۱۸۳۱	۷۶۹					



استان کردستان: کردستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۲											
						بیمارستان شهرستان		مراکز آموزش بهورزی			
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی	
۱	بانه	۱۲۰	۶۲۸	صلاح الدین ایوبی بانه	۲	۹۱	۲۷۸	فعال	+	-	۳/۵
۲	بیجار	۹۹	۵۲۷	شهداء هفتم تیر بیجار	۲	۱۱۵	۲۷۲	فعال	+	+	۲/۵
۳	دیواندره	۸۵	۴۱۴	امام خمینی (ره) دیواندره	۲	۶۱	۱۱۱	فعال	-	-	-
۴	سقز	۲۱۲	۱۵۸۴	امام خمینی (ره) سقز	۱	۱۶۲	۴۴۹	فعال	+	-	۳/۵
۵	سنندج	۴۲۵	۴۴۲۰	بعثت سنندج	۱	۳۲۸	۷۷۱	فعال	+	+	۵/۶
				قدس سنندج	۱	۱۰۲	۱۲۷	فعال			
				توحید سنندج	۱	۲۹۳	۶۸۰	فعال			
۶	قروه	۱۴۳	۱۰۸۲	شهید بهشتی قروه	۲	۱۳۴	۳۴۶	فعال	+	-	۱/۵
۷	کامیاران	۱۰۷	۷۸۰	سینا کامیاران	۲	۶۱	۱۴۶	فعال	-	-	-
۸	مریوان	۱۵۶	۱۳۹۴	بوعلی مریوان	۲	۷۱	۱۷۸	فعال	+	-	۳/۵
				فجر مریوان	۳	۵۶	۱۴۸	فعال			
							۱۴۷۴	۳۵۰۶			



استان کرمان: کرمان										
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۷										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
مربی با بست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	برسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	# شهرستان
۳/۷	-	+	فعال	۲۲۹	۹۱	۳	آیت الله کاشانی بافت	۱۴۹۸	۱۲۵	۱ بافت
۲/۵	-	+	فعال	۱۴۸	۵۳	۱	قائم (عج) بردسیر	۴۱۶	۹۹	۲ بردسیر
			فعال	۲۱۱	۱۲۰	۱	پاستور بم	۱۵۵۴	۲۰۷	۳ بم
۳/۷	+	+	فعال	۶۶	۶۷	۳	آیت الله کاشانی جیرفت	۱۶۳۶	۲۰۸	۴ جیرفت
			فعال	۲۵۷	۱۹۰	۴	امام خمینی (ره) جیرفت			
-	-	-	فعال	۸۲	۲۴	۱	علی ابن ابیطالب (ع) راور	۱۵۸	۴۳	۵ راور
۶/۶	-	+	فعال	۲۲۵	۷۷	۲	سینا زرنند	۸۰۱	۱۳۴	۶ زرنند
۴/۵	-	+	فعال	۲۶۱	۹۶	۱	امام رضا (ع) سیرجان	۱۶۳۳	۲۷۳	۷ سیرجان
۵/۵	-	+	فعال	۲۴۲	۶۶	۲	ولیعصر (عج) شهربابک	۴۹۷	۱۱۳	۸ شهربابک
			فعال	۷۶۵	۲۱۹	۱	افضلی پور کرمان	۴۸۳۷	۷۵۳	۹ کرمان
			فعال	۷۴۰	۳۵۶	۱	شفا کرمان			
			فعال	۲۵۹	۲۲۰	۱	شهید بهشتی کرمان			
			فعال	۷۹۹	۲۱۲	۱	شهید دکتر محمد جواد باهنر کرمان			
۴/۵	-	+	فعال	۲۱۴	۸۴	۲	دوازده فروردین کهنوج	۶۱۹	۱۱۶	۱۰ کهنوج
				۴۶۹۸	۱۸۷۵					

استان کزمان: رفسنجان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۶											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تحت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۶	-	+	فعال	۱۲۵	۴۷۸	۱	حضرت علي ابن ابیطالب رفسنجان	۲۴۴۲	۲۸۹	رفسنجان	۱
			فعال	۱۷۵	۱۰۷	۱	مرادي رفسنجان				
			فعال	۱۸۰	۵۴	۱	نيك نفس رفسنجان				
			غير فعال	۰	۵۵	۰	ولي عصر (عج) انار- رفسنجان				
				۴۸۰	۶۹۴						

استان کرمانشاه: کرمانشاه امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۷										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان
۳/۶	-	+	فعال	۳۲۵	۱۳۶	۲	امام خمینی (ره) اسلام آباد غرب	۲۰۷۸	۱۵۴	اسلام آباد غرب
۱/۶	+	+	فعال	۱۲۸	۴۲	۳	قدس پاه	۵۱۷	۵۳	پاه
۲/۶	-	+	فعال	۱۶۵	۸۸	۲	حضرت رسول (ص) جوانرود	۹۶۵	۶۳	جوانرود
۰/۵	-	+	فعال	۱۳۶	۳۸	۳	شهدا سرپل ذهاب	۹۳۶	۸۶	سرپل ذهاب
۱/۴	-	+	فعال	۱۵۳	۶۸	۳	امام خمینی سنقر	۵۲۱	۹۸	سنقر
۳/۷	-	+	فعال	۱۲۳	۲۵	۳	دکتر معاون صحنه	۵۸۲	۷۷	صحنه
۲/۲	-	-	فعال	۸۵	۲۴	۳	حضرت ابوالفضل العباس (ع) قصر شیرین	۱۷۱	۲۴	قصر شیرین
-	+	+	فعال	۰	۲۰۸	۲	امام خمینی (ره) کرمانشاه	۸۹۶۳	۹۸۰	کرمانشاه
			فعال	۰	۵۶۸	۱	امام رضا (ع) کرمانشاه			
			فعال	۳۴	۱۶۸	۱	امام علی (ع)- کرمانشاه			
			غیر فعال	۰	۷۱	۰	چهارمین شهید محراب کرمانشاه			
			فعال	۱۳۶	۳۰	۳	شهید فهمیده کرمانشاه			
			فعال	۰	۸۸	۲	شهید دکتر بهشتی کرمانشاه			
			فعال	۵۱۲	۲۰۹	۲	طالقانی کرمانشاه			
			فعال	۳۶	۲۰۴	۲	فارابی کرمانشاه			
			فعال	۲۸۵	۷۵	۲	معتضدی کرمانشاه			
			غیر	۰	۷۹	۰	رازی کرمانشاه			



			فعال							
			غیر فعال	♦	۸۵	♦	سینا کرمانشاه			
۷/۸	-	+	فعال	♦	۵۹	۳	شهید چمران کنگاور	۷۴۴	۸۱	کنگاور
۴/۱۰	-	+	فعال	۷۲	۳۲	۱	الزهراء (س) گیلان غرب	۵۴۵	۶۳	گیلانغرب
۰/۶	-	+	فعال	۱۱۰	۴۲	۲	شهداء هرسین	۷۵۹	۹۲	هرسین
				۲۲۹۰	۲۲۳۹					



استان کهگیلویه و بویراحمد: باسوجامتياز رتبه بندی آموزشی: ۵۴											
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	ف ص ا س د تاندا رد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید در سال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۲۹۳	۱۵۲	۱	امام خمینی دهدشت کهگیلویه	۳۰۷۰	۱۶۳	کهگیلویه	۱
			فعال	۳۵۶	۱۳۶	۱	شهید رجائی گچساران	۱۸۱۲	۱۱۹	گچساران	۲
۳/۳	+	+	فعال	۳۶۹	۱۱۶	۱	امام سجاد(ع) یاسوج			یاسوج	۳
			فعال	۲۹۳	۹۰	۱	شهید بهشتی یاسوج				
			فعال	۳۳	۳۰	۲	شهید رجایی یاسوج				
				۱۳۴۴	۵۱۴						



استان گلستان: گلستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۰											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	آق قلا	۱۱۴	۶۴۲	حاج آقاي آل جلیل آق قلا	۱	۲۱	۵	فعال	-	-	-
۲	بندر ترکمن	۶۶	۸۰۱	امام خميني (ره) بندر ترکمن	۲	۱۱۳	۲۳۳	فعال	+	+	۲/۵
۳	بندرگز	۴۸	۳۶۱	شهداء بندر گز	۲	۵۴	۱۹۶	فعال	-	-	-
۴	رامیان	۸۵	۲۳۷	امام رضا (ع) خان به بین	۱	۱۴	۶۲	فعال	+	-	۲/۶
۵	کردکوي	۷۰	۳۳۶	امیرالمومنین (ع) کردکوي	۱	۱۰۱	۲۷۳	فعال	-	-	-
۶	کلالة	۱۰۶	۸۱۷	حضرت رسول اکرم «ص» کلالة	۱	۵۷	۹۰	فعال	-	-	-
۷	گرگان	۴۱۸	۳۰۷۳	دزباني گرگان	۱	۶۶	۳۱۰	فعال	+	+	۵/۶
				پنجم آذر گرگان	۱	۳۶۴	۸۱۴	فعال			
				طالقاني گرگان	۱	۱۰۰	۲۷۷	فعال			
۸	گنبد کاوس	۳۰۲	۲۲۳۰	شهداء گنبدکاوس	۲	۹۱	۲۵۵	فعال	+	+	۰/۵
				شهید مطهری گنبد کاوس	۱	۱۰۶	۳۳۴	فعال			
۹	علي اباد کتول	۱۳۰	۷۸۰	قائم عج علي آباد کتول	۲	۱۰۸	۲۶۵	فعال	+	-	-
۱۰	مینودشت	۷۳	۱۰۹۸	فاطمه الزهرا(س) مینودشت	۲	۲۵	۹۶	فعال	+	+	۱/۶
							۳۱۹۹	۱۳۳۰			



استان گیلان: گیلان											
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۵											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	استارا	۸۱	۳۰۸	دکتر شریعتی استارا	۳	۴۳	۱۱	فعال	+	+	-
				شهید دکتر بهشتی استارا	۳	۶۱	۰	فعال			
۲	استانه اشرفیه	۱۱۰	۳۹۴	کونرا آستانه اشرفیه	۳	۷۵	۲۲۶	فعال	+	+	۲/۴
۳	بندرانزلی	۱۳۵	۵۳۵	شهید بهشتی انزلی	۱	۱۲۳	۱۴۳	فعال	+	+	۴/۸
۴	رشت	۸۷۴	۴۱۵۶	الزهرا (س) رشت	۱	۱۳۳	۳۹۹	فعال	+	+	۶/۶
				امیرالمومنین رشت	۱	۶۲	۲۵	فعال			
				۱۷ شهریور رشت	۲	۹۶	۱۹۴	فعال			
				پورسینا رشت	۲	۲۷۴	۲۴۵	فعال			
				شفارشت	۲	۱۸۸	۳۷۱	فعال			
				دکتر حشمت رشت	۱	۱۳۷	۲۳۴	فعال			
				رازی رشت	۲	۲۳۴	۵۵۷	فعال			
				گلزار رشت	۱	۱۸۶	۶۲۰	فعال			
۵	رودبار	۱۰۶	۵۴۵	ولیعصر عج رودبار	۳	۴۳	۱۶۱	فعال	+	+	-
				۳۱ خرداد منجیل	۲	۵۶	۱۴۳	فعال			
۶	رودسر	۱۴۹	۷۶۳	شهید انصاری رودسر	۲	۸۶	۱۶۳	فعال	+	+	۴/۵
۷	صومعه سرا	۱۳۳	۴۳۹	امام خمینی صومعه سرا	۳	۱۰۳	۱۵۹	فعال	+	+	۳/۴



۸	طوالش	۱۸۴	۸۳۱	شهید نورانی تالش	۲	۹۶	۲۲۰	فعال	-	-	۲/۳
۹	فومن	۹۹	۳۰۳	امام حسن مجتبی (ع) فومن	۲	۶۳	۱۸۶	فعال	+	+	۴/۴
۱۰	لاهیجان	۱۶۶	۷۹۶	۲۳ آبان لاهیجان	۲	۱۵۰	۲۳۳	فعال	+	+	۲/۳
				سید الشهدا لاهیجان	۳	۵۷	۱۵۲	فعال			
				شفا لاهیجان	۲	۴۹	۱۵۸	فعال			
۱۱	لنگرود	۱۳۶	۵۰۲	امینی لنگرود	۳	۸۰	۲۱۵	فعال	+	+	۳/۴
							۴۸۱۵	۲۳۹۴			

استان لرستان: لرستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۹										
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دبلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	ازنا	۷۳	۴۳۳	امام علی (ع) ازنا	۲	۲۸	۱۱۱	فعال	-	-
۲	الیگودرز	۱۴۱	۹۱۱	امام جعفر صادق (ع) الیگودرز	۲	۱۱۴	۲۷۴	فعال	+	۳/۶
۳	بروجرد	۳۳۱	۲۱۷۶	شهید دکتر چمران بروجرد	۱	۱۶	۲۸۴	فعال	+	۲/۶
				امام خمینی بروجرد	۲	۱۳۶	۲۹۳	فعال		
۴	پلدختر	۷۸	۱۳۳۱	امام خمینی (ره) پلدختر	۲	۳۰	۱۵۴	فعال	-	-
۵	خرم آباد	۴۸۸	۷۰۳۱	امام خمینی سپید دشت	۳	۲۵	۳۳	فعال	+	۴/۸
				شهدای عشایر خرم آباد	۱	۳۰۸	۶۶۲	فعال		
				اعصاب و روان پل کرگانه خرم آباد	۲	۴۶	۵۸	فعال		
				زنان و زایمان خیریه حاج کریم عسلی خرم آباد	۱	۵۲	۱۹۰	فعال		



			فعال	۲۷۳	۱۱۲	۱	شهید آیت الله مدنی خرم آباد			
۶	دلفان	۱۴۰	۱۵۱۱	سینا دلفان	۱	۴۸	۱۴۵	فعال	-	-
۷	دورود	۱۶۴	۱۰۹۵	شهدای هفتم تیر دورود	۱	۱۲۴	۲۴۵	فعال	+	-
				سید مصطفی خمینی دورود	۰	۰	۰	غیر فعال		
۸	سلسله	۷۶	۱۱۷۶	امام خمینی سلسله	۳	۱۶	۱۴۳	فعال	+	-
۹	کوه دشت	۲۱۷	۲۵۸۳	امام خمینی ره کوه دشت	۱	۹۸	۱۸۹	فعال	+	-
						۱۱۴۳	۳۱۵۴			



استان مازندران: مازندران										
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تحت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد
مربی با پست سازمانی										
۵/۷	-	+	۱۷۸۲	۱۷ شهریور آمل	۱	۱۱۷	۳۴۷	فعال	+	-
				امام رضا (ع) آمل	۱	۱۴۸	۴۰۳	فعال		
				امام علی (ع) آمل	۱	۱۲۰	۳۲۰	فعال		
۴/۴	-	+	۸۰۱	امام خمینی فریدونکنار	۲	۱۲۷	۳۱۱	فعال	+	-
				شهید رجایی بابلسر	۱	۳۵	۹۵	فعال		
				حضرت زینب بابلسر	۲	۲۰	۲۵	فعال		
۴/۵	+	+	۱۰۹۲	شهدای بهشهر	۱	۴۴	۶۷	فعال	+	+
				امام خمینی (ره) بهشهر	۲	۱۳۶	۲۱۹	فعال		
۳/۴	-	+	۹۵۸	شهید رجایی تنکابن	۱	۱۶۹	۴۰۱	فعال	+	-
۲/۴	-	+	۴۴۳	عزیزی جویبار	۲	۲۷	۱۲۷	فعال	+	-
-	-	+	۴۲۲	امام سجاد (ع) رامسر	۱	۱۴۹	۳۵۴	فعال	+	-
۴/۵	+	+	۲۸۵۲	امیر مازندرانی ساری	۳	۴۷	۲۴۶	فعال	+	+
				بوعلی سینا ساری	۱	۱۶۸	۳۳۶	فعال		
				فاطمه زهرا (س) ساری	۱	۱۱۸	۳۲۴	فعال		
				مرکز روانپزشکی و سوختگی زارع ساری	۲	۱۶۲	۲۹۱	فعال		
-	-	+	۲۵۲	شهدای زیراب	۲	۵۱	۱۲۰	فعال	+	-
۴/۵	+	+	۲۵۸۵	رازی قائمشهر	۱	۱۷۳	۳۵۴	فعال	+	+
۳/۵	+	+	۴۸۵	امام خمینی نور	۲	۱۰۰	۲۴۱	فعال	+	+
۳/۴	-	+	۴۸۰	شهید بهشتی نوشهر	۳	۶۷	۱۹۸	فعال	+	-
						۲۲۴۱	۵۱۱۸			

استان مازندران: بابلامتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴											
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	بابل	۴۸۸	۲۵۹۲	هفته شهریور - مرزیکلا - بابل	۱	۱۷	۶۸	فعال	+	+	۵/۵
				آیه الله روحانی - بابل	۰	۰	در حال ساخت				
				شهید بهشتی بابل	۱	۲۱۴	۶۵۱	فعال			
				شهید یحیی نژاد - بابل	۱	۱۹۹	۰	فعال			
				فاطمه الزهرا(س) - بابل	۱	۱۲	۷۳	فعال			
				کودکان شفیع زاده - امیرکلا - بابل	۱	۱۰۸	۳۰۷	فعال			
						۵۵۰	۱۰۹۹				

استان مرکزی: اراک امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۷											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	آشتیان	۲۱	۸۷	امام سجاد (ع) آشتیان -	۹	۲۹	۴۸	فعال	+	+	۲/۲
۲	اراک	۵۷۲	۳۶۷۳	طالقانی اراک	۱	۷۰	۲۶۱	فعال	+	-	۶/۶
				ولیعصر اراک	۱	۳۲۹	۶۳۲	فعال			
				امیر کبیر اراک	۱	۲۱۶	۲۸۰	فعال			
۳	تفرش	۵۰	۷۹	والفجر تفرش	۲	۶۰	۸۹	فعال	+	+	۳/۳
۴	خمین	۱۱۳	۶۷۹	امام خمینی (ره) خمین	۲	۷۴	۱۹۷	فعال	+	+	۳/۶
۵	دلیجان	۴۵	۱۷۸	امام صادق (ع) دلیجان	۲	۵۶	۲۰۵	فعال	+	-	۶/۶
۶	زرنده	۶۰	۲۳۵	شهدای آسیابک- زرنده	۳	۴۱	۶۶	فعال	-	-	-
۷	ساوه	۲۴۵	۷۸۵	شهدای ۱۷ شهریور ساوه	۲	۶۰	۱۰۳	فعال	+	-	۴/۵
				مدرس ساوه	۲	۹۵	۲۴۳	فعال			
۸	کمیجان	۴۷	۱۴۰	امام علی (ع) کمیجان	۴	۱۶	۳۵	فعال	-	-	-
۹	محلات	۵۰	۱۵۷	امام خمینی محلات	۲	۴۹	۱۶۴	فعال	+	-	۳/۳
						۱۰۹۵			۲۴۲۳		



استان هرمزگان: بندر عباس امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۱										
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان							
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دبلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد
۱	بستک	۷۵	۹۱۵	فکری بستک	۱	۲۷	۵۱	فعال	-	-
۲	بندر جاسک	۵۱	۱۸۱	امام صادق جاسک	۱	۱۴	۰	فعال	-	-
۳	بندر عباس	۵۷۲	۳۳۹۴	اعصاب و روان ابن سینا بندر عباس	۱	۵۶	۷۷	فعال	+	+
				کودکان بندر عباس	۱	۸۶	۲۳۵	فعال		
				دکتر علی شریعتی بندر عباس	۱	۱۲۰	۲۳۲	فعال		
				شهید محمدی بندر عباس	۱	۲۹۵	۷۱۶	فعال		
۴	بندر لنگه	۱۲۸	۶۰۷	رستمیانی پارسیان بندر لنگه	۱	۴۸	۵۱	فعال	+	+
				شهید بهشتی بندر لنگه	۱	۸۶	۱۶۶	فعال		
۵	حاجی آباد	۷۲	۴۴۵	فاطمه الزهرا حاجی آباد	۱	۰	۰	فعال	-	-
۶	رودان	۱۱۹	۸۹۷	علی ابن ابی طالب رودان	۲	۵۸	۱۱۰	فعال	-	-



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهبردها و گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

۷	قسم	۱۱۶	۶۰۲	فاطمه الزهرا قسم	۲	۲۵	۱۱۱	فعال	+	+	۲/۲
۸	میناب	۲۶۹	۲۳۲۷	حضرت ابوالفضل (ع) میناب	۱	۱۳۰	۲۸۸	فعال	+	+	۴/۶
						۹۵۵	۲۰۳۷				



استان همدان: همدان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۱											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرستار	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	اسدآباد	۱۰۵	۸۷۸	امیرالمومنین(ع) اسدآباد	۲	۹۷	۱۹۷	فعال	+	-	۱/۴
۲	بهار	۱۲۱	۵۹۴	آیت ا... بهاری بهار	۱	۲۵	۷۷	فعال	-	-	۲/۶
۳	تویسرکان	۱۱۰	۵۲۹	ولیعصر (عج) تویسرکان	۲	۱۱۵	۲۴۷	فعال	-	-	۲/۳
۴	رزن	۱۱۲	۶۵۰	ولیعصر رزن	۳	۸۰	۱۶۲	فعال	-	-	۰/۶
۵	کبودرآهنگ	۱۴۲	۶۷۷	امام رضا(ع) کبودرآهنگ	۱	۷۶	۱۹۳	فعال	+	-	۱/۶
۶	ملایر	۲۸۹	۲۰۳۹	امام حسین(ع) ملایر	۲	۱۴۴	۲۶۸	فعال	+	+	۲/۵
				فخریه ملایر	۲	۲۴	۱۳۴	فعال			
۷	نهاد	۱۸۰	۱۶۴۳	شهید حیدری نهاد	۲	۳۰	۵۲	فعال	+	+	۲/۵
				آیت ا... علیمرادیان نهاد	۱	۱۳۲	۳۲۳	فعال			
۸	همدان	۵۹۴	۵۷۰۸	اکباتان همدان	۱	۲۷۳	۵۰۰	فعال	+	-	۲/۶
				امام حسن(ع) فامنین همدان	۱	۳۶	۷۴	فعال			
				فرشچیان همدان	۱	۲۱۹	۳۴۱	فعال			
				مباشر همدان	۲	۱۷۶	۴۷۳	فعال			
				بعثت همدان	۱	۲۰۶	۱۵۲	فعال			
				فاطمیه همدان	۱	۱۱۳	۲۵۵	فعال			
				امام خمینی همدان	۲	۱۲۴	۰	فعال			
							۱۸۶۰	۲۴۴۸			

استان یزد: یزدامتیار رتبه بندی آموزشی: ۷۶											
مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
#	شهرستان	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	دیپلم جدید در سال ۸۹	نام بیمارستان	ارزشیابی	تعداد تخت	پرسنل	وضعیت	وجود	فضای استاندارد	مربی با پست سازمانی
۱	ابركوه	۴۶	۳۳۳	حضرت خاتم الانبياء ابركوه	۲	۵۰	۱۱۵	فعال	+	-	۴/۴
۲	اردكان	۷۸	۳۶۸	ضیائی و قائم اردكان	۲	۱۴۴	۲۵۵	فعال	+	-	۱/۱
۳	بافق	۴۱	۱۹۹	حضرت ولیعصر (عج) بافق	۲	۵۲	۱۳۱	فعال	+	-	۳/۳
۴	تفت	۵۰	۱۵۷	مرکز جامع روانپزشكي تفت	۱	۹۶	۱۰۲	فعال	+	-	۲/۳
				شهید بهشتي تفت	۱	۷۱	۲۰۰	فعال			
۵	خاتم	۳۴	۲۵۵	آیت ا... خاتمي هرات	۳	۳۴	۶۸	فعال	+	-	۳/۳
۶	طبس	۷۱	۴۷۹	شهید سید مصطفي خميني طبس	۲	۷۵	۱۵۷	فعال	+	-	۳/۳
۷	مهریز	۴۷	۲۷۴	حضرت فاطمه الزهرا (س) مهریز	۱	۶۷	۲۰۰	فعال	+	-	۳/۳
۸	میبد	۷۹	۳۹۶	امام جعفر صادق (ع) میبد	۰	۱۴۵	۲۰۳	فعال	+	-	۱/۲

۴/۵	-	+	فعال	۵۸۱	۱۹۰	۱	شهید رهنمون یزد	۲۹۶۰	۵۶۶	یزد	۹
			فعال	۸۵۲	۳۴۵	۱	شهید صدوقی یزد				
			فعال	۷۷	۳۵	۱	سوانح سوختگی یزد				
			فعال	۳۵۳	۱۴۰	۱	محمد صادق افشار یزد				
				۳۲۹۴	۱۴۴۴						