

راهدگسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

سند سیاست و راهنمای عملیاتی اجرای سند

کلیات این سند در شصت و یکمین جلسه ستاد راهبردی اجرای نقشه جامع علمی کشور در روز سه شنبه مورخ ۱۳۹۴/۲/۱ و همچنین در شورای عالی انقلاب فرهنگی در روز سه شنبه مورخ ۱۳۹۴/۲/۸ مطرح و مورد تصویب قرار گرفت

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اردیبهشت ۱۳۹۴

تهران، شهرک قدس، خیابان سیمای ایران، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزی وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه ۱۳، حوزه معاونت آموزشی

تلفن: ۸۱۴۵۲۸۹۱، ۸۱۴۵۲۸۹۳

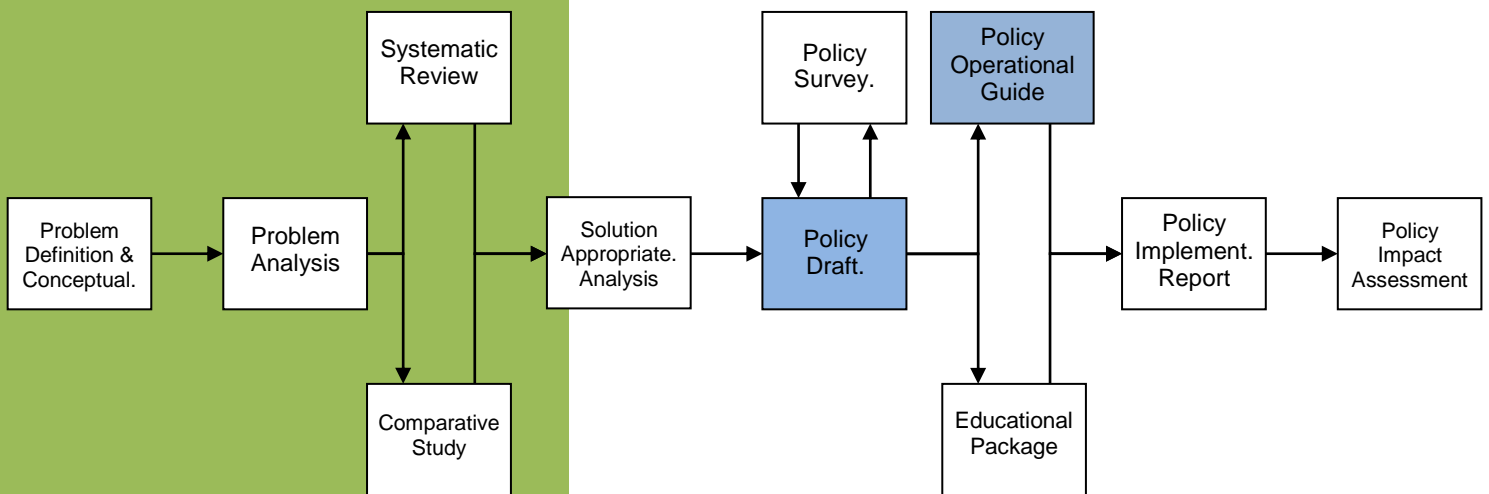


جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای گسترش ظرفیاتی آموزش عالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

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



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

۱۱	مقدمه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳	پیش گفتار
۱۹	مروری بر اسناد پشتیبان سند آمایش سرزمینی آموزش عالی سلامت
۲۹	خلاصه سند
۳۰	ارزش ها و اهداف
۳۳	تعاریف
۳۴	تاریخچه آمایش سرزمین در ایران
۳۵	آمایش سرزمین در برنامه های توسعه ای کشور
۳۷	گسترش آموزش و توسعه کشور
۳۹	انبوه سازی آموزش عالی
۴۱	انتظار جوانان از تحصیلات دانشگاهی و تحقق توانمندی های بالقوه جوانان
۴۳	تقسیم بندی مراکز آموزش عالی
۴۴	تعداد مناسب مراکز آموزش عالی
۴۶	اندازه مراکز آموزش عالی
۴۸	دسترسی به دانشگاه ها و مهاجرت درون کشوری نخبگان
۴۹	تمرکز در مقابل عدم تمرکز در آموزش عالی
۵۱	مدلهای تمرکززدایی آموزش عالی سلامت
۵۳	بهره گیری از توسعه آمایشی شبکه بهداشتی کشور
۵۴	مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت
۵۶	مزیت برخورداری از عرصه های جامعه نگر در مدل بومی
۵۷	سطح بندی خدمات آموزشی در مدل بومی توسعه جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت
۶۰	دانشگاه های ویژه (مستقر در مناطق غیربرخوردار)
۶۱	رسالت و عملکرد مؤسسات آموزش عالی سلامت
۶۲	چارچوب سطح بندی مؤسسات آموزش عالی کشور
۶۶	اهداف توسعه کمی آموزش عالی سلامت و مؤسسات آموزش عالی سلامت
۶۸	شبکه کارکردی مؤسسات آموزش عالی سلامت در کشور
۷۳	نقش بخش غیردولتی در آموزش عالی سلامت
۷۳	راهنمای عملیاتی اجرای سند توسعه جغرافیایی مؤسسات آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین (Operational guide)
۷۵	ضمیمه (۱) دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل
۸۴	ضمیمه (۲) برنامه ریزی برای تربیت نیروی انسانی در بخش سلامت
۸۷	ضمیمه (۳): ویژگی های شهرستانهای منتخب کشور



توسعه‌ی آموزش عالی باید در جهت هدفا باشد. مسوولان آموزش عالی باید از توسعه‌ی غیربدهنده‌ی فزاینده‌ی پرستار کنند؛ چون این، هم اتلاف مال است، هم اتلاف و ضایع 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 دانشجوی خواهیم، چقدر 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



جناب آقای دکتر روحانی

ریاست محترم جمهور

کشور ما از لحاظ پزشکی، ظرفیت، قابلیت و مقبولیت خوبی در میان مردم دارد. مردم ما دنبال این نیستند که اگر بیماری شوند فوری بلیت هواپیما بگیرند. این خیلی مهم است. قبلاً اینطور بود. مخصوصاً وقتی نیاز به جراحی سخت داشتند. عمل پیوند که در ایران خیلی کم بود و در دنیا هم کم بود. امروز کسی دنبال بلیت هواپیما نیست.

این به معنای مقبولیت پزشکی ماست. پیشرفت بسیار قابل ملاحظه است...

مقدمه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به نام خدا

یکی از دستاوردهای شگرف نظام جمهوری اسلامی ایران در طول دهه‌های پس از انقلاب اسلامی، خودکفایی در تأمین منابع انسانی حوزه سلامت از مجرای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی و ارتقای آموزش عالی نظام سلامت است. امروز به مدد حضور اساتید محترم و جوانان پر توان این مرز و بوم، تا حد مناسبی نیازهای مناطق مختلف کشور به رده‌های گوناگون کاردان، کارشناس، پزشک و متخصص مرتفع گردیده است.

اما امروز زمان آن رسیده است که گسترش جدید دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی نظام سلامت بر مبنای یک منطق و الگوی متناسب با شرایط روز کشور باز سازماندهی شده و از این مجرا، زمینه برای ارتقای منابع انسانی مبتنی بر گسترش عدالت آموزشی بیش از پیش فراهم گردد.

آمایش سرزمینی آموزش عالی نظام سلامت، سیاستی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس اسناد بالادستی اتخاذ نموده و آن را رصد می‌کند. تدوین سند سیاستی مرتبط با این تکلیف از سالها پیش در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز شده و در نشستها و همایشهای مختلف مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته است.

همزمان با آغاز به کار دولت تدبیر و امید، تلاش مضاعفی برای تدوین و اجرایی‌سازی این سند صورت گرفت که جا دارد از متولیان امر از جمله جناب آقای دکتر ضیایی و جناب آقای دکتر یزدانی قدردانی گردد. سند حاضر حاصل زحمات این عزیزان و سایر همکاران ایشان در حوزه معاونت آموزشی است که تقدیم حضور می‌شود. اما پیاده‌سازی این سند گامی بسیار دشوار و در عین حال اثربخش است که پس از تصویب در شورای عالی انقلاب فرهنگی، لازم است برای آن برنامه‌ریزی گردد. خوشبختانه با حضور جناب آقای دکتر لاریجانی به عنوان معاون آموزشی و با پشتکار و تلاشی که از ایشان سراغ داریم، مسلماً روند پیاده‌سازی این سند نیز به خوبی پیش خواهد رفت.

امید است با استقرار این سیاست در نظام آموزش عالی حوزه سلامت، شاهد اعتلای عدالت در آموزش و در نهایت ارتقای سلامت در کشور عزیزمان ایران باشیم. توفیق همگان را از خداوند متعال خواستارم.

دکتر سید حسن هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسم الله الرحمن الرحيم

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 نگرديده 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 بخش های 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 شاخص های 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 شهرستان ها 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 دانشگاه های علوم پزشکی و بهبود چشمگیر سطح ارائه خدمات به مردم به عینه مشاهده نماییم.

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 مقاطعی 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 مقاطعی 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 دانشجوی و در چه رشته و مقاطعی 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 دانشگاه های 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 اسنادی 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. 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.

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.

^۱ Evidence based policy making

۵. منطقه پنج: شامل دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، بندرعباس، بوشهر، یاسوج و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۶. منطقه شش: شامل دانشگاه های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم، البرز و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
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، بجنورد، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه، و دانشکده های علوم پزشکی منطقه.
۱۰. منطقه ده: شامل دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، ایران، آزاد اسلامی، بقیه اله، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی.

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 ماموریت 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 است 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، خصوصاً برادر گرامی جناب آقای دکتر ضیایی که در

زمان تدوین این سند ارزشمند مسئولیت حوزه معاونت آموزشی را بر عهده داشتند، تشکر و قدردانی نمایم. 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.

امید است با توفیقات خداوند متعال 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 .

دکتر باقر لاریجانی

معاون آموزشی

و دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی

مروری بر اسناد پشتیبان سند آمایش سرزمینی آموزش عالی سلامت

سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری سیاست ۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور

نقشه جامع علمی کشور

فصل دوم:

وضع مطلوب علم و فناوری

وضع مطلوب علم و فناوری بر مبنای وضع موجود علم و فناوری و تحلیل نقاط قوت و ضعف و فرصتها و تهدیدها که در مجموعه اسناد پشتیبان نقشه جامع آمده تدوین گردیده است.

۲- ۱ چشم انداز علم و فناوری جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی

جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی در علم و فناوری، با اتکال به قدرت لایزال الهی و با احیای فرهنگ و بر پای تتمدن نوین اسلامی - ایرانی برای پیشرفت ملی، گسترش عدالت و الهام بخشی در جهان، کشوری خواهد بود: برخوردار از انسانهای صالح، فرهیخته، سالم و تربیت شده در مکتب اسلام و انقلاب و با دانشمندانی در طراز برترینهای جهان

توانا در تولید و توسعه علم و فناوری و نوآوری و به کارگیری دستاوردهای آن؛ پیشتاز در مرزهای دانش و فناوری با مرجعیت علمی در جهان.

۴-۲. کمیتهای مطلوب اهم شاخص های کلان علم و فناوری کشور

شاخص		مطلوب در سال ۱۴۰۴	
۱	سرمایه انسانی	درصد پوشش تحصیلی کشور (میزان واقعی دوره آموزش عمومی (ابتدایی و راهنمایی
		میزان واقعی دوره متوسطه	میزان واقعی دوره متوسطه
	مقدار ناخالص ثبت نام در آموزش عالی (از جمعیت ۱۸ تا ۲۴ سال کشور		

مطلوب در سال ۱۴۰۴	شاخص		
۳۰ درصد	سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی از کل دانشجویان		۱ سرمایه انسانی
۳/۵ درصد	سهم دانشجویان دکتری از کل دانشجویان		
۱، ۲۰۰، ۰۰ نفر	تعداد فارغ التحصیلان دانشگاهی (سالیانه)		
-	تعداد پژوهشگران تمام وقت		
۱۰ درصد	دولت		
۲۰ درصد	مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و حوزه های علمیه		
۴۰ درصد	بنگاههای اقتصادی - تجاری - صنعتی و نهادهای عمومی و غیر انتفاعی		
۲۰۰۰۰ نفر	تعداد اعضای هیئت علمی تمام وقت در یک میلیون نفر جمعیت کشور		۳ انتشارات علمی
-	نسبت متخصصان ایرانی مقیم خارج به کل متخصصان کشور		
۸۰۰	تعداد مقالات در هر میلیون نفر از جمعیت (ppp)		
۱۵	میزان استنادات در واحد انتشارات (cpp)		
۱۰	نسبت فارغ التحصیلان دانشگاهی و حوزوی به مقالات نمایه سازی شده در نمایه های بین المللی		
۰ / ۴۰	نسبت مقالات نمایه سازی شده در سطح بین المللی به تعداد اعضای هیئت علمی		
-	تعداد مقالات منتشر شده در مجموعه مقالات کامل همایشهای معتبر علمی داخلی و خارجی به تفکیک		
-	تعداد مقالات منتشر شده به زبان فارسی در مجلات نمایه شده در پایگاههای بین المللی معتبر		

مطلوب در سال ۱۴۰۴	شاخص			
-	تعداد کتب علمی تخصصی تألیف شده و انتشار یافته توسط دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و ناشران معتبر علمی		انتشارات علمی ۳	
۱۶۰ نشریه با فاکتور تأثیر بالاتر از ۳	شمار نشریات با نمایه بین المللی معتبر			
۵۰۰۰۰	معتبر ملی	تعداد اختراعات و اکتشافات به ثبت رسیده به تفکیک ملی و بین المللی	فناوری و نوآوری ۴	
۱۰۰۰۰	معتبر بین المللی			
۱۵۰۰	نسبت فارغ التحصیلان دانشگاهی به اختراعات ثبت شده در پایگاههای معتبر بین المللی			
۰ / ۱۵	نسبت اختراعات ثبت در پایگاههای معتبر بین المللی به تعداد اعضای هیئت علمی			
-	شاخص نوآوری			
-	شاخص دستیابی فناوری			
-	تعداد فناوریهای پیشرفته کشور با رتبه جهانی بالا (۲۰ و بالاتر)			
-	تعداد شرکتهای دانش بنیان			
-	تعداد مقالات علمی معتبر با بیش از یک نویسنده			کارگروهی ۵
-	تعداد ثبت اختراعات با بیش از یک نام			
-	تعداد طرحهای تحقیقاتی با بیش از یک مجری			

مطلوب در سال ۱۴۰۴	شاخص				
۷ درصد	آموزش	سهم هزینه های آموزش و تحقیقات از تولید ناخالص داخلی	۶		
۴ درصد	تحقیقات				
۵۰ درصد	سهم بخش غیر دولتی در تأمین هزینه های تحقیقات				
-	نسبت هزینه کرد اعتبارات تحقیقاتی در اولویتهای علم و فناوری به کل اعتبارات تحقیقاتی کشور				
-	حجم قراردادهای مشاوره و پژوهشی صنعت با مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی				
-	سهم هزینه کرد تحقیق و توسعه از کل هزینه های بخش صنعت				
-	سهم هزینه کرد تحقیق و توسعه صنعت در مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی از کل هزینه های بخش صنعت				
-	تعداد مقالات مشترک با کشورهای دیگر به ویژه کشورهای اسلامی			۷	
-	تعداد پژوهش های بین المللی مشارکتی				
-	تعداد حوزه های علمی جدید التأسيس کشور برای نخستین بار در دنیا				
-	تعداد دانشمندان برجسته و مؤثر در مدیریت مجامع بین المللی				
-	تعداد سخنرانان مدعو و اعضای کمیته های علمی و راهبردی همایشهای معتبر بین المللی				
۲۲۵۰	تعداد مقالات بسیار پر استناد				
حداقل ۵ دانشگاه	تعداد دانشگاهها و مراکز پژوهشی که در رتبه بندی جهانی جزء ۱۰ درصد بهترین مراکز هستند				
-	میزان جذب دانشجویان و متخصصان دیگر کشورها				

مطلوب در سال ۱۴۰۴	شاخص		
-	توزیع رشته ۱ و تناسب آن با نیازهای مناطق مختلف کشور	آمایش آموزشی	۸
-	امکان ورود استعدادهای مناطق مختلف به دانشگاه ها		
-	امکان دسترسی به تحصیلات تکمیلی برای استعدادهای مناطق مختلف		
۴ درصد	درصد رشد سالیانه سرانه تولید ناخالص داخلی ناشی از علم و فناوری	اثر بخشی	۹
-	درصد کاهش میزان بیکاری به دلیل توسعه علم و فناوری		
-	میزان رشد شاخص توسعه انسانی		
بیش از ۵۰ درصد	سهم تولید محصولات و خدمات مبتنی بر دانش و فناوری داخلی از تولید ناخالص داخلی کشور		
-	سهم صادرات مبتنی بر فناوری های بالا از کل صادرات غیر نفتی کشور به درصد		
-	صدور خدمات فنی و مهندسی		
۵۰ درصد	سهم ارزش افزوده تولیدی صنایع با فناوری بالا و متوسط از کل ارزش افزوده تولیدی کشور		
-	میزان مشارکت دانشمندان و محققان کشور در تصمیم گیری امور مربوط به علم و فناوری		

راهبرد کلان ۶

تحول و نوسازی نظام تعلیم و تربیت اعم از آموزش و پرورش و آموزش عالی به منظور انطباق با مبانی تعلیم و تربیت اسلامی و تحقق اهداف کلان نقشه

راهبردهای ملی :

۱ - هدفمند سازی حمایت مالی و سرمایه گذاری و هزینه کرد دولت در آموزش عالی در راستای افزایش کارآمدی و پاسخگویی با رعایت اصل سی ام قانون اساسی ؛

- ۲ - انسجام بخشی و تقویت یکپارچگی در سیاستگذاری و نظارت و اعتبار سنجی در نظام آموزش عالی کشور؛
 - ۳ - طراحی الگوی گسترش آموزش عالی کشور متناسب با حوزه های اولویت دار علم و فناوری، نوع مؤسسات، اوضاع اقلیمی و نیازهای جامعه و اشتغال فارغ التحصیلان مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور؛
 - ۴ - ارتقای بهره وری مؤسسات آموزشی عالی و پژوهشی در چارچوب نظام تعلیم و تربیت اسلامی؛
 - ۵ - افزایش دسترسی همگانی به آموزش؛
 - ۶ - ارتقای بهره وری و تقویت بنیه مالی نظام آموزش و پرورش؛
 - ۷ - تحول در نگرش ها و روش ها و محتواهای آموزشی بر اساس جهان بینی و تعلیم و تربیت اسلامی به منظور ارتقای توانایی ها و تقویت تفکر منطقی و خلاق و جستجو گر در دانش آموزان و دانشجویان منطبق با آموزه های اسلامی در زمینه های فردی و خانوادگی و اجتماعی؛
 - ۸ - بالا بردن توان مدیریت منابع انسانی و ارتقای صلاحیت علمی و حرفه ای و منزلت اجتماعی و سطح معیشتی معلمان؛
 - ۹ - اصلاح و تقویت ساز و کار مدیریت مدارس به منظور ارتقای کارآمدی آنها؛
 - ۱۰ - ارتقای نقش و جایگاه خانواده در تعلیم و تربیت؛
- اقدامات ملی:

- ۱ - تدوین طرح جامع ساماندهی هدفمند سرمایه گذاری دولت در آموزش عالی به منظور شفاف سازی هزینه های تمام شده تحصیلی در مؤسسات آموزش عالی و ارتقای کارآمدی آنها؛ (۱)
- ۲ - افزایش استقلال مؤسسات آموزشی عالی و پژوهشی در مدیریت امور اداری، منابع مالی، درآمدها و هزینه ها از طریق افزایش اختیارات و مسئولیت پذیری هیأت های امنای آنان؛ (۱)
- ۳ - تقویت نظام راتبه (بورس) تحصیلی دانشجویان مستعد به منظور ارتقای نظام آموزش عالی کشور؛ (۱)
- ۴ - هدایت منابع و بودجه های آوزشی به سوی نیازها و مأموریت های ملی؛ (۱)
- ۵ - اصلاح و تدوین نظام برنامه ریزی آموزشی و پژوهشی بر اساس مبانی با توجه به نیازهای واقعی جامعه و نهادهای متقاضی در کشور؛ (۲)
- ۶ - استقرار نظام سنجش و پذیرش دانشجو در آموزش عالی کشور به منظور هماهنگی و انسجام بخشی در سطوح سیاستگذاری و نظارت و اجرا؛ (۲)
- ۷ - حمایت از مشارکت مردم و نهادهای عمومی و غیر دولتی و همچنین گسترش فرهنگ وقف در حوزه آموزش عالی با حفظ کارکردهای سیاستگذاری و نظارتی دولت؛ (۲)
- ۸ - توسعه فرهنگ پژوهش و کارآفرینی در آموزش عالی و برقراری تعامل فعال با نهادها و بنگاههای اقتصادی و اجتماعی در برنامه ریزی آموزشی؛ (۲)
- ۹ - ایجاد نهاد ملی مدیریت ارزشیابی و اعتبار سنجی و تضمین در نظام آموزش عالی تحت نظر شورای عالی انقلاب فرهنگی؛ (۲)؛
- ۱۰ - تقویت نظارت و اعمال سیاستهای آموزشی و پژوهشی کشور در دانشگاهها، خصوصاً دانشگاههای غیر دولتی، (۲)

۱۱ - ساماندهی و توسعه قطبهای علمی از جمله قطب های مشترک بین حوزه و دانشگاه ، به منظور انجام فعالیتهای علمی ویژه و مأموریت گرا در حوزه های اولویت دار ؛

۱۲ - اعطای مأموریت ویژه به برخی از مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی ممتاز و تقویت دوره های پسادکتری به منظور گسترش مرزهای دانش و احراز رتبه های ممتاز در رتبه بندی جهانی ؛ (۲)

۱۳ - جهت دهی دانشگاههای برتر کشور به اهتمام بیشتر در دوره های تحصیلات تکمیلی ؛ (۳)

۱۴ - رصد دائمی ظرفیت های محیطی و اقتضائات اجتماعی و تنظیم ظرفیت دانشگاه ها در مقاطع و حوزه های مختلف علمی متناسب با رتبه علمی آنها و نیازهای حال و آینده بر اساس اصول و ملاحظات آمایش سرزمین ؛ (۳)

راهبرد کلان ۷

جهت دهی آموزش ؛ پژوهش ، فناوری و نوآوری به سمت حل مشکلات و رفع نیازهای واقعی و اقتضائات کشور با توجه به آمایش سرزمین و نوآوری در مرزهای دانش برای تحقق مرجعیت علمی

قانون برنامه پنجم توسعه

ماده ۱۵- به منظور تحول بنیادین در آموزش عالی به ویژه در رشته های علوم انسانی ، تحقق جنبش نرم افزاری و تعمیق مبانی اعتقادی ، ارزش های اسلامی و اخلاق حرفه ای و با هدف ارتقاء کیفی در حوزه دانش و تربیت اسلامی ، وزارتخانه های علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مکلفند اقدامات زیر را انجام دهند :

الف - بازنگری متون ، محتوا و برنامه های آموزشی و درسی دانشگاهی مبتنی بر آموزه ها و ارزش های دینی و هویت اسلامی - ایرانی و انقلابی و تقویت دوره های تحصیلات تکمیلی با بهره گیری از آخرین دستاوردهای دانش بشری ، با اولویت نیاز بازار کار

ب - تدوین و ارتقاء شاخص های کیفی به خصوص در رشته های علوم انسانی به ویژه در رشته های علوم قرآن و عترت و مطالعات میان رشته ای با بهره گیری از امکانات و توانمندی های حوزه های علمیه و تأمین آموزش های مورد نیاز متناسب با نقش دختران و پسران

ج - نهادینه کردن تجارب علمی و عملی انقلاب اسلامی و دفاع مقدس با انجام فعالیت های آموزشی ، پژوهشی و نظریه پردازی در حوزه های مرتبط

د - همکاری با حوزه های علمیه و بهره مندی از ظرفیت های حوزه در عرصه های مختلف

ه- گسترش کرسی های نظریه پردازی ، نقد و آزاداندیشی ، انجام مطالعات میان رشته ای ، توسعه قطب های علمی و تولید علم بومی با تأکید بر علوم انسانی با همکاری شورای عالی حوزه علمیه و دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم

و - استقرار نظام جامع نظارت و ارزیابی و رتبه بندی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی بر اساس شاخص های مورد تأیید وزارتخانه های مذکور منوط به عدم مغایرت با مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی با هدف ارتقاء کیفیت آموزشی و پژوهشی

تبصره - پس از استقرار نظام جامع نظارت و ارزیابی و تضمین کیفیت، هرگونه گسترش و توسعه رشته‌ها، گروه‌ها و مقاطع تحصیلی موکول به رعایت شاخص‌های ابلاغی از سوی وزارتخانه‌های ذی‌ربط توسط دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی است. وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد مجازند عملیات اجرایی سنجش کیفیت و رتبه‌بندی را بر اساس این نظام به مؤسسات مورد تأیید در بخش غیردولتی واگذار نمایند.

ماده ۱۶- دولت مجاز است به منظور دستیابی به جایگاه دوم علمی و فناوری در منطقه و تثبیت آن تا پایان برنامه پنجم، اقدامات زیر را انجام دهد:

الف - بازنگری آیین‌نامه ارتقاء اعضای هیأت علمی به نحوی که تا پنجاه درصد (۵۰٪) امتیازات پژوهشی اعضای هیأت علمی معطوف به رفع مشکلات کشور باشد.

برای تحقق این امر تمهیدات لازم برای ارتقاء هیأت علمی از جمله توسعه و تقویت دوره‌های تحصیلات تکمیلی، افزایش فرصت‌های مطالعاتی اعضای هیأت علمی در داخل و خارج از کشور و ایجاد مراکز تحقیقاتی و فناوری پیشرفته علوم و فنون در کشور، تسهیل ارتباط دانشگاه‌ها با دستگاه‌های اجرایی از جمله صنعت فراهم گردید.

ب - ایجاد ظرفیت لازم برای افزایش درصد پذیرفته‌شدگان دوره‌های تحصیلات تکمیلی آموزش عالی، با ارتقاء کیفیت به گونه‌ای که میزان افزایش ورود دانش‌آموختگان دوره کارشناسی به دوره‌های تحصیلات تکمیلی به بیست درصد (۲۰٪) برسد.

ج - برنامه‌ریزی و حمایت لازم برای تأمین هیأت علمی مورد نیاز دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی به منظور ارتقاء شاخص نسبت عضو هیأت علمی تمام وقت به دانشجو در تمامی دانشگاه‌ها اعم از دولتی و غیردولتی به گونه‌ای که تا پایان برنامه نسبت کل دانشجو به هیأت علمی تمام وقت در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی عالی غیردولتی به حداکثر چهل و در دانشگاه پیام نور به حداکثر دویست و پنجاه برسد.

د - نسبت به ایجاد، راه‌اندازی و تجهیز آزمایشگاه کاربردی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی، شهرک‌های دانشگاهی، علمی، تحقیقاتی، شهرک‌های فناوری، پارک‌های علم و فناوری و مراکز رشد از طریق دستگاه‌های اجرایی و شرکت‌های تابعه و وابسته آنها اقدام نماید. بخشی از نیروی پژوهشی این آزمایشگاه‌ها می‌تواند توسط پژوهشگران دستگاه اجرایی یا شرکت، اعضای هیأت علمی و دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه تأمین گردد. دستگاه‌های اجرایی و شرکت‌ها می‌توانند بخشی از اعتبارات پژوهشی خود را از طریق این آزمایشگاه‌ها هزینه نمایند.

ه - به منظور افزایش سهم تحقیق و پژوهش از تولید ناخالص داخلی به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که سهم پژوهش از تولید ناخالص داخلی، سالانه به میزان نیم درصد (۰/۵٪) افزایش یافته و تا پایان برنامه به سه درصد (۳٪) برسد. در این راستا منابع تحقیقات موضوع این بند را هر سال در بودجه سنواتی در قالب برنامه‌های خاص مشخص نموده و نیز در پایان سال گزارش عملکرد تحقیقاتی کشور موضوع این بند را به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارائه نمایند.

و - وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند با همکاری سایر دستگاه‌های ذی‌ربط ضمن اعمال اقدامات ذیل شاخص‌های آن را پایش نموده و گزارش عملکرد سالانه را به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارائه نمایند.

۱- ارتقاء کمی و کیفی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی بر اساس عدالت آموزشی و اولویت های سند چشم انداز با رعایت سایر احکام این ماده

۲- اصلاح هرم هیأت علمی تمام وقت دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی اعم از دولتی و غیردولتی با فراهم آوردن بسترهای لازم و با تأکید بر شایسته سالاری

۳- گسترش ارتباطات علمی با مراکز و نهادهای آموزشی و تحقیقاتی معتبر بین المللی از طریق راه اندازی دانشگاه های مشترک ، برگزاری دوره های آموزشی مشترک ، اجرای مشترک طرح های پژوهشی و تبادل استاد و دانشجو با کشورهای دیگر با تأکید بر کشورهای منطقه و جهان اسلام به ویژه در زمینه های علوم انسانی ، معارف دینی و علوم پیشرفته و اولویت دار جمهوری اسلامی ایران بر اساس نقشه جامع علمی کشور با هدف توسعه علمی کشور و توانمندسازی اعضای هیأت علمی

۴- ایجاد هماهنگی بین نهادها و سازمان های پژوهشی کشور جهت سیاستگذاری ، برنامه ریزی و نظارت کلان وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری و شورای عالی علوم ، تحقیقات و فناوری

۵- تدوین و اجرای طرح نیازسنجی آموزش عالی و پژوهشی در نخستین سال اجرای برنامه به منظور توسعه متوازن مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و غیردولتی با توجه به نیازها و امکانات

۶- استقرار نظام یکپارچه پایش و ارزیابی علم و فناوری کشور تحت نظر شورای عالی علوم ، تحقیقات و فناوری با هماهنگی مرکز آمار ایران جهت رصد وضعیت علمی کشور در مقیاس ملی ، منطقه ای و بین المللی و تعیین میزان دستیابی به اهداف اسناد بالادستی مبتنی بر نظام فراگیر و پویای آمار ثبتي و ارائه گزارش سالانه به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی

۷- انجام اقدامات قانونی لازم برای تکمیل و اجرای نقشه جامع علمی کشور در راستای بند (۱۱) سیاست های کلی ابلاغی برنامه پنجم

۸- برنامه ریزی برای تحقق شاخص های اصلی علم و فناوری شامل سهم درآمد حاصل از صادرات محصولات و خدمات مبتنی بر فناوری های پیشرفته و میانی ، سرانه تولید ناخالص داخلی ناشی از علم و فناوری ، تعداد گواهی ثبت اختراع ، تعداد تولیدات علمی بین المللی ، نسبت سرمایه گذاری خارجی در فعالیت های علم و فناوری به هزینه های تحقیقات کشور و تعداد شرکت های دانش بنیان

دولت موظف است به گونه ای برنامه ریزی نماید که تا پایان برنامه حداقل به جایگاه رتبه دوم در منطقه در این زمینه برسد

خلاصه سند

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

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 ارایه شده است.

در این سند با استفاده از ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی، توسعه آموزش پزشکی را در سطح شهرستانها، سازماندهی نموده است. از مشخصه‌های حایز اهمیت در تدوین معیارها و ضوابط توسعه، توجه عمیق و علمی به امکانات و ویژگی‌های هر منطقه جغرافیایی می‌باشد.

این سند یکی از استراتژی‌های گسترش آموزش عالی بخش سلامت در عرصه سرزمین و یا به عبارتی یکی از ارکان آمایش آموزش عالی بخش سلامت را تعیین می‌کند.

از اهداف این سند می‌توان به تربیت نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای کشور در بخش سلامت، توسعه هدفمند آموزش عالی سلامت در عرصه سرزمین، مشارکت بخش‌های مختلف کشور در تربیت نیروی انسانی، افزایش بومی‌گزینی در پذیرش دانشجو، افزایش بکارگیری نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق بومی، افزایش اختیارات دانشگاه‌های علوم پزشکی در بخشهای فرااستانی، تولید برنامه‌ها و کوریکولوم‌های مورد نیاز مناطق، افزایش ماندگاری نیروی انسانی متخصص بخش سلامت در منطقه، ارتقای همکاری‌ها و هماهنگی‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در کلان منطقه در فعالیتهای فرااستانی با هدف هم‌افزایی 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 بخش‌های مختلف وزارت بهداشت در برنامه ریزی عملیاتی برای کلان منطقه‌ها اشاره نمود.

تقسیم بندی‌های متعددی برای مراکز آموزش عالی وجود دارد. در این سند ترتیب قرار گرفتن دانشگاه‌ها در کلان منطقه با توجه به تقسیم بندی‌های ذکر شده در برنامه چهارم توسعه، مصوبات هیات دولت و آرایش آمایشی دانشگاه‌های 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 سه‌گانه 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 دانشگاههای 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 دانشگاهها علوم پزشکی، شورای معاونین و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و تغییرات لازم در آنها اعمال شده است.

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

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 برنامه ریزی 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 تعبیر 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 واسکان 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 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 (۱۳۶۹-۱۳۷۶) 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 باعنوانهای 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.

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 می‌شود با پیشنهاد شورای آمایش سرزمین در چهارچوب قوانین مربوطه کشور، سیاست‌های تشویقی و بازدارنده، از جمله یارانه سود و کارمزد تسهیلات بانکی، تعرفه‌ها، عوارض و سایر مقررات را برای فعالیتها و مناطق مختلف کشور به‌گونه‌ای تنظیم نماید که برنامه‌ها، اقدام‌ها و سرمایه‌گذاری‌های بخشهای عمومی و غیردولتی در راستای تحقق جهت‌گیری‌های 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 تعیین رتبه توسعه انسانی در سطح جهان محسوب می شود.

رتبه شاخص توسعه انسانی ^۲	کشور	مقدار شاخص توسعه انسانی	طول عمر	سرنانه 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

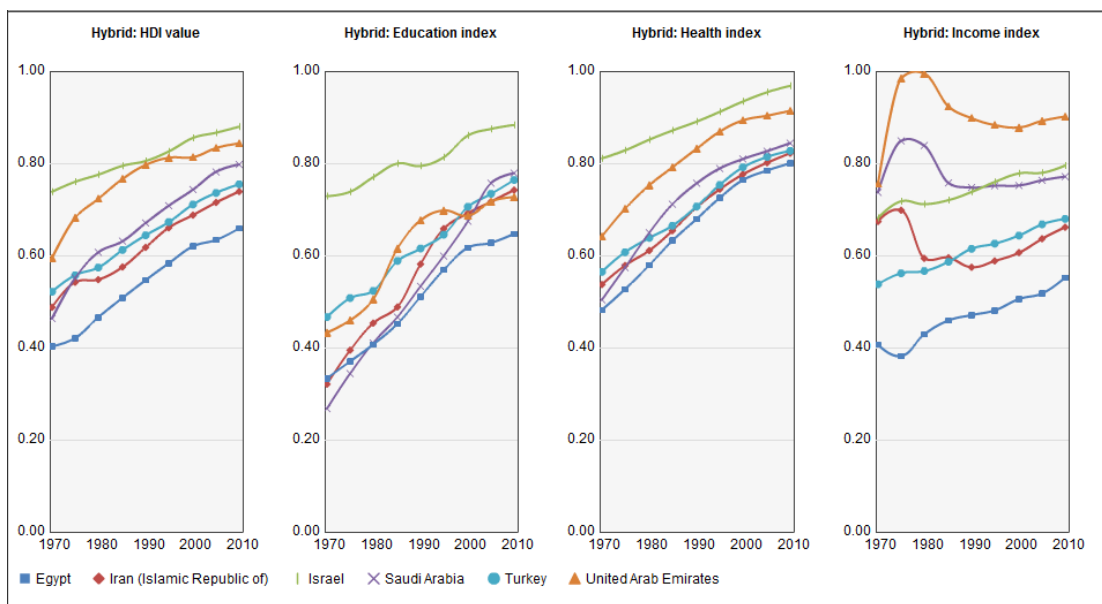
جدول شماره ۱- شاخص توسعه انسانی در فاصله سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ در برخی کشورها

^۱ Human Development Index

^۲ Human Development Index

^۳ Mean Years of Schooling

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.

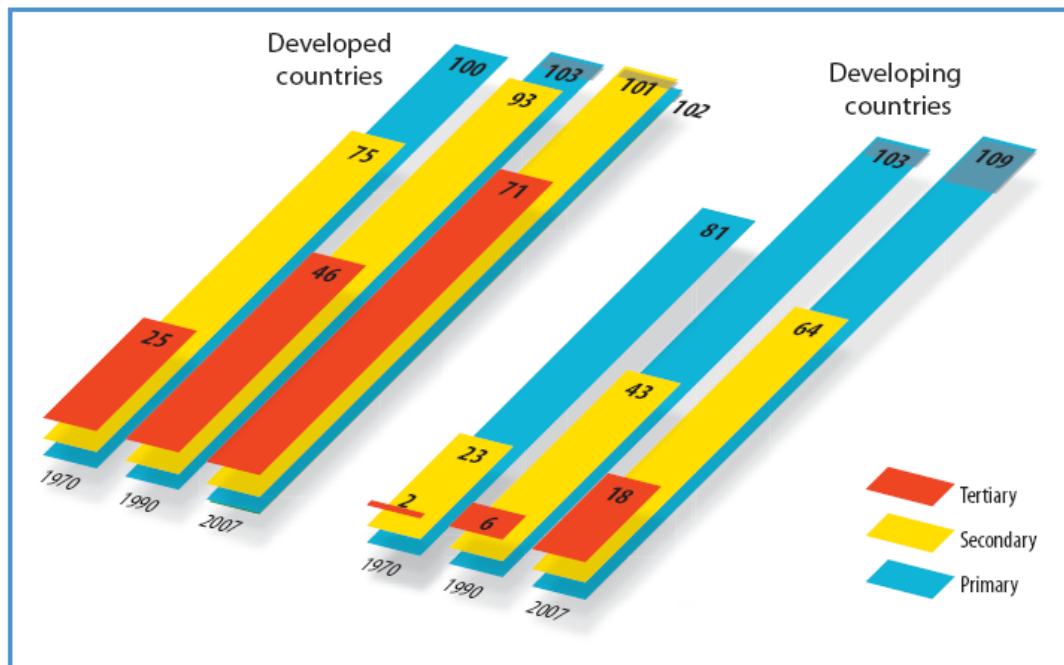


نمودار شماره ۱- روند تغییرات شاخص توسعه انسانی از سال ۱۹۷۰-۲۰۱۰ (ایران و برخی از کشورهای منطقه)

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 (۲۰، ۶۵، ۱۰۰)، 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، (۵۰، ۷۵، ۱۰۰) 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

^۱Massification of Higher Education

^۲Literacy 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 بدنال 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. تاثیرات 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 دهه 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. بدنال انبوه سازی آموزش عالی تنها در کشور چین بیش از سی میلیون دانشجو مشغول به تحصیل هستند.

¹ Community Colleges

² Gaële Goastellec, Understanding Inequalities in, through and by Higher Education; 2010 Sense Publishers

³ 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
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

¹ Self-actualization

² Human Development Index

³ Mean Years of Schooling

⁴ Expected Years of Schooling

⁵ Net Primary Enrolment Ratio

⁶ Net Secondary Enrolment Ratio

⁷ Gross Tertiary Enrolment Ratio

در مورد کشور ما نکات زیر شایان توجه است:

- 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

متوسط سال های تحصیل	سال های تحصیل مورد انتظار
2.1	-
2.8	8.4
3.7	9.7
4.4	10.9
5.1	12.2
6.1	13.0
7.2	14.0

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 هایی که در هر سال حداقل ۵۰ فارغ التحصیل دکتری حداقل در پانزده رشته مختلف دارند.	Research (Doctoral Extensive : Universities)	دانشگاه پژوهشی
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.	Research (Doctoral Intensive : Universities)	دانشگاه پژوهشی
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	دانشگاه آموزش عالی
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	دانشگاه آموزش عالی
کالج هایی که برنامه های آموزشی مختلف در مقطع کارشناسی دارند.	Baccalaureate Colleges	مرکز آموزش عالی
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	مرکز آموزش عالی

جدول شماره ۴- تقسیم بندی بنیاد کارنگی

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

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

¹ The Carnegie Classification of Institutions of Higher Education

تعداد مناسب مراکز آموزش عالی

نهیست 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.








جدول شماره ۶- نسبت دانشگاه به جمعیت در چند کشور

	Country	Number of universities	Population	U / P
1.	 India	8,407	1192	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

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 فضا و مساحت، 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 دانشگاه های با ابعاد بزرگ، تنوع خدمات، تمرکز امکانات و به صرفه بودن¹ 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 آموزش میان 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 منابع² 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 در 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 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

¹Economy of Scale

²Dis-economy of Scale

دیگر، باید مد نظر قرار گیرد و تاسیس دانشگاههای جدید باید با ضوابطی اجرایی صورت گیرد. رابطه میان اندازه و ابعاد 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 دانشگاه‌ها و مهاجرت درون‌کشوری نخبگان

اگرچه بخش عمده ادبیات مهاجرت نخبگان حول مهاجرت بین‌کشوری نخبگان شکل گرفته است، در دوده اخیر پژوهش‌های زیادی بر روی مهاجرت درون‌کشوری 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 شده‌اند و این درصد نسبت به دهه ۱۳۶۵-۷۵، حدود ۲/۷ درصد افزایش داشته است. که حاکی از افزایش جریان مهاجرت درون‌کشوری می‌باشد. 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 می‌رود استان تهران با پذیرش بیش از ۳۰ درصد کل مهاجران کشور مهمترین مقصد مهاجرین را تشکیل می‌دهد. مطالعات نشان داده است که مهمترین علت مهاجرت درون‌کشوری^۱ دستیابی به فرصت‌های شغلی است، ولی مهمترین علت مهاجرت درون‌کشوری نخبگان^۲، دستیابی به فرصت‌های تحصیلی می‌باشد. در فاصله سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ بیش از یک میلیون مهاجرت درون‌کشوری تنها به منظور دستیابی به فرصت‌های تحصیلی صورت گرفته است.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مهاجرت درون‌کشوری نخبگان تاثیر مخرب بر توسعه شهرستانهای زادگاه آنان می‌گذارد. علاوه بر آن مهاجرت درون‌کشوری نخبگان مهمترین پیش‌زمینه مهاجرت نخبگان به خارج از کشور می‌باشد. به بیان دیگر اغلب نخبگان جلای وطن کرده، قبل از خروج از کشور ابتدا زمانی را در پایتخت یا سایر شهرهای بزرگ سپری می‌کنند. از دیدگاه بسیاری از صاحب‌نظران، جلوگیری از مهاجرت درون‌کشوری نخبگان، موثرترین روش مبارزه با مهاجرت برون‌کشوری آنان می‌باشد. و مهیا کردن فرصت‌های تحصیلی در سطح شهرستان‌ها مهمترین شیوه جلوگیری از مهاجرت درون‌کشوری نخبگان محسوب می‌گردد.

یکی دیگر از عوارض نامطلوب مهاجرت‌های تحصیلی، آسیب‌های اجتماعی‌ای است که متوجه دانشجویان غیر بومی می‌باشد. مطالعات متعدد ارتباط قوی بین غیر بومی بودن دانشجویان با مصرف سیگار، مصرف نوشابه‌های الکلی، اعتیاد، روابط نامشروع با جنس مخالف، و حتی جذب شدن در گروه‌های منحرف و خرافی را نشان داده است. اگرچه بومی‌گزینی استانی بخشی از این مشکلات را کاهش می‌دهد اما حتی در درون یک استان دانشجویانی که به منظور تحصیل از شهرستان‌ها به مرکز استان مهاجرت می‌کنند از مشکلات مشابه رنج می‌برند.

¹Intra-national Migration

² Intra-national Brain Drain

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 الگویی «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 استانهای دیگر حدود ۵۴ 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

¹Inequity of Access

² Elite Immigration or (Brain Drain)

³ R & D: Research & Development

⁴ Incubators

⁵Science & Technology Parks

⁶Technology Transfer

⁷Health Promotion

که تاثیر 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.

^۱Health Services

^۲Community Based Approach

^۳Community Engagement

^۴Community 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 ارائه کند. مفهوم کمپ های دانشگاهی بعنوان 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 ارائه می شود. دانشجویان پزشکی چهار دوره (طب داخلی، جراحی، کودکان و زنان) از دوره های کارآموزی خود را در گردش^۶ 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:

¹ Rondinelli

² Deconcentration

³ Delegation

⁴ Devolution

⁵ Privatization

⁶ Rotation

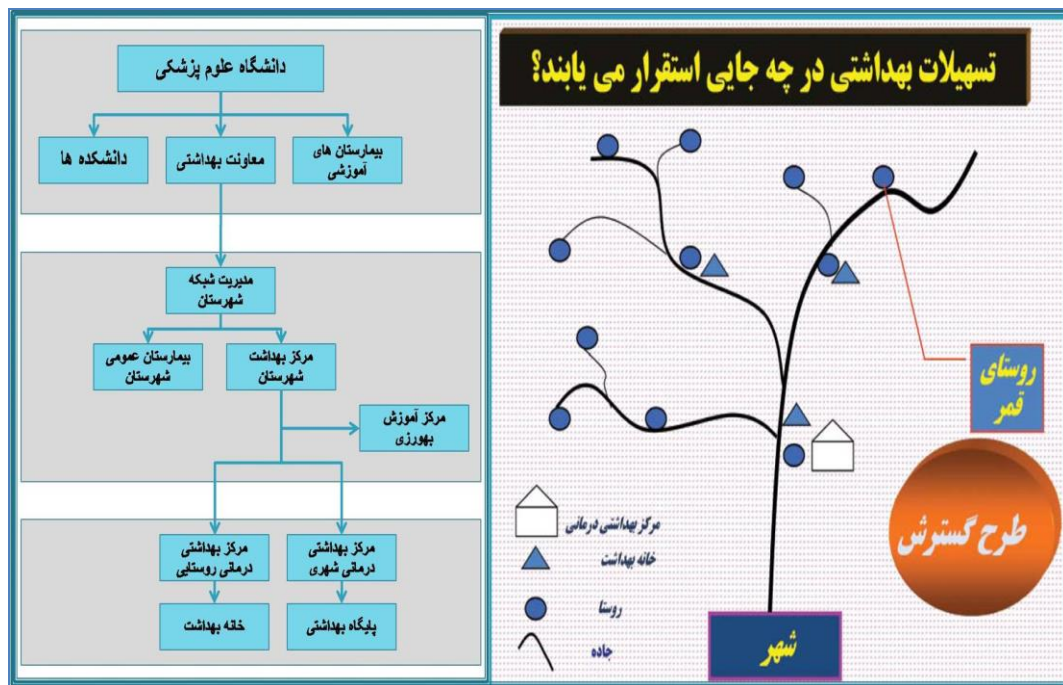
۱. افزایش ظرفیت پذیرش دانشگاهها برای ثبت نام بیشتر متقاضیان با امکان جذب بیشتر نیروهای منطقه ای
 ۲. افزایش کارکنان خدمات سلامت برای توسعه خدمات در منطقه
 ۳. افزایش دسترسی بیماران به خدمات تخصصی تر و دارای کیفیت مناسب تر در یک محیط پویای آموزشی با حضور رزیدنتها و اساتید آموزشی در منطقه
 ۴. تحقق هر چه بیشتر رسالت تعهد اجتماعی موسسات آموزشی در راستای پاسخگویی اجتماعی و ارتقای جامعه. بسیاری از متخصصان اقتصاد آموزشی معتقد بودند که ایجاد دانشگاهها 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 سیستمهای 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 فعالیتهای و تاثیرات دانشگاههای 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.
- 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 بدنبال 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

روش:

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

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.

¹Human Capital Development

²Massification of Higher Education

³ Apprenticeship

⁴ Work-Based Learning

مدرسين و مريان:

۱. متخصصين پنج گانه واجد شرايط شاغل در بيمارستان شهرستان
۲. پزشكان عمومي واجد شرايط شاغل در بيمارستان شهرستان
۳. متخصصين طرح ضريب كا واجد شرايط شهرستان
۴. ساير ارايه كنندگان خدمت غير پزشك شاغل در بيمارستان شهرستان
۵. هيات علمي دانشگاه مركز استان بصورت انتقالي، مامور، و يا 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 ارائه 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 ارائه 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 جایگاه های 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 ارائه 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

موسسات 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 (اطلاعات تکمیلی در ضمیمه یک)

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 ارتقای 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 بتواند 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.

¹ World class Universities of Medical Sciences

² National class Universities of Medical Sciences

³ Provincial class Universities of Medical Science

⁴ Medical Sciences School

⁵ Health Higher Education Center

⁶ جایگاه اول علمی و فناوری در سطح منطقه، برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، و جنبش نرم افزاری تولید علم

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، فعالیتهای 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 ارایه خدمات: ارایه خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی و درمانی

ج. در حیطه توسعه جامعه: مشارکت فعال در سیاستگذاری های کشوری

۲. 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 ارایه خدمات: ارایه 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

¹National Class Universities of Medical Sciences

²Provincial University of Medical Sciences

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی^۱

این دانشکده ها از نظر مدیریتی، مالی و اداری، یک نهاد مستقل محسوب می شوند ولی از نظر آموزشی در ارتباط با^۲ دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان عمل می کنند. 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:

أ. 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

۳. 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 :

أ. 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

¹ Medical Sciences School

² Affiliated

دانشگاه های ویژه (مستقر در مناطق غیربرخوردار)

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.

کمبودهای 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.

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	سرآمدی در آموزش	۱
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)	سرآمدی در پژوهش	۲
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	جهانی شدن ^۱	۳
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	بین المللی شدن ^۲	۴
کسب رتبه بهتر از ۵۰۰ در رتبه بندی Shanghai Jiaotong یا QSTimes	کسب اعتبار جهانی ^۳	۵
ارایه حداقل ۵ برنامه آموزشی منجر به مدرک کاملا مجازی	مجازی شدن ^۴	۶
کسب رتبه بهتر از ۱۰۰۰ در رتبه بندی Webometric	حضور در وب	۷
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

¹Globalization

² Internationalization

³ International Respect

⁴Virtualization

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
رتبه ۱ تا ۳۵۰	رتبه ۳۵۰ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۷۰۰	رتبه ۷۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۳۵۰
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
رتبه ۱ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۷۰۰	رتبه ۷۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰	رتبه ۵۰۰
رتبه ۱	رتبه ۲	رتبه ۳	رتبه ۴	رتبه ۵ تا ۷	رتبه ۸ تا ۱۰	رتبه پژوهشی کشوری
رتبه ۱ تا ۲۰۰	رتبه ۲۰۰ تا ۳۵۰	رتبه ۳۵۰ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۲۰۰
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
رتبه ۱ تا ۲۵۰	رتبه ۲۵۰ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۰ تا ۴۰۰	رتبه ۴۰۰ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۲۵۰
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
رتبه ۱ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰	رتبه ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰	رتبه ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰
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
رتبه ۱ تا ۳۰۰	رتبه ۳۰۰ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۷۰۰	رتبه ۷۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۳۰۰
رتبه ۱	رتبه ۲	رتبه ۳	رتبه ۴	رتبه ۵ تا ۷	رتبه ۸ تا ۱۰	رتبه آموزشی کشوری
رتبه ۱ تا ۲۰۰	رتبه ۲۰۰ تا ۳۵۰	رتبه ۳۵۰ تا ۵۰۰	رتبه ۵۰۰ تا ۱۰۰۰	رتبه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰	رتبه ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰	رتبه ۲۰۰

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، ایران، 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:

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	مطلوب	مطلوب	بیش از ۱,۵٪	بیش از ۳۰ درصد
۵۰۰۰۰۰	مطلوب	مطلوب	جمعیت شهرستان	بیش از ۲۵ 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 وحله اول، شهرستان مورد نظر باید از زیر ساخت های مناسب برای راه اندازی این مرکز برخوردار باشد. در

وحله 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. تربیت نیروی انسانی متخصص در مجتمع‌های آموزش عالی سلامت تا سقف مقطع کارشناسی می 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

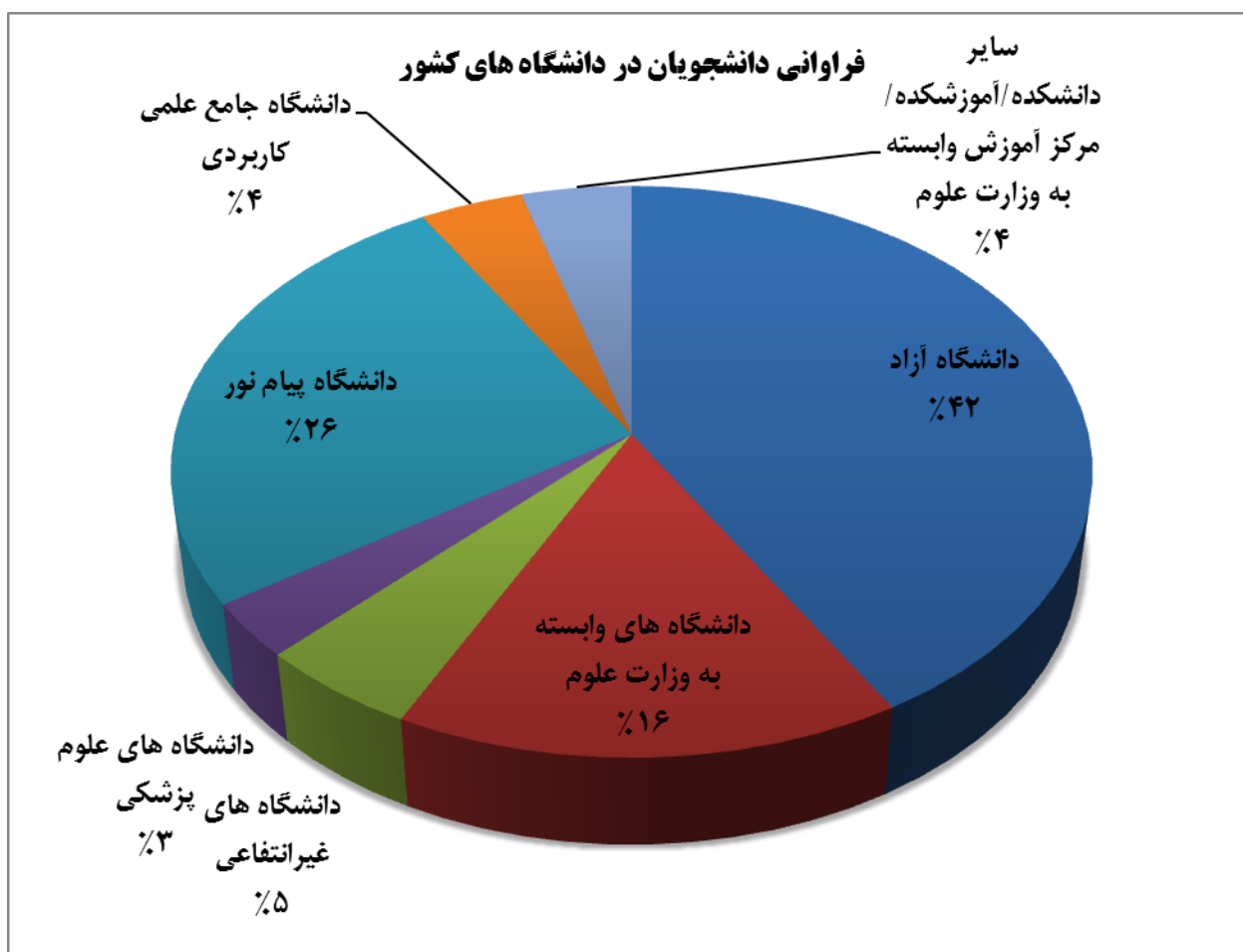
- جمعیت بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر

توسعه آموزش پزشکی استان		زیر ساخت سلامت شهرستان
مطلوب	نامطلوب	
پرديس دانشگاه استان در مرکز شهرستان	-----	نامطلوب
تاسيس مجتمع آموزش عالی سلامت	صدر موافقت اصولی برای تاسيس 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

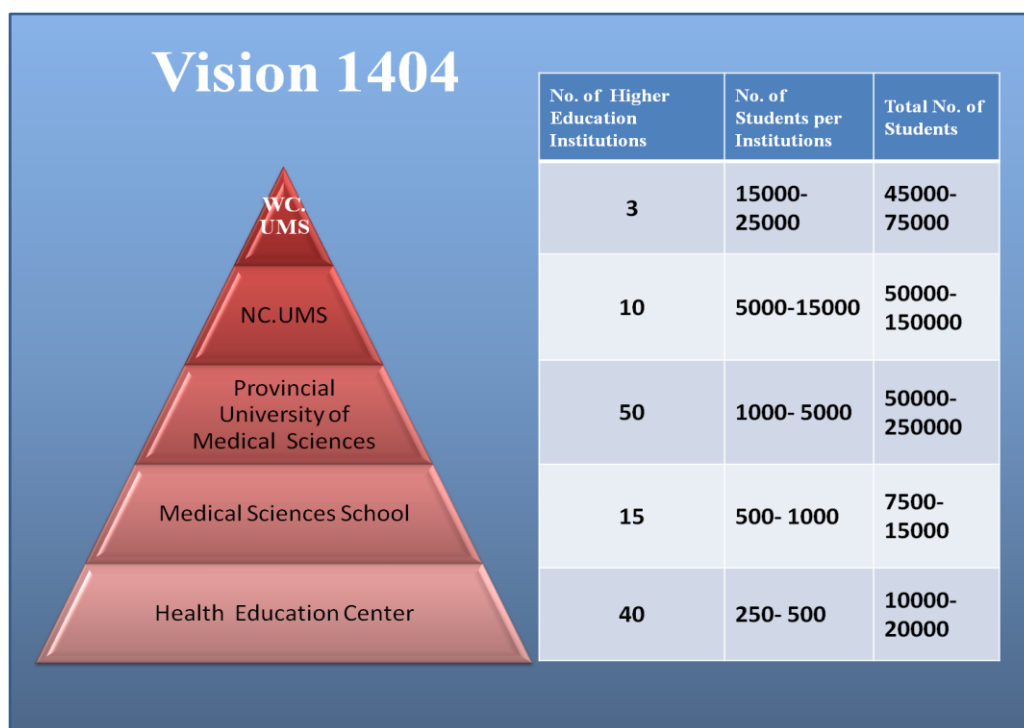
در حال حاضر بیش از ۱۲۰۰۰۰ دانشجوی در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور مشغول به تحصیل می باشند.



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 اندازکمی توسعه مؤسسات آموزش عالی سلامت تا سال ۱۴۰۴ در جدول زیر مشخص شده است:



شکل شماره ۱- مدل چشم اندازکمی 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 هیات دولت، ۱۳۸۳/۸/۶ 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، بندرعباس، بوشهر، یاسوج و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
۶. منطقه شش: شامل دانشگاه های علوم پزشکی زنجان، اراک، قزوین، قم، البرز و دانشکده های علوم پزشکی مستقر در منطقه.
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، بجنورد، سبزوار، گناباد، تربت حیدریه، و دانشکده های علوم پزشکی منطقه.

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

واحدهای مرتبط دانشگاه آزاد اسلامی در هر استان در ارتباط^۱ با دانشگاه علوم پزشکی مرکز آن استان فعالیت خواهند کرد^۲ و به این ترتیب در شبکه مراکز آموزش عالی سلامت منطقه مربوطه تعریف خواهند شد. براساس این تقسیم بندی، دانشگاههای علوم پزشکی ضمن انجام رسالت های قبلی در منطقه تحت پوشش خود، در موضوعات فرااستانی با سایر دانشگاه های مستقر در منطقه خود در تعامل نزدیک خواهند بود. این دانشگاه ها شورای رؤسا و معاونین مربوطه را در منطقه مربوطه 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 برخوردار 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 فرااستانی ارتقا خواهند داد.

^۱ Affiliated

^۲ نوع تعامل و تعهدات متقابل واحدهای مرتبط دانشگاه آزاد اسلامی با دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان در قالب موافقت نامه ای که توسط دانشگاه آزاد اسلامی و معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تدوین می گردد، تعیین می شود.

✓ با تشکیل قطب‌ها دانشگاه‌ها قادرند تمامی نیروی انسانی مورد نیاز خود را در کلان منطقه تربیت و سپس بکارگیری نمایند. و این موضوع به ماندگاری نیروی انسانی و بومی‌گزینی کمک شایانی خواهد کرد.

ترتیب قرار گرفتن دانشگاه‌ها در کلان منطقه با توجه به تقسیم‌بندی‌های ذکر شده در برنامه چهارم توسعه، مصوبات هیات دولت و آرایش آمایشی دانشگاه‌های 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 سه‌گانه موسسات ملی، موسسات استان، و موسسات شهرستان وجود دارد.

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

شکل شماره ۲- کلان مناطق نظام سلامت و دانشگاه‌های 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 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. تقسیم وظایف این دانشگاه ها در جدول زیر مشخص شده است:

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

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

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

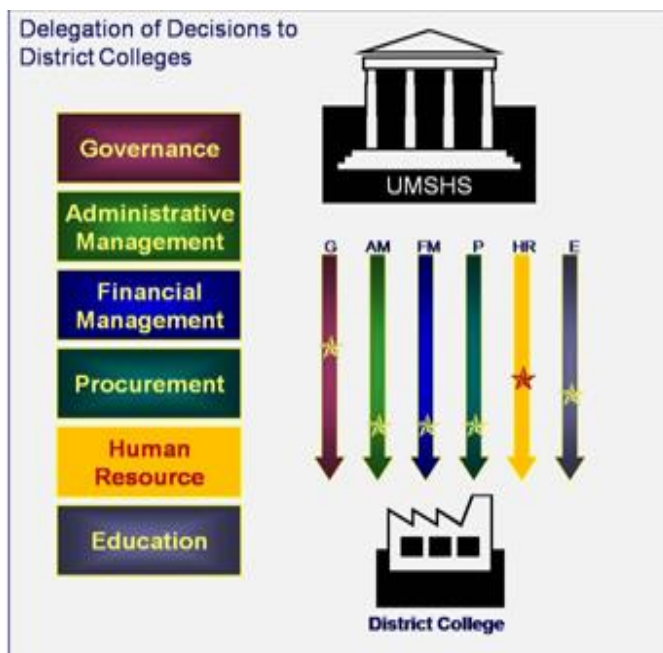
*** دانشگاه های علوم پزشکی بقیه ... (عج) ، شاهد، ارتش، بهزیستی و توانبخشی و آزاد اسلامی در کلان منطقه تهران بزرگ ۱۰ مستقر هستند.**

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

مجتمع آموزش عالی 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 رییس دانشگاه استان تعیین می گردد. رییس 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 رییس مرکز در قبال عملکرد مالی و پشتیبانی به هیات امنای 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 موسسات 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 موسسات 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 موسسات 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 دانشگاهها و موسسات آموزش عالی سلامت
 - تصویب ضوابط دانشگاههای با کارکرد بین المللی
 - تصویب رسالت دانشگاهها بر اساس سطح بندی
 - تصویب ضوابط تاسیس سایر دانشگاهها و موسسات 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؟
- دانشگاههای علوم پزشکی که ضوابط تعیین شده در این سند را در عرصه بین الملل بدست آورند می توانند به دانشگاههای با عملکرد بین الملل تبدیل شده و از حمایتهای 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 دانشگاههای 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.
 - 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

^۱ Operational Guide

اعتبار بخشی مصوب شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی است. این دانشکده ها علیرغم استقلال مدیریتی و مالی، از نظر آموزشی توسط دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان حمایت می شوند و تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان عمل می کنند.

- 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 معاونت های 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: دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل

گستره علم از دیرباز آنچنان بوده است که بسیاری از متخصصان و دانشمندان جهت دسترسی و کسب آن به نقاط مختلف سفر می کرده اند، و امروزه سرعت جهانی شدن، جابجایی دانشجویان و اساتید و پژوهشگران، همکاری پژوهشی بین المللی و اصولاً آموزش فرامرزی، قویا مورد توجه قرار گرفته است. بازار کار کنونی نیازمند فارغ التحصیلانی است که زبان بین المللی و مهارت های بین فرهنگی داشته باشند تا بتوانند به خوبی در صحنه های جهانی حضور یابند. در چنین شرایطی، بین المللی سازی از مهمترین برنامه های دانشگاهها و مراکز آموزش عالی خواهد بود.

بین المللی سازی از منظرهای مختلف و با روش و رویکردهای متفاوتی قابل بررسی است:

فعالیت: تاکید چنین رویکردی بر فعالیت است که به موجب آن آموزش بین المللی در برنامه درسی ادغام می شود و جنبه بین فرهنگی افزایش می یابد و این شامل حضور دانشجویان بین المللی، بین المللی سازی کوریکولوم های آموزشی، و جابجایی دانشجو، استاد، برنامه های آموزشی و حتی محیط آموزشی می شود.

قابلیت: در این رویکرد، بین المللی شدن، یک فرایند تغییر از یک موسسه آموزش عالی در سطح ملی به یک موسسه آموزش عالی بین المللی است که منجر به گنجانیدن استانداردهای بین المللی در تمام جوانب مدیریت جامع آن می شود تا کیفیت آموزش و یادگیری را بالا برده و به قابلیت های مورد نظر دست یابد. بین المللی سازی، توانایی های موسسه را در رابطه با تدریس و پژوهش بالا می برد و دانشگاه می تواند دوره های آموزشی اش را در مقابل معیار های بین المللی محک بزند. معمولاً دلایل بین المللی شدن دانشگاه ها، علاوه بر مسائل سیاسی، اجتماعی، و همچنین دلایل اقتصادی که اخیراً بسیار مورد توجه قرار می گیرد، ارتقای کیفیت آموزشی دانشجویان خارجی، بالا بردن کیفیت دانشجویان داخلی، اساتید و کارکنان، و بین المللی سازی مواد درسی است.

ویژگی ها: این رویکرد، بین المللی شدن را فرایند تقویت ویژگی بین المللی پردیس هایی می داند که تحت حمایت موسسه آموزش عالی اصلی می باشند. شاید بتوان استدلال کرد که ایجاد پردیس های بین الملل نیز در کشور با تاکید بر این موضوع بوده است. این دیدگاه بر ایجاد فرهنگ و شرایطی تاکید می کند که حمایت کننده دیدگاه ها و انجمن ها و موسسات بین المللی است.

فرآیند: این رویکرد، بین المللی شدن را فرایندی پایدار از تلفیق جنبه بین المللی و بین فرهنگی در تدریس، پژوهش و عملکردهای خدماتی موسسه می داند.

ضرورت بین المللی شدن آموزش عالی در ایران

یکی از اهداف بین المللی سازی آموزش عالی، فراهم کردن مناسب ترین آموزش برای دانشجویانی است که شهروندان، دانشمندان و تاثیرگذاران جامعه آینده خواهند بود. اگرچه بین المللی سازی، خود یک هدف نیست ولی راهگشای مسیری برای تغییر و رشد است. در عصر حاضر، بین المللی سازی می بایست به تولید مهارت های مورد نیاز در قرن بیست و یک کمک کند، موجب رشد نوآوری شود، جایگزین هایی ایجاد کند و در عین حال موجب افزایش موقعیت های شغلی شود.

اهمیت بین المللی سازی برای موسسات آموزش عالی

بین المللی سازی موسسات آموزش عالی کشور را قادر می سازد تا:

- در سطح ملی و بین المللی در گستره وسیع تری مشاهده شوند
- قابلیت های نهادی را از طریق مشارکتهای راهبردی با دانشگاههای بین المللی بالا ببرند
- موجب رشد جامعه آکادمیک داخل کشور می شود

- زمینه جا به جایی (موبیلیته) اندیشمندان و دانشجویان ایرانی را در دنیا فراهم می کند و موجب افزایش اعتبار بین المللی دانشگاههای کشور می شود.
- به تجربه دانشجویان، نتایج آموزشی جدید و تاثیرگذاری اضافه کند
- موجب رشد مجموعه های پژوهشی شود

اهمیت بین المللی سازی برای دولت ها

بین المللی سازی دولت ها را قادر می سازد تا:

- نظامهای دانشگاه ملی را در یک چهارچوب جهانی و وسیع تر توسعه دهند
- نیروی کار ماهر با آگاهی جهانی و قابلیت های چند فرهنگی پرورش دهند
- با سرمایه گذاری هدفمند در این حوزه به توسعه و رشد مشارکت ملی در اقتصاد دانش جهانی کمک کنند.
- از مزایای اقتصادی در حوزه آموزش بهره ببرند

پیامدهای بین المللی سازی دانشگاهها

اغلب موسسات آموزش عالی دنیا، اهمیت ویژه ای به بین المللی سازی می دهند. بین المللی سازی نتایج و پیامدهای خاص خود را دارد که برخی از آنها عبارتند از:

- کمک به صلح جهانی
- آشنایی افراد با فرهنگ و زبان ایران و شناساندن فرهنگ ایرانی به جهانیان
- ارتقا سطح فرهنگی
- ارتقا آموزش در دنیا
- کمک به کیفیت زندگی در جوامع بشری

رسالت دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین المللی

دانشگاه های با عملکرد بین المللی، سه نقش اساسی دارند:

برتری/تعالی در آموزش: مسلماً این هدف نیازمند منابع و سازماندهی هدفمند، برنامه های آموزشی با استاندارد بین المللی، اساتید و امکانات و زیرساختهای طراز اول، تدریس با کیفیت بالا و امکانات دیگری چون دانشجویان بسیار آماده و با انگیزه بالا است که با تاثیر بر یکدیگر به آموزش و تحصیل کمک می کنند.

پژوهش، توسعه و انتشار دانش: این نقش با شناسایی، گسترش و بسط مفاهیم و ایده ها و همچنین تبدیل آن ها به کالا و خدماتی که تقویت کننده آگاهی و سلامت باشند مرتبط است.

فعالیت های مربوط به زندگی فرهنگی، علمی و شهروندی (مسئولیت در قبال جامعه): این فعالیت ها بسیار متنوع می باشند و شامل انتشار آثار علمی، رویدادهای علمی، همایشها، گردهمایی ها، جلسات هم اندیشی، رویدادهای هنری، برپایی نمایشگاهها، مدیریت موزه های مرتبط، و همچنین آمادگی برای ارائه خدماتی از قبیل درمان (برای دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات درمانی) هستند که در واقع بخشی از رسالت دانشگاهها در مقابل جوامع را تشکیل می دهند. بدیهی است دانشگاهی بین المللی قلمداد خواهد شد که جوامع منطقه ای، ملی و بین المللی را مورد هدف قرار بدهد.

ملاک های ارزیابی یک دانشگاه با عملکرد بین الملل شامل ویژگی های نهادی تاثیرگذار بر کیفیت کلی دانشگاه، کیفیت آموزش، کیفیت پژوهش ها و کیفیت دانشجویی می باشد. ویژگی های نهادی شامل تعداد حوزه های تخصصی و آکادمیک مطالعه و پژوهش، تعداد دانشکده ها و واحدهای تابعه و دانشجویان و امکانات آکادمیک می باشد.

سطح بندی دانشگاه علوم پزشکی با کارکرد بین الملل

بین المللی شدن دانشگاههای برتر کشور می بایست یکی از اولویتهای جدی در سیاستهای کلان آموزش عالی کشور باشد. بدون شک، منابع و تبادلات بین المللی بخشی از خط فکری اصلی موسسات آموزش عالی عصر حاضر را شکل می دهد. سرازیر شدن دانشجویان از تمام نقاط دنیا و جابجایی اساتید و پژوهشگران تاثیرات خود را بر آموزش عالی ایران می گذارد و همچنین دانشجویان ایرانی بیشتر از هر وقت دیگری در دنیا جابجا می شوند و این باعث افزایش اعتبار کشور و در مورد دانشجویانی که مدارک خود را از دانشگاههای برتر کشور دریافت کرده باشند موجب افزایش شهرت این دانشگاهها خواهد شد. بین المللی شدن در حال حاضر نقش مهمی در بیشتر موسسات آموزش عالی و در متن کلی سیاست گذاری های آنها (فرایند اعتبار بخشی، ارزیابی زیرنهادی و غیره) بازی می کند. به علاوه فارغ التحصیلان به طور روزافزون به دنبال یافتن مسیر خود هستند تا خود را در بازار کار جهانی نشان دهند. همچنین افزایش بودجه های جهانی و استفاده از منابع اختصاص یافته به این هدف، نیاز به یافتن راه هایی برای حضور در عرصه بین المللی را بالا می برد.

قبل از به کارگیری شاخص ها، موسسات آموزش عالی باید اهداف بین المللی شدن خود را تعیین کنند و راهبرد چگونگی دستیابی به این اهداف را مشخص نمایند. این فرایند موارد زیر را شامل می شود:

۱. تعریف اهداف بین المللی سازی
۲. توسعه راهبرد جامع بین المللی سازی
۳. تنظیم فهرستی از اقدامات کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت برای اطمینان از تحقق راهبرد بین المللی سازی
۴. توسعه یک سیستم مدیریتی که به طور سازنده در جهت تحقق این اهداف توجیه شده باشد و تلاش کند (و در صورت لزوم، خود را با آن ها هماهنگ کند) و کوشش نماید تا سهم خود بر اهداف راهبردی مستند و تحلیل نماید و روزبه روز افزایش دهد.

ملاک ها و شاخص های بین المللی شدن

مدیریت دانشگاه

مدیریت، دیدگاه و نقطه نظرات آن، یک عامل تعیین کننده برای بین المللی شدن موسسات آموزش عالی است. در این رابطه، مدیریت شامل ارشد دانشگاه و تمامی وظایف و ساختارهای مربوط به مدیریت موسسه آموزش عالی می شود. یک جنبه مهم در زمینه مدیریت آموزش عالی و اهمیت آن برای بین المللی شدن، شخصیت و دیدگاه مدیران است.

شاخص ها:

- میزان قرار دادن بین المللی سازی دانشگاه در دستور کار شخصی مدیران
- میزان قرار دادن بین المللی سازی دانشگاه به طور مرتب در موضوعات و دستورات کار جلسات شوراهای مدیریتی و نشستهای مسئولین دانشگاه و هیات رئیسه
- حضور مداوم و هدفمند مدیران و مسئولین دانشگاه در رویدادهای مهم بین المللی (بازدید از هیئت ها، بازدید از دانشگاه ها، همایشهای مرتبط، انجمن های دانشگاهی، هم اندیشی های دانشگاهی و ...)
- عملکرد هماهنگ مجموعه های تحت مدیریت، شورای مربوطه (آموزشی، پژوهشی و غیره) و دیگر بخش های مسئول در راستای سیاست های بین المللی سازی دانشگاه

اساتید

بین المللی بودن اساتید و تعهداتشان در فرایند بین المللی سازی از اهمیت بالایی برخوردار است. بدون هیئت علمی بین المللی که بین المللی فکر می کند و آموزش می دهد، بین المللی سازی جنبه های دیگری همچون بین المللی سازی برنامه های آموزشی و بدنه دانشجویی بسیار مشکل خواهد بود. بهره بردن از اساتید برتر خارجی به صورت مدعو در دانشگاههای کشور و تجربیات بین المللی اساتید داخلی (اقامت/تحصیل در خارج از کشور، فرصتهای مطالعاتی) تنها برخی از وجوه ممکن هستند که می توان بر این جنبه از بین المللی سازی دانشگاه تاکید کرد.

شاخص ها:

- تعداد اساتیدی که رشته های تخصصی را به زبان بین المللی تدریس می کنند
- تعداد اساتیدی که یکی از مدارک تحصیلی خود را از خارج از کشور دریافت کرده اند
- تعداد اساتیدی که مدرک دکترای خود را از خارج از کشور گرفته اند
- تعداد اساتیدی که تجربه تدریس بین المللی دارند
- تعداد اساتیدی که تجربه حرفه ای بین المللی در خارج از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی دارند
- تعداد اساتید خارجی مدعو در دانشگاه
- تعداد اساتیدی که در چند سال اخیر حداقل یک ترم را در دانشگاه های خارج از کشور گذرانده اند
- تعداد سفرهای بین المللی اساتید در سال

پژوهشگران

پژوهشگران با جابه جایی (موبیلیته) کاری، شرکت در کنفرانس ها، انتشار آثار و غیره تا حد خیلی زیادی به اعتبار بین المللی موسسه آموزش عالی کمک می کنند.

شاخص ها:

- نسبت تعداد پژوهشگرانی که مدرک آخر خود را خارج از کشور گرفته اند به تعداد کل پژوهشگران
- نسبت تعداد کل پژوهشگرانی که حداقل یک مدرک خود (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا) را از خارج از کشور دریافت کرده اند به تعداد کل پژوهشگران.
- تعداد دفعات شرکت پژوهشگران در کنفرانس های بین المللی
- تعداد پژوهشگران خارجی دانشگاه نسبت به کل پژوهشگران
- تعداد دانشجویان دکترای تخصصی خارجی نسبت به تعداد کل دانشجویان دکتری

کارکنان بخش اداری

هر قدر موسسات آموزش عالی به بین المللی شدن نگاه جامعتری داشته باشند، اهمیت نقش بخش اداری پررنگ تر می شود.

شاخص ها:

- تعداد کارکنان آشنا به زبان های بین المللی (خارجی)
- تعداد کارکنان خارجی دانشگاه به کل کارکنان
- تعداد کارکنان خارجی دانشگاه که تجربه کار در خارج از کشور را دارند

منابع

منابع مالی، تجهیزات واحدها و فعالیت های سازمانی مربوط، در ارزیابی بین المللی شدن نقش مهمی دارد.

شاخص ها:

- بودجه دانشگاه برای توسعه بین المللی دانشگاه و برنامه های زیرساختی مربوطه
- بودجه دانشگاه برای همکاری های بین المللی

عضویت در مجامع و شبکه بین المللی

عضویت در مجامع و شبکه ها شامل برنامه ریزی راهبردی در موسسه آموزش عالی و انتخاب شرکای دانشگاهی بر مبنای هدفگذاری دانشگاه می باشد.

شاخص ها:

- عضویت در شبکه های دانشگاهی و مجامع بین المللی
- شرکت در نشستهای ادواری شبکه های دانشگاهی بین المللی
- عضویت در مجامع بین المللی تخصصی
- شرکت در مجامع بین المللی تخصصی

پژوهش های دانشگاهی

پژوهش، تاثیر بسزایی در کیفیت یک موسسه آموزش عالی دارد و نقش پژوهش های بین المللی در بین المللی سازی دانشگاهها انکارناپذیر است. پژوهش های دانشگاهی از طریق بهره بردن از سرمایه های فراهم شده از خارج از کشور یا فعالیت هایی که موجب شود موسسه آموزش عالی در سطح بین الملل به چشم آید، مثلا مقاله های مشترک در ژورنال های معتبر بین المللی و دوره های آموزشی بین المللی در سطح تحصیلات تکمیلی به خصوص دکتری حرفه ای از زمینه ملی فراتر می رود.

شاخص ها:

- فراهم کردن سرمایه گذاری شخص ثالث به طور سالانه از طریق اسپانسرهای بین المللی
- سرمایه گذاری سالانه برای پروژه های بین المللی با همکاری شرکای بین المللی
- تعداد فعالیت های پژوهشی در انجمن های حرفه ای بین المللی
- بودجه برای همکاری تحقیقاتی بین المللی و اعطای بورسیه و کمک هزینه و حمایت از دانشجویان دکترای بین المللی
- تعداد پروژه های تحقیقاتی بین المللی با همکاری شرکای بین المللی

دانشجویان

نقش و تاثیر دانشجویان از اهمیت ویژه ای در بین المللی سازی دانشگاه ها برخوردار است.

شاخص ها:

- تعداد دانشجویان خارجی دوره های بلندمدت دانشگاه (که به دریافت مدرک منتهی خواهد شد)
- تعداد دانشجویان خارجی دوره های کوتاه مدت دانشگاه (که به دریافت گواهی منتهی خواهد شد)
- تنوع کشوری دانشجویان خارجی دانشگاه
- تنوع رشته ها و مقاطع دانشجویان خارجی دانشگاه

- نسبت دانشجویان خارجی دانشگاه به کل دانشجویان
- تعداد دانشجویان مبادله ای بین المللی دانشگاه
- تعداد دانشجویان در برنامه های مدرک مشترک/مدرک دوگانه/چندگانه
- تعداد دانشجویانی که مدرک قبلی خود را از خارج از کشور دریافت کرده باشند
- تعداد دانشجویان دارای دوره کارورزی (انترنی/کلرکشیپ) بین المللی
- اطلاعات دانشجویان راجع به کشورها، فرهنگ ها و جوامع دیگر
- عضویت فعال دانشجویان در انجمن ها و شبکه های تخصصی بین المللی دانشجویی

کوریکولوم آموزشی

علاوه بر اساتید، دانشجویان و منابع، برنامه های درسی و کوریکولوم های آموزشی از اهمیت ویژه ای برای تشخیص بین المللی سازی در تدریس برخوردار است.

شاخص ها:

- تطبیق کوریکولوم های دانشگاه با معیارها و نمونه های بین المللی از نظر محتوا، عناوین و سنوات تحصیلی
- دوره های آموزشی که به زبان بین المللی تدریس می شود
- تعداد زبان های خارجی پیشنهاد شده برای ارائه دروس در موسسه آموزش عالی
- برنامه درسی برای دوره های موقت (کوتاه مدت)

شهرت بین المللی

بر اساس سطح بندی شهرت بین المللی یک دانشگاه، می توان آن را یک دانشگاه با عملکرد بین المللی معرفی کرد.

شاخص ها:

- وسعت و روند نقل و انتقال: تعداد شعبات/پردیس های دانشگاه در خارج از کشور، توافقات مشترک، جوایز مشترک، برنامه های بین المللی آنلاین، تعداد دانشجویان مبادله ای به کشورهای خارجی و به کشور خود.
- رقابت موسسات آموزش عالی ایران در سطح جهانی و حرکت بر محور بین المللی شدن و تبدیل به یک مرکز آموزشی بین المللی در سطح جهان
- اصلاح عملکردها و بازسازی سیستم کیفیت و تنوع

چارچوب سطح بندی موسسات آموزش عالی کشور

سطح بندی دانشگاه علوم پزشکی با عملکرد بین الملل

شاخص		ملاک	
کسب رتبه یک تا سه در رتبه بندی آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور		سرآمدی در آموزش	۱
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)		سرآمدی در پژوهش	۲
<ul style="list-style-type: none"> - میزان قرار دادن بین المللی سازی دانشگاه در دستور کار شخصی مدیران - میزان قرار دادن بین المللی سازی دانشگاه به طور مرتب در موضوعات و دستورات کار جلسات شوراهای مدیریتی و نشستهای مسئولین دانشگاه و هیات رئیسه ایشان - حضور مداوم و هدفمند مدیران و مسئولین دانشگاه در رویدادهای مهم بین المللی (بازدید از هیئت ها، بازدید از دانشگاه ها، همایشهای مرتبط، انجمن های دانشگاهی، هم اندیشی های دانشگاهی و ...) - عملکرد هماهنگ مجموعه های تحت مدیریت، شورای مربوطه (آموزشی، پژوهشی و غیره) و دیگر بخش های مسئول در راستای توافقات بین المللی سازی دانشگاه 		مدیریت	بین المللی شدن
<ul style="list-style-type: none"> - تعداد اساتیدی که رشته های تخصصی را به زبان بین المللی تدریس می کنند - تعداد اساتیدی که یکی از مدارک تحصیلی خود را از خارج از کشور دریافت کرده اند - تعداد اساتیدی که مدرک دکترای خود را از خارج از کشور گرفته اند - تعداد اساتیدی که تجربه تدریس بین المللی دارند - تعداد اساتیدی که تجربه حرفه ای بین المللی در خارج از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی دارند - تعداد اساتید خارجی مدعو در دانشگاه - تعداد اساتیدی که در چند سال اخیر حداقل یک ترم را در دانشگاه های خارج از کشور گذرانده اند - تعداد سفرهای بین المللی اساتید در سال 		اساتید	
<ul style="list-style-type: none"> - نسبت تعداد پژوهشگرانی که مدرک آخر خود را خارج از کشور گرفته اند به تعداد کل پژوهشگران - نسبت تعداد کل پژوهشگرانی که حداقل یک مدرک خود (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا) را از خارج از کشور دریافت کرده اند به تعداد کل پژوهشگران. - تعداد دفعات شرکت پژوهشگران در کنفرانس های بین المللی - تعداد پژوهشگران خارجی دانشگاه نسبت به کل پژوهشگران - تعداد دانشجویان دکترای تخصصی خارجی نسبت به تعداد کل دانشجویان دکتری 		پژوهشگران	
<ul style="list-style-type: none"> - تعداد کارکنان آشنا به زبان های بین المللی (خارجی) - تعداد کارکنان خارجی دانشگاه به کل کارکنان - تعداد کارکنان خارجی دانشگاه که تجربه کار در خارج از کشور را دارند 		کارکنان بخش اداری	

		<p>منابع</p>	<p>- بودجه دانشگاه برای توسعه بین المللی دانشگاه و برنامه های زیرساختی مربوطه - بودجه دانشگاه برای همکاری های بین المللی</p>
	<p>مجامع و شبکه های بین المللی</p>	<p>عضویت در شبکه های دانشگاهی و مجامع بین المللی - شرکت در نشستهای ادواری شبکه های دانشگاهی بین المللی - عضویت در مجامع بین المللی تخصصی - شرکت در مجامع بین المللی تخصصی</p>	
	<p>پژوهش</p>	<p>- فراهم کردن سرمایه گذاری شخص ثالث به طور سالانه از طریق اسپانسرهای بین المللی - سرمایه گذاری سالانه برای پروژه های بین المللی با همکاری شرکای بین المللی - تعداد فعالیت های پژوهشی در انجمن های حرفه ای بین المللی - بودجه برای همکاری تحقیقاتی بین المللی و اعطای بورسیه و کمک هزینه و حمایت از دانشجویان دکترای بین المللی - تعداد پروژه های تحقیقاتی بین المللی با همکاری شرکای بین المللی</p>	
	<p>دانشجویان</p>	<p>- تعداد دانشجویان خارجی دوره های بلندمدت دانشگاه (که به دریافت مدرک منتهی خواهد شد) - تعداد دانشجویان خارجی دوره های کوتاه مدت دانشگاه (که به دریافت گواهی منتهی خواهد شد) - تنوع کشوری دانشجویان خارجی دانشگاه - تنوع رشته ها و مقاطع دانشجویان خارجی دانشگاه - نسبت دانشجویان خارجی دانشگاه به کل دانشجویان - تعداد دانشجویان مبادله ای بین المللی دانشگاه - تعداد دانشجویان در برنامه های مدرک مشترک/مدرک دوگانه/چندگانه - تعداد دانشجویانی که مدرک قبلی خود را از خارج از کشور دریافت کرده باشند - تعداد دانشجویان دارای دوره کارورزی (انترنی/کلرکشیپ) بین المللی - اطلاعات دانشجویان راجع به کشورها، فرهنگ ها و جوامع دیگر - عضویت فعال دانشجویان در انجمن ها و شبکه های تخصصی بین المللی دانشجویی</p>	
	<p>کوریکولوم های آموزشی</p>	<p>- دوره های آموزشی که به زبان بین المللی تدریس می شود - تعداد زبان های خارجی پیشنهاد شده برای ارائه دروس در موسسه آموزش عالی - برنامه درسی برای دوره های موقت (کوتاه مدت)</p>	
	<p>شهرت بین المللی</p>	<p>- وسعت و روند نقل و انتقال: تعداد شعبات/پرديس های دانشگاه در خارج از کشور، توافقات مشترک، جوایز مشترک، برنامه های بین المللی آنلاین، تعداد دانشجویان مبادله ای به کشورهای خارجی و به کشور خود. - رقابت موسسات آموزش عالی ایران در سطح جهانی و حرکت بر محور بین المللی شدن و تبدیل به یک مرکز آموزشی بین المللی در سطح جهان - اصلاح عملکردها و بازسازی سیستم کیفیت و تنوع</p>	
<p>۴</p>	<p>کسب اعتبار جهانی</p>	<p>کسب رتبه بهتر از ۵۰۰ در رتبه بندی Shanghai Jiaotong یا QS Times</p>	

ارائه حداقل ۵ برنامه آموزشی منجر به مدرک کاملاً مجازی	مجازی شدن	۵
کسب رتبه بهتر از ۱۰۰۰ در رتبه بندی Webometrics	حضور در وب	۶

ضمیمه دو: 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 ارایه کننده خدمات سلامت^۱ پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص، دندانپزشک عمومی و متخصص، داروساز و رشته های تخصصی، داروسازی، پرستار و سایر نیروهای ارایه 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 ارایه 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 بعبارتی 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 ما نمی 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 ارایه 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 همین شرایط برای کل مجموعه نظام ارایه خدمات سلامت نیز صدق می کند. طبیعی است اگر هر کدام از این شرایط تامین نشود

¹ Health care provider

² workforce planning

³ foresight planning

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 ۱۰۰۰۰۰۰ دانشجوی در دانشگاه های علوم پزشکی (در بخش دولتی) مشغول به تحصیلند و سالانه بیش از ۲۰۰۰۰ فراگیران تا فوق تخصص در این دانشگاهها 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 دانشگاهها 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 دانشگاههای 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 سه: ویژگیهای شهرستانهای منتخب کشور

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

آذربایجان شرقی: تبریز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴

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	#
۵/۵	+	+	فعال	۰	۵۰۱	۱	امام رضا (ع) تبریز	۱۰۳۷۲	۱۶۱۷	تبریز	۷
			فعال	۷۵	۱۵۸	۱	باباباغی تبریز				
			فعال	۱۷۴	۶۶	۱	چشم نیکوکاری تبریز				
			فعال	۴۸۶	۵۸۶	۱	رازی تبریز				
			فعال	۵۰۲	۱۶۹	۱	قلب و عروق شهید مدنی تبریز				
			فعال	۴۵۶	۱۹۲	۱	کودکان تبریز				
			فعال	۶۰۲	۲۳۱	۱	سینای تبریز				
			فعال	۴۶۸	۲۴۹	۱	شهداء تبریز				
			فعال	۳۲۷	۹۳	۱	طالقانی تبریز				
			فعال	۱۶۶	۶۷	۱	علوی تبریز				
۴/۵	+	+	فعال	۱۷۴	۱۲۶	۲	امام خمینی (ره) سراب	۵۵۹	۱۳۶	سراب	۸
-	-	-	فعال	۱۴۲	۳۵	۲	امام خمینی (ره) شبستر	۷۲۲	۱۲۶	شبستر	۹
			فعال	۴۹	۱۵	۳	خامنه شبستر				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۹۶ تخت خوابی شبستر				

آذربایجان شرقی: تبریز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴

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	#
-	-	-	فعال	۸۶	۲۶	۳	امام خمینی (ره) عجیشیر	۴۹۲	۸۷	عجب شیر	۱۰
-	-	-	فعال	۹۰	۲۸	۲	امام خمینی (ره) کلیبر	۳۹۹	۹۱	کلیبر	۱۱
۲/۴	+	+	فعال	۱۴۴	۶۱	۲	بو علی سینا مراغه	۱۷۸۵	۲۴۱	مراغه	۱۲
			فعال	۱۸۷	۸۸	۱	شهید دکتر بهشتی مراغه				
			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
۳/۴	+	+	فعال	۲۴۹	۱۳۸	۲	خاتم الانبیا میانه	۹۵۴	۱۹۵	میانه	۱۵
			فعال	۹۵	۰	۲	امام خمینی (ره) میانه				
-	-	-	در حال ساخت	۰	۰	۰	۵۰ تخت خوابی هریس	۳۲۴	۶۹	هریس	۱۶
-	-	-	فعال	۱۲۳	۷۲	۲	امام حسین (ع) هشترود	۵۴۸	۶۷	هشترود	۱۷

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 درسال 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	۳۴۳	خوی	۷
			فعال	۱۵۸	۸۷	۲	شهید مدنی خوی				

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 درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۴	+	+	فعال	۲۸۵	۲۱۳	۱	قمر بنی هاشم خوی	۲۴۳۱	۳۴۳	خوی	۷
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۲۵۰ تختخوابی خوی				
۲/۲	-	+	فعال	۸۷	۵۸	۲	امام خمینی (ره) سردشت	۴۶۷	۱۱۰	سردشت	۸
			در حال ساخت	۰	۰	۰	۶۴ تختخوابی سردشت				
۲/۳	+	+	فعال	۳۱۴	۱۵۹	۱	خاتم الانبیاء (ص) سلماس	۸۶۲	۱۹۲	سلماس	۹
۳/۵	-	+	فعال	۱۴۲	۸۲	۲	شهیدرانی 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								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۶	+	+	فعال	۳۱۹	۲۸۱	۰	امام خمینی (ره) اردبیل	۴۹۶۸	۵۳۷	اردبیل	۱
			فعال	۷۹	۴۴	۱	بوعلی اردبیل				
			فعال	۴۲۳	۱۶۹	۱	علوی اردبیل				
			فعال	۵۰۸	۱۸۵	۱	فاطمی اردبیل				
-	-	-	فعال	۱۷۴	۸۸	۲	امام خمینی ره پارس اباد	۱۴۴۷	۱۶۸	پارس اباد	۲
-	-	-	فعال	۲۷	۱۹	۱	امام خمینی (ره) بیله سوار	۳۲۴	۵۵	بیله سوار	۳
۳/۵	-	+	فعال	۱۸۵	۹۴	۲	امام خمینی (ره) خلخال	۷۸۷	۹۶	خلخال	۴
-	-	-	فعال	۱۶۸	۴۱	۳	طالقانی و ۱۷ شهریور گرمی	۵۱۳	۹۲	گرمی	۵
۴/۵	-	+	فعال	۲۵۶	۹۶	۱	ولیعصر (عج) مشکین شهر	۱۰۷۶	۱۶۱	مشکین شهر	۶
-	-	-	فعال	۵۳	۱۲	۳	امام خمینی (ره) نمین	۳۰۳	۶۰	نمین	۷
				۲۱۹۲	۱۰۲۹						

استان البرز: کرج											
امتیاز رتبه بندی آموزشی:											
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	۷۶	۳۷	۲	امام جعفر صادق هشتگرد	۱۰۰۱	۲۳۸	ساوجبلاغ	۱
			فعال	۱۱۷	۲۷	۲	حضرت علی (ع) کرج	۹۹۴۸	۱۹۰۹	کرج	۲
			فعال	۱۷۷	۸۷	۱	دکتر علی شریعتی کرج				
			فعال	۲۹۱	۱۶۸	۱	شهید آیت اله مدنی کرج				
			فعال	۴۹	۱۶۵	۱	شهید دکتر باهنر کرج				
			فعال	۴۹	۱۰۹	۱	شهید رجائی کرج				
			فعال	۶۱	۲۰	۲	فاطمه الزهرا اشتهارد - کرج				
			فعال	۵۶۵	۲۸۳	۱	قائم (عج) کرج				
			فعال	۰	۷۰	۲	کسری کرج				
			فعال	۰	۱۱۲	۱	کمالی کرج				
			فعال	۱۲۲	۴۳	۱	امام حسن مجتبی نظرآباد	۵۳۶	۱۴۱	نظرآباد	۳

استان اصفهان = اصفهان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۶

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
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				

استان اصفهان - اصفهان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۶

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
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
۴/۵	-	+	فعال	۲۱۳	۵۶	۳	امام خمینی سمیرم	۵۴۲	۷۶	سمیرم	۷
			فعال	۲۵۵	۶۶	۰	سیدالشهدای سمیرم				
۳/۵	-	+	در حال ساخت	۱	۰	۰	امیرالمومنین شهرضا	۹۰۱	۱۵۱	شهرضا	۸
			فعال	۶۹	۳۵	۲	حضرت سجاد شهرضا				
			فعال	۲۱۳	۷۷	۱	صاحب الزمان شهرضا				
۱/۵	-	-	فعال	۱۸۷	۸۵	۲	شهید رجائی داران(فریدن)	۶۱۷	۸۸	فریدن	۹
۳/۵	-	+	فعال	۱۸۶	۵۱	۳	حضرت رسول اکرم (ص) فریدونشهر	۲۸۱	۴۱	فریدونشهر	۱۰
۲/۵	-	+	فعال	۲۳۴	۸۶	۱	امام خمینی (ره) فلاورجان	۱۳۴۹	۲۴۵	فلاورجان	۱۱

استان اصفهان - اصفهان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۶

مراکز آموزش بهوزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۵	-	+	فعال	۲۱۴	۸۶	۲	امام حسین(ع) گلپایگان	۴۶۶	۸۸	گلپایگان	۱۲
۲/۵	-	+	فعال	۲۹۳	۱۰۷	۱	شهدای لنجان - لنجان	۱۹۵۹	۲۳۸	لنجان	۱۳
۳/۵	+	+	فعال	۲۸۴	۷۹	۱	محمدرسول الله(ص) مبارکه	۹۱۴	۱۴۲	مبارکه	۱۴
۱/۵	-	+	فعال	۱۳۸	۳۸	۲	حشمتیه نایین	۳۸۴	۴۰	نایین	۱۵
۰/۵	-	+	فعال	۱۱۸	۴۲	۲	خاتم الانبیا نطنز	۲۵۲	۴۶	نطنز	۱۶
				۹۶۵۳	۳۹۲۴						

استان اصفهان - کاشان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۸

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	۱۵۳	۶۵	۲	سیدالشهداء آران و بیدگل	۲۸۹	۹۵	آران و بیدگل	۱
			فعال	۷۰	۱۴	۱	شهید رجایی آران و بیدگل				
۵/۵	-	+	در حال ساخت		۲۰۰	۰	۲۰۰ تختخوابی روانپزشکی شهید بهشتی	۱۵۲۲	۳۱۸	کاشان	۲
			فعال	۱۱۲	۴۵	۲	اخوان کاشان				
			فعال	۲۴۴	۸۰	۱	شیهه خوانی کاشان				
			فعال	۰	۴۲۰	۱	شهید بهشتی کاشان				
			فعال	۱۲۹	۴۹	۱	متینی کاشان				
			فعال	۲۱۱	۷۹	۱	نقوی کاشان				
				۹۱۹	۹۵۲						

اسنان ایلام: ایلام امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۴۹

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۲	-	+	فعال	۰	۲۴	۳	حضرت رسول اکرم ((ص)) آبدانان	۸۶۰	۴۹	آبدانان	۱
۵/۵	-	+	فعال	۲۰۱	۳۳	۲	آیت اله طالقانی ایلام	۲۸۲۷	۲۰۷	ایلام	۲
			فعال	۰	۱۲۴	۱	امام خمینی (ره) ایلام				
			فعال	۲۰۹	۱۱۹	۱	شهید مصطفی خمینی ایلام				
۱/۱	-	+	فعال	۰	۰	۴	امام رضا (ع) ایوان	۸۱۸	۴۹	ایوان	۳
۳/۳	-	+	فعال	۰	۴۰	۲	ولیعصر (عج) دره شهر	۸۷۹	۵۸	دره شهر	۴
-	-	+	فعال	۰	۳۰	۰	امام علی (ع) شیروان چرداول	۸۵۳	۷۶	شیروان و چرداول	۵
				۴۱۰	۳۷۰						

استان بوشهر : بوشهر امتیاز تبه بندی آموزشی : ۵۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۱/۴	-	+	فعال	۵۵۴	۲۲۶	۱	فاطمه زهرا(س) بوشهر	۱۷۸۹	۲۳۹	بوشهر	۱
۴/۸	+	+	فعال	۳۴۰	۱۷۰	۲	۱۷شهریوربرازجان	۲۱۱۱	۲۴۱	دشتستان	۲
۲/۸	+	+	فعال	۱۲۳	۵۰	۲	۹۶تخت خوابی زینبیه خورموج-دشتی	۶۷۶	۷۹	دشتی	۳
۰/۵	+	+	فعال	۲۶۹	۸۰	۲	امام خمینی کنگان	۳۷۰	۱۰۱	کنگان	۴
۱۵/۳۵	+	+	فعال	۱۶۶	۵۹	۲	امیرالمومنین گناوه	۶۹۲	۸۸	گناوه	۵
			فعال	۸۸	۳۷	۲	سوانح و سوختگی چرومی گناوه				
				۱۵۴۰	۶۲۲						

استان تهران - تهران امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۹۲

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان						دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان				
			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)				

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 درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۴۴۹	۱۷۸	۱	مدائن تهران			تهران	۱
			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				
			فعال	۳۵۵	۱۴۶	۱	حضرت علی اصغر (ع) تهران				
			فعال	۰	۹۰	۱	روانپزشکی ایران تهران				
			فعال	۳۱۹	۱۴۴	۱	شفایحیائیان تهران				
			فعال	۳۵۲	۱۳۸	۱	شهید مطهری تهران				
			فعال	۱۳۴	۱۵۹	۱	شهیدهاشمی نژادتهران				
			فعال	۶۰	۰	۱	عرفان تهران				

استان تهران - شهیدبهبشتی امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۹۰

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۱۶۱	۴۹	۲	زعیم پاکدشت	۱۰۱۰	۲۶۷	پاکدشت	۱
			فعال	۳۶۰	۱۲۱	۱	طرفه تهران			تهران	۲
			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	۲۱۳	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	مهديه تهران				
			فعال	۵۲۳	۱۹۹	۱	کودکان مفید تهران				
			فعال	۰	۱۶۹	۰	شهدای هفتم تیر تهران				

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	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۲۹۲	۱۲۹	۱	شهدای یافت آباد تهران			تهران	۲
			فعال	۲۶۴	۲۴۱	۱	شهیداکبرآبادی تهران				
			فعال	۵۱۳	۱۵۶	۱	فیروزآبادی ری تهران				
			فعال	۱۰۰	۴۱	۱	کودکان شهید حسین فهمیده تهران				
			فعال	۱۸۴	۸۱	۱	لولاگر تهران				
			فعال	۱۶۶	۴۶	۲	سوم شعبان دماوند	۳۷۱	۱۰۸	دماوند	۳
			فعال	۱۹۸	۷۳	۲	فاطمه الزهرا (س) رباط کریم	۲۵۷۰	۶۷۷	رباط کریم	۴
			فعال	۰	۱۱۳	۰	امام سجاد(ع) شهریار		۵۷۰	شهریار	۵
			فعال	۱۰۹	۲۷	۲	امام خمینی فیروزکوه	۷۷	۴۳	فیروزکوه	۶
			فعال	۳۲۵	۱۱۰	۲	شهید دکتر محمد مفتاح ورامین	۲۵۲۷	۵۹۸	ورامین	۷

استان چهارمحال و بختیاری: شهرک‌ردامتیازرتبه بندی آموزشی: ۵۷

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

استان خراسان جنوبی: بیرجند امتیاز تبه 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 سریشه	۸۶	۴۱	سریشه	۵
۳/۶	-	+	فعال	۱۶۱	۱۰۴	۲	شهید دکتر چمران فردوس	۶۱۴	۴۲	فردوس	۶
۳/۷	-	+	فعال	۱۹۹	۱۱۴	۱	شهدا قائن	۹۰۹	۱۵۲	قائنات	۷
۱/۱	-	-	فعال	۸۷	۳۲	۱	شهید آتش دست نهبندان	۱۷۵	۶۳	نهبندان	۸
				۱۳۱۲	۷۷۷						

استان خراسان رضوی: خراسان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۲

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
-	-	-	فعال	۶۷	۱۰۰	۲	ولیعصر (عج) بردسکن	۵۷۳	۷۳	بردسکن	۱
۰/۶	-	+	فعال	۲۲۵	۱۱۰	۱	خاتم الانبیاء تایباد	۶۲۵	۱۰۳	تایباد	۲
۲/۵	-	+	فعال	۲۴۳	۱۳۷	۱	سجاده تربت جام	۱۲۷۹	۲۵۹	تربت جام	۳
			غیر فعال	۰	۵۲	۰	طالقانی تربت جام				
۵/۶	+	+	فعال	۳۵۰	۱۵۲	۲	نهم دی تربت حیدریه	۱۶۵۱	۲۱۳	تربت حیدریه	۴
۴/۷	-	+	فعال	۱۳۵	۵۴	۲	ثامن الائمة (ع) چناران	۴۳۱	۱۱۷	چناران	۵
۱/۵	-	+	فعال	۱۲۹	۵۴	۲	۲۲ بهمن خواف	۸۵۵	۱۱۷	خواف	۶
			در حال ساخت	۰	۰	۰	جدید خواف				
۲/۵	+	+	فعال	۱۸۱	۶۳	۱	امام خمینی درگز	۴۱۵	۸۰	درگز	۷
			فعال	۰	۵۹	۲	طالقانی درگز				
۶/۷	-	+	فعال	۱۰۵	۶۴	۲	۱۷ شهریور سرخس	۴۵۴	۹۲	سرخس	۸
			در حال ساخت	۰	۰	۰	جدید سرخس				
-	-	-	فعال	۱۶۲	۵۰	۲	امام خمینی (ره) فریمان	۳۱۰	۹۲	فریمان	۹

استان خراسان رضوی: خراسان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۲

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان						دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان				
۶/۶	-	+	فعال	۱۶۱	۵۹	۲	مجتمع درمانی شهدا قوچان	۱۱۸۰	۱۹۷	قوچان	۱۰
			فعال	۳۱۴	۱۴۳	۱	موسی بن جعفر (ع) قوچان				
۵/۷	+	+	فعال	۱۹۶	۹۵	۰	حضرت ابوالفضل کاشمر	۱۱۷۶	۱۵۸	کاشمر	۱۱
			فعال	۱۵۱	۱۵۵	۲	شهید مدرس کاشمر				
-	+	+	در حال ساخت	۰	۰	۰	جدید کلات	۳۷۸	۴۳	کلات	۱۲
			فعال	۶۸۲	۹۷۳	۱	ابن سینا ودکتر حجازی مشهد	۱۶۲۴۱	۲۹۹۲	مشهد	۱۳
			فعال	۲۱۴	۷۵	۲	ام البنین (س) مشهد				
			فعال	۱	۸۰۰	۱	امام رضا (ع) مشهد				
			فعال	۲۶۱	۱۰۸	۱	امید مشهد				
			فعال	۱۴۷	۵۷	۲	تخصصی چشم خاتم الانبیاء (ص) مشهد				
			فعال	۱۹۰	۱۳۲	۳	دکتر علی شریعتی مشهد				
			فعال	۸۰۰	۲۹۲	۱	سوانح شهید کامیاب مشهد				
			فعال	۵۰۳	۲۳۰	۲	شهید هاشمی نژاد مشهد				

استان خراسان رضوی: خراسان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۸۲

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	۱۳۸	۳	طالقانی مشهد(امدادی شماره ۲)	۱۶۲۴۱	۲۹۹۲	مشهد	۱۳
			غیر فعال	۰	۰	۰	علی ابن ایطالب مشهد				
			غیر فعال	۰	۰	۰	فاطمیه مشهد				
			فعال	۴۰۵	۱۵۹	۱	فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد				
			فعال	۱۱۲۷	۶۲۳	۱	قائم (عج) مشهد				
			در حال ساخت	۰	۰	۰	مادر مشهد				
۵/۶	-	+	فعال	۲۲۸	۱۷۴	۱	۲۲ بهمن نیشابور	۲۷۹۶	۴۲۸	نیشابور	۱۴
			فعال	۱۵۲	۱۲۸	۱	حکیم نیشابور				
				۷۱۲۹	۵۲۳۶						

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 درسال 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) جوین سبزوار				
				۷۶۹	۵۳۴						

استان خراسان رضوی: گناباد امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۱

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۴	-	-	فعال	۹۴	۴۴	۱	۱۵ خرداد بیدخت گناباد	۶۴۹	۸۴	گناباد	۱
			فعال	۲۶۰	۹۲	۱	۲۲ بهمن گناباد				
			فعال	۱	۳۲	۰	آیت الله مدنی بجستانی گناباد				
				۳۵۵	۱۶۸						

استان خراسان شمالی: بجنورد امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۳

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۶	-	+	فعال	۲۷۲	۱۰۶	۲	امام خمینی اسفراین	۹۹۴	۱۲۷	اسفراین	۱
۳/۶	-	+	فعال	۳۴۳	۱۴۷	۱	امام علی (ع) بجنورد	۱۹۲۷	۳۳۹	بجنورد	۲
			فعال	۱۹۳	۶۴	۲	بنت الهدی بجنورد				
-	-	-	فعال	۶۷	۳۲	۱	جوادلایمه جاجرم	۳۲۲	۴۰	جاجرم	۳
۲/۶	-	+	فعال	۲۹۳	۱۴۸	۲	امام خمینی شیروان	۱۱۰۳	۱۶۱	شیروان	۴
				۱۱۶۸	۴۹۷						

استان خوزستان: اهواز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۴	-	+	فعال	۲۰۵	۵۹	۰	شهید بهشتی آبادان	۱۴۴۲	۲۹۰	آبادان	۱
			فعال	۵۱۴	۱۶۴	۱	آیت الله طالقانی آبادان				
۱/۲	-	+	فعال	۱۰۸	۴۳	۱	امام رضا امیدیه	۶۵۲	۹۰	امیدیه	۲
۴/۵	-	+	فعال	۳۶۸	۱۳۶	۱	امام علی (ع) اندیمشک	۱۴۸۹	۱۶۸	اندیمشک	۳
			فعال	۲۷۴	۹۷	۱	آیت اله طالقانی اهواز	۹۴۲۴	۱۳۹۹	اهواز	۳
			فعال	۳۴۵	۱۲۱	۱	ابوذر اهواز				
			فعال	۱۰۰۳	۴۳۳	۱	امام خمینی (ره) اهواز				
			فعال	۴۴۶	۱۹۴	۱	رازی اهواز				
			فعال	۱۸۲	۱۹۹	۱	سلامت اهواز				
			فعال	۱۶۶	۲۱۷	۱	سینا اهواز				
			فعال	۲۲۶	۷۴	۱	شفا - مرکز آموزشی درمانی شفا اهواز				
فعال	۵۸۸	۵۰۲	۱	گلستان اهواز							

استان خوزستان: اهواز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۶	+	+	فعال	۳۴۷	۱۱۸	۲	تخصصی شهدای ایذه ۱۷ شهریور سابق	۱۵۳۲	۲۰۳	ایذه	۴
۲/۵	-	+	فعال	۹۳	۵۸	۳	شهید طباطبائی باغملک	۸۷۳	۱۰۸	باغملک	۵
۲/۴	-	+	فعال	۳۱۹	۸۶	۱	حاجیه نرگس معرفی ماهشهر	۱۲۱۴	۲۶۴	بندرماهشهر	۶
			فعال	۲۰	۱۸	۲	زایشگاه راه زینب (س) بندرامام خمینی (ماهشهر)				
۲/۵	-	+	فعال	۲۲۵	۶۷	۱	فریده بهبهانی بهبهان	۱۴۲۷	۱۸۳	بهبهان	۷
			فعال	۳۳۸	۱۱۴	۱	دکتر شهیدزاده بهبهان				
			فعال	۱۲۵	۳۵	۳	اشرفی اصفهانی آغاچاری (بهبهان)				
۶/۶	+	+	فعال	۳۸۹	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

استان خوزستان: اهواز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۱/۴	-	+	فعال	۱۷۳	۱۰۰	۲	شهیدمهر فی 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		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								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۴/۶	-	+	فعال	۳۳۸	۱۰۷	۱	امدادی ابهر	۷۲۵	۱۶۴	ابهر	۱
۳/۶	-	+	فعال	۲۹۲	۹۷	۱	امیرالمؤمنین (ع) خداپنده	۱۰۲۵	۱۶۸	خداپنده	۲
-	-	-	فعال	۱۵۶	۴۲	۱	بوعلی سیناخرمدره	۴۰۵	۶۱	خرمدره	۳
۳/۷	+	+	فعال	۴۶۶	۱۶۹	۱	شفیعیه زنجان	۳۲۲۴	۴۶۳	زنجان	۴
			فعال	۲۹۶	۱۳۰	۱	شهید دکتر بهشتی زنجان				
			فعال	۸۰۰	۳۰۷	۱	ولیعصر (عج) زنجان				
-	-	-	فعال	۱۰۲	۲۰	۱	شهدای طارم	۳۶۹	۴۴	طارم	۵
۲/۴	-	+	فعال	۹۴	۲۴	۲	رازی ماهنشان	۱۹۸	۴۳	ماه نشان	۶
				۲۵۴۴	۸۹۶						

استان سمنان: سمنان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۲

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۴/۵	+	+	فعال	۸۳	۳۰	۲	۱۱ محرم دامغان	۵۰۴	۸۹	دامغان	۱
			فعال	۳۰۱	۱۱۵	۱	برادران رضائی دامغان				
۴/۵	+	+	فعال	۱۳۴	۳۸	۱	۱۵ خرداد مهدیشهر سمنان	۸۷۰	۱۶۳	سمنان	۲
			فعال	۴۱۶	۱۵۲	۱	امیرالمومنین سمنان				
			فعال	۲۷۴	۸۱	۱	فاطمیه سمنان				
۴/۵	+	+	فعال	۲۵۵	۷۴	۱	امام ره گرمسار	۴۲۹	۸۳	گرمسار	۳
				۱۴۶۳	۴۹۰						

استان سمنان: شاهرود امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۵

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۱/۳	-	+	فعال	۷۴۳	۳۴۴	۱	امام حسین (ع) شاهرود	۱۴۴۹	۲۴۸	شاهرود	۱
			فعال	۲۵۵	۸۹	۱	فاطمیه شاهرود				
				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 درسال 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				
			فعال	۵۸۳	۱۷۷	۱	خاتم الانبیاء (ص) زاهدان				

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 درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲۲/۵۱	+	-	فعال	۶۴۶	۴۱۳	۱	علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان	۴۵۶۴	۷۷۴	زاهدان	۴
			فعال	۲۸۷	۱۱۳	۲	رازی سراوان	۱۴۵۷	۱۷۳	سراوان	۵
			در حال ساخت	۰	۰	۰	بدون نام سرباز	۳۲	۱۷۳	سرباز	۶
			غیر فعال	۰	۰	۰	بی نام کنارک	۱۵۴	۸۰	کنارک	۷
			فعال	۱۲۹	۳۵	۲	۲۲ بهمن نیکشهر	۳۸۷	۲۱۴	نیک شهر	۸
				۳۲۲۵	۱۳۹۴						

استان سیستان و بلوچستان: زابل امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۵

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	#
۵/۹	-	+	فعال	۶۱۲	۲۵۸	۱	امیرالمومنین علی (ع) زابل	۳۱۹۶	۲۸۹	زابل	۱
			فعال	۵۶	۲۵	۳	سیدالشهداء (ع) زهک				
			فعال	۸۶	۵۹	۲	امام خمینی زابل				
				۷۵۴	۳۴۲						

استان فارس: شیراز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۸

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
	-	+	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	۵۲۶	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				

استان فارس: شیراز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۸

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			در حال ساخت	۰	۰	۰	خاتم انبیا ء شیراز	۱۳۸۲۷	۱۷۴۹	شیراز	۱۲
			فعال	۲۲۸	۱۲۲	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 علی 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 ومركزقلب حضرت فاطمه(س).شیراز				

استان فارس: شیراز امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۸

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام هادی فراشبند	۳۵۸	۴۷	فراشبند	۱۳
			فعال	۵۶	۲۰	۱	امام محمد باقر (ع) قیرو کارزین	۵۳۰	۶۸	قیرو کارزین	۱۴
			در حال ساخت	۰	۰	۰	امام سجادخشت کازرون	۲۲۲۳	۲۷۸	کازرون	۱۵
			فعال	۴۱۳	۱۳۴	۱	ولیعصر(عج) کازرون				
			فعال	۱۸	۲۳	۳	علی اصغر (ع) بیرم (لار)	۱۵۹۸	۱۴۹	لار	۱۶
			فعال	۲۱۵	۴۹	۱	امیدوار اوز لار				
			فعال	۲۷۵	۷۷	۱	امیر المومنین علی (ع) گراش (لار)				
			فعال	۳۸۴	۱۲۰	۱	امام رضا(ع) لارستان				
			فعال	۵۳	۳۱	۲	بعثت اشکنان لامرد	۷۶۸	۸۲	لامرد	۱۷
			فعال	۱۵۳	۴۱	۲	ولیعصر(ع) لامرد				
			فعال	۴۱۹	۱۱۲	۱	شهید مطهری مرودشت	۲۸۷۶	۳۱۰	مرودشت	۱۸
			فعال	۱۰۹	۱۱۴	۱	ولیعصر (عج) 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	۳۳۴۲						

استان فارس: فسا امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴

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

استان قزوین: قزوین امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴

مراکز آموزش بهورزی		بیمارستان شهرستان									
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۱۸۲	۴۴	۱	امیرالمومنین(ع) بوئین زهرا	۳۶۱	۱۶۵	بوئین زهرا	۱
۶/۱۵	-	+	فعال	۲۵	۵۵	۳	۲۲ بهمن قزوین	۳۴۰۸	۵۷۲	قزوین	۲
			فعال	۴۵۳	۲۳۴	۱	بوعلی سینا قزوین				
			فعال	۳۳۶	۱۶۰	۱	شهید رجائی قزوین				
			فعال	۲۲۶	۱۳۰	۱	قدس قزوین				
			فعال	۲۸۸	۱۴۱	۱	کوثر قزوین				
				۱۵۱۰	۷۶۴						

استان قم: قم امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
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 معصومه (س) قم				
			فعال	۲۷۴	۱۱۸	۱	مرکز آموزشی درمانی کودکان فاطمی سهامیه قم				
				۱۸۳۱	۷۶۹						

استان کردستان: کردستان 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 درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۵	-	+	فعال	۲۷۸	۹۱	۲	صلاح الدین ایوبی بانه	۶۲۸	۱۲۰	بانه	۱
۲/۵	+	+	فعال	۲۷۲	۱۱۵	۲	شهداء هفتم تیر بیجار	۵۲۷	۹۹	بیجار	۲
-	-	-	فعال	۱۱۱	۶۱	۲	امام خمینی (ره) دیواندره	۴۱۴	۸۵	دیواندره	۳
۳/۵	-	+	فعال	۴۴۹	۱۶۲	۱	امام خمینی (ره) سقز	۱۵۸۴	۲۱۲	سقز	۴
۵/۶	+	+	فعال	۷۷۱	۳۲۸	۱	بعثت سنندج	۴۴۲۰	۴۲۵	سنندج	۵
			فعال	۱۲۷	۱۰۲	۱	قدس سنندج				
			فعال	۶۸۰	۲۹۳	۱	توحید سنندج				
۱/۵	-	+	فعال	۳۴۶	۱۳۴	۲	شهید بهشتی قروه	۱۰۸۲	۱۴۳	قروه	۶
-	-	-	فعال	۱۴۶	۶۱	۲	سینا کامیاران	۷۸۰	۱۰۷	کامیاران	۷
۳/۵	-	+	فعال	۱۷۸	۷۱	۲	بوعلی مریوان	۱۳۹۴	۱۵۶	مریوان	۸
			فعال	۱۴۸	۵۶	۳	فجر مریوان				
				۳۵۰۶	۱۴۷۴						

استان کرمان: کرمان 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 درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۷	-	+	فعال	۲۲۹	۹۱	۳	آیت الله کاشانی بافت	۱۴۹۸	۱۲۵	بافت	۱
۲/۵	-	+	فعال	۱۴۸	۵۳	۱	قائم (عج) بردسیر	۴۱۶	۹۹	بردسیر	۲
			فعال	۳۱۱	۱۲۰	۱	پاستور بم	۱۵۵۴	۲۰۷	بم	۳
۳/۷	+	+	فعال	۶۶	۶۷	۳	آیت الله کاشانی جیرفت	۱۶۲۶	۲۰۸	جیرفت	۴
			فعال	۳۵۷	۱۹۰	۴	امام خمینی (ره) جیرفت				
-	-	-	فعال	۸۲	۲۴	۱	علی ابن ابیطالب(ع) راور	۱۵۸	۴۳	راور	۵
۶/۶	-	+	فعال	۲۲۵	۷۷	۲	سینا زرنند	۸۰۱	۱۳۴	زرنند	۶
۴/۵	-	+	فعال	۲۶۱	۹۶	۱	امام رضا (ع) سیرجان	۱۶۲۳	۲۷۳	سیرجان	۷
۵/۵	-	+	فعال	۲۴۲	۶۶	۲	ولیعصر(عج) شهرابک	۴۹۷	۱۱۳	شهرابک	۸
			فعال	۷۶۵	۲۱۹	۱	افضلی پور کرمان	۴۸۳۷	۷۵۳	کرمان	۹
			فعال	۷۴۰	۳۵۶	۱	شفا کرمان				
			فعال	۲۵۹	۲۲۰	۱	شهید بهشتی کرمان				
			فعال	۷۹۹	۲۱۲	۱	شهیددکترمحمدجوادباهر کرمان				
۴/۵	-	+	فعال	۲۱۴	۸۴	۲	دوازده فروردین کهنوج	۶۱۹	۱۱۶	کهنوج	۱۰
				۴۶۹۸	۱۸۷۵						

استان کرمان: رفسنجان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۶

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۶	-	+	فعال	۱۲۵	۴۷۸	۱	حضرت علی ابن ابیطالب رفسنجان	۲۴۴۲	۲۸۹	رفسنجان	۱
			فعال	۱۷۵	۱۰۷	۱	مرادی رفسنجان				
			فعال	۱۸۰	۵۴	۱	نیک نفس رفسنجان				
			غیر فعال	۰	۵۵	۰	ولیعصر(عج) انار-رفسنجان				
				۴۸۰	۶۹۴						

استان کرمانشاه: کرمانشاه امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۷

مراکز آموزش بهوزری			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۶	-	+	فعال	۳۲۵	۱۳۶	۲	امام خمینی (ره) اسلام آباد غرب	۲۰۷۸	۱۵۴	اسلام آباد غرب	۱
۱/۶	+	+	فعال	۱۲۸	۴۲	۳	قدس پاوه	۵۱۷	۵۳	پاوه	۲
۲/۶	-	+	فعال	۱۶۵	۸۸	۲	حضرت رسول (ص) جوانرود	۹۶۵	۶۳	جوانرود	۳
۰/۵	-	+	فعال	۱۳۶	۳۸	۳	شهدا سرپل ذهاب	۹۳۶	۸۶	سرپل ذهاب	۴
۱/۴	-	+	فعال	۱۵۳	۶۸	۳	امام خمینی سنقر	۵۲۱	۹۸	سنقر	۵
۳/۷	-	+	فعال	۱۲۳	۲۵	۳	دکتر معاون صحنه	۵۸۲	۷۷	صحنه	۶
۲/۲	-	-	فعال	۸۵	۲۴	۳	حضرت ابوالفضل العباس(ع) قصر شیرین	۱۷۱	۲۴	قصر شیرین	۷
-	+	+	فعال	۰	۲۰۸	۲	امام خمینی (ره) کرمانشاه	۸۹۶۳	۹۸۰	کرمانشاه	۸
			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				

استان کرمانشاه: کرمانشاه امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۷

مراکز آموزش بهوزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
-	+	+	فعال	۰	۸۸	۲	شهیددکتربهشتی کرمانشاه	۸۹۶۳	۹۸۰	کرمانشاه	۸
			فعال	۵۱۲	۲۰۹	۲	طالقانی کرمانشاه				
			فعال	۲۶	۲۰۴	۲	فارابی کرمانشاه				
			فعال	۲۸۵	۷۵	۲	معتضدی کرمانشاه				
			غیر فعال	۰	۷۹	۰	رازی کرمانشاه				
			غیر فعال	۰	۸۵	۰	سینا کرمانشاه				
۷/۸	-	+	فعال	۰	۵۹	۳	شهید چمران کنگاور	۷۴۴	۸۱	کنگاور	۹
۴/۱۰	-	+	فعال	۷۲	۳۲	۱	الزهراء (س) گیلان غرب	۵۴۵	۶۳	گیلانغرب	۱۰
۰/۶	-	+	فعال	۱۱۰	۴۲	۲	شهداء هرسین	۷۵۹	۹۲	هرسین	۱۱
				۲۲۹۰	۲۳۳۹						

استان کهگیلویه و بویراحمد: یاسوج امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۴

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
			فعال	۲۹۳	۱۵۲	۱	امام خمینی دهدشت کهگیلویه	۳۰۷۰	۱۶۳	کهگیلویه	۱
			فعال	۳۵۶	۱۲۶	۱	شهیدرجائی 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	شهیدرجایی یاسوج				
				۱۳۴۴	۵۱۴						

استان گلستان: گلستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۰

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	۵	۲۱	۱	حاج آقی آل جلیل آق قلا	۶۴۲	۱۱۴	آق قلا	۱
۳/۵	+	+	فعال	۲۲۲	۱۱۳	۲	امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۸۰۱	۶۶	بندر ترکمن	۲
-	-	-	فعال	۱۹۶	۵۴	۲	شهداء بندر گز	۲۶۱	۴۸	بندرگز	۳
۳/۶	-	+	فعال	۶۲	۱۴	۱	امام رضا (ع) خان به بین	۲۳۷	۸۵	رامیان	۴
-	-	-	فعال	۲۷۳	۱۰۱	۱	امیرالمومنین (ع) کردکوی	۳۳۶	۷۰	کردکوی	۵
-	-	-	فعال	۹۰	۵۷	۱	حضرت رسول اکرم «ص» کلاله	۸۱۷	۱۰۶	کلاله	۶
۵/۶	+	+	فعال	۳۱۰	۶۶	۱	دزیانی گرگان	۳۰۷۳	۴۱۸	گرگان	۷
			فعال	۸۱۴	۳۶۴	۱	پنجم آذر گرگان				
			فعال	۲۷۷	۱۰۰	۱	طالقانی گرگان				
۰/۵	+	+	فعال	۲۵۵	۹۱	۲	شهداء گنبد کاوس	۲۲۳۰	۳۰۲	گنبد کاوس	۸
			فعال	۳۳۴	۱۰۶	۱	شهید مطهری گنبد کاوس				
-	-	+	فعال	۲۶۵	۱۰۸	۲	قائم عج علی آباد کتول	۷۸۰	۱۳۰	علی آباد کتول	۹
۱/۶	+	+	فعال	۹۶	۲۵	۲	فاطمه الزهرا(س) مینودشت	۱۰۹۸	۷۳	مینودشت	۱۰
				۳۱۹۹	۱۲۲۰						

استان گیلان: گیلان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۵

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	۱۱	۴۳	۳	دکتر شریعتی آستارا	۳۰۸	۸۱	استارا	۱
			فعال	۰	۶۱	۳	شهید دکتر بهشتی آستارا				
۲/۴	+	+	فعال	۲۲۶	۷۵	۳	کوثر آستانه اشرفیه	۳۹۴	۱۱۰	استانه اشرفیه	۲
۴/۸	+	+	فعال	۱۴۳	۱۲۲	۱	شهید بهشتی انزلی	۵۳۵	۱۳۵	بندر انزلی	۳
۶/۶	+	+	فعال	۳۹۹	۱۳۳	۱	الزهرا(س) رشت	۴۱۵۶	۸۷۴	رشت	۴
			فعال	۲۵	۶۲	۱	امیرالمومنین رشت				
			فعال	۱۹۴	۹۶	۲	۱۷ شهریور رشت				
			فعال	۲۴۵	۲۷۴	۲	پورسینا رشت				
			فعال	۲۷۱	۱۸۸	۲	شفارشت				
			فعال	۲۳۴	۱۳۷	۱	دکتر حشمت رشت				
			فعال	۵۵۷	۲۳۴	۲	رازی رشت				
			فعال	۶۲۰	۱۸۶	۱	گلزار رشت				
-	+	+	فعال	۱۶۱	۴۳	۳	ولیعصر عج رودبار	۵۴۵	۱۰۶	رودبار	۵
			فعال	۱۴۳	۵۶	۲	۳۱ خرداد منجیل				
۴/۵	+	+	فعال	۱۶۳	۸۶	۲	شهید انصاری رودسر	۷۶۳	۱۴۹	رودسر	۶

استان گیلان: گیلان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۵

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۳/۴	+	+	فعال	۱۵۹	۱۰۳	۳	امام خمینی صومعه سرا	۴۳۹	۱۳۳	صومعه سرا	۷
۲/۳	-	-	فعال	۲۲۰	۹۶	۲	شهید نورانی تالش	۸۳۱	۱۸۴	طوالش	۸
۴/۴	+	+	فعال	۱۸۶	۶۳	۲	امام حسن مجتبی (ع) فومن	۳۰۳	۹۹	فومن	۹
۲/۳	+	+	فعال	۳۳۳	۱۵۰	۲	۲۲ آبان لاهیجان	۷۹۶	۱۶۶	لاهیجان	۱۰
			فعال	۱۵۲	۵۷	۳	سید الشهداء لاهیجان				
			فعال	۱۵۸	۴۹	۲	شفا لاهیجان				
۳/۴	+	+	فعال	۲۱۵	۸۰	۳	امینی لنگرود	۵۰۲	۱۳۶	لنگرود	۱۱
				۴۸۱۵	۲۳۹۴						

استان لرستان: لرستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۹

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
-	-	+	فعال	۱۱۱	۲۸	۲	امام علی (ع) ازنا	۴۲۳	۷۳	ازنا	۱
۳/۶	+	+	فعال	۲۷۴	۱۱۴	۲	امام جعفر صادق (ع) الیگودرز	۹۱۱	۱۴۱	الیگودرز	۲
۲/۶	-	+	فعال	۳۸۴	۱۶	۱	شهید دکتر چمران بروجرد	۲۱۷۶	۳۳۱	بروجرد	۳
			فعال	۲۹۳	۱۲۶	۲	امام خمینی بروجرد				
-	-	-	فعال	۱۵۴	۳۰	۲	امام خمینی (ره) پلدختر	۱۲۳۱	۷۸	پلدختر	۴
۴/۸	-	+	فعال	۳۳	۲۵	۳	امام خمینی سپید دشت	۷۰۳۱	۴۸۸	خرم آباد	۵
			فعال	۶۶۲	۳۰۸	۱	شهدای عشایر خرم آباد				
			فعال	۵۸	۴۶	۲	اعصاب و روان پل کرگانه خرم آباد				
			فعال	۱۹۰	۵۲	۱	زنان و زایمان خیریه حاج کریم عسلی خرم آباد				
			فعال	۲۷۳	۱۱۲	۱	شهید آیت الله مدنی خرم آباد				

استان لرستان: لرستان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۹

مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
-	-	-	فعال	۱۴۵	۴۸	۱	ابن سینادلان	۱۵۱۱	۱۴۰	دلفان	۶
۰/۵	-	+	فعال	۲۴۵	۱۲۴	۱	شهدای هفتم تیر دورود	۱۰۹۵	۱۶۴	دورود	۷
			غیر فعال	۰	۰	۰	سید مصطفی خمینی دورود				
۱/۵	-	+	فعال	۱۴۳	۱۶	۳	امام خمینی سلسله	۱۱۷۶	۷۶	سلسله	۸
۳/۶	-	+	فعال	۱۸۹	۹۸	۱	امام خمینی ره کوهدشت	۲۵۸۳	۲۱۷	کوهدشت	۹
				۳۱۵۴	۱۱۴۳						

استان مازندران: مازندران											
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴											
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	#
۵/۷	-	+	فعال	۳۴۷	۱۱۷	۱	۱۷ شهریور آمل	۱۷۸۲	۳۶۰	امل	۱
			فعال	۴۰۳	۱۴۸	۱	امام رضا (ع) آمل				
			فعال	۳۲۰	۱۲۰	۱	امام علی (ع) آمل				
۴/۴	-	+	فعال	۳۱۱	۱۲۷	۲	امام خمینی فریدونکنار	۸۰۱	۱۲۳	بابلسر	۲
			فعال	۹۵	۳۵	۱	شهید رجائی بابلسر				
			فعال	۳۵	۲۰	۲	حضرت زینب بابلسر				
۴/۵	+	+	فعال	۶۷	۴۴	۱	شهدای بهشهر	۱۰۹۲	۱۶۲	بهشهر	۳
			فعال	۲۱۹	۱۳۶	۲	امام خمینی (ره) بهشهر				
۳/۴	-	+	فعال	۴۰۱	۱۶۹	۱	شهید رجایی تنکابن	۹۵۸	۱۵۴	تنکابن	۴
۲/۴	-	+	فعال	۱۲۷	۲۷	۲	عزیزی جویبار	۴۴۳	۷۳	جویبار	۵
-	-	+	فعال	۳۵۴	۱۴۹	۱	امام سجاد(ع) رامسر	۴۲۲	۷۰	رامسر	۶

استان مازندران: مازندران											
امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴											
مراکز آموزش بهورزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۴/۵	+	+	فعال	۲۴۶	۴۷	۳	امیرمازندرانی ساری	۳۸۵۲	۵۱۴	ساری	۷
			فعال	۳۳۶	۱۶۸	۱	بوعلی سیناساری				
			فعال	۳۲۴	۱۱۸	۱	فاطمه زهرا (س) ساری				
			فعال	۲۹۱	۱۶۲	۲	مرکز روانپزشکی وسوختگی زارع ساری				
-	-	+	فعال	۱۲۰	۵۱	۲	شهدای زیراب	۳۵۲	۷۰	سوادکوه	۸
۴/۵	+	+	فعال	۳۵۴	۱۷۳	۱	رازی قائمشهر	۲۵۸۵	۳۰۶	قائم شهر	۹
۳/۵	+	+	فعال	۲۴۱	۱۰۰	۲	امام خمینی نور	۴۸۵	۱۱۰	نور	۱۰
۳/۴	-	+	فعال	۱۹۸	۶۷	۳	شهید بهشتی نوشهر	۴۸۰	۱۲۳	نوشهر	۱۱
				۵۱۱۸	۲۲۴۱						

استان مازندران: بابل امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۴

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

استان مرکزی: اراک امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۵۷

مراکز آموزش بهوزی			بیمارستان شهرستان								
مربی با پست سازمانی	فضای استاندارد	وجود	وضعیت	پرسنل	تعداد تخت	ارزشیابی	نام بیمارستان	دیپلم جدید درسال ۸۹	جمعیت ۸۹ (هزار نفر)	شهرستان	#
۲/۲	+	+	فعال	۴۸	۲۹	۹	امام سجاد (ع) آشتیان -	۸۷	۲۱	آشتیان	۱
۶/۶	-	+	فعال	۲۶۱	۷۰	۱	طالقانی اراک	۳۶۷۳	۵۷۲	اراک	۲
			فعال	۶۳۲	۳۲۹	۱	ولیعصر اراک				
			فعال	۳۸۰	۲۱۶	۱	امیر کبیر اراک				
۳/۳	+	+	فعال	۸۹	۶۰	۲	والفجر تفرش	۷۹	۵۰	تفرش	۳
۳/۶	+	+	فعال	۱۹۷	۷۴	۲	امام خمینی (ره) خمین	۶۷۹	۱۱۳	خمین	۴
۶/۶	-	+	فعال	۲۰۵	۵۶	۲	امام صادق (ع) دلیجان	۱۷۸	۴۵	دلیجان	۵
-	-	-	فعال	۶۶	۴۱	۳	شهدای آسیابک- زرنديه	۲۳۵	۶۰	زرنديه	۶
۴/۵	-	+	فعال	۱۰۳	۶۰	۲	شهدای ۱۷ شهریور ساوه	۷۸۵	۲۴۵	ساوه	۷
			فعال	۲۴۳	۹۵	۲	مدرس ساوه				
-	-	-	فعال	۳۵	۱۶	۴	امام علی (ع) کمیجان	۱۴۰	۴۷	کمیجان	۸
۳/۳	-	+	فعال	۱۶۴	۴۹	۲	امام خمینی محلات	۱۵۷	۵۰	محلات	۹
				۲۴۲۳	۱۰۹۵						

استان هرمزگان: بندر عباس امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۶۱

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	۵۱	۲۷	۱	فکری بستک	۹۱۵	۷۵	بستک	۱
-	-	-	فعال	۰	۱۴	۱	امام صادق جاسک	۱۸۱	۵۱	بندر جاسک	۲
۳/۵	+	+	فعال	۷۷	۵۶	۱	اعصاب و روان ابن سینا بندرعباس	۳۳۹۴	۵۷۲	بندرعباس	۳
			فعال	۲۳۵	۸۶	۱	کودکان بندر عباس				
			فعال	۲۳۲	۱۲۰	۱	دکتر علی شریعتی بندر عباس				
			فعال	۷۱۶	۲۹۵	۱	شهید محمدی بندر عباس				
۲/۴	+	+	فعال	۵۱	۴۸	۱	رستماني پارسيان بندرلنگه	۶۰۷	۱۲۸	بندرلنگه	۴
			فعال	۱۶۶	۸۶	۱	شهید بهشتی بندرلنگه				
-	-	-	فعال	۰	۰	۱	فاطمه الزهرا حاجی آباد	۴۴۵	۷۲	حاجی آباد	۵
-	-	-	فعال	۱۱۰	۵۸	۲	علی ابن ابی طالب رودان	۸۹۷	۱۱۹	رودان	۶
۲/۲	+	+	فعال	۱۱۱	۳۵	۲	فاطمه الزهرا قشم	۶۰۲	۱۱۶	قشم	۷
۴/۶	+	+	فعال	۲۸۸	۱۳۰	۱	حضرت ابوالفضل (ع) میناب	۲۲۲۷	۲۶۹	میناب	۸
				۲۰۳۷	۹۵۵						

استان همدان: همدان امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۱

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	#
۱/۴	-	+	فعال	۱۹۷	۹۷	۲	امیرالمومنین(ع) اسدآباد	۸۷۸	۱۰۵	اسدآباد	۱
۲/۶	-	-	فعال	۷۷	۲۵	۱	آیت ... بهاری بهار	۵۹۴	۱۲۱	بهار	۲
۲/۳	-	-	فعال	۲۴۷	۱۱۵	۲	ولیعصر (عج) تویسرکان	۵۲۹	۱۱۰	تویسرکان	۳
۰/۶	-	-	فعال	۱۶۲	۸۰	۳	ولیعصر رزن	۶۵۰	۱۱۲	رزن	۴
۱/۶	-	+	فعال	۱۹۳	۷۶	۱	امام رضا(ع) کبودرآهنگ	۶۷۷	۱۴۲	کبودرآهنگ	۵
۲/۵	+	+	فعال	۲۶۸	۱۴۴	۲	امام حسین(ع) ملایر	۲۰۳۹	۲۸۹	ملایر	۶
			فعال	۱۳۴	۲۴	۲	فخریه ملایر				
۲/۵	+	+	فعال	۵۲	۳۰	۲	شهید حیدری نهاوند	۱۶۴۳	۱۸۰	نهاوند	۷
			فعال	۳۲۳	۱۳۲	۱	آیت ... علیمرادیان نهاوند				
۳/۶	-	+	فعال	۵۰۰	۲۷۳	۱	اکباتان همدان	۵۷۰۸	۵۹۴	همدان	۸
			فعال	۷۴	۲۶	۱	امام حسن(ع) فامنین همدان				
			فعال	۳۴۱	۲۱۹	۱	فرشچیان همدان				
			فعال	۴۷۳	۱۷۶	۲	مباشر همدان				
			فعال	۱۵۲	۲۰۶	۱	بعثت همدان				
			فعال	۲۵۵	۱۱۳	۱	فاطمیه همدان				
			فعال	۰	۱۲۴	۲	امام خمینی همدان				
				۳۴۴۸	۱۸۶۰						

استان یزد: یزد امتیاز رتبه بندی آموزشی: ۷۶

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	#
۴/۴	-	+	فعال	۱۱۵	۵۰	۲	حضرت خاتم الانبیاء ابرکوه	۳۲۲	۴۶	ابرکوه	۱
۱/۱	-	+	فعال	۲۵۵	۱۴۴	۲	ضیائی و قائم اردکان	۳۶۸	۷۸	اردکان	۲
۳/۳	-	+	فعال	۱۳۱	۵۲	۲	حضرت ولیعصر (عج) بافق	۱۹۹	۴۱	بافق	۳
۲/۳	-	+	فعال	۱۰۲	۹۶	۱	مرکز جامع روانپزشکی تفت	۱۵۷	۵۰	تفت	۴
			فعال	۲۰۰	۷۱	۱	شهید بهشتی تفت				
۳/۳	-	+	فعال	۶۸	۳۴	۳	آیت ا... خاتمی هرات	۲۵۵	۳۴	خاتم	۵
۳/۳	-	+	فعال	۱۵۷	۷۵	۲	شهید سید مصطفی خمینی طبس	۴۷۹	۷۱	طبس	۶
۳/۳	-	+	فعال	۲۰۰	۶۷	۱	حضرت فاطمه الزهرا (س) مهریز	۲۷۴	۴۷	مهریز	۷
۱/۲	-	+	فعال	۲۰۳	۱۴۵	۰	امام جعفر صادق (ع) میبد	۳۹۶	۷۹	میبد	۸
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						