

گام‌های توسعه در آموزش پزشکی  
مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی  
دوره سوم: شماره دوم. ص ۶۹-۷۷، ۱۳۸۵

## بررسی دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص اثرات طرح کارانه بر آموزش پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی

دکتر مهدی نعمت‌بخش\*

استاد گروه فیزیولوژی و مرکز تحقیقات فیزیولوژی کاربردی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

دکتر بابک ثابت

پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

دکتر پدرام رضائی

پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

دکتر علی شکرچی زاده

پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

همایون ناجی

مریبه دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

زمینه: عنایت به ارتقای آموزش پزشکی کشور و بار مالی موجود بر مراکز آموزشی درمانی و سوق دادن آنها به سمت خودکفایی سبب شد تا در سال‌های گذشته، طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها (طرح کارانه) در مراکز آموزشی به اجرا در آید تا اولاً بار مالی بیمارستان‌ها کاهش یابد و ثانیاً با استفاده بهینه از امکانات موجود و ایجاد انگیزه در کادر آموزشی و درمانی، ارتقای آموزش پزشکی با ارائه بهتر این خدمات مهیا شود. هدف: این مطالعه به منظور تعیین دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی دانشکده پزشکی در مورد تأثیر طرح کارانه بر ارائه خدمات آموزشی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه مقطعی ۶۹ نفر از اعضای هیأت علمی گروه‌های مختلف بالینی که از مزایای طرح کارانه استفاده می‌نمودند، شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات بسته چند گزینه‌ای که در چهار حیطه تنظیم گردیده بود، استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که آگاهی اعضای هیأت علمی از مفاد طرح کارانه مناسب نیست. همچنین از دیدگاه بیش از ۶۰ درصد پاسخ‌دهندگان، اجرای طرح کارانه موجب افزایش حضور استادان در فعالیت‌های آموزشی موظف نشده است. ۶۵ درصد جمعیت مورد مطالعه نیز بر این دیدگاه تأکید داشتند که اجرای این طرح موجب افزایش فعالیت اساتید بالینی در آموزش کارآموزان، کارورزان و دستیاران نشده است. اولویت‌های اصلی جهت ارتقای آموزش پزشکی از دیدگاه اساتید به ترتیب افزایش امکانات آموزشی در بخش‌های بیمارستان‌ها (۸۷/۵ درصد)، کتابخانه‌ها (۸۵/۲ درصد) و سمعی بصری (۸۴/۳ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: پس از گذشت سال‌ها از اجرای این طرح، نتایج حاکی از آن است که طرح کارانه در ارتقای آموزش پزشکی ناموفق بوده است. هرچند از نظر تئوری یکی از اهداف عمده و اصلی طرح، ارتقای آموزش بوده است اما در عمل این تئوری، واقعیت نیافته است، لذا با بازنگری در طرح کارانه می‌توان در جهت ارتقای آموزش پزشکی گام مؤثری برداشت.

کلید واژه‌ها: آموزش پزشکی، طرح کارانه بیمارستان آموزشی، عضو هیأت علمی

\* نویسنده مسؤول: مرکز تحقیقات فیزیولوژی کاربردی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران

• Email: [nematbakhsh@gmail.com](mailto:nematbakhsh@gmail.com)

• تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۲۲۳ • نامبر: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۲۹۵

## مقدمه

ارتقای کمی و کیفی آموزش پزشکی و برنامه اقتصادی مناسب برای بیمارستانها و مراکز آموزشی همیشه دغدغه مسئولین و متولیان آموزش پزشکی بوده و خواهد بود. با مروری بر پیشینه مدارس طب و دانشکدههای پزشکی از بدو تأسیس تا کنون در ایران، می‌توان پی برد که آنها رشد خوب و در بعضی مقاطع زمانی رشد بسیار سریع داشته‌اند. از تأسیس مدرسه دارالفنون در سال ۱۲۲۸ هجری شمسی تا تأسیس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ و به دنبال آن، تأسیس دیگر مدارس طب و دانشکدههای پزشکی در سراسر کشور از سال ۱۳۲۵، سیستم آموزش عالی همیشه شاهد تنوع برنامه‌های تربیت دانشجوی پزشکی بوده، ضمن این‌که این برنامه‌ها دارای کاستی‌هایی نیز بوده که برای اصلاح آن تلاش‌هایی صورت می‌گرفته است. در این راستا همیشه مشکلات بهداشت و درمان کشور با وضعیت آموزش پزشکی عجین بوده است.

در سال ۱۳۵۳ در گزارشی که توسط انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران به منظور بررسی و ترسیم وضعیت بهداشت و درمان کشور تهیه شده است، به کندی تربیت نیروی انسانی، عدم استفاده از امکانات جدید، نامناسب بودن مدت تحصیل، مدرک گزائی و کمبود تعداد پزشک اشاره شده است (۱). در همان سال در گزارش دیگری توسط رهنما، ضمن اشاره به مشکلات فوق اضافه می‌نماید که آموزش پزشکی در کشورهای در حال توسعه با پیروی از روش "تربیت پزشک برای درمان بیمار در محیط بیمارستانی با استفاده از امکانات و تجهیزات وسیع" با شکست مواجه شده است، زیرا از یک طرف بیمارستانها دارای تجهیزات کافی نیستند و از طرف دیگر محصول این آموزش جوابگوی نیاز بهداشتی درمانی نیست و پیشنهاد می‌کند که برای حل مشکل، بهتر است شبکه جامعی در سطح کشور برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به وجود آید و مراکز آموزش پزشکی بخشی از این شبکه تلقی شوند. در این گزارش با ظرافت به ادغام مراکز آموزش پزشکی

با سیستم ارائه خدمات اشاره شده است و برای پزشک، مسئولیت‌های دیگری غیر از درمان نیز در نظر گرفته شده است (۲). شاید همین دیدگاه بود که منجر به جداسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت علوم شد.

در سال ۱۳۶۱ ستاد انقلاب فرهنگی مسئولیت برنامه‌ریزی آموزش پزشکی را به عهده گرفت و نهایتاً در سال ۱۳۶۴ برنامه آموزش پزشکی توسط آن ستاد، بازنگری شد. در سال ۱۳۶۵، آموزش رشته‌های گروه پزشکی از وزارت آموزش عالی وقت جدا و به وزارت بهداشتی وقت الحاق گردید. بدین ترتیب ارائه خدمات بهداشتی درمانی و همچنین تربیت نیروی انسانی در این حیطه به یک سازمان یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی واگذار شد. هر چند ایده این طرح بسیار جالب و دارای پشتوانه علمی است اما با این تغییر، مسؤولان وزارتی که تا آن موقع فقط درگیر ارائه خدمات بهداشتی درمانی بودند با مشکلات عدیده آموزشی و همچنین اقتصاد مراکز آموزش دست به گریبان شدند. از این زمان به بعد بررسی‌ها، نقدها و نقطه نظرات در خصوص آموزش پزشکی کم و بیش در این سیستم جدید شروع شد (۴، ۳).

عنايت به ارتقای آموزش پزشکی کشور و بار مالی موجود بر مراکز آموزشی درمانی و سوق دادن آنها به سمت خودکفایی سبب شد تا مسؤولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ارائه طرح نظام نوین اداره امور بیمارستانها (طرح کارانه) کوشش نمایند بدون ایجاد بار مالی جدید و با استفاده بهینه از امکانات موجود و ایجاد انگیزه در کادر آموزشی به منظور آموزش مناسب، ارائه بهتر این خدمات را مهیا سازند (۵). نظر بر این بود تا با این شیوه، ارائه خدمات بهتر، مشارکت افراد متمکن در هزینه‌ها، اجرای کامل تعهدات وزارت متبوع در مقابل بیمه شدگان، استفاده حداکثر از ظرفیت مراکز، افزایش فعالیت بیمارستانی و کارآیی کادر پزشکی و پیراپزشکی و ایجاد انگیزه در کادر آموزشی برای خدمات آموزشی بهتر فراهم گردد. طرح کارانه به معنی اختصاص بخشی از درآمد کادر پزشکی به خودشان، یک ابداع نبوده

دیدگاه اعضای هیأت علمی در مورد تأثیر پرداخت کارانه متناسب با فعالیت درمانی بر آموزش و نظارت اساتید بر فعالیت‌های کارآموزان، کارورزان و دستیاران در بخش‌های مختلف

ج: بیست سؤال براساس مقیاس پنج درجه‌ای (از مؤثرترین عامل با امتیاز ۵ تا کم اثرترین عامل با امتیاز ۱) در زمینه دیدگاه اعضای هیأت علمی در مورد عوامل مؤثر بر ارتقای آموزش پزشکی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها پس از اجرای طرح کارانه

د: شش سؤال در مورد آگاهی اعضای هیأت علمی از طرح کارانه

بعد از طراحی اولیه پرسشنامه و تأیید روایی محتوای آن توسط کارشناسان علمی طرح، به منظور تعیین پایایی در اختیار ۲۰ نفر از اعضای جمعیت هدف قرار گرفت. پایایی ثبات درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و بعد از جمع‌آوری داده‌ها ۰/۸۸ به دست آمد. در مقیاس لیکرت برای گزینه‌های کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم امتیازات ۵ تا ۱ و میانگین امتیازات به‌عنوان شاخص دیدگاه در نظر گرفته شد.

توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه در بین جامعه هدف به شیوه مراجعه حضوری صورت گرفت.

معیار ورود، اعضای دوازده گروه آموزشی بودند که بر اساس آئین نامه‌ها واجد دریافت طرح کارانه بودند. این گروه‌های آموزشی به دلیل این که بهره‌مندی متفاوت مالی در طرح کارانه دارند در چهار دسته زیر قرار گرفتند:

الف: گروه داخلی و زیر مجموعه‌های تخصصی آن (گوارش، ریه، غدد، قلب، روماتولوژی و خون).

ب: گروه‌های بیهوشی، جراحی عمومی، جراحی کلیه و مجاری ادراری، چشم و گوش و حلق و بینی

ج: گروه اطفال و زیر مجموعه‌های فوق تخصصی آن (عفونی، آلرژی، گوارش، قلب، ریه، غدد، کلیه و خون)

د: سایر گروه‌های آموزشی (روانپزشکی، داخلی، اعصاب، رادیولوژی، پوست و زنان)

است و طرح‌هایی کم و بیش مشابه در سایر نقاط جهان وجود دارد. به‌عنوان مثال در سال‌های ۹۷-۱۹۹۵ دانشگاه مریند برای جبران کسری بودجه خود، طرح مشابهی ارائه داد. در این دانشگاه هزینه‌های اداره دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های تابعه بالغ بر ۵۰۰ میلیون دلار بود که ۳۸ درصد، آن حقوق و مزایای اعضای هیأت علمی بود. این قضیه باعث شد تا با اندیشیدن تمهیداتی اعضای هیأت علمی را به مشارکت مسئولانه‌تر در تأمین منابع پرداخت دستمزدشان تشویق نمایند و این فرآیند در کسری بودجه اثر گذار بود (۶).

حال پس از گذشت چند سال از اجرای طرح کارانه لازم است دیدگاه‌ها اعضای هیأت علمی که در حقیقت محوریت این طرح بودند و متولی تربیت دانشجو نیز هستند بررسی گردد تا شاید در بازنگری و ارزیابی این طرح مورد استفاده قرار گیرد. لذا این طرح با هدف تعیین دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی دانشکده پزشکی در مورد تأثیر طرح کارانه بر ارائه خدمات آموزشی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید.

## روش کار

در این مطالعه مقطعی، جمعیت هدف شامل تمامی اعضای هیأت علمی گروه‌های مختلف بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به طریقه سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند تا دیدگاه آنان در مورد تأثیر طرح کارانه در ارائه خدمات آموزشی تعیین شود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات بسته بود که در چهار حیطة، به ترتیب زیر طراحی شده بود:

الف: ده سؤال با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) در خصوص دیدگاه اعضای هیأت علمی در مورد تأثیر طرح کارانه در افزایش حضور اساتید جهت ارائه خدمات آموزشی

ب: هشت سؤال با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) مربوط به

### یافته‌ها

از ۶۹ نفر پاسخ دهنده ۷۹/۷ درصد مرد، ۲۰/۳ در صد زن و از نظر مرتبه علمی، ۶۶/۷ درصد استادیار، ۳۱/۹ درصد دانشیار و ۱/۴ درصد استاد بودند. میانگین سابقه خدمت ۱۱/۷۸ با حداقل یک و حداکثر ۳۵ سال بود. آنالیز آماری تفاوت معنی داری از نظر جنس، رتبه دانشگاهی، سابقه عضویت در کادر هیأت علمی در میان دسته‌های چهارگانه الف، ب، ج و د نشان نداد. لذا این عوامل از فاکتورهای مخدوش کننده در مطالعه نبوده است.

با بررسی نتایج حاصل از پاسخ‌های جمعیت مورد مطالعه به سؤالات حیطه (د) که مربوط به مفاد طرح کارانه است میانگین نمره به این سؤالات در دسته‌های چهارگانه الف، ب، ج و د به ترتیب ۰/۴۱، ۰/۸، ۰/۴ و ۰/۳۸ بوده است. حداقل نمره در همه دسته‌ها صفر و حداکثر به ترتیب ۲، ۳، ۲ و ۲ بود. میانگین (انحراف معیار) نمره کل پاسخ دهندگان ۰/۵۱ (±۰/۷) بود و تفاوت معنی داری در میانگین نمره گروه‌های مختلف مشاهده نشد. این نتایج نشان می‌دهد که آگاهی اعضای هیأت علمی از مفاد طرح کارانه در هر زمینه تخصصی که باشند مناسب نیست.

توزیع فراوانی نسبی دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی در مورد تأثیر طرح کارانه بر افزایش ساعات حضور اساتید در فعالیت‌ها ده‌گانه مرتبط با آموزش در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین (انحراف معیار) نمره کل پاسخ دهندگان ۲/۴۲ (±۱/۲۰) بود و نتایج نشان می‌دهد هر چند در بعضی از موارد بعضی از گروه‌ها دیدگاه موافق و یا کاملاً موافق بیشتری نسبت به تأثیر طرح کارانه حضور اساتید داشتند اما در مجموع و در تمام موارد، دیدگاه اعضای هیأت علمی نسبت به تأثیر طرح کارانه در این خصوص کاملاً موافق یا موافق نیست. همین نتیجه برای تأثیر طرح کارانه بر آموزش کارورزان و دستیاران وجود دارد و میانگین (انحراف معیار) نمره تمام پاسخ دهندگان در این حیطه ۲/۹۴ (±۱/۱۲) بود (جدول ۲).

لازم به ذکر است که با توجه به نحوه پرداخت کارانه، گروه زنان به دلیل بستری طولانی مدت برخی بیماران و عدم اقدامات جراحی برای همه، در زیر گروه جراحی دسته‌بندی نگردید.

اعضای هیأت علمی واجد شرایط ۱۸۳ نفر بودند که همه آنها از مزایای طرح کارانه استفاده می‌نمودند اما برخی به دلایلی که ذکر خواهد شد از مطالعه خارج گردیدند. اعضای گروه آسیب‌شناسی (۹ نفر) با ذکر این مطلب که به دلیل عدم پذیرش کارآموز و کارورز و همچنین عدم شرکت در راندها از موارد خواسته شده در پرسشنامه اطلاع کافی ندارند از پذیرش پرسشنامه خودداری نمودند. اعضای گروه جراحی اعصاب (۷ نفر) با ذکر این نکته که دریافتی آنان در طرح کارانه در ازای فعالیت‌های آموزشی نیست از تحویل گرفتن پرسشنامه علمی‌رغم مراجعه حضوری و توضیح کافی خودداری نمودند. ۲۲ نفر دیگر از اعضای هیأت علمی نیز از پذیرش پرسشنامه خودداری نمودند و در مورد ۳۱ نفر هم علی‌رغم مراجعات مکرر، تکمیل پرسشنامه میسر نگردید و نهایتاً ۴۵ نفر هم با توجه به قبول پرسشنامه از عودت آن خودداری کردند. لذا مجموعاً ۶۹ نفر پرسشنامه را تکمیل و تحویل دادند. نهایتاً میزان پاسخ (response rate) ۳۸/۷ درصد بود که شامل ۲۳ نفر در دسته الف، ۲۰ نفر در دسته ب، ۱۰ نفر در دسته ج و ۱۶ نفر در دسته د بودند. لازم به ذکر است که یک نفر هم به بعضی سؤالات پاسخ نداده بود.

اطلاعات به دست آمده با نرم افزار SPSS آنالیز گردید. در حیطه د پرسشنامه، نخست توزیع نمرات کل، بررسی و با توجه به نرمال نبودن توزیع آنها برای مقایسه میانگین نمرات در زیر گروه‌ها از آزمون کروسکال والیس (Kruskal Wallis) استفاده شد. برای مقایسه جنس و رتبه دانشگاهی در بین دسته‌ها از آزمون کای دو و در بقیه موارد با آمار توصیفی اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقدار  $P < 0.05$  معنی دار تلقی شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی در مورد تأثیر طرح کارانه بر افزایش ساعات حضور اساتید در موارد ده گانه

مرتبط با فعالیت‌های آموزشی

فعالیت‌ها	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین (انحراف معیار)
راندهای آموزشی	۱۳/۲	۱۴/۷	۱۹/۲	۲۹/۴	۲۳/۵	۲/۶۴ (۱/۳۵)
درمانگاه‌های آموزشی	۱۳/۲	۲۵	۱۰/۳	۳۰/۹	۲۰/۶	۲/۷۹ (۱/۷۳)
گزارش صبحگاهی	۵/۹	۸/۸	۲۰/۶	۳۵/۳	۲۹/۴	۲/۲۶ (۱/۱۵)
کنفرانس هفتگی	۷/۴	۸/۸	۱۴/۷	۳۹/۷	۲۹/۴	۲/۲۵ (۱/۱۸)
کنفرانس مرگ و میر	۴/۴	۷/۴	۲۳/۵	۴۱/۲	۲۳/۵	۲/۲۸ (۱/۰۵)
گراوند راند	۷/۴	۱۱/۸	۱۴/۶	۳۶/۸	۲۹/۴	۲/۳۱ (۱/۲۳)
تومور بورد	۲/۹	۷/۴	۴۷	۲۳/۵	۱۹/۱	۲/۵۱ (۰/۹۸)
راندهای آموزشی معاینه بالینی	۷/۴	۲۳/۵	۱۳/۲	۲۹/۴	۲۶/۵	۲/۵۶ (۱/۳۱)
کلاس‌های تئوری	۵/۹	۵/۹	۲۵	۳۵/۳	۲۷/۹	۲/۲۶ (۱/۱۱)
کلاس‌های آموزشی مقدمات بالینی	۴/۴	۱۱/۸	۲۷/۹	۲۵	۳۰/۹	۲/۳۹ (۱/۱۶)

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی در مورد تأثیر طرح کارانه بر تغییر فعالیت‌های استادان در موارد هشت گانه

مرتبط با آموزش کارآموزان، کارورزان و دستیاران

فعالیت‌ها	خیلی بیشتر شده است	بیشتر شده	تغییر نکرده	کمتر شده	خیلی کمتر شده	میانگین (انحراف معیار)
آموزش کارآموزان در راندهای آموزشی	۵/۹	۲۲/۰۴	۳۳/۸	۲۳/۵	۱۴/۹	۲/۸۱ (۱/۱۲)
آموزش کارآموزان در درمانگاه‌های آموزشی	۵/۹	۱۶/۲	۴۲/۶	۲۵	۱۰/۳	۲/۸۲ (۱/۰۲)
آموزش کارورزان در راندهای آموزشی	۴/۴	۲۳/۵	۳۳/۸	۲۵	۱۳/۲	۲/۸۱ (۱/۰۸)
آموزش کارورزان در درمانگاه‌های آموزشی	۷/۴	۲۵	۳۰/۸	۲۶/۴	۱۰/۳	۲/۹۲ (۱/۱۱)
عملکرد کارورزان در کشیک‌ها	۷/۴	۲۳/۵	۴۸/۵	۱۱/۸	۸/۸	۳/۰۹ (۱)
آموزش دستیاران در راندهای آموزشی	۱۳/۳	۲۲/۴	۲۹/۸	۱۷/۹	۱۶/۴	۲/۹۸ (۱/۲۷)
آموزش دستیاران در درمانگاه‌های آموزشی	۱۳/۳	۲۲/۴	۲۶/۸	۲۲/۴	۱۴/۹	۲/۹۴ (۱/۲۸)
عملکرد دستیاران در کشیک‌ها	۱۳/۳	۱۹/۱	۴۲/۶	۱۶/۴	۷/۴	۳/۱۵ (۱/۰۹)

می‌گیرند. از دیدگاه این افراد پرداخت درصدی از طرح کارانه به دانشجویان و اختصاص امکانات آموزشی بر حسب در آمد زایی بخش‌ها کم‌اثرترین فاکتورها در ارتقای آموزش پزشکی بیمارستانی می‌باشند. همچنین تمام وقت جغرافیایی شدن اساتید و حذف طرح کارانه به طور کامل در اولویت دهم و یازدهم قرار گرفته است (جدول ۳).

بر طبق نتایج پژوهش از دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی، افزایش امکانات آموزشی در بخش‌های بیمارستان‌ها، کتابخانه‌ها و امور سمعی بصری اولویت‌های اصلی جهت ارتقای آموزش پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی می‌باشند. افزایش تعداد بیماران در این بیمارستان‌ها و حذف پرداخت حق درمان توسط بیماران در رده‌های بعدی قرار

جدول ۳- دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی در مورد اولویت فاکتورهای مؤثر بر ارتقای آموزش پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی

اولویت	فاکتور	امتیاز کل	درصد امتیاز کل
۱	افزایش امکانات آموزشی در بخش‌ها	۳۰۲	۸۷/۵
۲	افزایش امکانات آموزشی کتابخانه‌ای	۲۹۴	۸۵/۲
۳	افزایش امکانات آموزشی در قسمت سمعی بصری	۲۹۱	۸۴/۳
۴	افزایش تعداد بیماران در بیمارستان‌های آموزشی	۲۸۴	۸۲/۳
۵	حذف پرداخت حق درمان توسط بیماران	۲۸۰	۸۱/۱
۶	تفکیک استادان با فعالیت آموزشی و پژوهشی بیشتر، از استادان همتراز	۲۳۳	۶۷/۵
۷	ارزشیابی علمی دوره‌های استادان مشغول به تدریس	۲۲۹	۶۶/۳
۸	اعمال مدیریت صحیح در اجرای کامل طرح کارانه	۲۱۱	۶۱/۱
۹	آموزشی شدن کلینیک‌های ویژه دانشگاه	۲۰۵	۵۹/۴
۱۰	حذف کار در بخش خصوصی توسط استادان و پرداخت "تمام وقت" به آنان	۲۰۴	۵۹/۱
۱۱	حذف طرح کارانه به طور کامل	۲۰۲	۵۸/۵
۱۲	افزایش پرداخت پیش بینی شده در طرح کارانه	۱۹۴	۵۶/۲
۱۳	راه اندازی سیستم نظارتی پیش‌بینی شده در طرح به طور کامل	۱۸۹	۵۴/۷
۱۴	حذف بخش ویژه از بیمارستان‌های آموزشی	۱۸۷	۵۴/۲
۱۵	پرداخت در صدی از طرح کارانه به دستیاران	۱۸۲	۵۲/۷
۱۶	پرداخت برابر کارانه به گروه‌های مختلف آموزشی	۱۷۶	۵۱
۱۷	کسر کارانه استادانی که فعالیت آموزشی کمتر از حد دارند	۱۷۴	۵۰/۴
۱۸	اطلاع رسانی در مورد جزئیات طرح کارانه	۱۶۹	۴۹
۱۹	پرداخت در صدی از طرح کارانه به کارورزان	۱۴۳	۴۱/۴
۲۰	اختصاص امکانات آموزشی بر حسب درآمدزایی بخش‌ها	۱۲۲	۳۵/۴

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه تعیین دیدگاه اعضای هیأت علمی گروه‌های بالینی در مورد تأثیر طرح کارانه بر ارائه خدمات آموزشی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. اعضای هیأت علمی از یک سو ارائه دهندگان اصلی خدمات آموزشی و از سوی دیگر برخورداران اصلی از مزایای طرح کارانه می‌باشند. نتایج حاکی از این بود که اعضای هیأت علمی در گروه‌های چهارگانه الف، ب، ج و د از نظر جنس، رتبه دانشگاهی، سابقه تدریس و میزان آگاهی از مفاد طرح کارانه تفاوت معنی‌داری نداشتند و لذا این عوامل نمی‌توانستند در تفاوت دیدگاه‌های آنها اثر گذار باشند.

در این بررسی اکثریت گروه‌های داخلی و زیر مجموعه‌های تخصصی آن و همچنین گروه‌های روان‌پزشکی، داخلی اعصاب، رادیولوژی، پوست و زنان در تمامی موارد معتقد به عدم افزایش ساعات حضور اساتید در فعالیت‌های آموزشی پس از اجرای طرح کارانه بودند. در مورد گروه اطفال و زیر مجموعه‌های تخصصی آن نیز به جز یک مورد (درمانگاه آموزشی) در بقیه موارد، اکثر افراد نظر مشابهی داشتند. اما در مقابل گروه‌های بیهوشی، جراحی عمومی، ارولوژی، چشم و گوش و حلق و بینی، افزایش حضور استادان را مطرح کردند. در زمینه تغییر فعالیت استادان پس از اجرای طرح کارانه در جهت آموزش کارورزان، اکثریت پاسخ دهندگان عدم تغییر یا

موارد سبب شده تا دریافتی یک عضو هیأت علمی به دلیل کم بودن فعالیت‌های آموزشی، حتی یک بار هم کسر نشود و اعضای هیأت علمی نیازی نبینند تا به مفاد طرح کارانه مراجعه و برنامه خود را مطابق آن تنظیم نمایند که میزان اطلاعات کم آنان (کسب ۱۰ درصد نمره کل آگاهی) از مفاد طرح کارانه نیز می‌تواند به همین علت باشد.

در زمینه میزان اهمیت فاکتورهای مؤثر در ارتقای آموزش پزشکی، پنج فاکتور با اختلاف بسیار آشکار و با کسب بیش از ۷۵ درصد امتیاز ممکن، در صدر قرار گرفتند. افزایش امکانات آموزشی در بخش‌های بیمارستان‌ها، کتابخانه‌ها و امور سمعی بصری، اولویت‌های سه گانه اول و سپس افزایش تعداد بیماران در این بیمارستان‌ها و حذف پرداخت حق درمان توسط بیماران در رده‌های بعدی قرار داشتند. در سه مورد اول، افزایش اعتبارات دانشگاهی و قطعاً مدیریت صحیح بر آن راهگشای حل مشکل خواهد بود و اصولاً اصلاح این کاستی‌ها از اهداف اصلی و توان طرح کارانه خارج می‌باشد. اما در دو مورد دیگر با توجه به ارتباط نزدیک این مسائل با طرح کارانه، بیان نکاتی ضروری به نظر می‌رسد. احتمالاً طراحان طرح کارانه در پی یافتن منابع مالی بوده‌اند تا بدون ایجاد بار مالی برای دولت و از طریق افزایش پرداخت‌های خاص به اعضای هیأت علمی، انگیزه آنان برای فعالیت در محیط آموزشی را افزایش داده تا ارتقای آموزش پزشکی نیز به تبع آن نتیجه شود. نوع طراحی طرح کارانه هم به نحوی بود که منبع تأمین هزینه‌ها به‌طور مستقیم بیمار و به‌طور غیر مستقیم سازمان‌های بیمه‌گذار باشند. شاید بعید نباشد که چنین تصمیمی به نارضایتی مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های آموزشی منجر شود زیرا از یک طرف به دلیل آموزشی بودن، مدت زمان بستری و به تبع آن هزینه‌ها افزایش می‌یابد و از طرف دیگر این هزینه‌ها که قبلاً توسط دولت تأمین می‌شد اکنون باید از مراجعه‌کننده دریافت می‌گردد.

مشکلات ناشی از اجرای طرح کارانه در نظام آموزشی، قبلاً هم مد نظر بوده است. در سال ۱۳۷۱ بانک جهانی در نشریه

کاهش آن را مطرح کردند. تفاوت دیدگاه این گروه‌ها می‌تواند ناشی از دو علت باشد. اول آن‌که به دلیل دریافتی بیشتر این افراد از طرح کارانه آنان با جدیت بیشتری به امر آموزش می‌پردازند و دوم آن‌که به همان دلیل با دید خوش‌بینانه‌تری به نتایج طرح کارانه نگاه می‌کنند. به نظر می‌رسد برای این قضاوت، نظرخواهی از گیرندگان خدمات آموزشی (دانشجویان و دستیاران) ضروری باشد. اما مقایسه دیدگاه کلی اعضای هیأت علمی بالینی با دیدگاه اعضای این گروه‌های خاص بیشتر نظریه دوم را به ذهن نزدیک می‌سازد. به هر حال نمی‌توان مسئله درآمدزایی را در پاسخ به این سؤالات نادیده گرفت.

براساس نتایج، در می‌یابیم که اجرای این طرح باعث ارتقای فرآیند آموزش پزشکی نشده است و حتی به عقیده برخی رکود آن را نیز به دنبال داشته است. حال سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا طرح کارانه از ابتدا نمی‌توانسته در رسیدن به اهداف آموزشی، موفق باشد و یا چنین توانی داشته اما عدم اجرای کامل و صحیح آن باعث عدم توفیق در رسیدن به اهداف شده است. طرح‌های مشابه در سایر نقاط جهان نشان می‌دهد که در برخی کشورها چنین سیستمی باعث حضور بیشتر پزشکان (۷،۸)، کاهش زمان حضور بر بالین بیمار (۸) و عدم تفاوت عملکرد (۹،۱۰) بوده است. نتایج بررسی دیگری نشان داده است که پس از گذشت ۶ ماه از اجرای طرحی مشابه، میزان رضایت‌مندی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان تفاوت معنی‌داری با قبل نداشته است (۱۱). همه این موارد مدیران را به ایجاد سیستم‌های ارزش‌دهی دیگری سوق داده است تا بتوانند در عملکرد پزشکان تغییرات مطلوبی را ایجاد کنند (۶،۱۲،۱۳). مقایسه این تجربیات با طرح کارانه در ایران نشان می‌دهد که این طرح از ابتدا دارای ضعف‌هایی در زمینه قانون‌گذاری بوده است و شاید عدم اجرای صحیح و کامل آن نیز از همین ضعف‌ها ناشی می‌گردد. عدم وجود سیستم ارزش‌دهی مناسب، عدم توجه به این‌که ارزشیابی‌کننده خود نباید ارائه‌دهنده خدمات باشد، عدم بررسی نتایج طرح پس از اجرا و ... همه از ضعف‌های اولیه طراحی اولیه می‌باشند. این

کامل نظام آموزش پزشکی ایران اسلامی نیازمند اصلاحات اساسی و بنیادی است (۱۶)، اما با بازنگری در طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها می‌توان در جهت ارتقای آموزش پزشکی گام مؤثری برداشت و پرداخت هزینه برای آموزش را در جایگاه خود و دریافت هزینه برای درمان را نیز در جای خود دید و شاید این فرآیند به عدالت اجتماعی نزدیک‌تر باشد.

توصیه‌های اجرایی که شاید بتواند مفید باشد این است که اولاً طرح مشابه در دیگر دانشگاه‌ها اجرا و نتایج مقایسه شود. ثانیاً چون اجرای طرح کارانه در بیمارستان‌های آموزشی درآمد متفاوتی را برای اعضای یک گروه آموزشی نسبت به گروه دیگر ایجاد می‌کند خود به خود تمایل بیمارستان‌ها نسبت به حمایت از چنین گروه‌هایی بیشتر می‌شود و آموزش در گروه‌های کم درآمد، کم رنگ‌تر هم خواهد شد (اگر بپذیریم که آموزش در گروه‌های آموزشی پر درآمد خدشه‌دار نشده است که بر اساس این تحقیق بعید است) و لذا در بیمارستان‌های آموزشی که باید آموزش محوریت داشته باشد شاید لغو طرح کارانه گامی مثبت در ارتقای کیفی آموزش پزشکی باشد. سوم این‌که توصیه می‌شود مأموریت بیمارستان‌ها از نظر اولویت داشتن درمان یا آموزش مشخص گردد. طرح کارانه با یک بازنگری کلی و اصولی شاید بتواند در بیمارستانی با اولویت مأموریت درمان پاسخ دهد اما به‌نظر نمی‌رسد در یک بیمارستان با اولویت آموزش اجرای آن به نفع سیستم آموزش باشد.

خود با بیان صدمات اجرای طرح کارانه و هدر رفتن منابع، هشدار داده بود (۱۴). نویسنده مقاله "مشکلات بهداشتی درمانی و نقش بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه" ضمن بر شمردن همه مشکلات این کشورها در دهه هفتاد، اشاره می‌کند که ارائه طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها منجر به نزول کارایی واحدهای درمانی، افزایش تبادل نیروی انسانی به سود بخش خصوصی و رها شدن خدمات درمانی از مکانیسم‌های نظارتی، شده است و در این طرح هیچ‌گونه مطلب تازه‌ای درباره چگونگی اعمال نظارت بر عملکرد گروه‌های حرفه پزشکی ارائه نشده و هیچ سهمی برای نظارت از سوی مصرف کنندگان خدمات در مورد سرنوشت درمانی گروه نیازمند، پیش‌بینی نشده است و آنچه نظارت نامیده شده، از سوی ارائه دهندگان خدمات صورت می‌گیرد که در واقع شیوه‌ای است که در هیچ شرایطی عینیت لازم را جز در مسیر تأمین منافع گروه‌های حرفه‌ای نخواهد یافت (۱۵).

البته این تحقیق محدودیت‌هایی نیز داشت. اول آن‌که فقط در یک دانشگاه انجام شده است و دوم کم بودن میزان پاسخ، کم بود و شاید نتوان به‌طور قطع نتیجه‌گیری دقیقی از آن کرد اما به هر حال اکنون پس از گذشت سال‌ها از اجرای طرح کارانه نتایج این تحقیق حاکی از آن است که طرح کارانه نه تنها نتوانسته است به میزان کافی باعث افزایش تعداد بیماران در بیمارستان‌های آموزشی شود بلکه به دلیل دریافت حق درمان از بیماران، آموزش پزشکی در این بیمارستان‌ها نیز با مشکل مواجه شده است. هر چند به نظر کارشناسان امر اصلاح

## منابع

۱. فقیه محمدعلی، ندیم ابوالحسن. سیمای بهداشت و درمان در ایران. تهران: انتشارات دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران؛ ۱۳۵۳: ۹-۱۶
۲. رهنا محمد، جمعی از استادان کشور: راهی نو برای تندرستی، گزارش هیأت بررسی مسائل بهداشتی درمانی کشور. تهران: سازمان تأمین اجتماعی جلد ۱: ۱۳۵۳: ۱۱.



۳. عزیزی فریدون. تغییرات برنامه‌های آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۱؛ سال نهم، شماره چهارم: ۲۴۹.
۴. خادمی محمد رضا. برنامه ریزی آموزش پزشکی و کمک پزشکی و کاربرد آن در جمهوری اسلامی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۶۶: ۱۵-۴.
۵. طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها. بخشنامه اجرای طرح، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۳.
6. Kastor JA, Mehrling MM, Mackowiak PA, Breault Pw: The salary responsibility program for full-time faculty members in an academic clinical department. Acad Med 1997; 72(1):23-9.
7. Bjorndal A, Arntzen E, Johansen A: Salaried and fee-for-service general practitioners: is there a difference in patient turnover? Scand J Prim Health Care 1994; 12(3):209-13.
8. Wolinsky FD, Marder WD. Spending time with patients: the impact of organizational structure on medical practice. Med Care 1982; 20(10):1051-9.
9. Pineault R, Contandriopoulos AP, Fournier MA. Physicians' acceptance of an alternative to fee-for-service payment: a possible source of change in Quebec medicine. Int J Health Serv 1985; 15(3):419-30.
10. Lee S, Cowie S, Slobodian P. Payment by salary or fee-for-service. Effect on health care resource use in the last year of life. Can Fam Physician 1999; 45:2091-6.
11. Murray JP. A comparison of patient satisfaction among prepaid and fee-for-service patients. J Fam Pract 1987; 24(2):203-7.
12. Frank C, Brunsberg J. Using contact capitation to align payment incentives among specialists. Healthc Financ Manage 1999; 53(10):52-6.
13. Shea S, Nickerson KG, Tenenbaum J, Morris TQ, Rabinowitz D, O'Donnell K, Perez E, Weisfeldt ML. Compensation to a department of medicine and its faculty members for the teaching of medical students and house staff. N Engl J Med. 1996; 334(3):162-7.
۱۴. نقش بخش بهداشت و درمان در توسعه جهانی. نشریه بانک جهانی. ۱۹۹۲.
۱۵. صدقیانی ابراهیم. مشکلات بهداشتی درمانی و نقش بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی؛ ۱۳۷۶: ۲۳۶-۲۱۹.
۱۶. عباس زادگان محمد. آموزش پزشکان. تهران: انتشارات سوره مهر؛ ۱۳۷۹: ۱۹۰-۱۴۰.