

زمستان  
۱۳۸۸

معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

پروژه تعیین شاخص های ادغام آموزش پزشکی با نظام  
ارایه خدمات سلامت

گزارش نهایی پروژه



پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت



## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

### معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

مدیر پروژه: دکتر شهرام یزدانی

مدیریت اطلاعات: خانم سارا خراشادی زاده

با تشکر ویژه از: جناب آقای دکتر نادر ممتازمنش و سرکار خانم فرنگیس شوقی

گروه تدوین پیش نویس: دکتر شهرام یزدانی، آقای دکتر حسن امامی، خانم فتحیه مرتضوی، دکتر فخرالسادات حسینی، دکتر رامین همایونی

همکاران پروژه: دکتر سید امیر محسن ضیایی، خانم دکتر فاطمه نیری، دکتر محمدعلی جوادی، دکتر فریدون عزیزی، دکتر فرشته معتمدی، دکتر یوسف صادقی، دکتر ناصر سیم فروش، دکتر علی رمضانخانی، دکتر علی اکبر سیاری، خانم اعظم گیوری دکتر محمدرضا مجدی، دکتر محمدباقر صابری ظفرقندی، دکتر هما مناہجی، دکتر محمد رحمتی رودسری، دکتر فاطمه اسکویی، دکتر عباس نجاری، دکتر سید سجاد رضوی، دکتر سید علی ابطی  
**با تشکر از:**

اعضای ستاد ادغام: دکتر نادر ممتاز منش، دکتر ابوالفتح لامعی، دکتر محمدرضا فرتوک زاده، دکتر محمداسماعیل مطلق، دکتر رضا لباف قاسمی، دکتر ناهید جعفری، مهندس محمدجواد کبیر، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر عباس انتظاری، دکتر محمدحسین سالاریان زاده دکتر شهرام یزدانی،

و کمیته های ارتقاء کیفیت و اصلاح فرایندهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی:

حوزه ریاست: آقای دکتر علیرضا ناصری، آقای مهندس رضا محمودی، و سرکار خانم مژگان کریمی

حوزه معاونت آموزشی: آقای دکتر سید عباس صفوی نائینی، آقای دکتر یوسف پورخوشخت، آقای دکتر سید عبدالصمد طباطبایی، آقای اصغر گوردزی، خانم الهه نگهبان، خانم مینا عظیمی موید، خانم ماندانا باقری  
حوزه معاونت پژوهشی: آقای دکتر محمد رحمتی رودسری، آقای دکتر حمید سوری، آقای دکتر حسن فضل، خانم دکتر مریم مرتضوی، آقای دکتر اصغر اشرفی، خانم دکتر لیلا پاشاروش، خانم مهنس فاطمه کریمان، خانم زهرا کوه کمندی، خانم مریم سوهانکی، خانم فاطمه بانو ملکی، خانم زهرا علایی، خانم دکتر الهام ایزدی، خانم فخری اصفهانی، خانم خاطره آیدون

حوزه معاونت پشتیبانی: آقای دکتر محمد مهدی صدوقی، آقای دکتر حسین رامندی، آقای دکتر محمد فرحبخش، آقای دکتر محمد پیریایی، آقای رضا علی کریمی، آقای حسن عباسیان، آقای مهندس علیرضا ثابت قدم، آقای مهندس مسعود رجب زاده، آقای محمد تقی جعفرزاده

حوزه معاونت بهداشتی: آقای دکتر علی رمضانخانی، آقای مهندس پرویز عزیزی، آقای دکتر غلامرضا قاسمی، خانم صغری عزیزاده، خانم شهلا قنبری، خانم دکتر مهستی عطایی، خانم دکتر فرزانه فرحبخش، خانم مهتاب یغموری، خانم زهرا کریمی، خانم ناهید حاج طبیبی، خانم مهنس مریم کارگران، آقای ابولقاسم بورچی، خانم فروزنده مومنی، خانم سهیلا مقدم ثابت

حوزه معاونت درمان: آقای دکتر محمد علی امام هادی، آقای دکتر کاظم شریفی، خانم دکتر مهناز بالادست، خانم دکتر فرح کردمحل، آقای دکتر غلامرضا صفاتی، آقای دکتر محمد جمال عاصمی، آقای دکتر احمدامین جنتی، آقای دکتر سعید مهدوی، آقای دکتر علی خلیج، آقای داوود عبدالکریمی، خانم سیمین درایه، خانم سیدمنیر صالحی، خانم زهرا اطاعتی، خانم محبوبه میرحسینی، آقای قاسم خسرو آبادی

حوزه معاونت غذا و دارو: آقای دکتر سید فرشاد شیرازی، آقای دکتر سالم، آقای مهندس رضایی

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

### فهرست مطالب:

۵	زمینه و لزوم مطالعه:
۵	تجربه جهانی ادغام:
۶	ادغام ساختاری میان عرصه های بالینی و دانشگاهی:
۷	شواهد علمی در مورد ارتباط ادغام و کیفیت آموزش:
۸	الگوی ادغام در ایران:
۱۰	ادغام عملکردی در مقابل ادغام ساختاری:
۱۱	کاربردهای مطالعه:
۱۱	روش مطالعه:
۱۱	شناسایی فرایندهای بین حوزه ای و بین سازمانی:
۱۲	تعیین سازوکارهای ایجاد یکپارچگی در فرایندها:
۱۴	تدوین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت:
۱۶	نتایج:
۱۶	استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه آموزش:
۱۷	استانداردهای حیطه خدمات بالینی:
۱۸	استانداردهای حیطه سلامت عمومی:
۱۸	استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه پژوهش:
۲۰	استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه نوآوری و صنعت:
۲۱	نتیجه گیری:
۲۱	تحقیقات تکمیلی:
۲۳	فهرست منابع:

## زمینه و لزوم مطالعه:

ادغام دانشکده‌های پزشکی و وزارت بهداشتی وقت، و شکل‌گیری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال 1364 بیش از آنکه قالب عملکردی داشته باشد، یک ادغام ساختاری محسوب می‌شود. عدم تبیین حیطه‌های تعامل و عدم تعیین شیوه‌های تعامل از یکسو و فقدان سازوکارهای حاکمیتی تضمین‌کننده ادغام عملکردی از سوی دیگر سبب گردید که نظام سلامت در طی بیش از دو دهه پس از ادغام ساختاری کمترین بهره را از آن ببرد تا جای که مخالفین ادغام اصل راهبرد ادغام را به چالش کشیده‌اند و داعیه دار انتزاع گردیدند. در طی دو دهه گذشته مطالعات معدودی بر روی موضوع ادغام صورت گرفته است. دکتر ندیم در سال 1377 علل و اهداف ادغام را مورد بررسی قرار داد. دکتر کن کاکس در سال 1377 وضعیت آموزش بالینی را پس از ادغام مورد بررسی قرار داد. دکتر پیروی در سال 1379 دیدگاه هیات علمی دانشگاه‌ها را در مورد ادغام مطالعه نمود. دکتر الجنید در سال 1380 ارتقا شاخص‌های سلامت پس از ادغام را در ایران بررسی نمود. اصلاحات آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال 1381 و بدنبال چهار سال مطالعه بر روی مفهوم ادغام صورت گرفت. دکتر هانس کارلز در سال 1382 اصلاحات آموزشی در ایران را در راستای نیازهای جامعه و نظام سلامت تفسیر نمود. دکتر چارلز کولینز در سال 1383 مزایا و معایب ادغام را بررسی کرد. دکتر ریفکین در سال 1384 تاثیر همکاری بین‌بخشی در ارتقا سلامت را پس از ادغام مطالعه نمود. آنچه که به عنوان چکیده این مطالعات می‌توان استنباط کرد به شرح زیر می‌باشد:

### تجربه جهانی ادغام:

تفکر اولیه ادغام دانشکده‌های پزشکی در نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه شکل گرفت و اولین تجربیات موفق در این رابطه در کشورهایمانند مصر و سودان و تعدادی از کشورهای آفریقایی گزارش گردید. ولی از آنجایی که این تفکر با فلسفه وجودی دانشکده‌های پزشکی و با اهداف کلان نظام سلامت کاملاً همخوانی دارد. در حال حاضر موارد متعدد و موفقیت‌آمیزی از ادغام دانشکده‌های در نظام سلامت را در کشورهای توسعه یافته می‌بینیم. به عنوان مثال در بررسی که در سال ۱۹۹۹ توسط فارل<sup>۱</sup> در ایالات متحده آمریکا صورت گرفت، در ۳۰٪ از دانشکده‌های پزشکی ادغام کامل با نظام سلامت ایالت مربوطه صورت گرفته است و مدیر ارشد اجرایی دانشکده پزشکی<sup>۲</sup> علاوه بر وظایف معمول خود، رهبری نظام سلامت را عهده دار می‌باشد. اوج این موضوع در دانشکده‌های پزشکی پنسیلوانیا، کارولینای شمالی و دوک<sup>۳</sup> تجلی پیدا می‌کند که اصولاً نظام سلامت متناظر با آنها را به نام دانشگاه و نه ایالت مربوط می‌شناسند. و به عنوان مثال از عبارت

<sup>1</sup> Farrell

<sup>2</sup> CEO

<sup>3</sup> Duke

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

"نظام سلامت دانشگاه پنسیلوانیا"<sup>۴</sup> به جای "نظام سلامت ایالت پنسیلوانیا"<sup>۵</sup> نام برده می‌شود. در مقابل در پاره‌ای از ایالت‌های آمریکا ارتباط دانشکده پزشکی و نظام سلامت در پایین‌ترین سطح قرار دارد که از آن جمله می‌توان به ارتباط بین دانشکده پزشکی داکوتای شمالی<sup>۶</sup> با نظام سلامت مربوط اشاره نمود. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که در مواردی که سطح بالای ادغام بین دانشکده‌های پزشکی و نظام سلامت وجود دارد علاوه بر کیفیت بالاتر ارائه خدمات و کیفیت بالاتر خدمات آموزشی، پاسخگویی دانشکده‌ها و نظام سلامت در مقابل اجتماع نیز حداکثر است.

### ادغام ساختاری میان عرصه‌های بالینی و دانشگاهی:

ادغام ساختاری عرصه‌های آکادمیک و بالینی تنها یکی از مداخلاتی است که جهت تعامل مثبت و پویای این دو عرصه ضرورت دارد، و این مقصود، نیازمند دو مداخله دیگر است که تکمیل کننده ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی است.

**الف - سازماندهی عرصه بالینی<sup>۷</sup> :** ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با عرصه بالینی هنگامی بیشترین تأثیر را خواهد داشت که خود عرصه بالینی، یکپارچه و سامان یافته باشد. به بیان دیگر وجود یک نظام ارائه خدمات سازمان یافته<sup>۸</sup> یکی از شرایط تحقق اهداف ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی می‌باشد. در چنین نظامی، ارائه خدمات در سطوح مختلف اعم از مطب و کلینیک و بیمارستان و در بخش‌های مختلف اعم از بخش دولتی و خصوص بصورت هماهنگ و سازمان یافته صورت می‌گیرد. بدیهی است ادغام عرصه آکادمیک با چنین عرصه بالینی بیشترین مزایا را در برخواهد داشت. در مقابل، ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با نظام سلامتی که خود بدون سازمان دهی<sup>۹</sup> و قطعه قطعه<sup>۱۰</sup> است حداقل فایده را خواهد داشت.

**ب - جایگاه حاکمیتی عرصه آکادمیک در مقابل عرصه بالینی<sup>۱۱</sup> :** صرف ادغام عرصه‌های بالینی و آکادمیک یا تعامل بین این دو تضمین کننده اهداف نظام سلامت نمی‌باشد. به بیان دیگر اگر در این تعامل، قدرت<sup>۱۲</sup> در اختیار عرصه بالینی باشد، جهت‌گیری عرصه آکادمیک بطور انفعالی در راستای منافع بازار خواهد بود در حالی که نظام سلامت هرگز مشخصات یک بازار را دارا نمی‌باشد و در چنین

<sup>4</sup> Pennsylvania University Health System

<sup>5</sup> Pennsylvania State Health System

<sup>6</sup> North Dakota

<sup>7</sup> Clinical Enterprise Organization

<sup>8</sup> Organized Delivery System

<sup>9</sup> Disorganized

<sup>10</sup> Fragmented

<sup>11</sup> Authority Position of Academic Enterprise

<sup>12</sup> Authority

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

وضعیتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سوبسید گیرنده بخش سلامت و به عنوان یک اندام ضمیمه<sup>۱۳</sup> به نظام سلامت خواهند بود. با توجه به آنکه عرصه آکادمیک در حکم مغز نظام سلامت محسوب می‌شود، بهترین وضعیت آن است که سیاستها، جهت‌گیری‌ها، و نظارت کلان به عهده عرصه آکادمیک باشد. به بیان دیگر توصیه می‌شود حاکمیت بالینی<sup>۱۴</sup> با واسطه دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گیرد.

در کشور ما دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت زیر مجموعه‌ای از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفته‌اند. ولی علت آن که تاکنون نتوانسته‌ایم از این ادغام به نحو مقتضی استفاده نماییم این است که دو شرط بعدی محقق نگشته است. به بیان دیگر عرصه بالینی در جمهوری اسلامی ایران بدون سازماندهی و قطعه قطعه است و از طرفی ارتباط حاکمیتی عرصه آکادمیک در مقابل عرصه بالینی شکل نگرفته است. یعنی دانشگاه‌های علوم پزشکی قدرت کمی برای سیاست‌گذاری، تعیین جهت‌گیری‌ها و نظارت کلان بر عرصه بالینی دارند. بدیهی است در چنین وضعیتی تمام تلاش باید در جهت محقق نمودن این دو شرط باشد و زیر سؤال بردن اصل ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی در حکم پاک نمودن صورت مسئله می‌باشد.

### شواهد علمی در مورد ارتباط ادغام و کیفیت آموزش:

اصولا بررسی تأثیرات مداخلات کلان در نظام سلامت با مشکلات فراوانی همراه است در این رابطه توجه به نکات زیر ضرورت دارد:

الف – در بسیاری از موارد مداخلات کلان در نظام سلامت با مشکلات مختلفی در بخش سلامت همزمان می‌شوند. نباید فراموش کرد که در اغلب این موارد همزمانی دال بر وجود رابطه علی<sup>۱۵</sup> نمی‌باشد. معمولا هنگام استنباط<sup>۱۶</sup> و قضاوت این موضوع مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این امر در مورد پیشرفت‌هایی که متعاقب مداخلات رخ می‌دهد نیز صادق است و مجددا در بسیاری از موارد رابطه علی بین مداخلات و پیشرفت‌های مشاهده شده وجود ندارد.

ب – مداخلات کلان در نظام سلامت اغلب در شرایط خاص محقق می‌گردند. این شرایط بعضا فرصت‌هایی هستند که پیش روی سیستم قرار می‌گیرد و بعضا بحران‌هایی هستند که سیستم با آنها مواجه می‌شود. تفکیک تأثیرات مداخلات صورت گرفته از تأثیرات شرایط زمینه ساز تحقق آنها (اعم از فرصت یا بحران) امری بسیار دشوار می‌باشد. در این میان عوامل متعددی هستند که به عنوان عوامل مخدوش کننده<sup>۱۷</sup> عمل می‌کنند و استنباط نهایی را با تورش<sup>۱۸</sup> روبرو می‌سازند.

<sup>13</sup> Appendage

<sup>14</sup> Clinical Governance

<sup>15</sup> Causal Relationship

<sup>16</sup> Inference

<sup>17</sup> Confounding Factor

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

ج - استنباط در رابطه با کیفیت آموزش پزشکی نیازمند مبنا یا الگوی مناسبی جهت مقایسه می‌باشد. فدراسیون جهانی آموزش پزشکی مجموعه کاملی از استانداردهای آموزش پزشکی را منتشر نموده است. این فدراسیون در فوریه ۲۰۰۴ گزارشی را تحت عنوان "دیدگاه هایی در مورد آموزش پزشکی در ایران"<sup>۱۹</sup> منتشر نمود. در این گزارش مفصل با اشاره به نقش کلیدی مراکز توسعه آموزش پزشکی<sup>۲۰</sup> در دانشگاههای علوم پزشکی ایران، آموزش پزشکی در ایران هم راستا با استانداردهای جهانی و اصلاحات آموزشی پزشکی در ایران الهام بخش کلیه کشورهای جهان ذکر شده است.

### الگوی ادغام در ایران:

از لحاظ نظری ادغام عرصه های آموزشی و سلامت بر اساس سه بعد زیر تقسیم بندی می گردد.

- ۱- میزان یکپارچگی نظام سلامت (یکپارچه یا متکثر)
  - ۲- میزان وابستگی نظام سلامت و نظام آموزشی (رسمی یا غیر رسمی)
  - ۳- جایگاه و اختیارات نظام آموزشی در مقابل نظام سلامت (رهبر یا عضو)
- بر اساس این سه بعد ارتباط عرصه های آموزش و سلامت در ۸ مدل طبقه بندی می گردد.
- ۱- رهبر رسمی نظام یکپارچه سلامت<sup>۲۱</sup>: که در آن نظام سلامت یکپارچه، وابستگی نظام سلامت و آموزش قوی، رسمی و قانونی و نظام آموزشی از جایگاه بالاتری نسبت به نظام سلامت در تصمیم گیری ها برخوردار می باشد.
  - ۲- عضو رسمی نظام یکپارچه سلامت<sup>۲۲</sup>: که در آن نظام سلامت یکپارچه، وابستگی نظام سلامت و آموزش با قوی، رسمی و قانونی و نظام سلامت از جایگاه بالاتری نسبت به نظام آموزشی در تصمیم گیری ها برخوردار می باشد.
  - ۳- رهبر غیر رسمی نظام یکپارچه سلامت<sup>۲۳</sup>: که در آن نظام سلامت یکپارچه، وابستگی نظام سلامت و آموزش ضعیف و غیر رسمی و نظام آموزشی از جایگاه بالاتری نسبت به نظام سلامت در تصمیم گیری برخوردار می باشد.

---

<sup>18</sup> Bias

<sup>19</sup> Impressions of Medical Education in IR Iran

<sup>20</sup> EDC

<sup>21</sup> Owner

<sup>22</sup> Subsidiary

<sup>23</sup> Alliance Leader

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

- ۴- عضو غیر رسمی نظام یکپارچه سلامت<sup>۲۴</sup> که در آن نظام سلامت یکپارچه، وابستگی نظام سلامت و آموزش ضعیف و غیر رسمی و نظام سلامت از جایگاه بالاتری نسبت به نظام آموزش در تصمیم گیری برخوردار است.
- ۵- رهبر رسمی نظام متکثر سلامت<sup>۲۵</sup>: که در آن نظام سلامت متکثر و ناهمسو، وابستگی نظام سلامت و آموزش قوی، رسمی و قانونی و نظام آموزش از جایگاه بالاتری نسبت به نظام سلامت در تصمیم گیری ها برخوردار است.
- ۶- عضو رسمی نظام متکثر سلامت<sup>۲۶</sup>: که در آن نظام سلامت متکثر و ناهمسو، وابستگی نظام سلامت و آموزش قوی، رسمی و قانونی و نظام سلامت از جایگاه بالاتری نسبت به نظام آموزش در تصمیم گیری ها برخوردار است.
- ۷- رهبری غیر رسمی نظام متکثر سلامت<sup>۲۷</sup>: که در آن نظام سلامت متکثر و ناهمسو، وابستگی نظام سلامت و آموزش ضعیف و غیر رسمی و نظام آموزش از جایگاه بالاتری نسبت به نظام سلامت در تصمیم گیری ها برخوردار است.
- ۸- عضو غیر رسمی نظام متکثر سلامت<sup>۲۸</sup>: که در آن نظام سلامت متکثر و ناهمسو، وابستگی نظام سلامت و آموزش ضعیف و غیر رسمی و نظام سلامت از جایگاه بالاتری نسبت به نظام سلامت در تصمیم گیری ها برخوردار است.

در کشور ما ارتباط بین نظام سلامت و نظام آموزش پس از طرح ادغام، رسمی و قانونی گردید و رؤسای دانشگاه نقش مدیران ارشد اجرایی نظام سلامت را بعهده گرفتند. ولی نظام سلامت در کشور ما کماکان متکثر و ناهمسو می باشد و به همین لحاظ تعامل عرصه های آموزش و سلامت در کشور ما را می توان از نوع " رهبر رسمی نظام متکثر سلامت"<sup>۲۹</sup> دانست که با اقداماتی که در جهت شکل گیری نظام ادغام یافته خدمات سلامت<sup>۳۰</sup> صورت گرفته است. نوع این ادغام به سمت مدل " رهبر رسمی نظام یکپارچه سلامت"<sup>۳۱</sup> پیش می رود.

---

<sup>24</sup> Alliance Partner

<sup>25</sup> Coalition Leader

<sup>26</sup> Coalition Partner

<sup>27</sup> Community Leader

<sup>28</sup> Community Partner

<sup>29</sup> Coalition Leader

<sup>30</sup> Integrated Delivery System

<sup>31</sup> Owner

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

### ادغام عملکردی در مقابل ادغام ساختاری:

ادغام عملکردی به وضعیتی اطلاق می شود که در آن جریان اطلاعات میان سازمان ها و نهادها در نظام سلامت به نحوی تسهیل شده و موثر صورت می گیرد و این جریان اطلاعات خود متعاقبا موجب تعامل و همکاری سازنده در عرض فرایندهای کلیدی نظام سلامت می گردد. از نظر نوع تعاملاتی که بین دو عرصه رخ می دهد (شدت ادغام) نیز ۶ سطح تعریف می گردد.

۱- **ارتباط<sup>۳۲</sup>**: که در آن طرفین سیاستها، اهداف، برنامه ها و اطلاعات فعالیت‌های خود را بطور شفاف در اختیار یکدیگر قرار می دهند.

۲- **همیاری<sup>۳۳</sup>**: که در آن طرفین در عین حفظ استقلال در سیاستها، اهداف برنامه ها و فعالیتها در صورتی که طرف مقابل به کمک نیاز داشته باشد بر اساس قواعد اخلاقی (غیر الزامی) به سمت مقابل یاری می رسانند.

۳- **هماهنگی<sup>۳۴</sup>**: که در آن طرفین در عین حفظ استقلال در سیاستها، اهداف و برنامه ها، گروهی از فعالیتها را بطور مشترک طراحی نموده و از منافع و نتایج این فعالیت‌های مشترک همزمان شده یا هماهنگ شده بهره مند می شوند.

۴- **همکاری<sup>۳۵</sup>**: در این رابطه طرفین مقداری از استقلال و هویت خود را در جهت نیل به اهداف مشترک از دست می دهند و برای این منظور ممکنست نیازمند تغییراتی در سیاستها، ساختار، تشکیلات، عملکرد، عملیات و یا رفتار سازمانی باشند.

۵- **ادغام<sup>۳۶</sup>**: در این سطح دو طرف متحمل بازبینی و بازنگری کامل در ساختار و عملکرد می شوند و یک کل بزرگتر و مؤثرتر را تشکیل می دهند ولی کماکان ردپا و تفکیک این دو جزء در کل بزرگتر مشهود می باشد.

۶- **تحکیم<sup>۳۷</sup>**: در این سطح سیاستها، رسالت، ساختار، و عملیات سازمانی بقدری هارمونیک می گردد که سازمان یک هویت واحد و هماهنگ می یابد.

در حال حاضر قسمت عمده تعامل دانشگاه های علوم پزشکی با عرصه سلامت در سطح اول و دوم (ارتباط و همیاری) می باشد و در سالهای اخیر این ادغام در بعضی از موارد افزایش یافته است که نمونه آن هماهنگی کامل در اصلاحات نظام سلامت و اصلاحات آموزشی، بهره مندی از توان دانشگاههای علوم پزشکی در تدوین

---

<sup>32</sup> Communication

<sup>33</sup> Cooperation

<sup>34</sup> Coordination

<sup>35</sup> Collaboration

<sup>36</sup> Integration

<sup>37</sup> Consolidation

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

و آموزش راهکارهای طبابت بالینی<sup>۳۸</sup> و طرح ایجاد مراکز تعالی خدمات بالینی<sup>۳۹</sup> در دانشگاههای علوم پزشکی می باشد.

### کاربردهای مطالعه:

اگرچه مجموعه های مختلفی از استانداردهای موسسه ای در سطح دانشگاه ها و نظام های سلامت کشورهای توسعه یافته منتشر شده است، ولی مجموعه حاضر را می توان اولین مجموعه مستقل استانداردهای ادغام عملکردی در سطح جهان دانست. در تدوین استانداردها حداکثر تلاش بعمل آمده است تا استانداردها جنبه عینی داشته باشند و از قابلیت اندازه گیری برخوردار باشند. کاربرد این استانداردها در سه فاز قابل تصور می باشد:

۱. در فاز اول و با ابلاغ استانداردها می توان از آن به عنوان یک ابزار آموزشی و به عنوان یک الگو برای ارتقاء فرایندهای بین سازمانی و بین حوزه ای استفاده نمود.
۲. در فاز دوم، این استانداردها را می توان در فرایند ارزشیابی درونی و بیرونی موسسات دانشگاهی مورد استفاده قرار داد.
۳. و در فاز سوم از این مجموعه می توان در فرایندهای اعتباربخشی موسسه ای و رتبه بندی دانشگاه ها استفاده نمود.

### روش مطالعه:

#### شناسایی فرایندهای بین حوزه ای و بین سازمانی

در مرحله اول و به منظور شناسایی فرایندهای بین حوزه ای و بین سازمانی، متجاوز از ۵۰۰ فرایند شناسایی شده توسط هفت کمیته ارتقا کیفیت و اصلاح فرایند که در سطح معاونت های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکیل شده بود، مورد بررسی قرار گرفت.<sup>۴۰</sup> علاوه بر آن اسناد برنامه های راهبردی حوزه های مختلف دانشگاهی برای شناسایی سایر فرایندها مرور گردید و با کارشناسان حوزه های مختلف نشست هایی برای

---

<sup>38</sup> CPG

<sup>39</sup> Center for Clinical Excellence

<sup>40</sup> فهرست کامل این پانصد فرایند به تفکیک حوزه های مربوطه در فایل University Processes در لوح فشرده ضمیمه موجود می باشد.

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

شناسایی فرایندهای بین حوزه ای و بین سازمانی صورت گرفت. در پایان مرحله اول متجاوز از ۱۷۰ فرایند با ماهیت بین سازمانی و بین حوزه ای شناسایی گردید<sup>۴</sup>. بخشی از این فرایندها (و به تبع آن سازوکارهای یکپارچگی آنها) بطور عمودی و در مسیر سلسله مراتب سازمانی تعریف شده اند (مانند فرایندهای وزارتی - دانشگاهی، دانشگاهی - دانشکده ای، دانشگاهی - مرکز پژوهشی، دانشگاهی - بیمارستانی، دانشگاهی - شبکه بهداشتی درمانی، و دانشکده ای - گروه آموزشی)، و تعدادی از آنها در عرض دیوانسالاری اداری، سازمان های هم سطح را به یکدیگر متصل می سازند (مانند فرایندهای افقی وزارتی، افقی دانشگاهی، و افقی دانشکده ای). بدیهی است که ادغام در نظام سلامت تنها منحصر به ادغام افقی میان حوزه های آموزش و سلامت نمی شود و تعامل افقی میان سایر حوزه ها (مانند تعامل حوزه های آموزش و پژوهش) و همچنین ادغام عمودی در درون یک حوزه (مانند تعامل معاونت پژوهشی دانشگاه با مراکز پژوهشی دانشگاه) را شامل می گردد.

### تعیین سازوکارهای ایجاد یکپارچگی در فرایندها

در مرحله دوم تیم تدوین استانداردها در تعامل با مدیران و کارشناسان حوزه های مختلف دانشگاهی، سازوکارهای ایجاد یکپارچگی در فرایندها را مورد بررسی قرار دادند. در پایان این مرحله ۳۰ سازوکار ژنریک مختلف برای ایجاد یکپارچگی و ادغام در فرایندها، شناسایی شد. نتیجه این مرحله از پروژه نشان داد که یکپارچگی و ادغام تنها به ادغام ساختاری خلاصه نمی شود و توجه به سایر سازوکارهای ایجاد تعامل جهت تضمین یکپارچگی فرایندها از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. از جمله سازوکارهای تعامل بین سازمانی و یا بین حوزه ای می توان به مواردی مانند آگاهی از نیازها، در اختیار قرار دادن اطلاعات، آگاهی از آرا و نظرات، مشارکت در فرایند تصمیم گیری، آگاهی از برنامه های اجرایی، مشارکت در برنامه ریزی برای اجرا، تدوین راهکارها و یا راهنماهای عملکردی، در اختیار قرار دادن منابع انسانی، مالی، و فیزیکی، جابجایی نیروی انسانی، آموزش نیروی انسانی، هماهنگی در اجرا یا عملیات، و ارایه مشاوره اشاره نمود.

---

<sup>۴</sup> فهرست کامل این صد و هفتاد فرایند بین سازمانی و بین حوزه ای در فایل Cross-boundary Processes در لوح فشرده ضمیمه موجود می باشد.

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

اشکال مختلف تعامل بین سازمانی		
۱	آگاهی از نیازها	یک موسسه نیازهای خود را به موسسه دیگر اعلام می کند.
۲	انجام نیازسنجی	یک موسسه انجام نیازسنجی را برای موسسه دیگر بر عهده می گیرد.
۳	در اختیار قرار دادن اطلاعات	یک موسسه اطلاعات (خام) مورد نیاز را به طرق مختلف (وبگاه، اتصال شبکه اطلاعاتی، و یا بصورت مکتوب) در اختیار موسسه دیگر قرار می دهد. <sup>۴۲</sup>
۴	کارشناسی و مرور شواهد علمی	یک موسسه انجام مطالعات زمینه ای کارشناسی (مرور متون، مطالعات تطبیقی) را برای موسسه دیگر بر عهده می گیرد.
۵	آگاهی از آرا و نظرات در ارتباط با تصمیمات	یک موسسه در ارتباط با تصمیمات بالقوه خود به طرق مختلف (پرسشگری، تهیه پیوست نظرات و یا حضور نماینده بدون حق رای در تیم تصمیم گیری) نظر موسسه دیگر را جویا می شود (بدون آنکه خود را ملزم به لحاظ نمودن آنها بداند).
۶	مشارکت در فرایند تصمیم گیری	نماینده یک موسسه به عنوان عضو واجد حق رای در کمیته یا شورای تصمیم گیری موسسه دیگر شرکت می نماید.
۷	تصمیم گیری مشترک	دو موسسه برای ایجاد اتفاق نظر و یا دستیابی به یک تصمیم مشترک، اقدام به تشکیل یک کمیته، شورا، و یا گروه کاری مشترک می کنند. <sup>۴۳</sup>
۸	لحاظ کردن یا تبعیت از تصمیمات	یک موسسه ملزم به اجرای تصمیمات موسسه دیگر می باشد.
۹	آگاهی از برنامه های اجرایی	یک موسسه بصورت ادواری و یا موردی موسسه دیگر را در جریان برنامه های جاری و آتی خود قرار می دهد.
۱۰	مشارکت در برنامه ریزی برای اجرا	دو موسسه بمنظور برنامه ریزی جهت اجرای یک فعالیت، بطور مشترک اقدام به برنامه ریزی می کنند. <sup>۴۴</sup>
۱۱	تدوین راهکارها و یا راهنماهای عملکردی	یک موسسه با تدوین یک راهنمای قدم به قدم اجرایی <sup>۴۵</sup> ، موسسه دیگر را جهت انجام یک فعالیت راهنمایی می کند.
۱۲	در اختیار قرار دادن منابع انسانی	یک موسسه با در اختیار قرار دادن نیروی انسانی خود، موسسه دیگر را در امر اجرا و عملیات یاری می کند.
۱۳	در اختیار قرار دادن منابع مالی	یک موسسه با در اختیار قرار دادن بودجه و منابع مالی، موسسه دیگر را در امر اجرا و عملیات یاری می کند.
۱۴	در اختیار قرار دادن منابع فیزیکی	یک موسسه با در اختیار قرار دادن فضای فیزیکی، امکانات و تجهیزات، موسسه دیگر را در امر اجرا و عملیات یاری می کند.
۱۵	جابجایی نیروی انسانی	دو سازمان با جابجایی موقت بخشی از نیروی انسانی خود (در قالب مامور)، با شرایط، امکانات، الزامات، محدودیت ها، و اولویت های یکدیگر آشنا می شوند.
۱۷	آموزش نیروی انسانی	یک موسسه آموزش پرسنل و نیروی انسانی موسسه دیگر را تقبل می کند.
۱۸	آگاهی از عملیات	یک موسسه بصورت ادواری و یا موردی موسسه دیگر را در جریان اقدامات و فعالیت های خود قرار می دهد. <sup>۴۶</sup>
۱۹	هماهنگی در اجرا یا عملیات	دو موسسه از طریق تشکیل یک کمیته راهبری مشترک <sup>۴۷</sup> عملیات را بطور هماهنگ به پیش می برند.
۲۰	اجرا یا عملیات مشترک	دو موسسه بطور مشترک اقدام به اجرا می کنند. <sup>۴۸</sup>
۲۱	نظارت یا کنترل اجرای عملیات	یک موسسه بر اجرای عملیات توسط موسسه دیگر نظارت می کند.
۲۲	تدوین استانداردهای کیفیت	یک موسسه استانداردهای کیفیت موسسه دیگر را تعیین می کند
۲۳	ارزشیابی	یک موسسه مسئول ارزشیابی (فضاوت ارزشی) در مورد موسسه دیگر است.
۲۴	تعامل در سیاستگذاری	دو موسسه برای سیاستگذاری با یکدیگر مشارکت یا تعامل دارند.
۲۵	پژوهش مشترک	دو موسسه در طراحی و یا اجرای یک پروژه پژوهشی با یکدیگر مشارکت می کنند.
۲۶	ارایه مشاوره	یک موسسه در موارد نیاز از موسسه دیگر مشاوره می گیرد
۲۷	نقد ایده ها و عملکرد	یک موسسه، ایده ها، تصمیمات و یا عملکرد موسسه دیگر را نقد نموده و بازخورد می دهد.
۲۸	نظرسنجی	یک موسسه برای تصمیم گیری، از نظرسنجی بر روی کارکنان موسسه دیگر استفاده می کند.
۲۹	اولویت گذاری	یک موسسه اولویت های عملیاتی موسسه دیگر را تعیین می کند.
۳۰	گزارش دهی	یک موسسه در مورد فعالیت ها یا عملکرد خود به موسسه دیگر گزارش می دهد.

<sup>42</sup> Information Sharing

<sup>43</sup> Shared Decision Making

<sup>44</sup> Shared Planning

<sup>45</sup> Operation Guide

<sup>46</sup> Activity Reporting, Experience Sharing

<sup>47</sup> Shared Steering Committee

<sup>48</sup> Shared Operation

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

### تدوین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

در مرحله سوم پروژه و به منظور تدوین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت، پایگاه داده ای توسط نرم افزار Access طراحی گردید. و تیم تدوین با توجه به فرایندهای مهم فراسازمانی یا فراحوزه ای در بخش های مختلف نظام سلامت، و با عنایت به شیوه ها و سازوکارهای تسهیل جریان اطلاعات و عملیات در طول این فرایندها، برای هر فرایند استانداردهای ادغام عملکردی مناسب را تدوین نمودند. مشخصات شناسنامه هر استاندارد مشتمل بر متن استاندارد، هدف از استاندارد، فرایند مورد نظر، حیطة مبدا فرایند، حیطة مقصد فرایند، سازمان مبدا تعامل، سازمان مقصد تعامل، سطح و جهت تعامل، نوع تعامل، و ضرورت و قید الزام استاندارد در پایگاه دادهای مربوطه ثبت گردید. در همین مرحله با ارسال فرم های نظرخواهی برای ۵۰ نفر از مدیران و کارشناسان حیطة های مختلف دانشگاه و نظام سلامت نظرات آنان در مورد فرایندهای بین حوزه ای و استانداردهای ایجاد یکپارچگی در پایگاه داده ای لحاظ گردید. حاصل این مرحله از پروژه حدود سیصد استاندارد می باشد که در حوزه های آموزش، پژوهش، سلامت عمومی، خدمات بالینی، نوآوری و صنعت و مدیریت و سیاستگذاری سازماندهی شده است.

فرم ثبت استانداردهای تعامل در فرایندهای بین حوزه ای	
فرایند: اولویت گذاری پژوهشی دانشگاه	
<p>حوزه مبدا تعامل: <b>الف - آموزش</b>  <b>ب - پژوهش</b>                      ب - خدمات بالینی                      ت - خدمات بهداشت عمومی                      ث - صنعت و نوآوری                      ج - سایر موارد:                      موسسه مبدا تعامل:</p>	<p>حوزه مقصد تعامل: <b>الف - آموزش</b>  <b>ب - پژوهش</b>                      ب - خدمات بالینی                      ت - خدمات بهداشت عمومی                      ث - صنعت و نوآوری                      ج - سایر موارد:                      موسسه مقصد تعامل:</p>
هدف تعامل: همراستایی پژوهش ها در مراکز پژوهشی با اولویت های دانشگاهی	
سطح تعامل: الف - آگاهی از نیازها ب - انجام نیازسنجی ب - در اختیار قرار دادن اطلاعات ث - کارشناسی و مرور شراحت علمی ت - آگاهی از آرا و نظرات در ارتباط با تصمیمات ج - مشارکت در فرایند تصمیم گیری ج - تصمیم گیری مشترک ح - لحاظ کردن یا تجمیع از تصمیمات خ - آگاهی از برنامه های اجرایی د - مشارکت در برنامه ریزی برای اجرا ذ - تدوین راهکارها و یا راهماهای عملکردی ر - در اختیار قرار دادن منابع انسانی ز - در اختیار قرار دادن منابع غیر انسانی ز - جابجایی نیروی انسانی س - آموزش نیروی انسانی ش - آگاهی از عملیات ص - هماهنگی در اجرا با عملیات ط - اجرا با کمک به اجرا ط - اجرا با عملیات مشترک ظ - نظارت با کنترل اجرای عملیات ع - تدوین استانداردها، کیفیت غ - ارزشیابی ف - سایر موارد:	
نوع تعامل: الف - افقی وزارتی ب - افقی دانشگاهی ب - افقی دانشکده ای ت - عمودی وزارتی - دانشگاهی ت - عمودی دانشگاهی - دانشکده ای ج - عمودی دانشگاهی - گروه آموزشی ج - عمودی دانشگاهی - مرکز پژوهشی ح - عمودی دانشگاهی - شبکه بهداشتی درمانی خ - عمودی دانشگاهی - بیمارستانی د - عمودی دانشکده ای - گروه آموزشی ذ - سایر موارد:	
قید الزام تعامل: <b>الف - باید</b> ب - بهتر است	
استاندارد تعامل: به منظور افزایش همراستایی پژوهش ها در مراکز پژوهشی با اولویت های دانشگاهی معاونت پژوهشی دانشگاه باید زمینه مشارکت فعال نمایندگان مراکز پژوهشی دانشگاه در فرایند اولویت گذاری پژوهشی دانشگاه را فراهم کند.	

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

۱	دکتر علیرضا مصداقی نیا	دبیر شورای آموزش علوم پایه پزشکی ، بهداشت تخصصی
۲	دکتر سید امیر محسن ضیایی	مدیر کل دفتر گسترش و ارزیابی آموزش پزشکی
۳	دکتر محمد حسین اسدی	رئیس مرکز امور هیات علمی
۴	دکتر محمد شریف زاده	دبیر شورای آموزش داروسازی و تخصصی
۵	دکتر اکبر فاضل	دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی
۶	دکتر الهه ملکان راد	دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی
۷	دکتر خوانین زاده	مدیر کل آموزش مداوم جامعه پزشکی
۸	دکتر مجتبی پارسا	سرپرست دبیرخانه هیات مرکزی جذب اعضای هیات علمی
۹	دکتر صدرحسینی	قائم مقام دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی
۱۰	آقای دکتر پرویز اولیاء	رئیس دفتر توسعه و هماهنگی پژوهش
۱۱	دکتر عباس نجاری	مدیر کل دفتر توسعه و هماهنگی اطلاع رسانی
۱۲	دکتر فاطمه رخشانی	مدیر کل آموزش ارتقاء سلامت
۱۳	دکتر غفاری	رئیس مرکز مدیریت بیماریهای غیرواگیر
۱۴	دکتر محمود رضا محقق	رئیس مرکز نظارت و اعتباربخشی
۱۵	دکتر غلامرضا معصومی	رئیس مرکز مدیریت بیماریها و حوادث
۱۶	دکتر محمد اسماعیل مطلق	رئیس مرکز توسعه شبکه
۱۷	دکتر محمد مهدی گویا	رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
۱۸	دکتر محمدباقر صابری ظفرقندی	مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۱۹	دکتر سعید مهدوی	مدیر کل گروه آزمایشگاهها
۲۰	دکتر محمدرضا مجدی	مدیر کل سلامت خانواده و جمعیت
۲۱	خانم اعظم گیوری	مدیر کل دفتر پرستاری
۲۲	دکتر صابر محمدی	رئیس دفتر مرکز سلامت محیط کار
۲۳	دکتر عبدالرضا پازوکی	معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۴	دکتر سید عباس متولیان	معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۵	دکتر سید علی ابطحی	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۶	دکتر شهرام آگاه	مدیر مرکز توسعه و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۷	دکتر محمد رضا وفا	ریاست دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۸	خانم دکتر اسکویی	ریاست دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۹	دکتر کشاورز	معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۰	دکتر فتوحی	معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۱	دکتر ابوالحسنی	معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۲	دکتر منزوی	ریاست دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۳	دکتر فاطمه نیری	ریاست دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۴	دکتر نگارنده	ریاست دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۵	دکتر مصداقی نیا	ریاست دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۶	دکتر جلیلی	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۷	دکتر باقر لاریجانی	ریاست مرکز پژوهش غدد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۸	دکتر فریدون عزیزی	ریاست پژوهشگاه غدد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۳۹	دکتر جوادی	ریاست مرکز پژوهشی بیماریهای چشم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۰	دکتر طبیب زاده	ریاست دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۱	دکتر مهرنوش پازارگادی	ریاست دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۲	دکتر حاتمی	ریاست دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۳	دکتر سجاد رضوی	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۴	دکتر علی رمضانخانی	معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۵	دکتر سیاری	رئیس گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۶	دکتر ناصر سیم فروش	رئیس گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۷	دکتر زجاجی	رئیس گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۸	دکتر صادقی	رئیس گروه آناتومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۹	دکتر فرشته معتمدی	رئیس گروه فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۵۰	دکتر ماندانا سناری	رئیس گروه ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

## نتایج:

### استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه آموزش

بخش عمده آموزش عالی علوم پزشکی به تربیت ارایه کنندگان خدمات سلامت<sup>49</sup> اختصاص دارد. محصول این بخش افرادی هستند که بطور مستقیم یا غیر مستقیم در امر ارتقاء بهداشت و پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماری ها دخالت می کنند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت<sup>50</sup> چهار وظیفه کلان دارد:

۱- تأمین و تخصیص مالی<sup>51</sup>

۲- خلق منابع<sup>52</sup>

۳- ارایه خدمات<sup>53</sup>

۴- تولیت و نظارت کلان<sup>54</sup>

و در محور خلق منابع، تربیت و آموزش نیروی انسانی جزء وظایف اصلی نظام سلامت محسوب می شود. اگر چه نظام سلامت می تواند تربیت ارایه دهندگان خدمات را به خارج از نظام سلامت واگذار کند (سفارش دهد)، ولی تربیت ارایه کنندگان در داخل نظام سلامت چند مزیت اساسی دارد:

الف - نظام سلامت نظامی پیچیده و دائما در حال تغییر است و آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت باید براساس الزامات، مقتضیات و نیازهای نظام سلامت صورت گیرد. بدیهی است آموزش ارایه کنندگان خدمات سلامت در یک سیستم مستقل، انطباق آموزش با نیازهای در حال تغییر نظام سلامت را با دشواری مواجه می سازد.

ب - پاسخگویی اجتماعی<sup>55</sup> در تمام سطوح نظام سلامت و همچنین در سطح دانشگاههای علوم پزشکی امری ضروری است. نظام سلامت باید در مقابل کیفیت خدمات ارایه شده توسط ارایه کنندگان خدمات سلامت پاسخگو باشد و دانشگاههای علوم پزشکی باید در مقابل دانش، نگرش، مهارت ها و توانایی های ارایه دهندگانی که فارغ التحصیل می کنند پاسخگو باشند. انفکاک عرصه های بالینی و آکادمیک موجب می شود این پاسخگویی در دو سطح به حداقل برسد. به بیان دیگر نظام سلامت در مقابل کیفیت خدمات ارایه

---

<sup>49</sup> Healthcare Providers

<sup>50</sup> Health System

<sup>51</sup> Financing

<sup>52</sup> Resource Creation

<sup>53</sup> Provision

<sup>54</sup> Stewardship

<sup>55</sup> Social Accountability

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

کنندگانی که خود تربیت نکرده است پاسخگو نخواهد بود و دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز فارغ التحصیلان خود را تحویل سیستمی مستقل و جداگانه خواهند داد و در قبال عملکرد بعدی آنها پاسخگو نخواهند بود.

ج - دانش پزشکی به طور باور نکردنی در حال گسترش و تغییر است و به عنوان مثال زمان دو برابر شدن حجم دانش پزشکی تنها ۲۰ ماه است و روایی و صحت حدود یک سوم از شواهدی که در حال حاضر در طبابت بکار می‌رود در طی ۱۰-۵ سال آینده زیر سؤال خواهد رفت. به این ترتیب تعلیم و تربیت ارایه دهنده خدمات سلامت امری مقطعی محسوب نمی‌شود و آموزش مداوم پزشکان<sup>۵۶</sup> و ارتقاء حرفه‌ای مداوم<sup>۵۷</sup> آنان وظیفه‌ای خطیرتر و دشوارتر از تربیت اولیه آنان است. و این امر بجز در یک نظام سلامت ادغام یافته با عرضه آکادمیک محقق نخواهد شد.

د - آموزش پزشکی جامعه نگر<sup>۵۸</sup> و آموزش پزشکی در عرصه جامعه<sup>۵۹</sup> جهت گیری‌های اصلی آموزش پزشکی در چند دهه اخیر را تشکیل می‌دهند و انفکاک عرصه‌های بالینی و آکادمیک ارتباط و تناسب<sup>۶۰</sup> محتوی، روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی با نیازهای جامعه را به حداقل خواهد رساند.

بدیهی است که ترکیب و کمیت این بخش از آموزش عالی علوم پزشکی باید به دقت و بر اساس نیاز و تقاضای بازار خدمات سلامت و در طی فرایند برنامه ریزی نیروی کار سلامت<sup>۶۱</sup> تعیین می‌گردد. سایر فرایندهای بین حوزه ای مهمی که در این حوزه مورد توجه قرار گرفته است، شامل آموزش جامعه نگر، آموزش در عرصه جامعه، تصویب رشته های آموزشی منجر به مدرک جدید، بازنگری رشته های آموزشی منجر به مدرک، بازآموزی نیروی انسانی، سیاستگذاری آموزشی، و ارزشیابی و اعتباربخشی برنامه ها و موسسات می باشد. در مجموع بیش از ۱۰۰ استاندارد از این مجموعه استانداردها به موضوع آموزش و تعاملات فرایندی آموزش با سایر حیطه های نظام سلامت اختصاص یافته است.

### استانداردهای حیطه خدمات بالینی

ادغام واقعی عرصه‌های آکادمیک و بالینی تضمین کننده کیفیت خدمات بالینی خواهد بود. سنتز اطلاعات و شواهد در قالب راهکارهای طبابت بالینی<sup>۶۲</sup>، فرایند پایش عملکرد<sup>۶۳</sup> و ممیزی بالینی<sup>۶۴</sup> و اعتبار بخشی به

<sup>56</sup> CME

<sup>57</sup> CPD

<sup>58</sup> Community Oriented Education

<sup>59</sup> Community Based Education

<sup>60</sup> Relevance

<sup>61</sup> Health Workforce Planning

<sup>62</sup> Clinical Guidelines

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

مؤسسات ارایه دهنده خدمات<sup>۶۵</sup> تنها در تعامل نزدیک دانشگاه‌های علوم با نظام سلامت معنی پیدا می‌کنند. ارایه خدمات فراگیر و یکپارچه، سیاستگذاری خدمات بالینی، ارزیابی فناوری سلامت، تجویز منطقی داروها، و رویکرد سیستمی به خطاها و اشتباهات پزشکی از جمله فرایندهای بین حوزه ای هستند که توجه به آنها می‌تواند به ادغام عملکردی کمک نماید. در مجموع حدود ۴۰ استاندارد از مجموعه استانداردهای عملکردی به حوزه خدمات بالینی اختصاص داده شده است.

### استانداردهای حیطه سلامت عمومی

سلامت عمومی<sup>۶۶</sup> شامل مباحث و مداخلات آموزش و ترویج سلامت، و پیشگیری از بیماری‌ها در سطح فرد و جامعه می‌شود. فرایندهای متعددی در این حوزه ماهیت بین سازمانی و بین حوزه ای دارند که از آن جمله می‌توان به فرایندهای نیازسنجی سلامت، بررسی و مدیریت عوامل خطرزای سلامت در سطح فرد و جامعه، بررسی و مدیریت بار بیماریها در سطح جامعه، بررسی و مدیریت رفتارهای مصرف خدمات سلامت، و برنامه ریزی نیروی انسانی بهداشتی اشاره نمود. همچنین فرایندهای مرتبط به بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت<sup>۶۷</sup>، و مداخلات توسعه اجتماعی<sup>۶۸</sup> در این حوزه طبقه بندی شده اند. در مجموع حدود ۶۰ استاندارد از این مجموعه به حوزه سلامت عمومی تخصیص یافته است.

### استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه پژوهش

پژوهش مساله محور<sup>۶۹</sup> یعنی پژوهشی که براساس مشکلات نظام سلامت و در جهت حل مشکلات نظام سلامت شکل می‌گیرد، بهترین شکل استفاده از بودجه‌های پژوهشی در کشورهای در حال توسعه و در شرایط محدودیت منابع می‌باشد. ادغام عرضه‌های آکادمیک و بالینی این امکان را مهیا می‌کند که پژوهش‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی به بهترین نحو در راستای مشکلات نظام سلامت شکل گیرند و انفکاک این دو عرصه این خطر را در بر دارد که پژوهش‌های پزشکی به سمت مقولات بدون ارتباط و یا لوکس سوق پیدا کنند. نتایج پژوهش هرگز

---

<sup>63</sup> Performance Monitoring

<sup>64</sup> Clinical Audit

<sup>65</sup> Accreditation

<sup>66</sup> Public Health

<sup>67</sup> Social Determinants of Health

<sup>68</sup> Social Development

<sup>69</sup> Problem – Centered Research

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

نباید بدون استفاده و عاطل باقی بماند و پژوهشی که نتایج آن به تصمیم گیری کمک ننماید تنها اصراف منابع محسوب می شود. در نظام سلامت گروههای مختلف در سطوح مختلف نیازمند دستیابی به نتایج پژوهشهای بومی می باشند. ماهیت پژوهشهایی که پاسخگوی نیازهای گروههای مختلف است با یکدیگر متفاوت می باشد. این پژوهشها عبارتند از:

۱- **تحلیل سیاستهای سلامت<sup>۷۰</sup>**: مخاطب اصلی این گروه از پژوهشها سیاستگذاران نظام سلامت می باشند و پژوهشگران تلاش می کنند تا با مطالعات مداخله ای شبه تجربی<sup>۷۱</sup>، مطالعات مقایسه ای<sup>۷۲</sup>، مقایسه با موارد الگو<sup>۷۳</sup>، تحلیل ذینفعان<sup>۷۴</sup>، تحلیل امکانپذیری<sup>۷۵</sup> و تحلیل سیاسی<sup>۷۶</sup> سیاستگذاران را در مسیر سیاستگذاری مبتنی بر شواهد یاری رسانند.

۲- **پژوهش در مدیریت و خدمات سلامت<sup>۷۷</sup>**: مخاطب اصلی این گروه از پژوهشها مدیران اجرایی در سطوح مختلف نظام سلامت می باشند. و پژوهشگران به واسطه پژوهشهای کیفی<sup>۷۸</sup>، مطالعات مقایسه ای، مقایسه با موارد الگو و مطالعات مداخله ای تجربی یا شبه تجربی سعی می کنند تا مدیران را در مشخص نمودن مشکلات، رفع مشکلات و ارتقاء سیستم یاری دهند.

۳- **پژوهشهای بالینی<sup>۷۹</sup>**: مخاطب اصلی این گروه از پژوهشها ارایه کنندگان خدمات سلامت می باشند. پژوهشگران در این پژوهشها به واسطه مطالعات تصادفی کنترل شده<sup>۸۰</sup>، همگروهی<sup>۸۱</sup> و یا مورد شاهدی<sup>۸۲</sup> تلاش می کند تا پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان را در اخذ تصمیم صحیح بالینی یاری نمایند.

۴- **پژوهشهای زیست پزشکی<sup>۸۳</sup>**: بر خلاف سه گروه قبلی پژوهشها که هدف از آنها یافتن راه حل جهت مشکلات در سطوح مختلف می باشد، هدف از پژوهشهای زیست پزشکی گسترش مرزهای دانش و ارضاء حس کنجکاوی محقق می باشد. اگر چه بسیاری از پژوهشهای زیست پزشکی در نهایت منجر

---

<sup>70</sup> Health Policy Analysis

<sup>71</sup> Quasiexperimental

<sup>72</sup> Comparative Studies

<sup>73</sup> Benchmarking

<sup>74</sup> Stakeholder Analysis

<sup>75</sup> Feasibility Study

<sup>76</sup> Political Analysis

<sup>77</sup> Health Services Research

<sup>78</sup> Qualitative Research

<sup>79</sup> Clinical Research

<sup>80</sup> RCT

<sup>81</sup> Cohort

<sup>82</sup> Case –Control

<sup>83</sup> Biomedical Research

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

به شکل گیری فن آوری های جدید می شوند و این فن آوری ها به نوبه خود طراحی و تولید محصولات جدید را در پی خواهند داشت

با توجه به آنکه در حال حاضر بیش از ۹۰٪ از مراکز پژوهش کشور از نوع مراکز پژوهش بالینی (گروه سوم) می باشند، اهمیت ادغام عرصه های دانشگاهی و سلامت بیش از پیش مشخص می شود. فرایندهای پژوهشی با ماهیت بین حوزه ای که در این پروژه مورد توجه قرار گرفته اند شامل مواردی مانند اولویت گذاری پژوهشی، برنامه ریزی نیروی انسانی پژوهشی، ظرفیت سازی پژوهشی، ارایه خدمات پژوهشی، مدیریت و حاکمیت پژوهشی، تخصیص بودجه های پژوهشی، پژوهش در خدمات سلامت، پژوهش های سنتتیک، و انتقال و مدیریت دانش می باشد. در این حوزه حدود ۶۰ استاندارد ادغام عملکردی تدوین شده است.

### استانداردهای ادغام عملکردی در حیطه نوآوری و صنعت

یکی از اهداف آموزش عالی علوم پزشکی، آموزش نیروی انسانی ضروری جهت تولید دانش و نوآوری در زمینه های مختلف سلامت می باشد. محصول این بخش افرادی هستند که از طریق پژوهش و نوآوری، جامعه را در جهت یک جامعه مبتنی بر نوآوری<sup>۸۴</sup> و اقتصاد کشور را در جهت اقتصاد دانش مدار<sup>۸۵</sup> سوق می دهند. ترکیب و کمیت این بخش از آموزش عالی علوم پزشکی بر اساس "سند ملی و راهبردی توسعه دانش و فن آوری سلامت"<sup>۸۶</sup> مشخص می گردد. در این سند پس از مطالعه پویایی یا دینامیسم حیطه های مختلف دانش، فن آوری و بازار سلامت سکوهای جهش توسعه ای یعنی حیطه هایی از دانش و فن آوری که در صورت سرمایه گذاری منجر به حداکثر ارزش افزوده می شوند شناسایی می گردند، و ترکیب مناسبی از مراکز پژوهشهای پایه<sup>۸۷</sup> مراکز پژوهش و توسعه فن آوری<sup>۸۸</sup>، مراکز پژوهش و توسعه کالا<sup>۸۹</sup> و مراکز پژوهش بازار سلامت<sup>۹۰</sup>، واحدهای ساده سازی و ترویج دانش و فن آوری سلامت<sup>۹۱</sup> و واحدهای گرمخانه ای واسط فن آوری پیشرفته سلامت<sup>۹۲</sup> پیشنهاد می گردد و بر اساس آن سرمایه انسانی ماهر و تحصیل کرده ضروری و رشته های دانشگاهی مناسب جهت تربیت این سرمایه انسانی مشخص می گردد. این بخش از نظام آموزش عالی علوم پزشکی،

---

<sup>84</sup> Innovation Society

<sup>85</sup> Knowledge Economy

<sup>86</sup> Advanced Health Science and Technology Foresight Plan

<sup>87</sup> Basic Science Research Center

<sup>88</sup> Advanced Technology Research and Development Center

<sup>89</sup> Product Research and Development Center

<sup>90</sup> Market Research Centers

<sup>91</sup> Technology Brokerage Units

<sup>92</sup> Hi-tech Incubator Units

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

آموزش مبتنی بر نوآوری<sup>93</sup> نامیده می شود و رشته های مختلف فوق لیسانس و PhD در این گروه جای می گیرند.

بدون شک سرنوشت ناگزیر آموزش عالی علوم پزشکی در کشور سوگیری به سمت آموزش مبتنی بر نوآوری می باشد. ولی توسعه، ترویج و تقویت این بخش از آموزش عالی کشور باید در راستای سند ملی توسعه دانش و فن آوری سلامت صورت گیرد و در قالب این سند ارتباطات گوناگون بین دانشکده های دانش و فن آوری پیشرفته سلامت در دانشگاه های علوم پزشکی، دانشکده های مرتبط در دانشگاه های علوم، مراکز پژوهش و توسعه فن آوری، صنعت و بازار سلامت مشخص می گردد. این سند مشخص خواهد نمود که جهت ارتقاء هر چه بیشتر دانش و فن آوری سلامت کدام واحدها باید با یکدیگر مرتبط، همیار، هماهنگ، همکار و یا ادغام گردند.

اغلب فرایندهای این حوزه ماهیت بین حوزه ای و بین سازمانی دارند. فرایندهایی مانند صیانت از مالکیت معنوی، حمایت مالی از نوآوری ها، حمایت فنی و اداری از نوآوری ها، تاسیس موسسات اقماری دانشگاهی، تبادل دانش و مهارت میان دانشگاه و صنعت، از جمله فرایندهای بین حوزه ای در حوزه نوآوری و صنعت تلقی می شوند. حدود ۲۰ استاندارد ادغام عملکردی به این حوزه اختصاص داده شده است.

### نتیجه گیری:

با گذشت بیش از دو دهه از ادغام عرصه های آموزش و درمان در ایران و شکل گیری وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، زمان آن رسیده است تا بجای مجادلات بی پایا و بدون ثمر "ادغام و انتزاع"، تحکیم ادغام از طریق توجه به اهمیت ارتباطات و تعاملات بین حوزه ای در نظام سلامت در دستور کار قرار گیرد. مجموعه استانداردهای ادغام عملکردی می تواند به عنوان راهنمای مدیران نظام سلامت برای حرکت در این مسیر مورد استفاده قرار گیرد.

### تحقیقات تکمیلی:

به واسطه محدودیت های زمانی و مالی در این پروژه، مجموعه استانداردهای تدوین شده را می توان به عنوان پیش نویسی برای تدوین مجموعه نهایی استانداردهای ملی ادغام عملکردی تلقی نمود. از جمله نقاط ضعف این مجموعه را می توان در تمرکز آن بر روی استانداردهای دانشگاهی دانست، علت این امر مستندسازی ضعیف فرایندهای کاری در حوزه های مختلف وزارتی، و همکاری ضعیف مدیران وزارتی در پروژه به سبب مشغله

---

<sup>93</sup> Innovation Driven Education

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

کاری زیاد آنها می باشد. توصیه می شود رویکرد مشابه (تشکیل کمیته های بررسی و ارتقا فرایند) در حوزه های مختلف وزارتی بکار گرفته شود. این امر می تواند سبب تکمیل فهرست فرایندهای وزارتی و تدوین استانداردهای تکمیلی با توجه بیشتر بر روی فرایندهای وزارتی گردد.

1. Seefeldt, Michael: Scientific ability of the Shaheed Beheshti university in promoting medical education with a focus on educational leadership and competence assessment. WHO Consultant: 2-20 December 1995.
2. Baes, Ramon: Community –based curriculum and non-traditional learning methods in the undergraduate dental curriculum. WHO Consultant; 1-19 August 1996.
3. Blumenthal, Mathie, Mercenier and Salafsky: Adapting medical education and medical practice to the health needs of IR Iran in the context of primary care and community-based health service. Who Consultants, 3-18 Dec 1996.
4. Peirovi, Niyati, Niroomanesh and Azargashb: What Iranian health authorities think about integration of medical education and health services: Journal of Medical Education; Vol 1, No 1. 2001.
5. WHO EMRO: WHO EMRO/HQ mission to support the health sector reform in the IR Iran. 20-26 July 2002.
6. Ministry of Health and Medical Education, Deputy for Education and Iranian Association of Medical Education (IAME): Evaluation of the integration of medical education and health care system in the IR Iran; phase one: review of the documents and evidence (97 documents in Farsi). 2003.
7. Medical Education Development Center, Isfahan University of Medical Science: A proposal for evaluation of 15 years integration of health delivery system and medical education in Iran. Proposal submitted to WHO EMRO 2004.
8. WHO EMRO Division of Health Systems and Services Development: Health sector reform: Assessment tool. 2004.
9. WHO: A guide to rapid assessment of human resources for health. WHO, HQ, Geneva 2004.
10. Harasym, Peter: Development of a curricular model responsive to national community health needs in the IR Iran. WHO Consultant, 11-23 June 2004.
11. WHO EMRO: Country Cooperation Strategy (CCS) for WHO and the IR Iran 2005-2009. WHO Document EM/ARD/012/E/R, WHO EMRO Cairo 2005.
12. Aljunid, Syed Mohamed: Review of mechanisms of generating financial resources under the health sector reform project in IR Iran. WHO Consultant, 16-30 April 2005.
13. Davis, Dave: Continuing Education for Health Personnel In The Islamic Republic of Iran. WHO Consultant, 5-12 December 1999
14. Abu Omar, Maye: Training needs assessment for implementation of referral arrangements in the IR Iran. WHO Consultant, 8-20 April 2005.
15. Xu, Ke: Research in fairness/equity of the health financing system under health sector reform project in IR Iran. WHO Consultant, 29 April - 6 May 2005.
16. Evans, David: Health Sector Reform in Iran. WHO Consultant, 25-30 June 2005.

## پروژه تعیین استانداردهای ادغام عملکردی در نظام سلامت

17. Green, Andrew: Contracting for urban primary health care in the Islamic Republic of Iran: a rapid appraisal of the cooperative pilot scheme. WHO Consultant, 4-14 July 2005.
18. Colin, Thunhurst: Intersectoral collaboration in the IR Iran. WHO Consultant 11-24 August 2005.
19. Collins, Charles: Rapid organizational review of the Iranian health system. WHO Consultant 24 September -8 October 2005.
20. Rifkin, Susan: Review the process of findings of health service utilization study for developing a model for community participation in the Iranian context. WHO Consultant, 5-18 November, 2005.
21. Adam, Taghreed: Review and re-design a unit cost study of primary care facilities under the health sector reform project of the IR Iran. WHO staff, 18 November-2 December 2005.
22. Hemming, Isabel: Human resources for health management training in the IR Iran. WHO Consultant: 19-25 November 2005.
23. Ross, Duncan: Designing a model protocol for hospital decentralization in the IR Iran. WHO Consultant, 2-16 December 2005.
24. Lopez, Alan: Review of the burden of disease studies in the IR Iran. WHO Consultant, 5-14 January 2006.