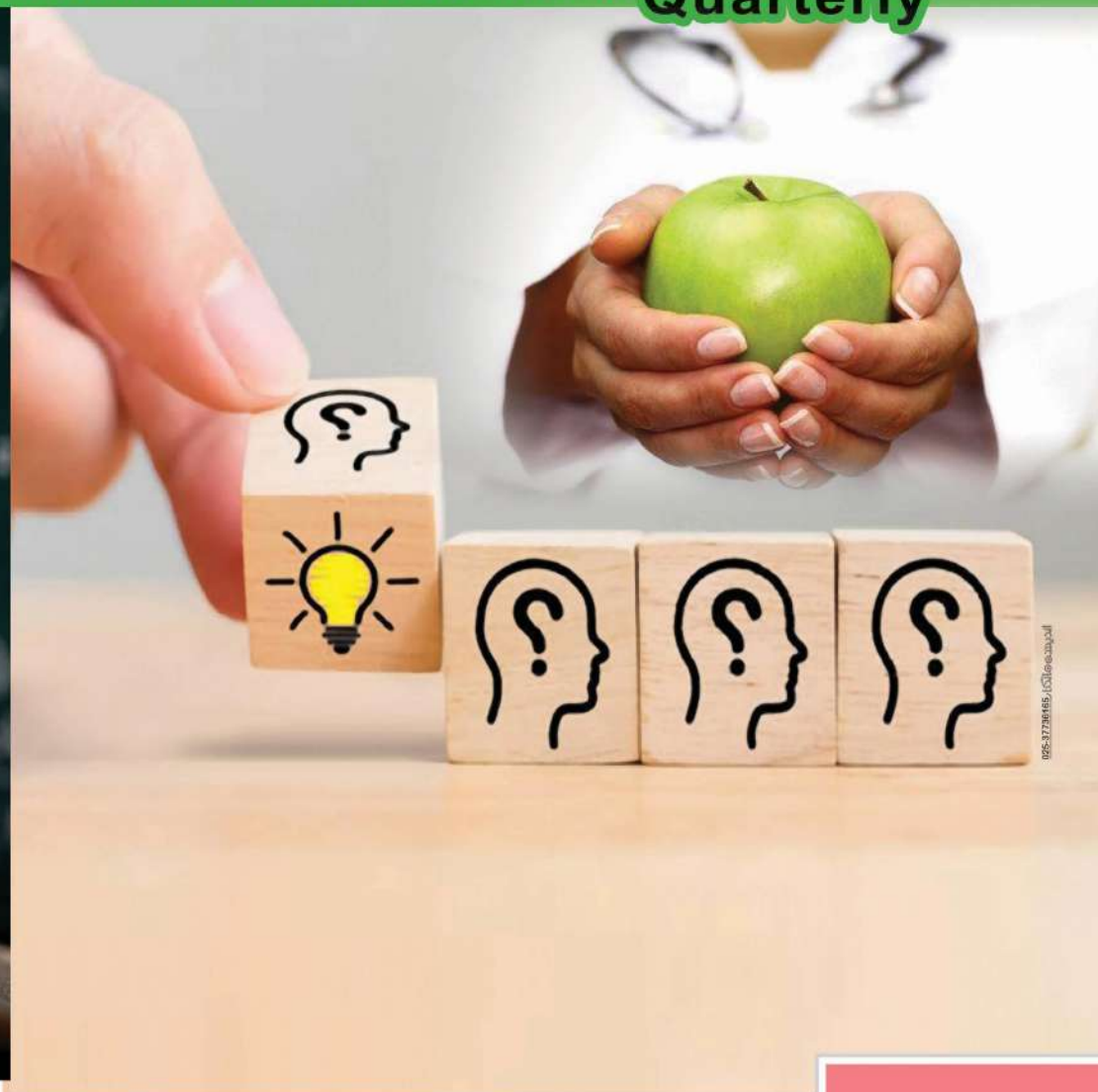
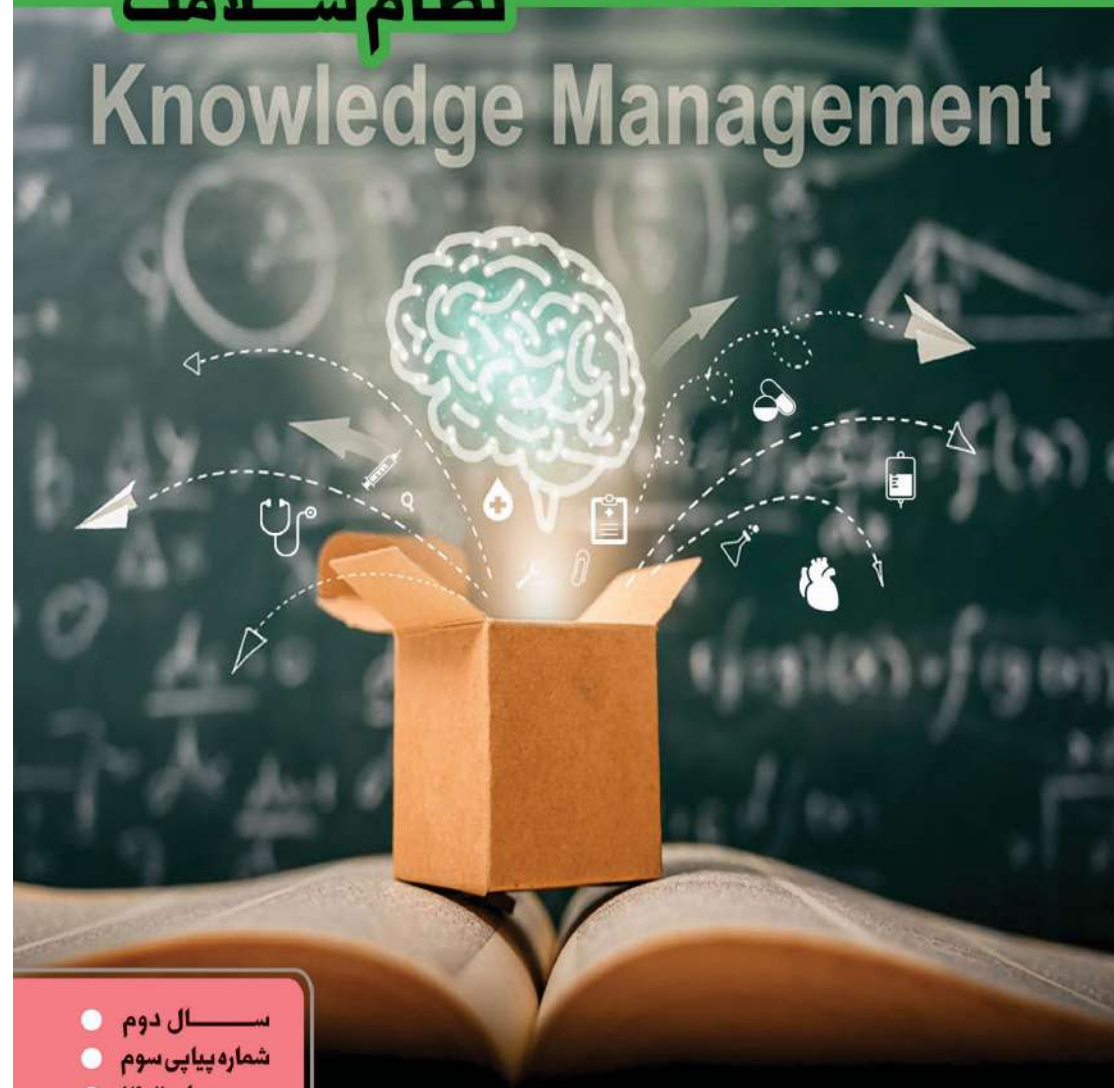


# فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت



# Knowledge Management in Health System Quarterly

## Knowledge Management



- سال دوم
- شماره پیاپی سوم
- بهار ۱۴۰۲

965-3278185 / GCI@esajal.ir

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت

**صاحب امتیاز:** معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
**مدیر مسئول:** دکتر بهروز رحیمی  
**سر دبیر:** دکتر احمد جوانمرد  
**شورای سردبیری:** دکتر بهزاد تدین، داود شمسی  
**دبیر اجرایی:** مهندس مجتبی کفاشی  
**کمیته اجرایی:**

**ستاد وزارت:** دکتر شبنم قاسمیانی، دکتر مهرانگیز حق گو، سعید قاسمی  
**دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور:** دکتر غلامرضا مرمیران، مهندس محمدرضا شاه آبادی، دکتر علی صالحی، مهندس هادی پازوکی طرودی، مهندس روح الله رسولی  
**صفحه آرای:** اندیشه ماندگار

**نشانی دفتر فصلنامه:** تهران، شهرک غرب، خیابان سیمای ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طبقه ۱۱  
**دورنگار:** ۰۲۱-۸۸۳۶۳۵۹۲ • تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۶۳۵۹۲



پست الکترونیک: KM@behdasht.gov.ir  
آدرس اینترنتی فصل نامه: mrd.behdasht.gov.ir/faslName

### منشور اخلاقی فصل نامه:

۱. مسئولیت صحت محتوای منتشر شده به عهده نویسندگان و دانشگاه‌ها و سازمان‌های ارسال کننده تجربه است.
۲. چاپ تجربه‌ها و پیشنهادهای الزاماً به معنی تأیید همه مطالب آن نیست.
۳. در صورت استفاده از مطالب دیگران، ارجاع منبع مورد نظر با اطلاعات کامل الزامی است.

- سخن سردبیر ..... ۳
- یادداشت معاون محترم مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری ..... ۵

### بخش اول: دیدگاه

- گفتگو با دکتر سعید کریمی، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ..... ۸
- گفتگو با دکتر محمد حسین سرمست، رئیس دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ..... ۱۲

### بخش دوم: تجربیات برگزیده

- سنجش رضایت دانشجویان وزارت بهداشت در حیطه‌های خدمات صندوق رفاه وزارت بهداشت صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت ..... ۱۶
- اجرای طرح نفس در استان زنجان دانشگاه علوم پزشکی زنجان ..... ۱۹
- بهینه‌سازی منابع انسانی و مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان زبان ده و تبدیل آن به یک بیمارستان خودکفا و درآمدزا دانشگاه علوم پزشکی بابل ..... ۲۱
- اصلاح فرآیندهای مالی به منظور کاهش کسورات و افزایش درآمد در بیمارستان قائم (عج) شهرستان اسدآباد دانشکده علوم پزشکی اسدآباد ..... ۲۴
- بومی‌سازی قرارداد برنامه تأمین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در واحدهای برون سپار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ..... ۲۶
- استفاده از الگوی خرید متمرکز به منظور کاهش هزینه سلف سرویس بیمارستان‌ها دانشگاه علوم پزشکی کردستان ..... ۲۸
- مدیریت پسماندهای پزشکی از طریق انعقاد قرارداد بین بیمارستان و مطب‌های پزشکی در شهرستان مه‌ولات تربت حیدریه دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه ..... ۳۰
- جذب و تربیت سفیر سلامت خانوار از طریق خانه بهداشت سیار عشایری به منظور ترویج فرهنگ خود مراقبتی در جمعیت عشایری کوچ رو دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ..... ۳۳
- استفاده مجدد از سیستم تصفیه بخش همودبالیز بیمارستان‌ها (RO) جهت مصارف بهداشتی (شستشو) و آبیاری فضای سبز دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ..... ۳۶
- استقرار میز خدمت جمعی در ستاد دانشگاه علوم پزشکی زنجان دانشگاه علوم پزشکی زنجان ..... ۳۸
- بهره‌برداری از داشبورد اطلاعاتی کنترل کیفی آب به منظور پیشگیری از وقوع بحران‌های ناشی از مصرف آب آشامیدنی آلوده دانشگاه علوم پزشکی اهواز ..... ۴۰
- استقرار دستگاه پرتابل اندازه‌گیری میزان HbA1c جهت کنترل و مراقبت بیماران دیابتی در مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ..... ۴۲
- مدیریت زنجیره تأمین و مصرف منطقی دارو و لوازم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ..... ۴۴
- ساماندهی اموال غیرمنقول و ایجاد بانک اطلاعاتی املاک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ..... ۴۶

### بخش سوم: پیشنهادهای کاربردی و ایده‌های خلاقانه

- کنترل و بهینه‌سازی مصرف مواد شیمیایی و مصرفی آزمایشگاهی از طریق تشکیل بانک جامع مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان ..... ۴۹
- تربیت نیروی کار ماهر و متخصص در انجام نورومانیتورینگ به منظور تبدیل IOM به یک استاندارد درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ..... ۵۱
- توسعه نرم افزار جامع کنترل قرارداد و تضمینات دانشگاه علوم پزشکی لرستان ..... ۵۲

### بخش چهارم: دانشنامه

- مطالعه تطبیقی بررسی جایگاه حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در ساختار وزارت بهداشت کشورهای منتخب ..... ۵۴
- اثربخشی آموزش مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش بر میزان آگاهی نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ..... ۵۷
- سنجش و توسعه شایستگی مدیران وزارت بهداشت از طریق ابزار کانون ارزیابی ..... ۶۲



آنچه من به ملت ایران، به شما جوان های عزیز عرض میکنم، این است: من می گویم هر که ایران را دوست دارد، هر که منافع ملی کشور را دوست دارد، هر که بهبود اوضاع اقتصادی را دوست دارد، از مشکلات اقتصادی و معیشتی رنج می برد و می خواهد آن را اصلاح کند؛ هر که به دنبال جایگاه باعزت ایران در نظم جهانی پیش رو است، هر که این چیزها را دوست دارد، باید برای ترویج ایمان و ترویج امید در ملت تلاش کند. این وظیفه است؛ این وظیفه همه ما است؛ این همه حرف من با نخبگان، با هسته های انقلابی، با مجموعه های سیاسی، با همه آحاد مردم متعهد است. باید همه ما تلاش کنیم تا در این کشور، ایمان و امید زنده بماند.

گزیده بیانات مقام معظم رهبری (مدظله العالی) در مراسم سالگرد ارتحال حضرت امام خمینی (ره) - خرداد ۱۴۰۲



همانگونه که رهبر معظم انقلاب اسلامی تاکید کردند، نیازمند یک روحیه جدید و یک نگاه تحولی هستیم. از جمله اقتضائات نگاه تحولی این است که تلاش کنیم نقاط قوت اقدامات انجام شده تقویت شده و نقاط ضعف آن جبران شود. نگاه تحولی یعنی اینکه وضع موجود و وضع مطلوب را به دقت ترسیم کنیم و تلاش کنیم به وضعیت مطلوب نزدیک و نزدیکتر شویم. رفع دغدغه های معیشتی مردم، حفظ فرهنگ و هویت ایرانی - اسلامی و ارتقای علم و دانش در کشور از اولویت های حائز اهمیت دولت در سال جدید است و لازم است همه بخشها باید برای تحقق این اهداف مهم تلاش کنند و در این راستا باید از ظرفیت و نظرات دانشمندان، دانش پژوهان و صاحبان اندیشه استفاده شود.

نقدپذیری از ویژگی های مهم دولت سیزدهم است. نقد منصفانه و مصلحانه حتماً باریگر دولت در تحقق اهداف آن خواهد بود و حتماً گوش دولتمردان شنوای این نقدها خواهد بود. در عین حال معتقدیم حرف زندهای ناصحیح و قلم زندهای ناسالم برای ناامید کردن مردم هنر نیست، بلکه هنر واقعی کار و تلاش برای امیدبخشی به مردم و گره گشایی از مشکلات کشور است. همه دستگاه ها خود را موظف به کاهش هزینه و افزایش بهره وری بدانند و حتماً باید الگوی مصرف در منابع کشور از جمله آب و برق و گاز و حامل های انرژی تبیین و در جامعه ترویج شود. همه مدیران در همه استانها موظفند به عنوان یک دستور کار در جذب سرمایه گذاری، افزایش بهره وری و میدان دادن به بخش خصوصی به صورت جدی تلاش کنند. در سال جدید باید با نگاه ویژه و کار تحولی تمام موانع تولید به دست شما مدیران برطرف شود.

بخشی از سخنان رئیس جمهور محترم در همایش سراسری مدیران - فروردین ۱۴۰۲



عملکرد وزارت بهداشت در انجام تحقیقات اثربخش افتخار آمیز است؛ به گونه ای که از ۷۸ هزار مقاله تولید شده در کشور ۳۱ هزار مقاله به دانشمندان حوزه سلامت تعلق دارد و این در حالی است که تعداد اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی، تنها ۲۱ هزار نفر و معادل یک پنجم کل تعداد اعضای هیئت علمی کشور است. سرعت رشد تولید علم در وزارت بهداشت از میانگین سرعت رشد علم در کل کشور که ۷.۴۴ بوده، بالاتر و حدود ۸.۳۳ است که نشان از همت بالای دانشمندان ما دارد و باید کوشید تا از این عدد هم فراتر رویم. نباید به ترجمه یافته های دانشگاه های غربی اتکای صرف داشته باشد، بلکه باید در تولید علم و فناوری مبتکر باشیم. ما برای هر ایده تحقیقاتی متناسب با اهداف کشور و نیاز جامعه، اهمیت قائلیم و از ایده هایی که پاسخگوی اهداف و نیازهای کشور باشند، حمایت می کنیم.

پاره ای از سخنان وزیر محترم بهداشت در نشست هم اندیشی با دانشمندان یک درصد پراستاد جهان در حوزه علوم پزشکی - فروردین ۱۴۰۲



سپاس خدای بزرگ را که توفیقی عنایت فرمود تا پس از تلاش های فراوان، نخستین شماره فصل نامه مدیریت دانش نظام سلامت در سال جدید و سومین شماره فصل نامه را تقدیم به مدیران و کارکنان خدوم نظام سلامت نمائیم؛ فصل نامه ای که سعی دارد تجربیات موفق و یا حتی ناموفق، درس آموخته ها و پیشنهادهای خلاقانه و کاربردی مدیران و کارکنان نظام سلامت را مستندسازی و منتشر نماید. در این یادداشت در نظر است به صورت اجمالی به نقش بخش سلامت به عنوان یکی از بخش های مهم کشور در تحقق شعار سال و ماموریتی که مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری در این زمینه می تواند ایفا کند، بپردازیم.

مقام معظم رهبری در پیام نوروزی به مناسبت آغاز سال ۱۴۰۲ هجری شمسی، مهمترین

مسئله کشور در سال گذشته را موضوع اقتصاد و معیشت مردم دانستند و با تاکید بر اینکه امسال نیز اقتصاد، مسئله اصلی کشور است، شعار سال ۱۴۰۲ را «مهار تورم و رشد تولید» اعلام کردند. اما وزارت بهداشت چه نقشی در تحقق شعار سال می تواند ایفا کند. یکی از گام های اساسی که وزارت بهداشت در راستای شعار سال می تواند بردارد، کاهش هزینه های سلامت است. از آنجا که هزینه های سلامت بخش قابل توجهی از بودجه کشور را در برمی گیرد، کاهش هزینه ها و ارتقاء کارایی و بهره وری، می تواند تاثیر مثبتی بر مهار تورم در جامعه بگذارد. در حال حاضر یکی از عوامل مهم افزایش دهنده هزینه های نظام سلامت، بار بیماری ها است که باید در خصوص کاهش آن و توسعه شاخص های سلامت عمومی بیش از پیش اقدامات جدی تری صورت داد. برای این

منظور، حرکت به سمت تغییر سبک زندگی، بهبود تغذیه و مسائل مرتبط با تحرک و کنترل ریسک فاکتورها و به صورت کلی اقدامات پیشگیرانه جدی تری انجام داد.

از موضوعات مهم دیگری که وزارت بهداشت در این زمینه باید با قوت و قدرت بیشتری گام بردارد، برنامه ریزی و فراهم نمودن زمینه های لازم برای رشد تولید کالاها و خدمات سلامت محور و دیگر محصولات زیستی با تکیه بر دانش و فناوری کشور و در عین حال کاهش هزینه های تولید است. در حال حاضر آمارها نشان می دهد، حدود چهل درصد از تجهیزات پزشکی اعم از مصرفی و سرمایه ای از جمله تجهیزات با فناوری پیشرفته در داخل کشور تولید می شود که باید برای افزایش هر چه بیشتر آن کوشید. از این رو اقداماتی نظیر افزایش تحقیق و توسعه و سرمایه گذاری در صنایع پزشکی، ارائه تسهیلات و مشوق های مالی به شرکت های دانش بنیان و حمایت و پشتیبانی از آنها برای تجاری سازی محصولات خود، تمرکز زدایی در واگذاری صدور مجوز تولید محصولات سلامت محور و واگذاری آن به دانشگاه های علوم پزشکی کشور برای تحقق شعار سال ضرورتی انکارناپذیر است.

مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت نیز با توجه به ماموریت های خود، نقش



ویژه ای در تحقق شعار سال دارد. این حوزه با استقرار چرخه مدیریت بهره‌وری در نظام سلامت می‌تواند به طور موثری در بهبود کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و افزایش کارایی مراکز درمانی اثرگذار باشد. مقوله بهره‌وری در تعداد زیادی از اسناد بالادستی از جمله سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی ابلاغ شده از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) به صورت مستقیم به عنوان یکی از اصلی‌ترین ساز و کارهای حصول اهداف توسعه مورد تاکید قرار گرفته است. در این راستای دو سال گذشته، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، برنامه عملیاتی استقرار و ارتقاء بهره‌وری وزارت بهداشت را تدوین و پس از ارائه در سازمان ملی بهره‌وری، به عنوان سند وزارت بهداشت در حوزه بهره‌وری اجرایی نموده است. مدیریت، اصلاح و بهبود فرآیندهای سازمانی نیز راهکاری مؤثر برای بهبود کارایی و اثربخشی سازمان و همچنین مواجهه با تغییرات محیطی است.

مهم‌ترین مزیت استقرار نظام مدیریت فرایندها در یک سازمان افزایش کارآمدی، ارائه خدمات یکپارچه و استاندارد به ذینفعان و کاهش هزینه و زمان انجام کارها و افزایش بهره‌وری می‌باشد. در این راستا مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری طی شش ماه گذشته، بیش از ۷۵ درصد فرایندهای ستاد وزارت بهداشت شامل معاونت‌های درمان، آموزشی، تحقیقات، پرستاری و دانشجویی و بخش زیادی از معاونت توسعه را احصا و مستندسازی نموده و ساماندهی ۷۳۹ فرایند در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی را نیز به انجام رسانده است.

مدیریت دانش نیز ابزار کارآمدی برای بهبود کارایی و کاهش هزینه‌های نظام سلامت است. نظام مدیریت دانش با به اشتراک‌گذاری دانش و

تجربیات سازمانی، امکان دسترسی سریع و آسان به اطلاعات را فراهم نموده و از این رو احتمال تکرار خطاهای گذشته کمتر شده و هزینه‌های مرتبط با این خطاها نیز به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. یکی از اقدامات موثری که در راستای اشتراک‌گذاری تجربیات و دانش سازمانی در وزارت بهداشت انجام شده، همین فصل نامه مدیریت دانش نظام سلامت است که جا دارد از همین جا از مدیرمسئول، ارزیابان و همه دست‌اندرکاران فصلنامه که در تداوم، انتشار و ارتقای سطح علمی فصلنامه نقش دارند تشکر و سپاسگزاری نمایم.

در پایان امید دارم با برنامه ریزی اصولی و اقدام هوشمندانه و در نظر گرفتن رویکرد آینده‌نگرانه در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت کشور، گام‌های موثری در زمینه رشد تولید کالاهای سلامت محور و کاهش هزینه‌های نظام سلامت برداشته شود و از طرفی خدمات ارزان، پایدار، کارآمد و در دسترس برای عموم مردم عزیز کشورمان فراهم گردد.





## یادداشت

## ارزیابی، شاه بیت فراموش شده در سیاست‌گذاری‌های سازمانی

۵

معنای مراجعه به معیارهای اقتصادی است، در حالی که ارزیابی از فرآیندی تشکیل می‌شود که برای تعیین اولویت‌ها اجراء می‌شود. تعریف‌های دیگری که از ارزیابی ارائه شده است، آن را به بررسی آنچه که بعد از اجرای سیاست‌ها روی داده است محدود کرده‌اند. اما دلیلی وجود ندارد که نتوان فرآیند ارزیابی را قبل از اجراء سیاست‌ها، انجام داد. به عنوان نمونه، سیاست‌ها را قبل از قطعی شدن، می‌توان به شکل



### آقای داود شمس، معاون مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

سیاست‌گذاری یا خط‌مشی‌گذاری سازمانی، فرآیندی است که دولت‌ها با آن ایده‌های خود را به برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی برای دستیابی به نتایج و ایجاد تغییرات مطلوب در دنیای واقعی عملی می‌کنند. تمرکز اصلی در خط‌مشی‌گذاری، بررسی تعامل دولت با جامعه است که در مراحل شناخت و حل مسئله، طراحی و شکل‌گیری، اجراء، ارزیابی، اصلاح و تغییر خط‌مشی عملی می‌شود. واژه خط‌مشی مفاهیم و معانی بسیاری را با طیف گسترده‌ای از اصول و بیانیه‌ها در برمی‌گیرد که فرآیندهای سیاسی سطح بالای دولت تا تصمیمات اداری خرد سازمان‌های دولتی را شامل می‌شود. هر سیاست یا خط‌مشی مانند یک سیستم فرعی با خط‌مشی‌های بالاتر و پایین‌تر خود در ارتباط است. به طوری که می‌توان آن را به خط‌مشی‌های کلان، میانی و اجرایی تقسیم کرد.

باید توجه داشته باشیم که خط‌مشی‌گذاری سازمانی، پدیده پیچیده‌ای است که برای ساده کردن آن باید به منطق اصلی آن اشاره کرد، چرخه چند مرحله‌ای سیاست‌گذاری شامل مسئله‌شناسی سازمان، تنظیم و تصویب خط‌مشی و سیاست مورد نظر، اجرای خط‌مشی و ارزیابی آن است که به منظور اطمینان از اینکه خط‌مشی‌های سازمانی به درستی طراحی و پیاده‌سازی شده‌اند و از عملکرد بهینه برخوردار هستند، صورت می‌گیرد. بنابراین، ارزیابی خط‌مشی‌های سازمانی باید به عنوان یکی از اصول مهم در سیاست‌گذاری‌ها و مدیریت سازمان‌ها مورد توجه قرار گیرد که در صورت عدم توجه به آن، می‌تواند مشکلات و موانع متعددی در مسیر دستیابی به اهداف سازمان ایجاد نماید.

واژه ارزیابی نیازمند تعریفی دقیق و مشخص است اما تاکنون تعریف استاندارد و جامعی از ارزیابی ارائه نگردیده و مطالعاتی که در این زمینه انجام گردیده، از حیث جامع بودن، روش‌شناسی‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها متفاوت هستند. در همین راستا برخی از صاحب‌نظران عرصه مدیریت سازمانی، ارزیابی سیاست‌ها را بررسی نتایج و پیامدهای اجراء سیاست‌های کلان و آگاهی از آنها بیان می‌نمایند. البته این تعریف جامع نبوده و نظام سیاسی را نادیده می‌انگارد. برای بسیاری از صاحب‌نظران غیرحرفه‌ای نیز ارزیابی تلویحاً به

پیشنهاد به دیگران مطرح نمود و واکنش آنها را مورد ارزیابی قرار داد. در دو مرحله طراحی برنامه‌ها و انتخاب، می‌توان زمان ارزیابی را مشخص کرد این تعریف بر این نکته تاکید می‌کند که ارزیابی صرفاً انجام بخشی از عملیات ارزیابی صحیح و بدون اشتباه از نظر فنی نیست، بلکه در مرحله ارزیابی باید نحوه به‌کارگیری نتایج حاصل از ارزیابی نیز مشخص شود. ارزیابی، بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند خط‌مشی‌گذاری است. در دانش خط‌مشی‌گذاری سازمانی، ارزیابی همگام و همراه با اجرای خط‌مشی مطرح می‌شود و به عنوان مرحله نهایی از فرآیند خط‌مشی‌گذاری است. اعضاء زیر نظام‌های خط‌مشی و سایر افراد ذینفع نیز به نوبه خود نحوه اجراء و آثار خط‌مشی را ارزیابی می‌کنند تا بتوانند در مواقع لزوم از آن حمایت کنند یا با آن مخالفت نمایند و یا خواستار تغییر آن شوند. بنابراین، ارزیابی خط‌مشی، فرآیندی است که در آن مشخص می‌شود یک خط‌مشی در عمل از چه ابزارهایی استفاده کرده

کافی و تمرکز سیاسی خود را به این اختصاص می دهند که تعیین نماینده دقیقاً می خواهند چه چیزی اتفاق بیفتد. اما از نگاه صاحب نظران، ذات ارزیابی، مقایسه این است که چه چیزی بعد از اجرای برنامه اتفاق افتاده است با این که چه چیزی باید در نتیجه اجرای برنامه اتفاق می افتاد که اتفاق نیفتاده است. مختصر اینکه، چه فکر می کردیم، چه شد؟

برای ارزیابی خط مشی های سازمانی، نیاز است تا معیارهای مشخصی تعیین شود که براساس آن ها ارزیابی انجام شود. معیارهایی که برای ارزیابی خط مشی های سازمانی مورد استفاده قرار می گیرند، معمولاً شامل عملکرد سازمان، کیفیت خدمات، کارایی، کارآمدی و هزینه ها می باشند. به عنوان مثال، ارزیابی خط مشی های سازمانی می تواند شامل ارزیابی عملکردی کارکنان و مدیران، بررسی تأثیر خط مشی ها بر ارتقاء کیفیت خدمات، رضایت خدمت گیرندگان، بررسی تأثیر خط مشی ها بر کارایی و کارآمدی سازمان و بررسی هزینه هایی که برای پیاده سازی خط مشی ها صرف می شود، می باشد.

برای ارزیابی اثربخشی خط مشی های سازمانی، می توان از روش های مختلفی مانند اندازه گیری عملکرد، بررسی تغییرات در شاخص های کلیدی عملکرد، ارزیابی رضایتمندی کارکنان و خدمت گیرندگان و نظارت بر پیاده سازی خط مشی ها و... استفاده کرد. در هر یک از این روش ها، دانش و تجربیات کارکنان سازمان می تواند به عنوان یکی از منابع اصلی برای ارزیابی خط مشی ها مورد استفاده قرار گیرد. با استفاده از دانش و تجربیات جمعی از کارکنان و نیز اطلاعات و داده های داخلی و خارجی، مدیران می توانند ارزیابی های دقیقی از عملکرد خط مشی های سازمانی خود داشته باشند.

همچنین، مدیریت دانش می تواند نقش مهمی در بهبود خط مشی ها و بهبود عملکرد سازمان داشته باشد. با استفاده از دانش و تجربیات کارکنان، مدیران می توانند نقاط ضعف خط مشی ها را شناسایی کرده و بهبودهای لازم را اعمال کنند. همچنین، با به اشتراک گذاری دانش و تجربیات، مدیران می توانند از دیگر سازمان ها یاد بگیرند و از تجربیات آن ها بهره ببرند تا خط مشی های بهتر و مطلوب تری را پیاده سازی کنند.

از سوی دیگر با توجه به اینکه بسیاری از خط مشی های سازمانی برای بهبود کارایی و افزایش بهره وری در سازمان ها اجرا می شوند، ارزیابی اثربخشی این خط مشی ها در تعیین میزان توانمندی سازمان بسیار مهم بوده و بهبود عملکرد و افزایش بهره وری سازمان باعث افزایش رقابت پذیری و کسب مزیت رقابتی درون سازمانی می گردد. با توجه به اهمیت مقوله ارزیابی خط مشی های سازمانی در شمارگان آتی این نشریه به طور مفصل به آن خواهیم پرداخت.

و درصدد تحقق چه اهدافی بوده است. عمق و دقت ارزیابی خط مشی به دیدگاه مدیران و افرادی بستگی دارد که دستور شروع آن را صادر کرده اند یا به اجرای آن متعهد شده اند.

باید تأکید نماییم که ارزیابی، یکی از مراحل مهم و اجزاء فرایند خط مشی و سیاست گذاری سازمانی است که گاهی خیلی پنهان و برخی مواقع در حاشیه قرار می گیرد. وقتی خط مشی گذاری را به عنوان یک چرخه یا سلسله ای از فعالیت های پشت سر هم در نظر بگیریم، مرحله آخر این فرایند، ارزیابی است. از جمله مزایای ارزیابی خط مشی های سازمانی می توان به بهبود عملکرد سازمان، بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به خدمت گیرندگان، افزایش رضایتمندی مشتریان و کاهش هزینه های اضافی اشاره کرد.

به طور ساده می توان گفت ارزیابی، اثربخشی خط مشی سازمانی را برحسب اهداف تعیین شده و نتیجه به دست آمده بررسی می نماید. خط مشی گذاران وقت



## بخش اول: دیدگاه



این بخش با هدف اخذ نظرات و دیدگاه‌های مدیران ارشد و خبرگان ستاد وزارت، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته در قالب مصاحبه‌ها، میزگردها و نشست‌های تخصصی تدوین شده است. گفت‌وگو با آقای دکتر سعید کریمی، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گفتگو با دکتر محمد حسین سرمست، رئیس دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز مصاحبه‌های این شماره از فصل نامه است که به خوانندگان تقدیم می‌شود.





## دکتر سعید کریمی

## معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ضمن تشکر از فرصتی که در اختیار فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت قرار دادید. در نظر داریم این مصاحبه را در سومین شماره فصل نامه مدیریت دانش وزارت بهداشت منتشر نماییم. به عنوان سوال اول بفرمایید: از نظر شما مهمترین دستاوردهای حوزه درمان وزارت بهداشت در دولت سیزدهم کدامند؟

اهم اقدامات حوزه درمان شامل؛

- کنترل پاندمی کووید و کاهش مرگ و میر موج های پنجم به بعد
- تجهیز، توسعه و راه اندازی ۱۰۵ بیمارستان با ۱۵۳۹۹ تخت
- افزایش دو برابری تخت های آی سی یو اطفال در سراسر کشور در زمان اوج ویروس کرونا
- نزدیک سازی جزء حرفه ای بخش دولتی و خصوصی پس از ۵ سال
- ایجاد صندوق حمایت از بیماران صعب العلاج با اعتبار ۷ همت (هزار میلیارد تومان) برای کمک به هزینه های درمانی این بیماران
- اجرای طرح ملی و جهادی کاشت حلزون شنوایی در کودکان مبتلا به کم شنوایی مادرزادی و کاهش محسوس لیست صف انتظار بیماران نیازمند کاشت حلزون شنوایی
- برداشتن سقف کارانه در مناطق محروم در راستای ماندگاری و افزایش انگیزه پزشکان برای ادامه خدمت در این مناطق

- تشکیل قرارگاه نظارت بر سلامت از خرداد ماه ۱۴۰۱ و برگزاری جلسات به صورت مستمر و هفتگی با حضور دادستانی کل کشور، سازمان تعزیرات حکومتی، نظام پزشکی و دانشگاه های علوم پزشکی سطح شهر تهران
  - انجام اولین دوره اعتباربخشی مراکز جراحی محدود (برای اولین بار)
  - افزایش ۱۰۰ درصدی حق ماندگاری پزشکان متخصص مقیم در مناطق محروم
  - توسعه شبکه ناباروری کشور ۱۰۹ مرکز سطح ۳ و ۵۷ مرکز سطح دو درمان ناباروری
  - توزیع ۲۲۸ دستگاه تجهیزات پزشکی سنگین و سرمایه ای
  - بی سابقه ترین رقم انجام پیوند از ابتدای تاریخ پیوند در کشور در سال ۱۴۰۱
  - افزایش شاخص pmp به عدد ۱۲٫۸
  - تشکیل کمیته تخصیص تجهیزات پزشکی و توزیع ۳۱۹ مورد تجهیزات سرمایه ای سنگین
  - توزیع ۹۲۲ دستگاه دیالیز
  - تشکیل و برگزاری کمیته بحران و CBRNE در حوزه درمان و برگزاری کمیته علمی کشوری با حضور پزشکان، دانشمندان و اساتید برجسته و تراز اول نخست و تدوین دستورالعمل های کشوری ها در زمینه مدیریت بحران و CBRNE
  - تشکیل دوره ای کمیته علمی کشوری کووید با حضور پزشکان، دانشمندان و اساتید برجسته و تراز اول و تدوین دستورالعمل های کشوری در زمینه درمان و مدیریت بیماران کووید و کووید طولانی مدت
  - توزیع ۲۲۰۰ پزشک متخصص در مناطق محروم و کمتر برخوردار کشور در راستای دسترسی عادلانه به خدمات درمانی
  - اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
  - تدوین و ابلاغ ۴۱۴ محصول دانشی، راهنمای بالینی و استاندارد خدمت
  - ورود ۱۱۷ بیمارستان و مرکز درمانی دارای مجوز پذیرش بیماران خارجی در عرصه گردشگری سلامت در دولت سیزدهم
- همانگونه که مستحضرد اجرا طرح سلامت خانواده در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از مهمترین برنامه های وزارت بهداشت در دولت سیزدهم است، مهمترین چالش معاونت درمان در این حوزه چیست و چه برنامه ای برای اجرای موفق آن دارید؟ یکی از الزامات اصلی نظام ارجاع پیگیری بیماران در فرایند ارائه خدمات در سطوح مختلف می باشد. پرونده الکترونیک سلامت فرد مهمترین نقش را در فرایند ثبت و پیگیری ارائه خدمات ایفا می کند. لازمه اصلی پرونده الکترونیک سلامت، ثبت کلیه اطلاعات خدمات ارائه شده، نتایج آنها و اقدامات مورد نیاز می باشد.

۵. هزینه مشوق های مربوط به دریافت کنندگان خدمات در قالب کاهش فرانشیز (سهم پرداختی بیماران) در بخش سرپایی و حذف فرانشیز خدمات مشمول بسته بیمه پایه (سهم پرداختی بیماران) در بخش بستری

یکی از حوزه هایی که تحت تاثیر تکنولوژی های پیشرفته، شاهد پیشرفت چشمگیری بوده، حوزه سلامت و درمان است. به نظر شما حضور تکنولوژی های پیشرفته در بیمارستانها و هوشمند نمودن بیمارستان ها چه تاثیری بر فرآیند تشخیص و درمان بیماریهای مختلف خواهد داشت و استراتژی و برنامه معاونت درمان در این زمینه چیست؟

نوآوری های دیجیتال و سیستم های مبتنی بر این فناوری، ابعاد مختلف زندگی ما را تحت تاثیر خود قرار داده است. این تاثیر به حدی زیاد است که امروزه کمتر حوزه ای را می توان یافت که از نفوذ سیستم های دیجیتال و نوآوری های آن بی بهره مانده باشد. یکی از حوزه هایی که تحت تاثیر فناوری های دیجیتالی شاهد پیشرفت چشمگیری بوده، حوزه سلامت است. استفاده از سیستم های مبتنی بر فناوری های دیجیتال و سیستم هایی که به عنوان ابزارهای هوشمند شناخته می شوند، نقش مؤثری در بهبود فرآیند تشخیص و درمان بیماری های مختلف داشته اند. در چنین شرایطی هوشمندسازی یا دیجیتال سازی بیمارستان مورد توجه بسیاری از مدیران و مسئولان حوزه سلامت و مراکز درمانی قرار گرفته است.

اما در عین حال بخش سلامت همواره به عنوان حوزه فعالیت بسیار گسترده ای شناخته می شود که از یک محیط و طیف گسترده ای از متخصصان مراقبت های بهداشتی برای انجام یک سری وظایف و فرآیندهای پیچیده برخوردار می باشد. بر همین اساس برنامه ریزی در جهت مهاجرت موفقیت آمیز سلامت دیجیتال به دلیل دورنمای مبهم آن با وجود محرک های رقابتی مختلف و تنوعی از سرویس ها و فناوری جدید در بازار بسیار چالش برانگیز است. بنابراین استفاده از ظرفیت های فناوری اطلاعات و حرکت به سمت بیمارستان هوشمند

بدین منظور سامانه های پرونده الکترونیک که در سطح یک فعالیت دارند باید با سامانه های سطوح بالاتر به خصوص سامانه های اطلاعات بیمارستانی در تعامل و تبادل کامل اطلاعات باشند. اما در حال حاضر عدم لینک کامل اطلاعات در سطوح مختلف ارائه خدمت منجر به عدم تجمیع و دسترسی به اطلاعات بیماران به صورت یکپارچه شده است و در نظام ارجاع امکان ارسال و بازخورد اطلاعات بیماران را با مشکل اساسی مواجه ساخته است.

از طرف دیگر عدم یکپارچگی سامانه های نسخه نویسی سازمان های بیمه گر به سامانه های وزارت بهداشت منجر به پراکندگی اطلاعات و نبود داشبورد اطلاعاتی جامع شده است. همچنین در راستای تسهیل و تسریع اجرای موفق طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع (طبق معمول سایر کشورهای مجری)، لحاظ نمودن مشوق های مربوط به ارائه دهندگان خدمات و بیماران در طول مرحله استقرار و دوره گذار این برنامه امری الزامی است. از جمله مشوق های موثر در این خصوص می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱. هزینه ثبت و هماهنگی پذیرش بیمار و کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند در مراکز دولتی در صورت رعایت دستورالعمل های اجرایی نظام ارجاع و ارسال بازخوراند در ازای ارائه هر بار مراجعه سرپایی (درمانگاه ها و کلینیک های ویژه تخصصی) و هر نوبت پذیرش بستری (مراکز درمانی و آموزشی).

۲. هزینه مشوق برای ارائه کنندگان متخصص و فوق تخصص در راستای تقویت و بهبود کیفیت ویزیت در درمانگاه های سرپایی و کلینیک های ویژه تخصصی (دولتی و غیر دولتی و مشروط به رعایت نظام ارجاع)

۳. هزینه مشوق برای ویزیت پزشک عمومی (جایگزین ویزیت سلامت خانواده) در بخش اورژانس بیمارستانی اعم از (دولتی و غیردولتی و مشروط به رعایت نظام ارجاع)

۴. هزینه سایر برنامه های حمایتی تحت عناوین کاهش فرانشیز، ترویج زایمان طبیعی و برنامه ماندگاری و غیره به منظور کاهش پرداخت از جیب بیماران جهت دریافت خدمات بستری در مراکز ارائه دهنده خدمات بخش دولتی



**جایگاه کشور در حوزه دورپزشکی را چگونه ارزیابی می‌کنید و مهمترین دستاوردهای این حوزه را در صورت تحقق آن، چه می‌دانید؟**

در عصر حاضر با توجه به احتمال شیوع اپیدمی‌هایی مانند کرونا، دسترسی و استفاده از خدمات دورپزشکی به یک الزام تبدیل شده است. در ایران طی سه سال گذشته اقدامات خوبی در زمینه سلامت الکترونیک انجام شده است. وزارت بهداشت و بیمه‌های پایه پیشرفت زیادی در ارائه خدمات داشته‌اند، نسخه الکترونیک، رسیدگی الکترونیک اسناد بستری و پرونده الکترونیک سلامت از جمله این اقدامات می‌باشد. در حال حاضر برای خدمات مشاوره پزشکی به صورت تلفنی یا آنلاین به بیمار یا خانواده وی دستورالعمل تدوین و تعرفه تعیین شده است.

شایان ذکر است برای بومی سازی و توسعه خدمات تله‌مدیسین و تله‌هلت بویژه در بخش‌های پاراکلینیک، حوزه روان‌درمانی و خدمات ویزیت و مشاوره دارویی سرپایی می‌بایست ابتدا ابعاد قانونی، مالی و حقوقی آن در زمینه حقوق ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات از جمله حریم خصوصی بیمار و استانداردهای ارائه خدمات مورد ملاحظه قرار گرفته و به صورت صریح و شفاف تدوین گردند؛ سپس به دنبال ایجاد زیرساخت‌های لازم در کشور بیماراران بتوانند با کمترین مانع و چالش از خدمات دورپزشکی منتفع گردند.

نکته دیگر که در خدمات دورپزشکی حائز اهمیت است، دسترسی کمتر جمعیت مناطق محروم در مقایسه با سایر مناطق برخوردار به خدمات تخصصی و با کیفیت بالاتر می‌باشد. در صورتی که زیرساخت‌ها و پیش‌نیاز در حوزه بهداشت و درمان و مخابرات به صورت اصولی تأمین گردد، مزایای زیادی از جمله کاهش هزینه‌های رفت و آمد، غیبت از کار برای دریافت خدمات درمانی و نیز بهبود کیفیت و سطح دسترسی افراد به خدمات سلامت را در مناطق کم‌برخوردار به

نیازمند یک درک مناسب از این مفهوم و بعلاوه یک نقشه راه مشخص و گام به گام می‌باشد که مدیران و مسئولان را راهنمایی کند. بر همین اساس در معاونت درمان وزارت بهداشت، دستورالعملی با هدف معرفی مهمترین معیارها و شاخص‌هایی که مدیران و رهبران در جهت هوشمند سازی مراکز درمانی خود با تاکید بر دیجیتال سازی فرایندهای بیمارستان باید مد نظر قرار دهند تدوین گردید. همچنین با استفاده از مدل ارائه شده در این دستورالعمل تلاش می‌شود تا سطح تکامل و بلوغ بیمارستان بر اساس هر محور و معیار مشخص شده ارزیابی شده و در نهایت بر اساس این ارزیابی نقشه راه و مسیر آینده مراکز درمانی مشخص گردد.

**با توجه به تاکیدات مکرر مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) و رئیس‌جمهور محترم در خصوص ضرورت تحول در بخش سلامت و افزایش بهره‌وری، راهکار جنابعالی برای ارتقاء بهره‌وری در حوزه درمان به ویژه در بیمارستان‌های کشور چیست؟**

فراگیری نوبت دهی الکترونیک به منظور تسهیل دسترسی بیماراران به خدمات درمانی و کاهش تردهای غیر ضرور، اسکن الکترونیک مدارک پزشکی، راه اندازی برنامه دورپزشکی، برنامه مقیمی متخصصین در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور، برنامه ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، تدوین و اجرای دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی، اجرای پروتکل‌های مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی و حمایت‌های اقتصادی-اجتماعی

۱۱ الکترونیکی، تبادل اطلاعات با پرونده الکترونیک سلامت و همچنین امضاء الکترونیک و تعرفه‌ها می‌باشد که در حال پیگیری است.

**اگر بخواهیم یک سیستم بهداشت و درمان کارآمد، پایدار و کم هزینه داشته باشیم، پیشنهاد و راهکار اجرایی جناب عالی چه می‌باشد؟**

از آنجا که بهبود خرید راهبردی خدمات سلامت و کیفیت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت ضروری است. ارزیابی فناوری سلامت می‌تواند استفاده از فناوری‌هایی را که ایمن نیستند، ناکارآمد هستند و یا فناوری‌هایی را که هزینه آنها نسبت به منافعشان خیلی بالا است کاهش دهد و از افزایش بی‌رویه آن جلوگیری و در نتیجه باعث تخصیص بهینه منابع و افزایش کارایی نظام سلامت گردد و با بهبود عدالت و افزایش دسترسی به خدمات سلامت، منجر به افزایش اثربخشی نظام سلامت شود. بنابراین انجام ارزیابی اقتصادی جهت اخذ مجوز ورود به کشور در خصوص فناوری‌هایی که هزینه بالایی دارند. ضروری است و در مورد تجهیزات تولیدی نیز انجام ارزیابی بالینی قبل از کاربرد فناوری و استفاده در مراکز درمانی جهت ایمنی و سلامت بیماران و ارتقا کیفیت خدمات الزامی می‌باشد که این مهم در حال حاضر در حوزه درمان در حال پیگیری و انجام است.

همچنین در راستای بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت، اداره تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت، سالانه محصولات دانشی اعم از: استاندارد، دستورالعمل، راهنما تجویز دارو، پروتکل، بخشنامه و راهنماهای بالینی را با همکاری اساتید کمیته علمی (بورد تخصصی و انجمن) تدوین و ابلاغ می‌نماید. لازم است انواع محصولات دانشی در بستر الکترونیک نیز پیاده‌سازی شده، تا بتوان بستر نظارتی دقیق‌تری جهت تمامی ارائه‌دهندگان خدمت و خریداران خدمت فراهم گردد.

دنبال خواهد داشت.

در حال حاضر جایگاه کشور در حوزه دوراپزشکی را می‌توان به شکل زیر ترسیم کرد؛

- قوانین فعلی شامل ضوابط اجرایی ارائه خدمات سلامت ابلاغی وزارت بهداشت و دستورالعمل برنامه اجرایی و نقشه راه توسعه خدمات پزشکی از راه دور دانشگاه‌ها و کلان مناطق آمایشی کشور معاونت درمان وزارت بهداشت
- مراجع سیاستگذاری فعلی شامل کمیته ملی پاد در سطح کشور، کمیته سپاد در سطح ۱۰ قطب منطقه‌ای و کمیته دانشگاهی پاد در هر استان می‌باشد.
- در دستورالعمل مربوطه برای شروع برنامه ۴ گام (ایجاد کمیته پاد، خدمات مشورتی، ویزیت و پاراکلینیک به ویژه رادیولوژی) و همچنین مبحث آموزش در نظر گرفته شده بود که در گزارشی که اخذ گردید در ۵۰ درصد دانشگاه‌ها کمیته پاد تشکیل شده است. بیشترین درصد خدمات دوراپزشکی در حوزه مشاوره ار راه دور انجام شده و خدمات پاراکلینیک و آموزشی به میزان ۱۵ درصد و خدمات ویزیت حدود ۷ درصد برآورد شده است.
- در شروع برنامه مجوز ایجاد ۲۶ کلینیک مجازی و در سال ۱۴۰۰ این تعداد مجوز به ۳۱ کلینیک و در سال ۱۴۰۱ به ۳۷ کلینیک افزایش یافته است که البته فعالیت آنها به دلیل مشکلات زیرساختی ارتباطی و الکترونیکی و همچنین برخی از مسائل تعرفه‌ای و بیمه‌ای در سطح کم برآورد می‌شود.
- فراهم سازی الزامات دوراپزشکی از طریق احصاء نیازهای زیرساختی، فنی، موانع و مشکلات اجرایی، فرآیندهای مالی، مدیریتی، اجرایی و نظارتی، آموزشی و قوانین، مقررات و امور حقوقی مرتبط در کمیته ملی پاد مد نظر قرار گرفته است و در همین راستا پیش نویس برخی از استانداردها در حال تدوین نهایی و ابلاغ می‌باشد.
- استانداردها مثل استاندارد و شناسنامه خدمت دورا پزشکی، سند اخلاقی دورا پزشکی و آیین نامه تاسیس کلینیک مجازی آماده و در مراحل نهایی تدوین و ابلاغ می‌باشد.
- مهم ترین چالش در این زمینه زیرساخت ارتباطی و



**دکتر محمد حسین سرمست**  
**رئیس دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور**  
**اهواز**

خدمت رسانی به مردم بوده اند. در سه سال اخیر نیز بزرگ ترین چالش نظام سلامت در دنیا مواجهه با بحران کرونا بوده است که زندگی بشر را به شدت تحت تاثیر قرار داده است و خوشبختانه عملکرد این دانشگاه نیز با تلاش شبانه روزی و از خودگذشتگی کلیه عوامل کادر سلامت منجر به مهار بیماری در سطح بسیار خوبی شده است. هم اکنون نیز دانشگاه علوم پزشکی اهواز در بحث جوانی جمعیت موفق به اخذ رتبه برتر در بین دانشگاه های علوم پزشکی کشور گردیده است که بیانگر تخصص، تعهد و توانمندی اساتید، متخصصین، مدیران و کارکنان این دانشگاه می باشد.

**با توجه به سوابق تجربی و مطالعاتی که در حوزه مدیریت نظام سلامت داشته اید، پیشرفت نظام سلامت را در مقایسه با کشورهای موفق دنیا چگونه ارزیابی می کنید؟**

عوامل مختلفی در نظام سلامت مهم می باشند از جمله: ۱. بیمه رایگان ۲. دسترسی آسان به خدمات ۳. فوری یا غیرفوری بودن نیازهای مراجعان ۴. ارائه خدمات توسط همه بخش ها مانند بهداشت، بیمارستان، مراکز تخصصی و فوق تخصصی ۵. رایگان بودن تمامی هزینه های نظام سلامت ۶. توزیع عمومی خدمات به همه افراد جامعه ۷. سلامت از دیدگاه روانشناختی و تاکید بر ابعاد معنوی سلامت و حفظ کرامت انسان ها. در ایران نظام سلامت مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع همگانی است. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی در حوزه های مختلفی از جمله بهداشت و درمان، پیشرفت های فراوانی حاصل شده است؛ امید به زندگی از ابتدای انقلاب تاکنون ۲۲ سال افزایش یافته است. با پیشرفت پزشکی و نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران مشکلات بارداری و زایمان در ایران کاهش یافته و به تبع آن آمار مرگ مادران، نوزادان و کودکان به نحو چشمگیری کاهش یافته است. مراقبت از مادران باردار به ۹۵٪ افزایش یافته است. پوشش واکسیناسیون ملی به بالای ۹۷ درصد رسیده، همچنین دسترسی مردم به آب سالم و بهداشتی به بیش از ۹۹ درصد رسیده است، دیگر دستاوردها عبارتند از: استقرار ۹۵ درصدی نظام شبکه بهداشت و درمان و اجرای طرح PHC شهری، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ثبت خدمات الکترونیک در پرونده الکترونیک سلامت و صدها پیشرفت دیگر در حوزه بهداشت و درمان کشور که شرح آن در این مصاحبه نمی گنجد نشانگر تلاش و رشادت های جوانان این مرز و بوم می باشد.

**به نظر جنابعالی مهمترین موضوعی یا موضوعاتی که در تدوین برنامه هفتم توسعه حوزه سلامت می بایست مورد توجه جدی قرار گیرد کدامند؟**

اسناد بالادستی توسعه ای کشور، مهم ترین نقشه راه توسعه کشور محسوب می شود. با این همه اجرای برنامه ششم توسعه بر اساس لایحه بودجه ۱۴۰۱ برای یکسال تمدید شد و این یعنی به عقب افتادن فرایند تدوین و تصویب برنامه هفتم توسعه و سیاست های کلی ناظر بر آن. همین مساله باعث شد رهبری در دیدار با نمایندگان مجلس نسبت به تسریع در تدوین برنامه هفتم توسعه کشور تذکر بدهند. فرایند تدوین برنامه هفتم توسعه از اوایل اردیبهشت

**با توجه به اینکه جنابعالی در سال های قبل نیز سکندار دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده اید، به نظر شما در حال حاضر دانشگاه چه تفاوت چشمگیری با آن دوره تصدی قبلی کرده است؟**

خدمتگزاری در نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران فرصتی مغتنم و نعمت بزرگی است که خداوند متعال به بندگان خویش عطا فرموده و اینجانب بسیار شاکرم که در دو نوبت افتخار خدمتگزاری به مردم شریف میهن اسلامی را داشته ام و در این مسیر همواره بر این اعتقاد بوده ام با اتکال به خداوند متعال، حمایت و پشتیبانی دولت مردمی، فساد ستیز و عدالت محور و با استفاده از نیروهای متخصص، متعهد و انقلابی نهایت تلاش و توان خود را جهت انجام این رسالت خطیر به کار بندم.

حق اولیه هر انسانی برخورداری از سلامت و امنیت در جامعه می باشد. لذا برای ایجاد چنین شرایطی، نیاز به دسترسی به خدمات است و لازمه آن مشارکت و برقراری ارتباط با مردم و ایجاد انگیزه در افراد جامعه می باشد. در طول ۱۵ سال گذشته دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز فراز و نشیب های زیادی را پشت سر گذاشته و صرف نظر از نتیجه؛ قطعاً عزم و تلاش کلیه خدمتگزاران نظام سلامت در همه دوره ها بر ارائه خدمت رسانی حداکثری به مردم عزیز کشورمان بوده است. در طرح نظام سلامت خدمات ارزنده ای به مردم شریف استان ارائه شد. با توجه به پدیده ریزگردها، آلودگی جوی و شیوع تنگی نفس در استان در طی سال های گذشته تمام مراکز درمانی استان در حال آماده باش و

همیشه‌گی منابع در این حوزه رو به رو هستیم و از طرف دیگر لزوم توجه به ارتقای مستمر کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران و همراهان، اصل اساسی و جزء جدایی ناپذیر مدیریت در نظام سلامت می باشد. توجه بیشتر بر بهداشت و خدمات پیشگیری و موضوعات اولویت دار در بهداشت جامعه و تقدم پیشگیری بر درمان، سازماندهی شبکه نخبگان وزارت بهداشت در دانشگاه‌ها و اتخاذ راهکارهایی جهت ماندگاری و جلوگیری از خروج بی سابقه نخبگان علوم پزشکی به ویژه پزشک و پرستار از کشور، توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی در سطح کشور و رعایت اصل عدالت، توجه بیشتر به کیفیت ارائه خدمات در مراکز دولتی و موضوعات اولویت دار از زمینه‌های مهم بهره‌وری در نظام سلامت می باشد.

از آنجا که ساختار، یکی از عوامل موثر بر عملکرد نظام سلامت می باشد، به نظر شما ساختار فعلی نظام سلامت از کارآمدی لازم برخوردار است؟ در صورت نیاز به بهبود ساختار، چه توصیه‌هایی برای اصلاح ساختار نظام سلامت ارائه می دهید؟

سلامت یکی از مولفه‌هایی است که به عنوان شاخص توسعه یافتگی دولت‌ها محسوب می شود. نظام سلامت با مسائلی مواجه است که ضرورت اصلاحات اساسی را اجتناب ناپذیر ساخته است. در دو دهه اخیر از سال ۱۳۸۱ تا کنون هیچگاه بیش از ۷ درصد منابع نظام سلامت، صرف بهداشت عمومی و پیشگیری نشده است. این عدد خود نشانه رویکرد درمان محور است که مخالف بند دو سیاست‌های کلی سلامت است. گرفتاری نظام سلامت در مسائل روزمره و غفلت از نگاه بلند مدت به گونه‌ای است که در ۲۰ سال گذشته سهم هزینه‌های جاری کمتر از ۹۰ درصد از کل هزینه‌های نظام سلامت نبوده است و این جریان ماحصلی جز عدم پیش بینی و پرداختن به بحران‌های

سال ۹۹ در مجمع تشخیص مصلحت نظام آغاز شد. این برنامه پس از برگزاری ۴۵ جلسه کمیسیون تخصصی و هفت جلسه هیات وزیران به تصویب رسیده است و برای نخستین بار علاوه بر اخذ نظر جوامع اندیشگاهی پیش از تصویب نهایی، متن پیش نویس منتشر و از نظرات ارائه شده بهره برداری شد. مسائل مهم احصاء شده در برنامه هفتم توسعه شامل مسائل مهم اقتصادی از جمله بهره‌وری، نوسان رشد اقتصادی، ارزش پول ملی و... در حوزه اطلاعات و ارتباطات شامل تحکیم حاکمیت و سیانت از ارزش‌های حیاتی، نظام ملی اطلاعات، قدرت سایبری و... در حوزه فناوری شامل مسائل مهمی از جمله هوش مصنوعی، توسعه شرکت‌های دانش بنیان، ارزش‌های نو و تجدید ناپذیر و در حوزه سیاست خارجی شامل تقویت سرمایه اجتماعی، همبستگی ملی و نظام سلامت می باشد که البته لازم به توضیح است زیر ساخت همه این مسائل تحقق سند آمایش سرزمین در بعد جغرافیایی و نیز تحقق سیاست‌های کلی نظام اداری در بعد نیروی انسانی می باشد.

با توجه به تاکیدات مکرر مقام معظم رهبری و رئیس محترم جمهور در خصوص ضرورت تحول در حوزه سلامت و افزایش بهره‌وری، به نظر شما موثرترین راهکارها و اقدامات در زمینه بهره‌وری حوزه سلامت چه می باشد؟

پیشرفت و توسعه پایدار هر کشور و جامعه‌ای در گرو داشتن دانش، تکنولوژی و استفاده بهینه و مطلوب از ظرفیت‌ها و امکانات موجود است. بهره‌وری را می توان استفاده مطلوب و بهینه از امکانات، سرمایه‌ها، منابع و فرصت‌ها در تولید کالا یا ارائه خدمات تعریف نمود. بر همین اساس و با توجه به تاکیدات مقام معظم رهبری، در حوزه سلامت نیز توجه به بهره‌وری به یک نیاز و رویکرد پایه تبدیل شده است زیرا از یکطرف با کمبود



در دانشگاه‌ها و اتخاذ راهکارهایی جهت ماندگاری و جلوگیری از خروج بی سابقه نخبگان علوم پزشکی بویژه پزشک و پرستار از کشور، رفع موانع در اجرا و مدیریت برنامه‌های ملی همچون پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع، تاکید بر افزایش بهره‌وری در مراکز درمانی، افزایش درآمدها و کاهش هزینه‌های غیرضروری و پوشش بیمه‌ای و خدمات مددکاری مناسب و اثربخش در مراکز درمانی و... اشاره کرد.

**همانگونه که مستحضرید اجرای طرح سلامت خانواده در قالب پزشکی خانواده و نظام ارجاع از مهمترین برنامه‌های وزارت بهداشت در دولت سیزدهم در سال جاری است در این رابطه چه پیشنهاد و یا توصیه‌ای برای اجرای موفق آن دارید؟**

پزشک خانواده شکلی از مراقبت اساسی است که خدمات سلامت را بصورت جامع و مداوم برای افراد و خانواده‌ها در همه گروه‌های سنی، جنسی و همه بیماری‌ها تامین می‌کند. سازمان جهانی بهداشت پزشک خانواده را مرکز تلاش جهانی در بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برقراری سیستم مراقبت سلامت قلمداد کرده است. دسترسی آسان و کم هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات درمانی از فاکتورهای مهم جوامع توسعه یافته است. توجه اساسی کشورهای دیگر به این نظام، ناشی از حضور پررنگ افراد جامعه و اطمینان به آنان از بیمه بودن و در دسترس قرار داشتن خدمات به همه افراد جامعه است. لذا توجه به این نتایج راهی برای ارتقای سلامت افراد جامعه و کاهش نگرانی آنان از هزینه می‌باشد.

**با توجه به اینکه در سال‌های اخیر مدیریت دانش سازمانی (مستند سازی تجربیات، درس آموخته‌ها و دانش‌های سازمان و به اشتراک گذاری و کاربست آن به منظور جلوگیری از خطاهای گذشته) به یکی از دغدغه‌های مهم سازمان‌ها تبدیل شده است، اهمیت اجرای این برنامه‌ها را در حوزه سلامت کشور چقدر لازم و ضروری می‌دانید؟**

دانش پزشکی بعنوان شاخه‌ای از دانش سلامت نقش تعیین کننده‌ای در نجات جان انسان‌ها دارد. بروز یا تکرار اشتباه در بسیاری از صنعت‌های دیگر شاید پیامدهای قابل اغماضی داشته باشد اما فقدان یا کمبود دانش پزشکی با بروز مکرر اشتباهات قبلی اگر منجر به آسیب جانی شود هزینه سنگینی برای جامعه دارد. با وجود اینکه می‌گویند هر پنج دقیقه یک موضوع جدید در دانش پزشکی ایجاد می‌شود اما همچنان خلایق‌های دانشی فراوانی برای درمان یا کاهش بیماری‌ها وجود دارد. مدیر دانش سازمان بهداشت و درمان کشور انگلیس می‌گوید: «دانش دشمن بیماری است. استفاده از آنچه می‌دانیم تاثیر بیشتری از هر نوع دارو یا تکنولوژی در دهه بعدی خواهد گذاشت.» همچنین یکی از مصادیق مدیریت دانش در حوزه سلامت، پزشکی مبتنی بر شواهد است که با ارائه عملی‌ترین روش مدیریت دانش پزشکی، مبنایی برای آموزش خود محور و مادام‌العمر تعریف می‌کند که متاسفانه در آموزش پزشکی در کشور ما توجه چندانی به این مقوله نشده است که جای بسی تاسف دارد. نهایتاً اینکه در ساختار کلی وزارت بهداشت و درمان از جمله مدیریت منابع و فرایندها مدیریت دانش کارکردهای بسیاری دارد از جمله خلاقیت و نوآوری در سازمان، کمک به فرایند تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و تجزیه و تحلیل، کاهش هزینه‌های سازمان با حذف دوباره کاری‌ها و چرخه‌های زائد و در نهایت افزایش بهره‌وری. و من الله التوفیق

آتی همچون سالمندی جمعیت و یا فراهم ساختن زیرساخت‌های مورد نیاز کشور نخواهد داشت. بخش دولتی علیرغم ارائه عمده خدمات مورد نیاز جامعه با محدودیت‌هایی از جمله مالیات بیشتر و پلکانی، سقف درآمدی و جزء حرفه‌ای کمتر مواجه بوده است. وجود بازار موازی در بخش خصوصی که فاقد محدودیت‌ها و نظارت‌های بخش دولتی است جذابیت بیشتری به همراه داشته و خدمات و انگیزه کادر درمانی در بخش دولتی را همواره تحت الشعاع قرار داده است. یکی از پیشنهادات در این زمینه یکسان سازی جزء حرفه‌ای با آماده سازی اقتضائات و زیرساخت‌های مورد نیاز در بخش دولتی و خصوصی می‌باشد.

**مقام معظم رهبری (مدظله العالی) طی این سالها همواره با تاکید خاصی موضوع اقتصاد را در انتخاب شعارهای سال خود مورد تاکید قرار دادند که سال ۱۴۰۲ نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. به نظر جنابعالی چه اقدامی را برای تحقق شعار سال (مهار تورم و رشد تولید) در حوزه سلامت ضروری می‌دانید؟**

شعار سال ۱۴۰۲ یعنی «مهار تورم و رشد تولید» از جمله مطالباتی است که در طی سنوات گذشته همواره در بیانات مقام معظم رهبری اشاراتی مستقیم و غیر مستقیم به آن وجود داشته اما انتخاب آن برای سال ۱۴۰۲ نشان دهنده اولویت دار شدن آن به جهت ملاحظاتی خاص در مقطع کنونی کشور است. جهت تحقق اهداف این شعار در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌توان به مواردی همچون توجه به ظرفیت‌های درآمدزا در آموزش پزشکی (افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان بین‌المللی در مقطع دکتری حرفه‌ای و تخصصی) و توسعه گردشگری سلامت، مولد سازی دارایی‌های دولت، سازماندهی شبکه نخبگان وزارت بهداشت

## بخش دوم: تجربیات منتخب



این بخش با هدف معرفی و به اشتراک گذاری تجربیات موفق و یا ناموفق حوزه‌های ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته در زمینه‌های مختلف حوزه بهداشت و درمان کشور تدوین شده است.





## سنجش رضایت دانشجویان وزارت بهداشت در حیطه های خدمات صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت

دانشکده های گروه علوم پزشکی محسوب می شود. از ابتدای تشکیل این صندوق، اقدامات متعددی جهت رفع نیازهای دانشجویان، خصوصاً دانشجویان کم بضاعت صورت گرفته است. از آن جا که مهمترین رسالت ما شناسایی نیازها و جلب رضایت دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است وظیفه دانستیم مطالعه ای جهت بررسی رضایت این عزیزان و شناسایی مشکلات موجود انجام دهیم. ما به دنبال الگویی برای بررسی کیفیت خدمات خود بودیم که با کسب اطلاعاتی از نیازها و اطلاعات دانشجویان، بتوانیم در جهت افزایش رضایت دانشجویان با بهبود مستمر کیفیت خدمات، گام های مؤثری برداریم. از آنجا که دانشجویان به عنوان مهمترین ذینفعان ما می باشند، لذا شناسایی مهمترین خواسته ها و نیازهای دانشجویان و تبدیل آن ها به راهبردها، فرآیندها و راهکارهای مناسب جهت بهبود کیفیت و افزایش رضایت دانشجویان اهمیت ویژه ای دارد.

### مهمترین اقداماتی که در این مطالعه انجام شده است چیست؟

در این مطالعه، تلاش کردیم با استفاده از ابزار پرسشنامه، رضایت جامعه دانشجویان علوم پزشکی شاغل به تحصیل را از چند منظر از جمله انواع خدمات و تسهیلات صندوق رفاه، ادارات رفاه دانشگاه ها/ دانشکده ها، خوابگاههای دانشجویی و وب سرویس صندوق رفاه را بررسی و چالش های پیرامون هر یک را شناسایی کنیم. لازم به توضیح است که ادارات رفاه دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی از نظر اداری زیر نظر معاونت محترم فرهنگی و دانشجویی فعالیت می کنند اما پل ارتباطی ما با دانشجویان هستند و ارتباط تنگاتنگی با صندوق رفاه دانشجویان دارند.

### لطفاً در خصوص نحوه اطلاع رسانی های صورت گرفته توضیحاتی را ارائه بفرمائید؟

در ابتدا لازم می دانم اشاره کنم که جامعه هدف ما، شامل کلیه دانشجویان دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی در تمامی رشته ها و کلیه مقاطع بود که البته در سامانه تسهیلات صندوق رفاه دانشجویان ثبت نام شده اند و ما برای محدود کردن جامعه هدف خود دانشجویان ورودی سال های تحصیلی ۹۲-۹۳ تا ۱۴۰۰-۱۴۰۱ را در نظر گرفتیم که حداقل یکبار از تسهیلات ما استفاده کرده اند و این جامعه حدوداً ۱۰۰ هزار نفر بودند. ما پیامکی حاوی لینک پرسشنامه را برای نمونه ۶۰ هزار نفری از این عزیزان که به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شده بودند، ارسال کردیم. همچنین از برخی ظرفیت های موجود مانند معاونت های محترم فرهنگی و دانشجویی وزارت متبوع و دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور و رسانه های خبری، که از مهمترین آن ها می توان به وبدا، مفدا، ایسنا، دانشجوی، مهر، دانشجویان ایران و سینا پرس اشاره کرد، نیز بهره بردیم.

### میزان مشارکت در کل کشور مطلوب بوده است؟

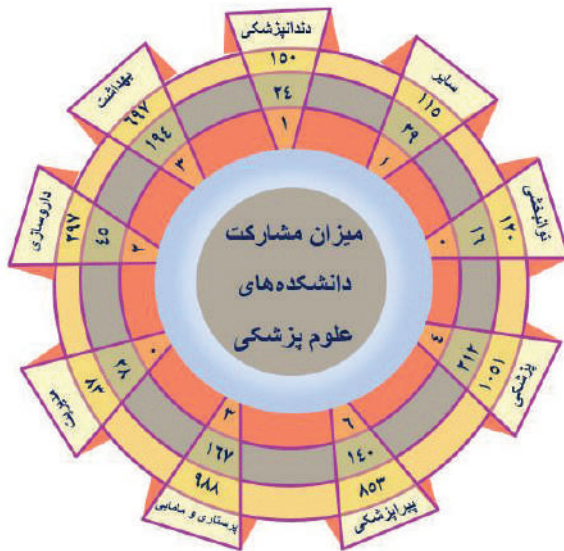
البته ما این انتظار را داشتیم که برخی از دانشگاه ها مخصوصاً دانشکده ها مشارکت محدودتری در این طرح داشته باشند اما به طور متوسط مشارکت دیگر دانشگاه ها توانست تا حد مطلوبی این مسئله را پوشش دهد. در زیر وضعیت مشارکت دانشجویان برحسب اطلاعات دموگرافیک سن، جنسیت، وضعیت تاهل و همچنین میزان مشارکت استان های کشور ارائه شده است.

این تجربه در قالب گفتگو با دکتر علی اکبر محمدی، رئیس صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت ارائه می گردد. ضمن تشکر از فرصتی که در اختیار فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت قرار دادید، بحث را با سوالاتی در مورد سابقه و دلیل شکل گیری صندوق رفاه دانشجویان آغاز می کنیم. خواهشمند است ضمن معرفی خود تاریخچه مختصری از دلیل ایجاد صندوق رفاه ارائه بفرمائید؟

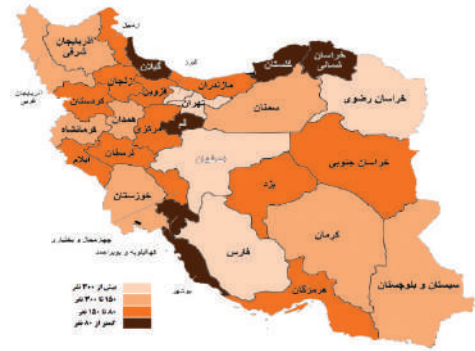
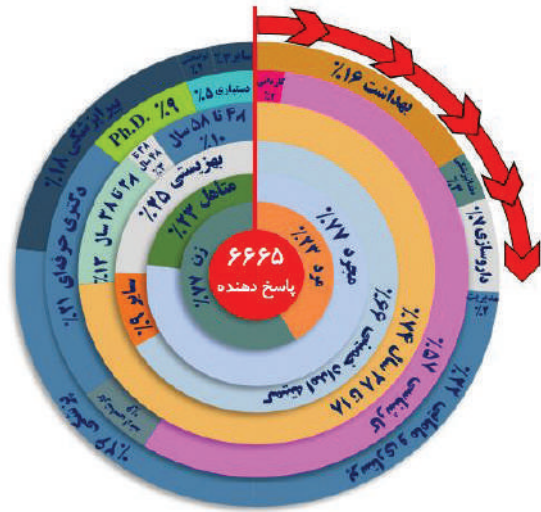
دکتر علی اکبر محمدی هستم، دکترای پزشکی عمومی و متخصص تغذیه و رژیم درمانی و در حال حاضر رئیس صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت. باید بگویم که صندوق رفاه دانشجویان به منظور ایجاد زمینه مناسب برای رشد استعدادها و کمک به وضع تحصیلی و معیشت دانشجویان مستعد و کم بضاعت کشور در تاریخ ۱۳۵۲/۰۵/۱۷ تأسیس گردید. در ابتدا این سازمان وظیفه رسیدگی به دانشجویان دو وزارتخانه علوم و بهداشت را داشت و در خرداد ماه ۱۳۶۶ فعالیت صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت از صندوق رفاه دانشجویان وزارت علوم مستقل گردید. هدف این صندوق، توسعه شیوه های جدید اعطای تسهیلات به دانشجویان در راستای ارتقاء کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی دانشجویان عزیز می باشد.

اخیراً مطالعه ای جهت سنجش رضایت دانشجویان در حیطه های خدمات صندوق رفاه انجام داده اید، لطفاً بفرمایید هدفتون از اجرای چنین طرحی در سطح ملی چه بوده است؟

همانطور که مستحضرد در سیستم مدیریتی نوین، تمامی سازمان ها برای بقاء نیازمند شناختی دقیق از نیازهای مشتریان خود می باشند. صندوق رفاه دانشجویان نیز با توجه به ویژگی های منحصر به فرد خود یکی از مراکز فعال و دارای نقش حساس در تمامی دانشگاه ها/



دانشجویان مجرد  
دانشجویان متاهل بدون فرزند  
دانشجویان متاهل دارای فرزند

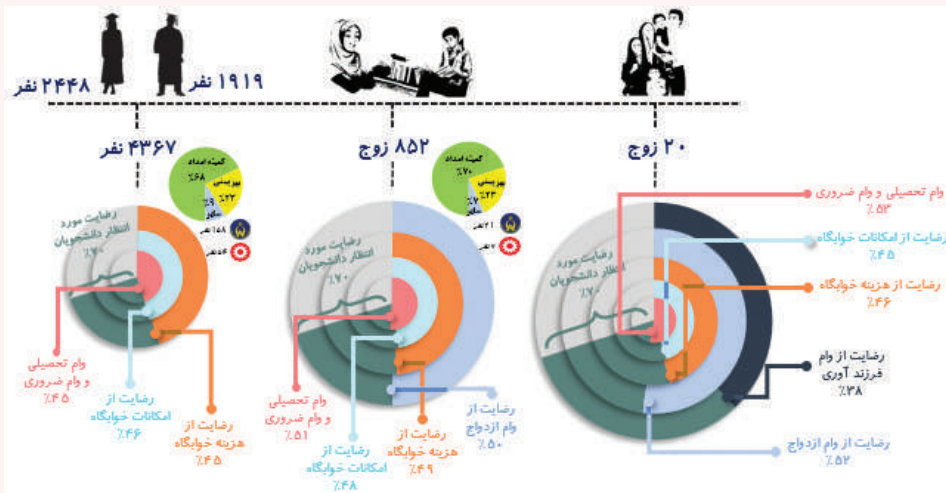


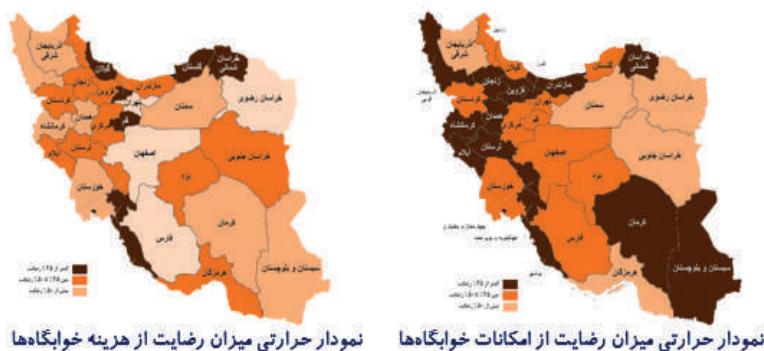
دانشجویان کم بضاعت و ۳۷ درصدی دانشجویان دوره دکتری حرفه‌ای داشتیم که بیشترین مشارکت را در بین دیگر دوره‌ها داشتند. نتایج این طرح به طور کلی رضایت متوسط دانشجویان از کلیه خدمات را نشان می‌داد. البته میزان رضایت در انواع تسهیلات متفاوت بود و میزان رضایت به تفکیک جنسیت، وضعیت تاهل، رشته‌های تحصیلی و حتی تیپ بندی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی بررسی شد و نتایج خوبی حاصل گردید. جهت شناسایی دلایل رضایت، مدل سازی‌های پیچیده‌ای انجام شده و در آن مشخص شد که وضعیت دانشگاه/دانشکده‌ها، از نظر امکانات رفاهی و خدماتی نیز بر میزان نارضایتی دانشجویان تاثیرگذار بوده‌اند. در زیر خلاصه‌ای از میزان رضایت دانشجویان از کلیه خدمات صندوق به تفکیک وضعیت تاهل ارائه شده است (توجه داشته باشید که تنها ۵۲۳۹ نفر وضعیت تاهل آنها مشخص بوده است).

لطفا به صورت خیلی خلاصه گزارشی از نتایج پژوهش را بیان بفرمایید؟

شاید بتوان گفت در حوزه رفاهی دانشجویان اقدام بزرگی در کشور اتفاق افتاده که در طول تاریخ صندوق رفاه دانشجویان بی سابقه بوده است. در ابتدا باید بگویم که برنامه اجرایی این پژوهش ۱۵ ماه بود که با تلاش همکارانم با گذشت ۷ ماه این طرح ملی به سرانجام رسید، که در آن بیش از ۶۶۰۰ دانشجوی شرکت کردند، ۵۸ درصد این تعداد را دانشجویان خانم تشکیل دادند. رده سنی ۱۸ تا ۲۸ سال بیشترین مشارکت را با نسبت تقریباً ۳ به ۴ داشتند

و نکته قابل توجه مشارکت دانشجویان گروه سنی ۴۸ تا ۵۸ سال در طرح بود. همچنین ما مشارکت ۱۸ درصدی متاهلین، ۴ درصدی





## آیا این پژوهش محدودیت‌هایی هم داشته است؟

مهمترین محدودیت این پژوهش را همانطور که بالا اشاره کردم مشارکت پایین برخی از دانشگاه‌ها یا دانشکده‌ها بود که این می‌تواند نتایج به دست آمده برای این دانشگاه‌ها را غیرمنطقی کرده باشد. از این رو پیشنهادی که به جامعه دانشگاهی و علمی دارم این است که با مطالعه این پژوهش و شناسایی دانشگاه‌هایی که شامل این محدودیت هستند، برای سنجش رضایت دانشگاه مطالعات به تفکیک هر دانشگاه انجام شود و با نتایج ما مقایسه شود تا در صورت اختلاف معنادار در نتایج اصلاحاتی انجام گیرد. البته ما چالش‌های دیگری نیز داشتیم به عنوان مثال این احتمال وجود داشته است که پاسخ دهندگان درک اشتباهی از سوالات داشته‌اند و به اشتباه برخی رضایت‌ها دستخوش تغییراتی شده‌اند.

**اگر نکته‌ای باقیمانده که به آن اشاره نشده است و یا هر مطلبی که علاقمند هستید از طریق این فصلنامه به اطلاع دیگران برسد بفرمایید؟**

رضایت دانشجویان به عنوان یک نگرش کوتاه مدت، ناشی از ارزیابی تجارب تحصیلی دانشجویان و یا تمایل آنان به ارزیابی ذهنی نتایج آموزشی و تجربه، تعریف می‌شود. بنابراین، رضایت دانشجو

را می‌توان به عنوان تابعی از سطح نسبی تجربیات و عملکرد درک شده در مورد خدمات و آموزش تعریف کرد. رضایت دانشجویان فرآیندی چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل شخصیتی (مانند سن، جنسیت، شغل، سبک یادگیری ترجیحی، معدل دانشجویی) و عوامل نهادی (مانند کیفیت دستورات عمل‌ها، سریع بودن بازخوردها، وضوح انتظارات و خدمات، سبک تدریس) قرار دارد. البته عوامل مهم دیگری مانند کیفیت خدمات، رشد و توسعه دانشجو، اثربخشی نهادی، شرایط اجتماعی، خدمات منعطف، کیفیت امکانات فیزیکی و استفاده موثر از فناوری به عنوان عوامل کلیدی تعیین کننده رضایت دانشجویان هستند. از این رو، این مجموعه رویکردهایی را برای بهبود رضایت دانشجویان به شرح زیر پیش بینی نموده است.

۱. اصلاح فرآیند ارائه تسهیلات به دانشجویان و طراحی نرم افزار تسهیلات جدید به منظور ایجاد بستری مناسب و اینترنتی برای ارتباط مستقیم دانشجویان کل کشور با صندوق رفاه دانشجویان.

۲. توسعه اطلاع رسانی و برنامه‌های آشناسازی دانشجویان با خدمات مورد ارائه در صندوق رفاه، اعم از حضور در نشست‌ها، گردهمایی‌های دانشجویی و فرهنگی، ارائه بروشور، نصب پوستر و ایجاد تالارهای گفت‌وگو و چت برای شناسایی نارضایتی دانشجویان.

۳. پیشنهاد فرایندهایی جدید برای ضمانت تعهدات و تسهیلات دانشجویان که توسط آن بتوان فرآیند مذکور را تسریع و تسهیل نمود.

۴. توسعه خوابگاه‌های متاهلی و سرمایه‌گذاری‌های بیشتر در این بخش با توجه به رضایتمندی نسبی از خوابگاه‌های متاهلی به نسبت ودیعه مسکن.

۵. ارائه تسهیلات به دانشجویان هر دانشگاه به فراخور نظر سنجی و نیازهای بومی دانشجویان آن دانشگاه، البته این موضوع نیاز به بررسی و تحقیق گسترده‌تر از نظر عملیاتی شدن دارد.

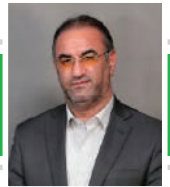
۶. آموزش به پرسنل صندوق و ادارات رفاه، اطلاع رسانی‌ها و آگاهی به مفاد و بخشنامه در زمینه برخورد با ارباب رجوع به صورت حضوری و مجازی.

۷. شناسایی گلوگاه‌هایی که منجر به طولانی شدن ارائه خدمات به دانشجویان می‌شود و بهبود این شرایط جهت تسریع پرداخت وام.

## اجرای طرح نفس (نجات فرزندان سالم از سقط عمدی) در استان زنجان

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

پس از آموزش کلیه نیروهای مجموعه دانشگاه و تعدادی از نیروهای بخش خصوصی، با همکاری و هماهنگی رؤسا و مدیران شبکه‌های تابعه، مکانی تحت عنوان «مرکز نفس» انتخاب و تجهیز و مشاورین هر مرکز و فرایند ارائه خدمت و گردش کار مشخص گردید. روال اجرای کار در بخش دولتی بدین صورت است که هرگاه مادری با شکایت بارداری برنامه‌ریزی نشده و ناخواسته به پایگاه سلامت / خانه بهداشت مراجعه نموده و درخواست کمک برای سقط جنین و یا معرفی مکانی برای اقدام به سقط می‌نماید، توسط تیم سلامت مورد بررسی قرار گرفته و علل تقاضای سقط مشخص می‌شود، سپس متناسب با علت مطرح شده آموزش و مشاوره انجام و در صورت انصراف از تصمیم، والدین جهت دریافت حمایت‌های لازم اعم از حمایت اقتصادی، سلامتی، روان‌شناختی و یا فرهنگی به کمیته حمایت و پشتیبانی معرفی می‌گردد تا با رفع مشکل شناسایی شده، بارداری ادامه یابد. اما در صورت اصرار به سقط مادر به مرکز نفس ارجاع و تحت مشاوره تخصصی (مامایی و روانشناسی) قرار گرفته و برحسب نیاز و شرایط خانواده جلسات مشاوره تکرار و پس از جلب اعتماد، از همه ظرفیت‌های موجود دانشگاه و سایر ارگان‌های همکار استانی جهت رفع مشکل و حمایت خانواده بهره‌برداری می‌شود. در نهایت پس از ارائه آموزش‌ها و اطلاعات کامل به خانواده فرصت تصمیم درست داده شده و با اعلام انصراف از سقط پرونده تشکیل و پیگیری‌های بعدی انجام می‌گردد.



دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان - معاونت بهداشت

اعضای تیم: دکتر مشهود تقی‌لو، معاون بهداشت / دکتر شیرین بخشی، مدیر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس / محجوبه اشتری ماهینی کارشناس سلامت مادران / طاهره محریمی قیداری کارشناس سلامت مادران / زهرا خالقی کارشناس سلامت نوزادان

### مقدمه

با توجه بروز بحران جمعیتی در کشور و لزوم اقدام همه مسئولین و آحاد جامعه جهت اجرای منویات مقام معظم رهبری و «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» تصمیم گرفته شد، برنامه طرح نفس (نجات فرزندان سالم از سقط) با هدف ساماندهی و پیشگیری از موارد سقط جنین توسط والدین و نجات فرزندان سالم اجرا شود.

### رویداد یا مسئله

امروزه بروز بحران جمعیت در کشور بر کسی پوشیده نیست. در سال‌های اخیر روند باروری در کشور شیب نزولی داشته و از ۶٫۳ در سال ۱۳۶۵ به ۱٫۶۵ و در استان زنجان به ۱٫۷۴ در سال ۱۴۰۰ رسیده است. این روند کاهشی همچنان ادامه داشته و با سطح جانشینی فاصله زیادی دارد. بدیهی است که نرخ باروری برای حفظ جمعیت موجود کشور، حداقل باید در حد جایگزینی (۲٫۱) باشد (یعنی زوجین باید حداقل دو فرزند داشته باشند که جایگزین آنها در جمعیت شده و موجب حفظ جمعیت شود). علل کلی کاهش تولید مثل مشکلات فرهنگی - اجتماعی (فرهنگ تک فرزندی، کاهش آمار ازدواج و...)، اقتصادی و مسائل پزشکی از قبیل سقط جنین، ناباروری و... می‌باشد. برترین روش جهت مداخله، انتخاب روشی است که انجام آن ساده با قابلیت اجرایی بالا و در عین حال کم هزینه و موثر نیز باشد. لذا با هدف افزایش نرخ باروری، اقدام جهت پیشگیری از سقط‌های عمدی مداخله مهم و تاثیرگذار خواهد بود.



مورد مشاوره قرار گرفته و با حمایت های روانی، عاطفی، معنوی و معیشتی، ۲۲۸ نفر از انجام سقط جنین منصرف شده و ۲۷ نوزاد طرح نفس نیز به دنیا آمده اند. در کنار حمایت های روانی، عاطفی و معنوی مادران، تعداد ۲۶ بسته معیشتی، ۳۷ بسته غذایی، ۲ بسته سیسمونی و ۱۸ مورد خدمات تشخیصی - درمانی با مبلغ کلی ۷۱۹۴۴۷۰۰۰ ریال (هفتصد و نوزده میلیون و چهارصد و چهل و هفت هزار ریال) انجام شد. آموزش و اطلاع رسانی عمومی مردم بویژه مادران گروه هدف در تعدادی از واحدهای تابعه در گروه ها و فضاهای مجازی شروع شده و در این مدت ۱۹۳۵۰ نفر در زمینه طرح آموزش دیدند.

### پیشنهاد حاصل از تجربه

یکی از مشکلاتی که امروزه کشور ما، بحران جمعیت و کاهش نرخ باروری می باشد که نیازمند مداخلات کوتاه، میان و بلند مدت موثر و کارآمد است. یکی از این مداخلات کم هزینه، قابل اجرا و تأثیرگذار پیشگیری از سقط عمدی فرزندان سالم توسط والدین می باشد. با توجه به پتانسیل های موجود در سیستم بهداشت و درمان و سایر نهادها و سازمان های جامعه، کافی است با تبیین طرح نفس و جهت دهی ظرفیت های موجود اقدامات موثر در راستای شناسایی، مشاوره و حمایت از خانواده ها انجام و از بسیاری از سقط ها جلوگیری نمود. این اقدام علاوه بر نجات جان بسیاری از انسان ها و پیشگیری از ارتکاب قتل عمد و گناه والدین موجب ارتقاء و بهبود شاخص باروری کلی نیز می شود. همچنین ثواب و لذت انجام کار نیک و خدایسندانه نصیب مجریان و دست اندر کاران طرح نفس خواهد شد. پیشنهاد می گردد دستور عمل اجرای این طرح از طریق وزارت بهداشت ابلاغ و اقدام مشابه در کلیه مناطق شهری و روستایی کشور انجام گردد. همچنین جهت اجرای موفق طرح هماهنگی کلان کشوری بین ادارات، دستگاه ها و نهادهای مختلف بعمل آید.

برای شناسایی مراجعین متقاضی سقط در بخش خصوصی (کلینیک ها و مطب های متخصصین زنان، اطفال، پزشکان عمومی، ماماها، داروخانه ها، عطاری ها و آرایشگاه های زنانه و...)، ضمن برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی و توزیع کارت و پوستر طرح نفس و اعلام آدرس و شماره تماس در کلیه شهرستان ها روال کار بدین صورت است که به محض مراجعه مادر با تقاضای سقط، درخصوص جنبه های مختلف عوارض اقدام به مادر و یا خانواده توضیحات لازم داده شده و جهت دریافت مداخلات بعدی به مرکز نفس ارجاع می دهند.

### نتایج اجرای تجربه

از ابتدای طرح (اواخر تیرماه ۱۴۰۱) تا پایان فروردین ماه ۱۴۰۲ تعداد ۲۳۱ مادر متقاضی سقط عمدی در سطح استان شناسایی و



## بهینه سازی منابع انسانی و مدیریت هزینه ها در بیمارستان زیان ده و تبدیل آن به یک بیمارستان خودکفا و درآمد زا

گردید. طرح بودجه سایر شناور در بیمارستان اجرا شد. دو دستگاه شتاب دهنده خریداری و بهره برداری گردید. با تدابیر انجام شده، رشد بدهی دارویی کنترل شد و بدهی دارویی بیمارستان به صفر رسید. این تجربه در بیمارستان شهید رجایی بابلسر از واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی بابل طی سال های ۱۳۹۱ لغایت پایان ۱۳۹۳ روی داده است.

### رویداد یا مسئله

بیمارستان شهید رجایی بابلسر تابعه دانشگاه علوم پزشکی بابل یک بیمارستان تک تخصصی سرطان بوده که با فعالیت شیمی درمانی و رادیوتراپی با ربع قرن سابقه، به عنوان قطب درمان سرطان شمال کشور محسوب می شود. قبل از مداخله، بیمارستان دارای دو دستگاه کبالت مستعمل با عمر ۲۵ سال برای درمان سرطان بود. حدود نیم میلیارد تومان بدهی دارویی داشت. بدهی های معوق پرسنل به حدود ۱۷ ماه بالغ می شد. بیماران از وضعیت دستگاه های درمانی و پرسنل از تعویق پرداخت ها ناراضی بودند. یکی دیگر از معضلات مدیران حوزه پشتیبانی مراجعه دائم جهت بکارگیری نیروی شرکتی و قراردادی است. این مسئله نه تنها شاخص های نیروی انسانی دانشگاه را نامتعادل می سازد بلکه پاسخ منفی به درخواست کنندگان موجب نارضایتی ایشان شده و وقت و انرژی مدیران را نیز تلف می کند. از مهمترین راه های افزایش بهره گیری از این منبع ارزشمند نیروی انسانی، استانداردسازی کمیت و ترکیب و توزیع نیروی انسانی است.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

در اولین قدم، هیات مدیره بیمارستان با حضور مسئولین و روسای بخش های مختلف بیمارستان و نمایندگان از پزشکان تشکیل شد و از آن تاریخ تمامی تصمیمات بیمارستان اعم از تصمیمات مالی و تشکیلاتی به صورت هیات مدیره ای با خرد جمعی اتخاذ شد. در قدم دوم توجه هیات مدیره بر روی حلقه های با ضریب تاثیر بالا از زنجیر مشکلات بیمارستان معطوف شد. راه حل مشکلات عمده مالی بیمارستان به دو گروه تقسیم شد: کاهش هزینه ها و افزایش درآمد اختصاصی. در بحث کاهش هزینه ها ۲ حلقه با ضریب تاثیر بالا تشخیص داده شد: خریدهای دارویی و نیروی انسانی. برای کنترل بدهی دارویی فقط یک اقدام انجام شد: از تماس مستقیم ویزیتورهای شرکت های دارویی با پزشکان ممانعت بعمل آمد و

دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی بابل / معاونت توسعه مدیریت و منابع / امور نیروی انسانی و امور مالی  
اعضای تیم تجربه: (نویسنده اصلی) دکتر علی شبستانی منفرد، واحد معاونت توسعه مدیریت و منابع - دکتر حمید شفیعی، واحد مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی بابلسر - موسی رضایی، واحد مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی بابلسر - فاطمه رضانزاد درازکلا، امور مالی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی بابلسر - فاطمه عباسپور، واحد منابع انسانی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی بابلسر

### مقدمه

بیمارستان پرهزینه ترین جزء سیستم های بهداشتی و درمانی است و منابع انسانی با ارزش ترین عامل تولید و ارائه خدمت به شمار می رود. از آنجا که هزینه های پرسنلی بیش از ۶۰٪ هزینه های بیمارستان ها را تشکیل می دهد، افزایش بهره وری و کارایی نیروی انسانی از اهمیت زیادی برخوردار است. بالا بودن هزینه ها و کاهش درآمد در بیمارستان فوق به طور محسوسی قابل مشاهده بود. تجهیزات بیمارستانی قدیمی بودند، از طرفی بدهی های دارویی و معوق پرسنل، نارضایتی بیماران از وضعیت دستگاه های درمانی و عدم رضایت پرسنل از تعویق پرداخت ها، درآمد ناچیز بیمارستان، از جمله مشکلات پیش روی بیمارستان مذکور بوده است. یکی دیگر از معضلات مدیران حوزه پشتیبانی مراجعه دائم جهت بکارگیری نیروی شرکتی و قراردادی است. با موافقت هیات مدیره مرکز، راه حل مشکلات عمده مالی بیمارستان به دو گروه تقسیم شد: کاهش هزینه ها و افزایش درآمد اختصاصی. لذا جهت موفقیت بیمارستان شهید رجایی بابلسر برنامه ریزی و متناسب سازی نیروی انسانی با جدیت بررسی و بهینه سازی



پذیرفت. همچنین با تخصیص و تعیین سقف پرداخت غیرمستمر برای هزینه های جاری و تکلیفی (آب، برق، تلفن، سوخت، خودرو و...) بخش مهمی از هزینه های یک دستگاه اجرایی را کاهش می یابد.

به واحدها تفهیم می شود که از سرجمع این اعتبارات بایستی هزینه های تکلیفی، حقوق نیروهای شرکتی و قراردادی و اضافه کار پرسنلی را بپردازند. در این طرح مانده اعتبارات دانشگاه (مانده تنخواه پس از پرداخت حقوق و مزایای نیروهای رسمی و پیمانی) بر اساس شاخص های مربوطه بین واحدهای تابعه دانشگاه توزیع می شود. همچنین به آنها اجازه داده می شود در صورتی که در هزینه های تکلیفی و پرداختی نیروهای شرکتی صرفه جویی کنند می توانند از محل صرفه جویی اضافه کار پرسنلی بیشتری پرداخت نمایند.

دستگاه شتاب دهنده در بیمارستان نصب که اولین دستگاه های شتاب دهنده در کل استان مازندران بودند. یکی از این دستگاه ها مجهز به دستگاه کولیماتور مولتی لیف شد که در نوع خود اولین دستگاه در شمال کشور و سومین در کل کشور می باشد. بخش عمده ای از هزینه دستگاه دوم از محل درآمد اختصاصی بیمارستان تامین شد.

### نتایج اجرای تجربه

- ایجاد انگیزه بیشتر جهت صرفه جویی (بهره مندی از مشوق های مادی در کنار الزامات قانونی و شرعی)

میزان رضایتمندی بیماران و پرسنل با بررسی کیفی در حد بسیار خوب ارزیابی شد.

- مشارکت فعال همه پرسنل در صرفه جویی (همه پرسنل واحد از نتایج صرفه جویی تک تک نیروها سود می برند) و پایش صرفه جویی توسط خود پرسنل (نیازی به کنترل خارجی توسط مدیر نیست)

- جدول اطلاعات و نمودار درآمد و هزینه بخش های تشخیصی درمانی بیمارستان پیوست گردید.

نمایندگان شرکت های دارویی فقط مجاز به معرفی فرآورده خود در جمع هیات مدیره بیمارستان بودند. با این تدبیر تقاضای القایی دارو به شدت کاهش یافت. رشد بدهی دارویی کنترل شد و بدهی دارویی بیمارستان به صفر رسید. در رابطه با کنترل رشد تعداد نیروی انسانی و هزینه های تکلیفی فقط یک اقدام انجام شد: طرح بودجه سایر شناور در بیمارستان اجرا شد. اطلاعات مربوط به درآمد و هزینه هر بخش در هر ماه با استفاده از اطلاعات موجود در سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستانی به تفکیک بخش های تشخیصی و درمانی بیمارستان به دست آمد. منبع اطلاعات نیروی انسانی پرونده های کارگزینی بیمارستان براساس چارت تشکیلات مصوب بیمارستان شهید رجائی بابلسر و سامانه آذرخش و اطلاعات بعدی آن بود.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که از تعداد ۵ بخش مورد پژوهش در بیمارستان شهید رجائی بابلسر، ۳ بخش رادیوتراپی به میزان  $۲۶/۲۷۷/۰۸۷/۳۹۹$  ریال، پرستاری به میزان  $۴۱۷/۵۹۴/۱۰۵$  ریال، داروخانه به میزان  $۳۵۳/۷۰۱/۱۶۳$  ریال، به صورت مثبت و سودآور و ۲ بخش آزمایشگاه به میزان  $۱/۰۹۵/۴۶۴/۷۰۶$  ریال و رادیولوژی به میزان  $۳۰۱/۲۸۳/۴۴۰$  ریال با صورت منفی و زیان ده می باشند.

نتایج ترازهای هر بخش به بخش ها بازخورد داده شد و مداخلات جهت جلوگیری از تکرار زیان ده بودن در ماه های آتی انجام گرفت، به این صورت که در بخش های زیانده ادغام نیروی انسانی، کاهش جذب نیرو، کاهش پرداخت غیرمستمر پرسنل، بهبود تجهیزات و استانداردسازی در بعضی موارد صورت

### گروه هدف و مخاطبان

معاونت توسعه دانشگاه علوم پزشکی؛ مدیران بیمارستان؛ مدیریت مالی بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی؛ مدیریت بودجه دانشگاه علوم پزشکی؛ کمیته های بهره وری دانشگاه

### پیشنهاد حاصل از تجربه

امروزه بکارگیری و انتصاب صحیح و متناسب سازی نیروهای انسانی از اهمیت ویژه ای در سازمان های کنونی و ارتقا بهره وری برخوردار می باشد. بیمارستان پرهزینه ترین جزء نظام بهداشت می باشد و منابع انسانی با ارزش ترین عامل ارائه خدمت به شمار می رود. از آنجا که هزینه های پرسنلی بیش از ۶۰ درصد هزینه های بیمارستان ها را تشکیل می دهد، افزایش بهره وری و کارایی نیروی انسانی از اهمیت زیادی برخوردار است. از مهم ترین راهکارهای افزایش بهره گیری از این منبع ارزشمند، استانداردسازی کمیت و ترکیب و توزیع نیروی انسانی است. بنابراین، پیشنهاد می گردد، سیاستگذاران بخش سلامت در ستاد وزارت و دانشگاه ها ضرورت برنامه ریزی نیروی انسانی و سازوکارهای متناسب سازی را فراهم آورده و تاکید بسیار نمایند.

- بخش رادیوتراپی بیشترین سهم از درآمد را در مقایسه با سایر بخش های بیمارستانی دارد. که علت آن را می توان وجود دستگاه های جدید و با تکنولوژی نوین شتاب دهنده خطی ذکر نمود که از نظر تعرفه بیمه ای حدود ۳ برابر دستگاه های با تکنولوژی قدیمی می باشد.
- بخش عمده ای از هزینه دستگاه دوم شتاب دهنده خریداری شده از محل درآمد اختصاصی بیمارستان تامین شد.
- افزایش درآمد بیمارستان به میزان ۲۰۱ برابر در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۱
- در پایان مداخله، کلیه پرداخت های پرسنلی و غیر پرسنلی به ویژه بدهی دارویی صفر گردید.
- به روز شدن پرداخت های پرسنلی
- از دلایل عدم وجود تراز مثبت در بخش های آزمایشگاه و رادیولوژی عدم وجود دستگاه های مدرن و عدم اقبال پزشکان به ارجاع بیماران به این بخش ها می باشد که مداخلات لازم نیز در برخی از موارد صورت پذیرفت.
- نتیجه مداخله مدیریتی حاضر نشان داد که ابزار کنترل توسط تراز

نام بخش	درآمد سالانه	هزینه سالانه	تراز درآمد و هزینه
رادیوتراپی	۱۸,۰۸۶,۲۸۱,۷۶۱	۷,۰۰۲,۱۹۲,۲۰۰	۱۱,۰۸۴,۰۸۹,۵۶۱
پرستاری	۸,۰۱۴,۵۰۵,۲۳۳	۷,۳۹۶,۹۱۴,۲۳۳	۶۱۷,۵۹۱,۱۰۰
داروخانه	۲,۷۰۴,۵۳۳,۵۱۹	۲,۰۹۵,۸۳۱,۳۴۳	۶۰۸,۷۰۲,۱۷۶
آزمایشگاه	۱۰۳,۶۷۴,۳۰۰	۴۷۶,۵۳۴,۵۳۰	۳۷۲,۸۶۰,۲۳۰ -
رادیولوژی	۹۳,۹۷۴,۷۰۰	۳۸۵,۸۹۸,۸۰۰	۲۹۱,۹۲۴,۱۰۰ -
جمع کل	۲۹,۰۰۲,۹۶۹,۶۱۳	۱۷,۳۵۷,۳۷۱,۱۰۶	

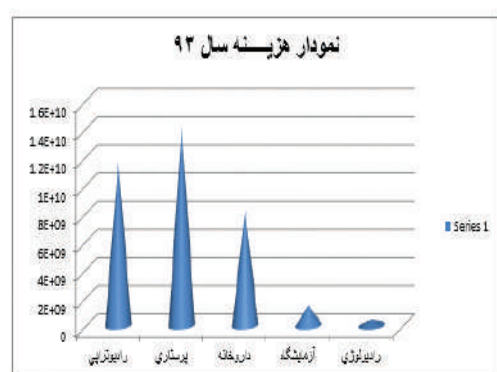
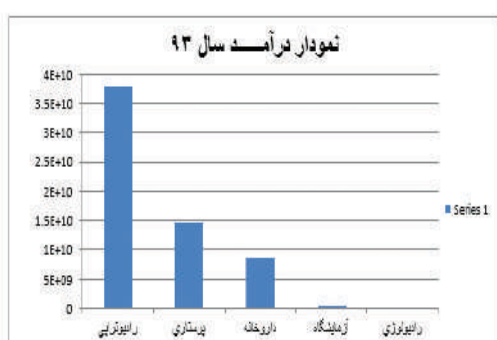
درآمد - هزینه می تواند به عنوان یک ابزار قوی مدیریتی عمل نموده و شاخص های بیمارستان را در این زمینه بهبود بخشد.



### نمودار اطلاعات درآمد و هزینه بخش های تشخیصی درمانی مرکز آموزشی و درمانی شهید رجایی بابلسر در سال ۱۳۹۱

نام بخش	درآمد سالانه	هزینه سالانه	تراز درآمد و هزینه
رادیوتراپی	۳۷/۹۸۱/۱۹۱/۷۰۰	۱۱/۷۰۴/۱۰۴/۳۰۱	۲۶/۲۷۷/۰۸۷/۳۹۹
پرستاری	۱۴/۶۶۸/۰۳۳/۶۹۰	۱۴/۲۵۰/۴۳۹/۵۸۵	۴۱۷/۵۹۴/۱۰۵
داروخانه	۸/۵۶۹/۶۳۱/۷۸۳	۸/۲۱۵/۹۳۰/۶۲۰	۲۵۳/۷۰۱/۱۶۳
آزمایشگاه	۳۵۲/۳۶۱/۴۳۰	۱/۴۴۸/۸۲۶/۱۳۶	-۱/۰۹۵/۴۶۴/۷۰۶
رادیولوژی	۱۴۲/۵۶۶/۴۴۰	۴۴۳/۸۴۹/۸۸۰	-۳۰۱/۲۸۳/۴۴۰

### جدول اطلاعات درآمد و هزینه بخش های تشخیصی درمانی مرکز آموزشی و درمانی شهید رجایی بابلسر در سال ۱۳۹۳





## اصلاح فرآیندهای مالی به منظور کاهش کسورات و افزایش درآمد در بیمارستان قائم (عج) شهرستان اسدآباد

حیطه‌های گسترده ناچار به ایجاد تغییرات اصلاح در فرآیندهای ارائه خدمات سلامت می‌باشند. بررسی اسناد بیمارستانی و بررسی علل کسورات می‌تواند منجر به شناسایی عوامل کاهش درآمد، افزایش توان مالی بیمارستان و تحقق اهداف بهره‌وری شود.

### رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه

در بررسی صورتحساب‌های بیمارستانی مواردی مشاهده شد، که علیرغم ارائه خدمات، مبلغی بابت آنها در صورتحساب بیماران وجود نداشت و در نتیجه مبلغی نیز در قبال آنها از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت نشده بود که می‌توان به مواردی همچون عدم ثبت هزینه همراه بیمار (که تنها ۴ ماه پس از شروع ثبت مبلغی بالغ بر ۷ میلیارد ریال محاسبه و از بیمه دریافت شد)، عدم ثبت هزینه تخت روز نوزاد در پرونده‌های گلوبال (که از زمان ثبت به بعد، بالغ بر ۵ میلیون ریال به ازای هر نوزاد سالم حاصل از سزارین محاسبه و از بیمه دریافت شد)، عدم محاسبه و پیگیری برای دریافت مبالغ مابه‌التفاوت پرونده‌های بستری و گلوبال براساس تعرفه جدید (در محاسبه مبلغی بالغ بر ۸ میلیارد ریال بدست آمد)، عدم توجه به اصلاحیه‌های صادره از سوی هیات وزیران (نظیر حذف عبارت اسپیرال از ابتدای درخواست سی‌تی‌اسکن) اشاره کرد. این موارد بخشی از کسوراتی بود که بر بیمارستان تحمیل و کاهش شدید درآمد بیمارستان را در پی داشت.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

فردی به عنوان مسئول بررسی علل کسورات و پیگیری رفع آنها تعیین شد. هزینه همراه بیماران محاسبه و تعرفه تخت روز نوزاد محاسبه و اصلاح شد که مبلغ تخت روز نوزاد حاصل از سزارین ۵.۸۹۷.۸۰ ریال و مبلغ تخت روز نوزاد حاصل از زایمان طبیعی ۲.۹۴۴.۵۰۰ ریال بدست آمد. مبالغ مابه‌التفاوت پرونده‌های بستری و گلوبال بر اساس تعرفه‌های جدید محاسبه و پیگیری برای مطالبه آنها بعمل آمد. کدهای جدید سی‌تی‌اسکن اسپیرال و اطلاع‌رسانی به بخش‌های بستری جهت استفاده از کدهای مذکور که تا پیش از این مشمول کسورات می‌شدند، ابلاغ شد. مبلغ ما به‌التفاوت هزینه تخت روز اتاق‌های یک تخته و دو تخته اصلاح و با رضایت همراه بیمار دریافت گردید. کدهای خدمتی مشاوره پزشکان متخصص در بخش اورژانس تحت نظر اصلاح شدند. برگه‌های رپیورت سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، آزمایشات ممهور و به امضاء مسئول فنی رسید، که موجب پیگیری از اعمال کسورات شد. خدمات ارائه شده در اتاق عمل، بیهوشی، مشاوره و غیره در سربرگ‌های این واحدها با رعایت عدم خط خوردگی تکمیل، تنظیم و ارسال شد. هزینه تست قند خون برای بیماران سرپایی در واحد اورژانس و هزینه خونگیری و پذیرش در آزمایشگاه محاسبه و کسر گردید. طبق دستور پزشک برای بیمار بستری در بخش، مشاوره تغذیه انجام می‌گرفت اما به علت انجام مشاوره توسط کارشناس تغذیه این خدمت مورد تأیید ناظرین بیمه قرار نمی‌گرفت و کسورات بر آن اعمال می‌شد که اصلاح شد. تجهیزات بسکت و دبل جی به علت نداشتن فاکتور فروش مشمول کسورات می‌شدند که با اصلاح فرآیند خرید و تحویل مبلغ ۷۴.۲۸۵.۰۰۰ ریال بابت تجهیزات بسکت و مبلغ ۵.۳۵۰.۰۰۰ ریال بابت تجهیزات

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد/ تعرفه خدمات سلامت  
اعضای تیم تجربه: دکتر پرستو نجفی، کارشناس اقتصاد درمان بیمارستان قائم (عج) - مهندس علی شهبازی، گروه توسعه و تحول سازمان - مهندس صادق نجفی فاتح، معاون توسعه مدیریت و منابع - فرهاد هادی کبیر، مدیر بیمارستان قائم (عج)

### مقدمه

از ارکان کلیدی نظام‌های پویای ارائه دهنده خدمت توجه ویژه به مولفه‌های اقتصادی و هزینه درآمد هر مرکز بوده و لازم است مدیران ارشد به صورت مستمر نسبت به پایش و تصمیم‌گیری بر اساس شرایط موجود و نگاه به چشم انداز آتی اقدام نمایند. مجموعه اقتصاد درمان در هر دانشگاه می‌تواند با برخورداری از افراد صاحب نظر نسبت به ترسیم نقشه راه در هر مرکز فعالانه مدیران ارشد را در تصمیم‌گیری‌های مهم یاری رسانند.

بیمارستان قائم (عج) شهرستان اسدآباد با توجه به موقعیت خاص جغرافیایی از بار مراجعات بالایی در تمامی ایام و به ویژه در مناسبت‌های ملی و مذهبی برخوردار است که با توجه به بررسی‌های صورت گرفته تراز مالی آن در سنوات گذشته همواره منفی و در ردیف مراکز زیان ده بوده است به گونه‌ای که حتی با وجود نصب و راه اندازی دستگاه‌های بسیار کاربردی همچون سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی و جذب بیماران از شهرستان‌های مجاور و افزایش تعداد خدمات به مراجعین بهبودی در وضعیت مالی بیمارستان حاصل نشد. به همین منظور بررسی صورتحساب بیماران مراجعه کننده به بیمارستان در اولویت کاری قرار گرفت و موارد مهمی از کسورات آشکار و پنهان که به پرونده‌ها اعمال می‌شد، شناسایی و مورد توجه قرار گرفت. نظام‌های سلامت با هر شیوه و میزان توان مالی، به دلیل محدودیت منابع و



و مبلغی بابت آنها دریافت نمی‌شد، ارائه شده است. در یک بازه زمانی ۴ ماهه میزان دریافتی پس از ثبت این خدمات بالغ بر ۱۰ میلیارد ریال افزایش یافته است.

دبل جی الماس از کسورات کاهش یافت. گزارش اصالت دارو در نرم افزار HIS اصلاح شد که بخش قابل توجهی از کسورات بیمه‌ای را کاهش داد.

عنوان	مبلغ دریافت شده از ابتداء مرداد ماه تا ۲۰ آبان ماه سال ۱۴۰۱
۱ مشاوره تغذیه	۱۴/۱۵۵/۰۰۰
۲ خدمت خونگیری و پذیرش در آزمایشگاه	۱/۰۲۸/۹۲۶/۲۰۰
۳ خدمت هزینه همراه بیمار	۷/۵۳۵/۱۴۲/۰۰۰
۴ تست قند خون	۸۵/۶۱۷/۰۰۰
۵ تخت روز نوزاد	۶۷۷/۶۳۹/۸۰۰
۶ تجهیزات	۷۶۵/۱۵۰/۷۹۰
جمع کل	۱۰/۱۰۶/۶۳۰/۷۹۰

ستون مجزای ارز ترجیحی در صورت حساب بیمه و بیمار جهت اخذ مبلغ ارز ترجیحی از سازمان‌های بیمه‌گر افزوده شد. تخصیص اصالت به تجهیزات دیالیز و افزودن تمامی آزمایشات دیالیز به خدمات پایه بخش که این امر با هتلینگ شدن این آزمایشات، اصلاح و از کسورات بعدی پیشگیری گردید.

از آنجا که تمامی گرافی‌های رادیولوژی که به صورت ۲K درخواست می‌گردید، مشمول کسورات می‌شد. این خدمات به صورت ۱K اصلاح گردیدند. پیگیری و تغییر سقف تعهد سازمان تامین اجتماعی برای بیماران بستری در اورژانس تحت نظر از ۷۰ به ۹۰ درصد که این امر موجب کاهش ۲۰ درصدی هزینه‌های درمانی بیماران و مطالبه آن از محل تعهدات شرکت‌های بیمه شد. اصلاح فرآیندهای انجام کار به منظور کاهش خطاهای انسانی در بخش‌ها و الزام به جبران بخشی از کسورات در مواردی که سهل انگاری در ارائه خدمت مشاهده شده بود، صورت گرفت. توجه و اهمیت به موارد ذکر شده و انجام مداخلات و اصلاحات به موقع موجب حل بسیاری از مشکلات و کاهش کسورات گردید به گونه‌ای که در شرایطی مشابه با ضریب اشغال تخت در دوره‌های گذشته و فقط به دلیل اصلاح فرایندهای انجام کار از هدر رفت منابع جلوگیری و علاوه بر کاهش هزینه‌ها موجب افزایش قابل توجه در درآمدهای بیمارستانی شد.

### مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه

مدیران و کارکنان بیمارستان، کارشناسان امور بیمه‌ای، دارویاران، کارشناسان دارویی و مسئولین حسابداری

### پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه

۱. اسناد تسویه حساب بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی هفتگی و در واحدهای مختلف به صورت تصادفی بررسی گردند.
۲. تعامل مناسب با ناظران محترم بیمه برقرار گردد.
۳. یک نفر به عنوان فرد مسئول جهت پیگیری علل کسورات در نظر گرفته شود.
۴. آموزش بدو ورود به کلیه پزشکان و پرسنل جدید الورد به مراکز درمانی توسط مسئول درآمد یا مسئول واحد، به صورت شفاهی و کتبی داده شود.
۵. موارد منجر به کسورات، به کلیه افراد و مسئولین دخیل در این امر اطلاع‌رسانی شود و در صورت تکرار از افراد خاطی هزینه کسورات اخذ گردد.

### نتایج اجرای تجربه

کاهش کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌ها، افزایش درآمد بیمارستان، تعامل بهتر با ناظران محترم بیمه، ترغیب کارکنان واحد درآمد به پیگیری علل کسورات، حساسیت زایی در پرسنل بیمارستان جهت دقت در ثبت اقلام و خدمات و کاهش هزینه درمان بیماران و جبران آن توسط شرکت‌های بیمه‌ای. در جدول ذیل برخی از خدمات که قبل از مداخله ثبت نشده



## بومی سازی قرارداد برنامه تأمین و ارتقاء مراقبت های اولیه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در واحدهای برون سپار

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / معاونت بهداشت اعضای تیم تجربه: نویسنده اصلی) طاهره مقدس دستجردی، واحد گسترش - رسول حمای واحد گسترش

### مقدمه

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال ۱۳۹۳ آغاز شد تا زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه پزشک خانواده و نهایتاً تحقق برنامه ششم توسعه فراهم شود. دستورالعمل وزارتی این برنامه گام های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشک خانواده در طول برنامه ششم را براساس ویژگی های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم می کند. پس از ابلاغ دستورالعمل برنامه تأمین و ارتقاء مراقبت های اولیه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر، در معاونت بهداشت بحث های کارشناسی متعددی انجام و قرارداد برنامه مبتنی بر عملکرد با استفاده از خدمات تعریف شده و وزن دهی شده براساس نیروی انسانی تعیین شده در واحدهای برون سپاری به طور شفاف تبیین گردید.

### رویداد یا مسئله

پرداخت مبتنی بر عملکرد نوعی غرامت است که به کارکنان برای مشارکت آن ها پاداش می دهد. این شیوه پرداخت، یک سیستم پاداش مالی است که در

آن تمام یا برخی از غرامت پولی کارکنان به نحوه ارزیابی عملکرد آن ها نسبت به معیارهای اعلام شده مرتبط است. کارکنان باید بدانند که برای چه چیزی به آن ها پاداش می دهند، چه کاری باید انجام دهند تا واجد شرایط دریافت جوایز باشند، و اینکه آیا پاداش ها به عملکرد فردی، گروهی یا سازمانی مرتبط است یا خیر. بنابراین، معیارهای اعلام شده باید ارزش ها را منعکس کند و با پیامی که به عنوان یک سازمان ارسال می شود، سازگار باشد.

پیاده سازی سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد به این دلیل به عنوان یک عامل مهم و تأثیرگذار بر ارتقای فرهنگ کار مورد توجه قرار می گیرد که موجب افزایش میزان عدالت سازمانی خواهد شد. همچنین این نظام از جمله نظام های پرداختی در سیستم های دولتی نیز می باشد که به منظور بهبود عملکرد و افزایش کارایی کارکنان مورد استفاده قرار می گیرد. پرداخت های مبتنی بر عملکرد در واقع پاداش های مادی را به عملکرد فردی، گروهی یا سازمانی و یا ترکیبی از این سه مرتبط می سازد. این نظام در صورتی موفق و کارا خواهد بود که کارکنان برای پاداش و قدردانی که سازمان به سبب عملکردشان از آن ها به عمل می آورد، ارزش قائل شود و اطمینان حاصل کند که چنانچه سطح عملکرد خود را ارتقاء دهد، از جانب سازمان مورد قدردانی واقع می گردد و پاداش دریافت خواهد کرد. کارکردهای اصلی این نظام شامل: ایجاد انگیزه در کلیه کارکنان، جذب و نگهداری کارکنان سطح بالا، امتیاز دادن به کارکنان بر اساس میزان اثربخشی هر یک از آنان به صورت عادلانه، افزایش تعهد سازمانی در کارکنان، انتقال توقعات سازمان و معیارها و استانداردهای عملکرد، تقویت فرهنگ سازمانی.

بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، پرداخت به اعضای تیم سلامت مبتنی بر عملکرد می باشد. این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات سلامتی، بر اساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص های از پیش تعیین شده پرداخت می گردد. پرداخت در این برنامه، به صورت Payment Mixed است که مجموعه حقوق ثابت (براساس طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل قانون کار در سال ۱۴۰۱) و درصدی به عنوان کارانه (براساس عملکرد برگرفته از سامانه) و نتیجه ارزشیابی فصلی (با استفاده از چک لیست) می باشد. در این دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد به صورت شفاف تعریف نشده است. این امر منجر به برداشتهای متفاوت از دستورالعمل گردیده بود. همچنین ارائه خدمات توسط بخش برون سپاری تأثیری چشمگیری در ارتقاء شاخص های عملکردی و خدمات اولویت دار حوزه بهداشت نداشت. ضمناً شرایط عمومی و اختصاصی قرارداد برای کارفرما و پیمانکار تدوین نگردیده بود.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

از آنجایی که پرداخت مبتنی بر عملکرد نیازمند شفاف سازی شرایط عمومی (شرایط شرکت در مناقصه، مدارک مورد نیاز پیمانکاران، نحوه اعلام نتایج مناقصه و غیره)، شرایط اختصاصی (پایش و ارزشیابی، تعهدات پیمانکار، تعهدات کارفرما، جرایم و تخلفات و غیره) و نحوه پرداخت می باشد که این امر نیاز به استفاده از نظرات کلیه ذینفعان داشت. در حوزه معاونت بهداشت این دانشگاه جلسات



بالاتر ارائه می‌گردد. محاسبه خدمات وزن دهی شده به صورت ماهیانه توسط واحد فناوری اطلاعات انجام می‌شود و به شرکت‌ها در قالب فرم‌های استاندارد اعلام می‌گردد. این خدمات مبنای پرداخت ۸۰ درصد از مبلغ قرارداد شرکت‌ها می‌باشد. محاسبه شاخص‌های عملکردی نیز به صورت فصلی توسط گروه توسعه شبکه انجام و پس از قرار گرفتن عدد حاصله در فرمول قرارداد و اعمال کسور ناشی از پایش، مابقی ۲۰ درصد باقی مانده به شرکت‌ها پرداخت خواهد شد.

#### پیشنهاد حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌شود این تجربه توسط وزارت متبوع به کلیه دانشگاه‌ها جهت اجرا ابلاغ گردد و شاخص‌ها و خدمات وزن دهی شده بر اساس سامانه‌های موجود (سیب و سامخ) به صورت آنلاین برای تمامی سطوح (محیطی، ستادی و پیمانکاران) قابل مشاهده باشد تا بتوانند وضعیت موجود خود را رصد نمایند و جهت ارتقاء آن مداخلات لازم را انجام دهند. در حال حاضر تمامی خدمات و شاخص‌ها در داشبورد مدیریتی این دانشگاه تعریف شده است. همچنین جهت همگون‌سازی، شیوه اجرا و شیوه پرداخت، در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور پیشنهاد می‌گردد در متن دستورالعمل شرایط عمومی و اختصاصی قرارداد ویژه پیمانکار و کارفرما به صورت شفاف بیان گردد.

مکرر با صاحبان فرآیند و کسانی که در این امر ذریبط بودند از جمله شبکه‌های بهداشت و درمان، امور پشتیبانی، امور قراردادهای دانشگاه، بودجه، رسیدگی دانشگاه، واحدهای فنی معاونت بهداشت و غیره جهت شفاف سازی موارد زیر برگزار گردید:

- شرایط عمومی و اختصاصی: امور قراردادها و مدیریت امور پشتیبانی دانشگاه
  - شیوه پرداخت: امور مالی، بودجه و رسیدگی دانشگاه
  - نحوه وزن دهی و تعیین شاخص‌های فنی: واحدهای فنی معاونت بهداشت و شبکه‌های بهداشت و درمان تابعه
- پس از برگزاری این جلسات متن قرارداد تدوین گردید و به تأیید کلیه صاحب نظران مذکور رسید. پس از برگزاری مناقصه، پیمانکاران در ۱۴ شهرستان دارای جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر تحت پوشش این دانشگاه، فعالیت خود را آغاز نمودند. بر اساس این قرارداد، هر خدمت دارای مبلغی به عنوان مبلغ یونیک می‌باشد. تعداد خدمات مورد انتظار ماهانه نیز در قرارداد هر شهرستان با توجه به تعداد نیروی انسانی موجود، مشخص شده است. در پایان هر ماه با توجه به تعداد خدمات ارائه شده وزن دهی شده و مبلغ یونیک هر خدمت بر اساس قرارداد، ۸۰ درصد مبلغ کل به پیمانکاران پرداخت و ۲۰ درصد باقی مانده در پایان هر فصل بر اساس نتایج پایش و شاخص‌های عملکردی پرداخت می‌گردد. علاوه بر موارد مذکور، جهت اجرای مطلوب برنامه‌های جاری سیستم و یا شرایط حاد بیماری‌ها (مثل کووید ۱۹) جلسات منظمی با حضور پیمانکاران در حوزه معاونت بهداشت برگزار می‌شود و از نظرات و پیشنهادات ایشان نیز استفاده می‌گردد.

#### نتایج

پس از اجرای این فرآیند، بهبود در شاخص‌های اولویت دار بخش برون سپاری به صورت مشهود مشاهده گردید. همچنین شرکت‌های طرف قرارداد نسبت به این موضوع بسیار حساس شده و پیگیری و مطالبات زیادی در این خصوص دارند. این شاخص‌ها باعث کسر مبلغ پایش شرکت‌ها نیز می‌شود. به عنوان مثال در سال ۱۴۰۰، به صورت میانگین در بین ۱۴ شهرستان برون سپاری شده ۱۷ درصد از ۲۰ درصد مبلغ پایش پرداختی به شرکت‌ها کسر گردید.

همچنین با توجه به وزن دهی خدمات، خدمات اولویت دار پزشک، مراقبین سلامت و ماما مراقب مثل مراقبت بیماری‌های غیر واگیر، غربالگری سرطان‌ها، مراقبت مادران باردار، مشاوره فرزندآوری و باروری سالم، مراقبت‌های گروه‌های سنی، ارزیابی و آموزش خانوار در برابر بلایا، خدمات سلامت دهان و دندان توسط ارائه‌دهندگان خدمت با انگیزه بیشتر ارائه می‌گردد. بعلاوه اینکه خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان و خدمات سلامت عمومی شامل بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای نیز به دلیل وزن دهی توسط ارائه‌دهندگان این خدمات نیز با اولویت خدمات با وزن

# استفاده از الگوی خرید متمرکز با هدف کاهش هزینه سلف سرویس بیمارستان‌ها

بیمارستان هاست که با تابلوی «هتلینگ» از باقی مراحل درمان مجزا می‌شود و البته وابستگی زیادی به میزان اعتبارات و بودجه مرکز درمانی دارد. طبق قانون بیمه همگانی، تعرفه خدمات درمانی (که هتلینگ هم یکی از اجزای فنی این تعرفه است) سرجمعی از دستمزد تیم درمان و نرخ تورم سال جاری و پیش‌فرضی برای نرخ تورم سال جدید به علاوه سود و میزان استهلاک و هزینه‌های جاری مرکز درمانی و در نهایت، میانگینی از قیمت تمام‌شده خدمات است که در پایان هر سال توسط شورای عالی بیمه سلامت محاسبه و تایید می‌شود. از سال ۱۳۹۷ به بعد، فاصله معنادار میزان افزایش تعرفه‌ها با نرخ تورم، مراکز درمانی را در تنگنای جدی قرار داد و جزء هتلینگ بیمارستانی، از رشد نرخ تورم جا ماند. همین امر مشکلات مالی فراوانی برای بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجاد کرده است. کسری بودجه در تامین مواد غذایی جهت تهیه غذای بیماران و کارکنان در بیمارستان‌ها تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۴۰۰، سبب گردید که در خصوص نحوه تامین و خرید مواد غذایی و همچنین نحوه توزیع آن در بیمارستان‌های تابعه، دانشگاه مطالعه‌ای در سطح بیمارستان‌های تابعه دانشگاه انجام گردد.

## شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

- جهت جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز ابتدا با بیمارستان‌های مختلف هماهنگی اولیه انجام و با حضور در هریک از واحدها، اطلاعات مورد نیاز با کنترل و بررسی اسناد و مدارک موجود به شرح زیر استخراج گردید.
- جمع‌آوری اطلاعات هزینه‌های انجام شده برای تامین مواد مصرفی آشپزخانه بیمارستان‌ها بر اساس اسناد حسابداری (شامل استعلام، آگهی مناقصه و فاکتورهای خرید)
  - اطلاعات مربوط به تعداد وعده‌های غذایی توزیع شده (صبحانه، نهار و شام به تفکیک بیماران و کارکنان)
  - اطلاعات مربوط به تخت روز اشغالی بیمارستان
  - پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار اکسل، داده‌ها از نظر قیمت مواد غذایی خریداری شده در بیمارستان‌های مختلف و میانگین هزینه تمام‌شده هر وعده غذایی محاسبه و ۱۶ بیمارستان با هم مقایسه شدند.
  - در نهایت با تحلیل اطلاعات آنالیزشده چالش‌ها و مشکلات مربوط به تهیه و توزیع غذا در ۱۶ بیمارستان به شرح زیر استخراج گردید:
  - مصرف میان وعده غذایی در بیمارستان‌ها منطبق با دستورالعمل خاصی نداشته و سلیقه‌ای بود.
  - دامنه زیاد نسبت وعده غذایی به تخت روز اشغالی - اگر چه تعداد پرسنل، تخت روز اشغالی، نوع بیمارستان نقش دارد - اما اعداد نشان دهنده سلیقه‌ای بودن

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی کردستان / معاونت توسعه مدیریت و منابع / مدیریت برنامه ریزی بودجه تجربه‌نگار: فردین غریبی، واحد پایش عملکرد بودجه

## مقدمه

با توجه به تعداد بالای اسناد مربوط به تهیه و تامین مواد مصرفی آشپزخانه‌های بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۴۰۰، ابتدا با مراجعه به همه بیمارستان‌ها و جمع‌آوری اطلاعات مربوط به هزینه‌های انجام شده برای تامین مواد مصرفی خوراکی (لبنیات، حبوبات، انواع گوشت، روغن و...)، تعداد وعده‌های غذایی توزیع شده در هریک از بیمارستان‌ها جمع‌آوری و سپس آنالیز شد، که از نظر آماری تفاوت‌های معنی‌داری بین بیمارستان‌ها در شاخص‌ها مانند وعده غذایی به تخت اشغالی و هزینه تامین مواد اولیه به هر پرس غذا مشاهده شد. همچنین تفاوت قابل توجه در قیمت خرید یک محصول مثلاً گوشت در بین بیمارستان‌ها مشاهده شد، که پس از بررسی و تحلیل پیشنهاد جهت خرید متمرکز و کلی مواد پر مصرف (برنج، گوشت و حبوبات و روغن) از نهادها مانند اداره صمت یا بنکداران عمده داده شد. همچنین در خصوص سرانه مصرف وعده غذایی به تخت اشغالی پیشنهاد توزیع وعده غذایی بر اساس برنامه شیفت پرسنل (تایمکس) داده شد. با این تدابیر؛ ۲۰ درصد در هزینه‌های تغذیه در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی صرفه جویی گردید. روسای بیمارستان‌ها و معاونت توسعه، مدیریت بودجه و مالی دانشگاه می‌توانند از این تجربه استفاده نمایند.

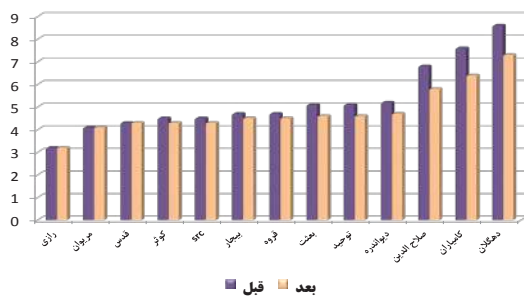
## رویداد یا مسئله

تغذیه بالینی بیماران بستری در بیمارستان‌ها، بخشی از خدمات رفاهی در

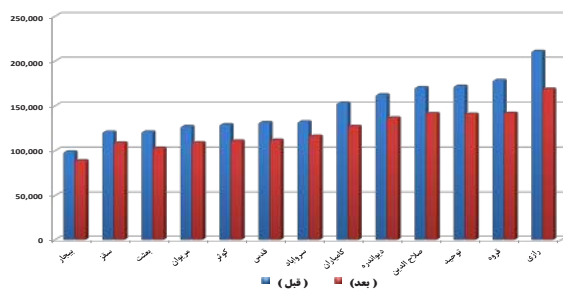


- مصرف در بیمارستان ها دارد.
- وجود نوسان بالای قیمت خرید مواد مصرفی خوراکی مشابه در بیمارستان های مختلف
- نحوه تامین مواد غذایی (مناقصه محدود، استعلام قیمت) در هزینه تامین مواد کاملاً موثر بودند.
- استعلام مواد مختلف در یک مناقصه (گوشت، مرغ و خوار و بار، برنج) و نبود تامین کننده همه اقلام بصورت یکپارچه در بازار سبب افزایش هزینه ها شده است.
- دامنه زیاد هزینه تهیه هر پرس غذا در بیمارستان های تابعه (۱۳۲۶۵۷ تا ۲۶۴۸۱۳) و میانگین ۱۸۵۴۵۱ ریال بر اساس مشکلات و چالش های استخراج شده تصمیمات زیر در دانشگاه علوم پزشکی اتخاذ گردید.
- اطلاع رسانی کامل در خصوص برگزاری مناقصه که تعداد شرکت کنندگان در مناقصه محدود نباشد.
- تامین اقلام اصلی برنج، گوشت، مرغ مورد نیاز بیمارستان ها بصورت متمرکز توسط دانشگاه انجام شود. در صورت امکان از طریق اداره صمت و یا بنکداران عمده تامین شود، که در این صورت حداقل ۱۵ درصد هزینه ها صرفه جویی می گردد.
- با توجه به بالابودن میانگین تعداد وعده غذایی به روز بستری بیماران، توزیع غذا به پرسنل فقط براساس برنامه شیفت کاری پرسنل انجام گردد.

نمودار ۱) مقایسه وعده غذایی مصرف شده به نیت روز اشغالی در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان (قبل یا بعد از مداخله) در سال ۱۴۰۰



نمودار ۲) مقایسه میانگین هزینه مواد مصرفی به ازاء هر پرس غذا در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان (قبل یا بعد از مداخله) در سال ۱۴۰۰



توصیه می شود با مدیریت توزیع غذا در بین کارکنان براساس برنامه شیفت میزان مصرف وعده غذایی را در بیمارستان به میزان حداقل ۱۰ درصد کاهش یابد.

### نتایج اجرای تجربه

خوشبختانه در این تجربه هزینه خاصی جهت اجرای تجربه وجود نداشته و با اصلاح فرایند تامین مواد خوراکی اصلی و بازنگری در نحوه توزیع غذا در بین پرسنل بیمارستان ها نتایج زیر حاصل شده است.

۱) کاهش ۱۱ درصد وعده های غذایی توزیع شده به تخت روز اشغالی که سبب صرفه جویی در حدود ۲۰۰ میلیون تومان ماهیانه شده است (نمودار ۱).

۲) کاهش میانگین ۲۳۳۰۰ ریالی هزینه مواد مصرفی به ازاء هر وعده غذایی (مصرف ۵۰۰۰ وعده در روز) ماهیانه ۳۵۰ میلیون تومان صرفه جویی شده است (نمودار ۲).

### پیشنهاد حاصل از تجربه

تمام دانشگاه های علوم پزشکی می توانند برای تامین مواد غذایی اصلی مانند برنج، گوشت، مرغ و حبوبات و روغن مورد نیاز بیمارستان ها و سلف سرویس دانشجویان را بصورت متمرکز خرید از اداره صمت یا برگزاری مناقصه با اطلاع رسانی کامل می توانند هزینه تمام شده مواد غذایی خوراکی مورد نیاز را حداقل ۱۵ درصد کاهش دهند.



دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه  
علوم پزشکی تربت حیدریه  
تجربه نگار: خدیجه بخشی احمدآباد،  
شبکه بهداشت و درمان مه ولات

## مدیریت پسماندهای

## پزشکی از طریق انعقاد

## قرارداد بین بیمارستان

## و مطب های پزشکی

## در شهرستان

## مه ولات تربت حیدریه

### مقدمه

مطب ها، درمانگاه ها، آزمایشگاه ها و مراکز بهداشتی و درمانی از جمله مراکز اصلی تولید پسماندهای پزشکی به شمار می روند. مدیریت پسماند پزشکی در این مراکز برخلاف مراکز بیمارستانی به ندرت مورد توجه قرار گرفته است. پسماندهای پزشکی، یکی از مشکلات اساسی در مدیریت مواد زائد جامد شهری در کشورهای در حال توسعه هستند و وقتی این زائدات با پسماندهای شهری مخلوط می شوند، موجب بروز خطرات زیادی برای محیط زیست و کسانی که با این مواد در ارتباط هستند، می شوند. بی توجهی به مدیریت صحیح پسماندهای مراکز بهداشتی و احتمال بروز و شیوع بیماری ها و اپیدمی های منطقه ای و شهری را افزایش می دهد و این پسماندها یک خطر جدی برای سلامت جامعه و محیط زیست تلقی می شوند. از طرفی افزایش جمعیت آنها، سرعت روند ایجاد انواع مؤسسات و مراکز درمانی از جمله بیمارستان های عمومی و تخصصی، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیک ها و پلی کلینیک ها، زایشگاه ها، آسایشگاه ها، درمانگاه ها، داروخانه ها و مراکز دندانپزشکی و مقدار و تنوع پسماندهای بهداشتی درمانی را به شدت افزایش داده است. با افزایش حجم و تنوع زائدات ناشی از مراقبت بهداشتی، خطر انتقال بیماری ها از طریق عملیات جابجایی و دفع نادرست آنها افزایش می یابد. افزایش بروز بیماری هایی نظیر ایدز و هپاتیت B و C در سال های اخیر، احتمال عفونت افراد جابجا کننده این زائدات و خطر سلامت عمومی ناشی از حمل و نقل زائدات عفونی و خطرناک را آشکار می سازد. از آنجایی که برطبق قانون مدیریت پسماند ایران مصوب سال ۱۳۸۳ مسئولیت بی خطر سازی پسماندهای ویژه به عهده تولیدکننده است و خرید دستگاه بی خطر ساز پسماند برای مطب ها و مراکز بهداشتی درمانی توجیه اقتصادی ندارد بنابراین در جهت رسیدگی به مشکل موجود برنامه عقد قرارداد با این مراکز در دستور کار قرار گرفت.



که شامل: پسماندهای عفونی، پسماندهای غیرعفونی، پسماندهای تیز و برنده و شیمیایی دارویی می باشند. اولین موضوع در جمع‌آوری پسماندهای پزشکی این است که باید بعد از پر شدن سه چهارم از کیسه زباله، اقدام به جمع‌آوری آنها نمود. این موضوع به معنای آن است که نباید کیسه‌های زباله به طور کامل پر شوند. موضوع بعدی در جمع‌آوری زباله‌ها این است که باید هر کیسه برچسب نوع پسماند را داشته باشد و ترجیحاً به صورت چاپ شده و درشت نوشته شود تا در هنگام جا به جایی، پاک و یا کنده نشود، که متأسفانه به دلیل نبودن الزام و اجبار قانونی مطب‌ها به رعایت مدیریت صحیح پسماندهای پزشکی خود در سطح شهرستان این پسماندها یا تحویل شهرداری می‌گردید یا توسط تولیدکننده‌ها به صورت غیر بهداشتی دفن و سوزانده می‌شدند که علاوه بر تهدید جدی سلامت عموم مردم و کارگران شهرداری تهدیدی جدی برای محیط زیست نیز بود. مشکل موجود در خصوص عدم مدیریت صحیح پسماندهای پزشکی در مطب‌ها و مراکز بهداشتی، درمانی سطح شهرستان از جمله مواردی بود که در بازدیدهای صورت گرفته از سمت واحد بهداشت محیط و نظارت بر درمان و دیگر واحدهای نظارتی مطرح شد و با توجه به مصوبات کارگروه پسماند پزشکی دانشگاه، شناسایی و معرفی مطب‌های سطح شهر جهت عقد قرارداد با بیمارستان در دستور کار قرار گرفت.

- اجرای برنامه فوق پیامدهای مثبت زیر را به همراه داشت:
- کاهش در مبداء تولید و جلوگیری از تولید بیش از حد پسماند
  - جداسازی و تفکیک مواد در مبداء تولید و جلوگیری از مخلوط شدن پسماندهای عفونی و مخاطره آمیز با سایر پسماندها
  - تصفیه مقدماتی مواد مخاطره آمیز به منظور کاهش یا حذف پتانسیل خطر زایی
  - ذخیره‌سازی و نگهداری موقت مناسب
  - بسته بندی و برچسب‌گذاری بر روی بسته‌های حاوی پسماند (مشخص نمودن نوع پسماند، تاریخ تولید، محل تولید، وزن پسماند و...)
  - نگهداری و نظافت و شستشو و ضد عفونی بین‌های حمل پسماند
  - بی‌خطر سازی مناسب به روش غیر سوز
  - جابجایی و حمل و نقل بهتر و در نهایت دفع پسماندهای بی‌خطر شده توسط شهرداری
- بنابراین پس از مطرح شدن موضوعات فوق با مسئولین وقت بیمارستان طی هماهنگی‌های انجام شده از مسئولین

### رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه

پسماندهای پزشکی یا بهداشتی، کلیه پسماندهای تولید شده توسط واحدهای تأمین و حفظ سلامت، مؤسسات تحقیقاتی و آزمایشگاه‌ها را دربر می‌گیرد یا به عبارت دیگر به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی، آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه گفته می‌شود. پسماندهای پزشکی به دلیل آنکه حاوی زایدات پاتولوژیکی، مواد زاید رادیواکتیو، زایدات دارویی، مواد زاید عفونی، مواد زاید شیمیایی و بعضاً ظروف مستعمل تحت فشار هستند، از منابع عمده، زباله‌های خطرناک در شهرها محسوب می‌شوند. تکنولوژی جمع‌آوری، دفع و یا احیای این مواد در مقایسه با پسماندهای شهری و خانگی تفاوت بسیار دارد و باید جداگانه مورد توجه قرار گیرد. در شرایط کنونی حدود ۱۵ درصد پسماندهای بیمارستانی را پسماندهای عفونی تشکیل می‌دهد که جزو پسماندهای ویژه محسوب می‌شوند و پسماندهای عفونی بیماری‌زا، قابل اشتعال، سمی و دارای قابلیت خوردگی هستند.

بر اساس مصوبه سال ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی، زباله‌های بیمارستانی، عفونی و شیمیایی که برای سلامت جامعه تهدید محسوب می‌شود، باید ایمن‌سازی و تحت شرایطی خاص دفع شوند. با توجه به اینکه مدیریت این پسماندها در قانون مدیریت پسماند بر عهده تولیدکننده می‌باشد و از آنجایی که خرید دستگاه اتوکلاو جهت بی‌خطر سازی پسماندهای عفونی این مراکز به صورت جداگانه توجیه اقتصادی ندارد این موضوع باعث بی‌توجهی مراکز تولید پسماند عفونی به مدیریت این پسماندها و مشکل رهاسازی آنها در معابر عمومی یا تحویل به شهرداری شده بود. این موضوع سلامت شهروندان و کارگران شهرداری را به طور جدی تهدید می‌کرد. در نتیجه در جهت مدیریت مناسب پسماندهای پزشکی شهرستان پس از برگزاری جلسه با مسئول بیمارستان و در جهت الزام مطب‌ها جهت مدیریت و تفکیک صحیح پسماندهای تولیدی خود تصمیم به انعقاد قرارداد یکساله با مطب‌ها و مراکز بهداشتی درمانی گرفته شد.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

پسماندهای پزشکی جزء آلوده‌ترین و خطرناک‌ترین نوع پسماندها محسوب می‌شوند که اگر در هنگام دفع و از بین بردن آنها نکات مهم و شیوه اصولی و مناسب انجام نشود؛ می‌تواند منجر به انتقال انواع بیماری و باعث ایجاد مشکلات شدیدی شود. این پسماندها به چهار دسته کلی تقسیم می‌شوند



۵. حفظ سلامت و ایمنی کارکنان جمع آوری پسماند شهرداری و کادر خدمات مراکز بهداشتی درمانی
۶. دقت در نگهداری موقت این پسماندها در مطب و مراکز بهداشتی درمانی و تحویل پسماندهای مذکور حداکثر پس از ۴۸ ساعت (در قرارداد مذکور تحویل پسماندهای عفونی به صورت دو روز در هفته تعیین شده است که این موضوع به دلیل کم بودن حجم پسماندهای تولیدی در مطب‌ها بوده است. ضمن اینکه به کلیه مطب‌ها اطلاع‌رسانی شده است که در تمام ایام هفته امکان تحویل پسماندهای عفونی به بیمارستان وجود دارد. دیوی پسماندهای مذکور در مطب‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در بین‌های درب دار و به دور از مسیرهای رفت و آمد و حداکثر تا مدت ۴۸ ساعت انجام می‌شود)
۷. وجود برنامه منظم و تعیین روز مشخص جهت تحویل پسماندها به واحد امحاء پسماند در بیمارستان
۸. توزین دقیق پسماندهای مذکور و مشخص شدن حجم پسماند تولیدی در هر مطب و مرکز بهداشتی درمانی
۹. استقبال پزشکان مسول مطب‌ها از اجرای برنامه فوق
۱۰. اعلام حجم پسماندهای پزشکی هر مطب به صورت ماهیانه به مسئول مطب مذکور جهت برنامه ریزی در زمینه کاهش حجم پسماندها
۱۱. دسترسی راحت و سریع به مطب‌های فاقد قرارداد یا نیازمند تمدید قرارداد
۱۲. مدیریت اصولی تر پسماندهای پزشکی تولیدی در سطح شهرستان نسبت به قبل
۱۳. جلوگیری از آلودگی محیط زیست و آب‌های زیرزمینی

#### مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه

- پزشکان مطب‌ها
- مراکز بهداشتی درمانی
- آزمایشگاه‌ها و مراکز تشخیص طبی
- بیمارستان‌ها
- کارگران شهرداری
- کارکنان خدماتی مطب‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
- محیط زیست
- بهداشت محیط
- آحاد مردم

#### پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌شود قرارداد‌های مذکور به صورت تجمیعی درآمده و هر سال در تاریخ مشخصی به امضای طرفین قرارداد برسد و نسخه‌ای از قرارداد مذکور علاوه بر واحد قراردادها در واحدهایی از قبیل نظارت درمان - بهداشت محیط و امور مالی وجود داشته باشد. همچنین جهت حمل پسماند از مطب‌ها و مراکز بهداشتی درمانی یک ماشین مشخص با شرایط مندرج در دستورالعمل تعیین گردد.

#### زمان و محل وقوع تجربه

بیمارستان امام رضا (ع) مه ولات سال ۱۳۹۸

مطب‌ها دعوت به عمل آمد تا در جلسه‌ای با عنوان مدیریت پسماندهای پزشکی مطب‌های سطح شهر که در بیمارستان برگزار می‌شد شرکت نمایند. در جلسه مذکور کلیه‌ی مباحث مرتبط با مدیریت صحیح پسماندهای پزشکی و اصول تفکیک و کاهش پسماندها در مبدا تولید مطرح شد و در پایان قرارداد‌های مذکور به پزشکان تحویل داده شد. ضمناً لیست کلیه مطب‌ها با آدرس و مشخصات کامل در اختیار واحدهای مربوطه در ستاد شبکه و بیمارستان قرار گرفت تا در صورت نیاز هماهنگی‌های لازم راحت‌تر و سریع‌تر انجام شود. از تاریخ فوق کلیه پسماندهای پزشکی با ذکر کامل مشخصات مطب در روزهای مشخص به بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان تحویل داده می‌شود و کار توزین زباله در بیمارستان توسط اپراتور دستگاه انجام و به واحد بهداشت محیط گزارش می‌شود.

#### نتایج اجرای تجربه

۱. دقت در تفکیک صحیح پسماندهای پزشکی و جلوگیری از اختلاط پسماندهای عفونی و غیر عفونی (به دلیل پرداخت هزینه به مبلغ ۱۲۰۰۰۰ ریال بابت هر کیلو پسماند عفونی و تاثیر این موضوع بر دقت بیشتر در تفکیک اصولی تر پسماندهای عادی و عفونی)

۲. کاهش چشمگیر حجم پسماندهای پزشکی تولیدی در مطب‌ها و مراکز بهداشتی درمانی

۳. الزام و اجبار مسئولین کلیه مطب‌ها جهت عقد قرارداد مذکور با بیمارستان در موعد مقرر

۴. جلوگیری از تحویل پسماندهای مذکور به شهرداری

# جذب و تربیت سفیر سلامت خانوار از طریق خانه بهداشت سیار عشایری به منظور ترویج فرهنگ خودمراقبتی در جمعیت عشایری کوچ‌رو



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه / معاونت بهداشت  
اعضای تیم تجربه: دکتر ابراهیم شکیبا، معاون امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه- دکتر اعظم گراوندی، رئیس گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی  
همکاران برنامه: بهجت مرزبانی، کارشناس آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان کرمانشاه- ماریه صمدی، کارشناس آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان کرمانشاه- آرزو فرامرز، کارشناس آموزش و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان کرمانشاه- داریوش محمد خانی، کارشناس مدیریت شبکه مرکز بهداشت استان کرمانشاه

## مقدمه

خواهد گرفت.

## رویداد یا مسئله

امروزه عشایر کوچنده با مشکلات بیشتری نسبت به گذشته روبه‌رو هستند. از بین رفتن مراتع و ایل راه‌ها از یک سو و عدم دسترسی به فناوری‌های روز از سوی دیگر، ادامه زندگی عشایری را با مخاطرات فراوانی روبه‌رو ساخته است. نیاز به آموزش بهداشت، وجود مشکلات اقتصادی و ضرورت برقراری ارتباط پویا با جامعه عشایر را ناگزیر از مهاجرت به شهرها و یکجانشینی کرده است.

در سطح کشور حدود ۱/۳ میلیون نفر به صورت ایل، قبیله، طایفه به روش دامداری، رمه گردانیو بعضاً کشاورزی زندگی می‌کنند که سهم استان کرمانشاه بر اساس سرشماری پائیز سال ۱۳۹۸ حدود هشتاد هزار نفر است. وضعیت بهداشت و درمان این جمعیت پویا، (مولد)، سخت کوش و پراکنده عمدتاً به علت ساختار شیوه زندگی خاص عمدتاً کوچ‌رو مطلوب نبوده و همواره بر شاخص‌های بهداشتی درمانی تأثیر به‌سزایی داشته است. ورای این کوچ‌های طولانی، جابجایی آن‌ها در محدوده بیلاق و قشلاق به منظور تأمین علوفه دام از منطقه‌ای به منطقه‌ای دیگر است، مجموعه این رفتار و سبک زندگی باعث می‌شود آدرس مشخص و ثابتی نداشته باشند، لذا

برنامه «هر خانه یک پایگاه سلامت»، به دنبال گسترش مشارکت آگاهانه مردم در عرصه تامین، حفظ و آموزش «سفیر سلامت خانوار» و ارتقای سلامت در تمامی خانه‌های (خانوارهای) کشور است. در این برنامه، در هر خانواده عشایری یک نفر به عنوان سفیر سلامت برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و جامعه از طریق خانه بهداشت سیار بصورت داوطلبانه جذب و با ارائه آموزش و محتوای‌های آموزشی استاندارد شده، توانمند می‌شود. جهت آموزش و توانمندسازی سفیران سلامت خانواده، بسته‌های آموزشی مورد نظر، ساده سازی شده و توسط تیم سیار سلامت در اختیار آنان قرار می‌گیرد. آموزش‌ها هم به صورت فردی و در حین ارائه خدمات و هم به صورت گروهی و در فضای باز با تعداد محدود صورت می‌گیرد. با توجه به اینکه جمعیت عشایری کوچنده بوده و در هر زمان دسترسی به مراکز ارایه دهنده خدمات نداشته (ندارند)، بسته‌های آموزشی تعریف شده در طرح هر خانه یک پایگاه سلامت پس از تغییراتی که منطبق با شرایط زندگی عشایر بوده آماده سازی و در اختیار آنان قرار می‌گیرد. همچنین با توجه به نتایج نیازسنجی صورت گرفته محتوای آموزشی براساس نیاز و شرایط منطقه نیز تهیه و علاوه بر آموزش به عنوان یک منبع آموزشی در اختیار آنان قرار

صورت گرفته برنامه ریزی جهت آموزش سفیران جذب شده نیز انجام گرفت که بر اساس نیاز و اولویت بندی انجام شده نسبت به آموزش سفیران سلامت جذب شده در خانوارهای عشایر نیز اقدام گردید. در فراخوان اولیه در جمعیت عشایری، از بین افراد باسواد هر خانوار که حداقل دارای تحصیلات ابتدایی بودند یک نفر به صورت داوطلبانه بعنوان سفیر سلامت خانوار جذب شد. با توجه به اینکه مدیریت سلامت افراد خانوار بیشتر با زنان می باشد سفیران سلامت جذب شده همگی از زنان عشایر بود. سپس سفیران سلامت خانوار جذب شده، مطابق با محتوای ۲۲ بسته آموزشی برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت، توسط تیم ارائه دهنده خدمات بصورت چهره به چهره آموزش داده شدند. آموزش به زبان ساده و محلی و بر اساس نیاز افراد و در سه حیطه آموزش و ارتقای سلامت، درمان های اولیه، و توانبخشی انجام گرفت. جهت اطمینان از دریافت صحیح مطالب آموزشی از آنان خواسته می شد که مطالب را به زبان خود بازگو نمایند.

به منظور بهره گیری جمعیت عشایری کم سواد مطالب کتابچه ها به صورت خلاصه در قالب فایل صوتی نیز تهیه و در اختیار آنان قرار داده شد. همچنین به منظور ترغیب آنان در مطالعه محتوای آموزشی و انجام رفتارهای سلامت محور توصیه شده، پس از یک ماه از اتمام آموزش ها، آگاهی سنجی و رفتار سنجی در تعداد محدودی از سفیران سلامت تربیت شده انجام گرفت. این برنامه از تاریخ ۱۳۹۹/۴/۷ شروع و همچنان برنامه در حال اجرا و ادامه دارد. شهرستان دالاهو اولین شهرستان منتخب و مجری برنامه بوده و سایر شهرستان ها که مسیر کوچ رو جمعیت عشایری هستند در اجرای برنامه شرکت نمودند. همکاران طرح نیز از ۱۵ تیم ۵ نفره در هر شهرستان که شامل: نیروهای ستادی شهرستان، مراکز (خدمات جامع سلامت) و خانه های بهداشت مسیر تردد بود تشکیل گردیدند.

در خصوص بودجه طرح نیز با توجه به اینکه همزمان با اجرای سرشماری خانوارهای عشایری و همراهی سفیر سلامت و استفاده از ظرفیت های این طرح انجام گرفت هیچ گونه هزینه ای اعم از ردیف های متمرکز ستادی یا اعتبارات جاری نداشت. مشکلات در طراحی و اجرای برنامه نیز با چالش هایی از قبیل پراکندگی و صعب العبور بودن مسیر در دسترسی عشایر به خدمات بهداشتی درمانی، پایین بودن (سطح سواد اکثر افراد در جمعیت عشایری و نیاز به بومی سازی محتوای تعریف شده در آموزش سفیران سلامت و در نظر گرفتن هنر و فن آموزش به بزرگسالان در طراحی بسته های و محتوای آموزشی مواجه بودیم

#### نتایج اجرای تجربه

مشارکت افراد علاوه بر فرهنگ سازی و نهادینه شدن برنامه های سلامت در جامعه موجب افزایش اثر بخشی خدمات، توانمندسازی مردم و افزایش سواد بهداشتی جامعه و در نهایت افزایش رضایتمندی و کاهش هزینه های می گردد از این رو اجرای این برنامه باعث افزایش مشارکت افراد خصوصاً جمعیت عشایری در تأمین سلامت خود و خانواده آنان گردید.

خدمات رسانی به آن ها در بخش بهداشت و درمان، فرهنگی و اجتماعی ناکارآمد است. در حوزه بهداشت تیم های سیار بهداشتی به صورت مقطعی خدماتی چون واکسیناسیون و بعضاً مراقبت های اولیه بهداشتی به شکل غیر فعال و غیر قابل پیگیری به این قشر می رسانند. انتخاب و جذب سفیر سلامت در خانوارهای عشایری بعنوان نیروهای رابط و اصلی مادر جمعیت عشایری فعالیت نموده و سطح مراقبتهای اولیه بهداشتی در درون خانواده ها تعریف می گردد و با ارتقا آگاهی و بهبود نگرش و عملکرد آنها می تواند به بروز تغییرات مثبت در اطرافیان آنها منجر گردد. بدین لحاظ سفیران سلامت خانواده می توانند نقش فعالی در ارتقا سلامت جامعه ایفا نمایند.

#### شرح تجربه

در راستای اجرای طرح ملی هرخانه یک پایگاه سلامت برنامه جذب سفیر سلامت جهت خانوارهای عشایری همزمان با سرشماری خانوارهای عشایر در شهرستان دالاهو با همکاری گروه طرح و گسترش و در خرداد ماه سال ۹۹ پیشنهاد گردید. پس از موافقت معاونت محترم بهداشتی جلسه مشترکی با کارشناس طرح و گسترش و کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان دالاهو برگزار و در سایر شهرستان ها طبق برنامه اجرا شد. سپس جلسه توجیهی جهت تیم های سرشماری شهرستان ها و تیم نظارتی با رعایت پروتکل های بهداشتی برگزار گردید که علاوه بر سرشماری و ثبت اطلاعات خانوارها در سامانه سیب نسبت به جذب سفیر سلامت در خانوارهای واجد شرایط و آموزش اولیه فرد منتخب اقدام گردید.

در فاز اول اجرایی طرح هر خانه یک پایگاه سلامت که فراخوانی و جذب سفیر سلامت

**جدول مقایسه ای شاخص های توانمندسازی سفیران سلامت  
جذب شده در حیطه درمان های اولیه**

عنوان شاخص	آذر ۹۹	خرداد ۱۴۰۱
سوختگی	۰,۰۰	۹۷,۸۷
تروما	۰,۰۰	۶۵,۹۲
کنترل خونریزی های خارجی	۰,۰۰	۳۶,۶۰
دوره مسمومیت با مونواکسیدکربن (CO)	۰,۰۰	۸۰,۵۱
درد قفسه سینه	۰,۰۰	۹۴,۴۴
احیای قلبی فقط با دست	۰,۰۰	۷۹,۵۶
سردرد ناگهانی	۰,۰۰	۶۷,۸۸
دوره اسهال و استفراغ	۰,۰۰	۴۰,۷۷

۳۵



**جدول مقایسه ای شاخص های توانمند سازی سفیران سلامت  
جذب شده در حیطه توانبخشی**

عنوان شاخص	آذر ۹۹	خرداد ۱۴۰۱
پیشگیری از مشکلات اسکلتی - عضلانی	۰,۰۰	۴۳,۵۷
پیشگیری از سقوط سالمندان	۰,۰۰	۱۳۳,۰۷
آموزش حرکت در افراد دارای ناتوانی ناشی از ضایعات نخاعی	۰,۰۰	۸,۰۵
مراقبت از پای دیابتی	۰,۰۰	۷۵,۸۲

**شاخص های برنامه**

**مقایسه شاخص های طرح قبل و بعد از آموزش**

عنوان شاخص	قبل از اجرای برنامه	پس از اجرای برنامه
تعداد سفیر سلامت خانوار جذب شده	۰	۲۶۷
تعداد خانوار دارای سفیر سلامت	۰	۲۶۷

در مجموع نتایج اجرای حاصل از تجربه باعث جذب سفیر سلامت در خانوارهای عشایری، افزایش دسترسی در ارائه آموزش ها به خانوارهای عشایری و افزایش مشارکت افراد در ارتقاء سواد سلامت در کلیه اقشار جامعه گردید.

**پیشنهاد حاصل از تجربه**

- پیشنهاد می گردد باتوجه سطح پایین سواد در جمعیت عشایری جهت ارائه محتوای آموزشی از امکانات تصویری و دستگاه های سمعی و بصری بهره گیری شود.
- توصیه می شود محتوای آموزشی برپایه مطالعات زمینه ای مبتنی بر نیازهای آموزشی و چالش های سلامت محور در زندگی عشایری مانند بیماری منتقله از دام و... طراحی گردد.
- باتوجه به نتایج مثبت طرح توصیه می شود اعتباراتی مجزا به منظور اجرای بهتر برنامه در آینده تخصیص یابد
- باتوجه به اینکه سفیران سلامت اهل آن مناطق بوده و با بافت و فرهنگ منطقه آشنایی کامل دارند توصیه می گردد به منظور ادامه حضور و فعالیت این افراد در طرح مذکور مشوق های مالی و معنوی موثر در نظر گرفته شود.

**جدول مقایسه ای شاخص های توانمند سازی سفیران سلامت جذب شده در حیطه ارتقای سلامت و پیشگیری**

عنوان شاخص	آذر ۹۹	خرداد ۱۴۰۱
دوری از سیگار و قلیان	۰,۲۱	۲۱۳,۱۴
سلامت دهان و دندان	۱,۱۳	۱۲۲,۰۳
آمادگی خانواده در مراقبت از بلایا	۲۵,۷۸	۱۶۲,۰۸
روش نشستن صحیح	۰,۰۰	۹۹,۶۰
خودمراقبتی در افسردگی	۱,۰۱	۱۶۴,۷۷
سالمندی سالم	۸,۹۰	۱۷۰,۱۳
فعالیت بدنی	۷,۲۱	۳۱۸,۶۵
مصرف قند، نمک، روغن و چربی	۱۰,۰۶	۳۶۱,۸۹
کووید ۱۹	۱۳۱,۱۹	۵۵۲,۵۷



دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / معاونت بهداشت اعضای تیم تجربه: (نویسنده اصلی) **هاجر صفاری خوزانی / واحد مهندسی بهداشت محیط، سعادت مانیان / واحد مهندسی بهداشت محیط، زهرا موسویان / واحد مهندسی بهداشت محیط، سید مهدی میرجهانیان / واحد مهندسی بهداشت محیط**

## استفاده مجدد از سیستم تصفیه بخش همودیالیز بیمارستان‌ها (RO) جهت مصارف بهداشتی (شستشو) و آبیاری فضای سبز

### مقدمه

با افزایش جمعیت، پدیده گرمایش جهانی و کاهش منابع آب‌های تجدیدپذیر، پدیده کم‌آبی و خشکسالی‌های اخیر و جنگ آب در استان‌های کشور، یکی از بهترین راهکارهای مدیریت بحران آب در ایران، بازیافت و بازگردانی آب‌های خاکستری می‌باشد. با توجه به خشکسالی‌ها و بارش

نزولات جوی در سال‌های اخیر به خصوص در شهر اصفهان سبب شد آزمایشات فیزیک و شیمیایی مطابق با استاندارد ملی (۱۰۵۳) بر روی پساب حاصل از بخش همودیالیز بیمارستان‌ها (RO) در سال ۱۴۰۰ انجام گیرد. نتایج آزمایشات به دست آمده بر روی نمونه‌های پساب حاصل از دستگاه‌های دیالیز بیمارستان‌های سطح شهر اصفهان نشان داد که پساب حاصل از این دستگاه‌ها، با عمل اختلاط با آب شهری یا سایر منابع آبی می‌تواند در واحدهای مختلف از جمله رختشویخانه، استحمام، فلاش تانک، شستشوی کف و آبیاری فضای سبز در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های طبی دارای دستگاه‌های همودیالیز استفاده مجدد شود.

### رویداد یا مسئله

عدم رعایت استانداردها در کشاورزی و بخش‌های صنعتی و حتی زندگی شهری باعث شده اند تا مصرف آب در ایران بی‌رویه و غیر قابل مقایسه با سایر کشورها باشد. استفاده از روش‌های آبیاری غرقابی، آبیاری فضای سبز شهری و شستشوی معابر و غیره با آب آشامیدنی از بزرگترین مشکلات در ایران می‌باشند که همه ساله بحران آب را جدی‌تر می‌کند. علاوه بر این، در کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی و معادن نیز آب زیادی مصرف و آلوده شده و در نهایت به عنوان آب غیر قابل استفاده از چرخه خارج می‌شود. کمبود منابع آب با کیفیت مناسب و هزینه‌های سنگین طرح‌های توسعه تامین آب، در نهایت سازمان‌ها را مجبور خواهد ساخت تا به مدیریت تقاضا و اجرای برنامه‌های مدیریت مصرف آب به عنوان یک راه حل نسبتاً کم هزینه، پایدار و قابل اعتماد روی آورند. مدیریت تقاضا کمک می‌کند که بیشترین خدمات آبی با حداقل حجم آب ممکن فراهم شود. برقراری تعادل مناسب بین گسترش ظرفیت تامین و مدیریت تقاضای آب می‌تواند علاوه بر هزینه‌های کاهش بهره‌برداری منافع زیادی از جمله حذف، کاهش و یا به تأخیر انداختن هزینه‌های بالای توسعه ظرفیت تامین و آثار مخرب زیست محیطی ناشی از آن را به همراه داشته باشد.

با توجه به اهمیت موضوع کم‌آبی در سطح ملی توجه به فاکتورهای موثر بر میزان مصرف بهینه آب در بخش‌های مختلف از جمله مصارف خانگی و اماکن عمومی (بیمارستان‌ها) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. بازیافت و استفاده مجدد از پساب‌ها از جمله منابع پایدار عرضه آب خواهد بود که با بهره‌برداری اصولی و مدیریت شده می‌توان تهدید آلودگی آن را به بهره‌مندی از این منبع تبدیل کرد. بنابراین در سال‌های خشک باید راهکارهای متنوعی برای غلبه با بحران کم‌آبی در استان اصفهان در دستورکار قرار گیرد که می‌تواند با اعمال مدیریت مصرف و تدابیری مانند استفاده از آب‌های نامتعارف و به کارگیری آب بازیافتی (پساب تولیدی دستگاه همودیالیز بیمارستان) تا حدود زیادی بر بحران تامین آب غلبه نمود. شروع هدفمندسازی یارانه‌ها توسط دولت و افزایش نسبی قیمت کالاها و خدمات، انرژی و آب مصرفی بخصوص در اماکن و ادارات دولتی، ضرورت توجه به بهینه‌سازی و صرفه‌جویی را بیش از پیش نمایان نمود. یکی از اماکن خدمات عمومی پر مصرف آب، بیمارستان‌ها و بخش دیالیز آن می‌باشد که هر مریض ۲ الی ۳ بار در هفته هنگام دیالیز شدن به ۱۲۰ الی ۱۸۰ لیتر آب تصفیه شده با دستگاه اسمز معکوس نیاز دارد. با توجه به میزان ساعت کار و تعداد دفعات مورد استفاده از دستگاه دیالیز حجم قابل توجهی پساب از این دستگاه‌ها تولید می‌شود. تصفیه

آن می باشد، در این تجربه ابتدا به درخواست کارشناسان بهداشت بیمارستان ها مبنی بر استفاده پساب حاصل از این دستگاه ها جهت مصارف بهداشتی، نمونه شیمیایی پساب مذکور جهت آنالیز پارامترهای فوق به آزمایشگاه شیمیایی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارسال گردید. سپس با ارسال نمونه پساب دستگاه دیالیز از چند بیمارستان به این آزمایشگاه کار آنالیز شیمیایی صورت گرفته و پارامترهای ذکر شده سنجش گردید که عمده املاح آن مطابق استاندارد ۱۰۵۳ می باشد. بعد از آن نتایج به صورت کتبی از طریق ریاست معاونت بهداشت به بیمارستان مربوطه ارسال گردید و در خصوص نتایج بدست آمده توضیحات ارائه گردید. سرانجام با توجه به نتایج ارسال شده به بیمارستان و انجام مشاوره در خصوص اختلاط پساب با آب شهری یا سایر منابع آبی جهت تعدیل غلظت برخی از پارامترهای از جمله سختی و سدیم و همچنین تشکیل جلسه توسط مدیران بیمارستان استفاده از پساب در دستور کار قرار گرفت. نکته قابل توجه این است که چند بیمارستان در سطح کشور از جمله بیمارستان شهرستان لارستان، علی آباد کتول و... به این نتیجه نیز دست یافته و استفاده مجدد از پساب این دستگاه ها را در دستور کار خود قرار داده اند.

### نتایج اجرای تجربه

نتایج حاصل از آزمایشات بر روی پساب تولیدی ناشی از دستگاههای دیالیز نشان می دهد غلظت عمده پارامترهای مذکور جهت مصارف شست شو و آبیاری فضای سبز مطابق استاندارد ملی (۱۰۵۳) می باشد. که با توجه به نتایج حاصله از اندازه گیری پارامترها میتوان با عمل اختلاط آن با آب شهری یا سایر منابع آبی جهت مصارف بهداشتی (رختشویخانه، شستشوی کف، فلاش تانک و آبیاری فضای سبز بیمارستان ها را ممکن می سازد.

### جدول ۱: اندازه گیری میزان پارامترهای پساب حاصل از دستگاه های دیالیز (RO) بیمارستان های سطح شهر

نام بیمارستان	هدایت الکتریکی ( $s/cm^2$ ) $\mu$	جامدات محلول (mg/l)	نیترات (mg/l)	سختی (mg/l)	قلیائیت (mg/l)	کلراید (mg/l)	سولفات (mg/l)	سدیم (mg/l)	منیزیم (mg/l)	کلسیم (mg/l)	فلوراید (mg/l)
بیمارستان امین	۸۲۷	۶۱۰	۲۲	۸	۳۷۰	۷۹	۸۳	۲۴۰	۰/۷۳	۱/۹۸	۰/۳۵
بیمارستان امام حسین (ع)	۴۱۹	۲۹۱	۵/۳	۱۸	۱۶۸	۳۰	۴۵	۱۱۰	۱/۴۵	۴/۸	۰/۲۸
بیمارستان شهید منتظری	۷۱۴	۴۹۸	۱۸	۸	۳۰۴	۶۲	۷۸	۱۴۵	۰/۶۵	۱/۸۲	۰/۳۱

### پیشنهاد حاصل از تجربه

با توجه به تعرفه های آب و محاسبه پلکانی مصرف آب از سوی شرکت آب و فاضلاب و مصرف ماهیانه آب بیمارستان ها، همچنین مهم تر از همه با توجه به خشکسالی ها اخیر و تاکید بر بازچرخانی آب های نامتعارف طبق قانون توسعه مصرف بهینه آب شهری و روستایی مصوب مجلس شورای اسلامی پیشنهاد می گردد مسئولین مربوطه بیمارستان ها یا با همکاری کارشناس بهداشت آن بیمارستان در ابتدا نسبت به نمونه برداری از پساب سیستم اسمز معکوس بخش دیالیز جهت سنجش اولیه پارامترهای شیمیایی و میکروبی توسط آزمایشگاه های معتبر اقدام نموده، سپس در صورت نیاز به تعدیل غلظت پارامترهای شیمیایی، نسبت به اختلاط آن با منابع آب شهری یا سایر منابع آبی دیگر اقدام نمایند و بعد از آن با به دست آوردن نسبت بهینه اختلاط و سنجش مجدد پارامترها و مطابقت آن با استانداردها از این پساب برای آبیاری فضای سبز، رختشویخانه، شستشوی کف بیمارستان و فلاش تانک بدون هیچ نگرانی استفاده نمایند و با این عمل هم از نظر اقتصادی و از نظر مدیریت مصرف آب با بازیابی پساب به نفع بیمارستان و جامعه عمل کنند.

خانه بخش دیالیز از چند قسمت از جمله فیلتر کربن فعال، سختی گیر، اسمز معکوس، مخزن ذخیره و... تشکیل شده است.

در نمونه برداری برای آزمایش، خروجی پساب ماشین های دیالیز به عنوان نقاط نمونه برداری انتخاب گردیده است که این میزان آب با این تصور غالب که هرگونه فاضلاب خروجی از هر نقطه بیمارستان آلوده است به فاضلاب رو هدایت شده و هدر می رود. در همین راستا با توجه نتایج و مطالعات انجام شده در استان های کشور و همچنین نتایج حاصل از این تجربه در سال های مختلف، بازیابی و استفاده مجدد پساب تصفیه آب بخش دیالیز در واحدهای مختلف از جمله رختشویخانه، استحمام، فلاش تانک، شستشوی کف و آبیاری فضای سبز بیمارستان ها را ممکن می سازد.

### شرح تجربه

سیستم تصفیه بخش دیالیز از چند دستگاه از جمله فیلتر کربن فعال، سختی گیر، اسمز معکوس، مخزن ذخیره و... تشکیل شده است. بخش اصلی این سیستم دستگاه اسمز معکوس می باشد که بخشی از آب ورودی آن به پساب تبدیل می شود و این پساب دارای هدایت الکتریکی بالاتری نسبت به آب ورودی سیستم تصفیه می باشد ولی با این وجود قابلیت استفاده مجدد را دارد. یکی از اقدامات لازم برای امکان سنجی بازیافت و استفاده مجدد از این منبع عمده پساب، تعیین کیفیت شیمیایی (ECTDS-pH - سختی، قلیائیت، سدیم، نیترات، کلسیم و منیزیم و...)



دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان - مدیریت میز خدمت دانشگاه  
اعضای تیم تجربه: دکتر مجید صادقی، معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی دانشگاه / فرامرز خاصی، مدیر محترم اجرایی میز خدمت دانشگاه / سرکار خانم لیلا رحمانی، کارشناس میز خدمت دانشگاه

## استقرار میز خدمت تجمیعی در ستاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان

### مقدمه

نظر به اهمیت رضایت مندی گیرندگان خدمت و در راستای نیل به این هدف مدیریت اجرایی میز خدمت بر این مصمم بود که با اجرای کامل میز خدمت علاوه بر انجام تکلیف قانونی خود بتواند با استفاده از ظرفیت های به هدف نهایی خود که همان جلب رضایت حداکثری مراجعین است برسد با توجه به گستره واحدها در مجموعه پردیس دانشگاه بر این باور بودیم که در صورت تجمیع میز خدمت به صورت متمرکز علاوه بر صرفه جویی های منابعی، خدمات نیز به نحو شایسته ارائه خواهد شد با استقرار میز خدمت صرف نظر از کاهش چشم گیر هزینه ها و افزایش بهره وری کلیه خدمات دانشگاه شفاف سازی و میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت افزایش قابل توجه داشت که برای بروزرسانی علاوه بر

میز خدمت حضوری میز خدمت الکترونیکی نیز اجرایی گردید به صورتی که عملاً نیازی به حضور برای اخذ خدمت و یا پیگیری خدمت ندارند.

### رویداد یا مسئله

با توجه به مجموعه بزرگ دانشگاه به مساحت ۶۵ هکتار و پراکندگی ستاد، دانشکده ها و واحدهای اداری در این محیط و دسترسی سخت مراجعین اعم از عموم مردم، دانشجویان و ... به خدمات درخواستی، قبل از ایجاد میز خدمت، مرجعی مشخص برای پیگیری درخواست های مراجعین به غیر از دبیرخانه واحد دیگری نبود و وظیفه دبیرخانه غیر از ثبت مکاتبات چیز دیگری پیش بینی نشده بود که با ایجاد ساختمان میز خدمت بصورت تجمیعی، امکان پیگیری و تسریع در اخذ خدمت را فراهم نموده است. به همین جهت بار مراجعات مردمی به واحدهای مختلف دانشگاه قبل از متمرکز نمودن میز خدمت بسیار افزایش یافته بود که اغلب با نارضایتی مراجعین نیز همراه بود که با استقرار این واحد مهم مرتفع گردید.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

در راستای نیل به این هدف موضوع در هیأت رئیسه دانشگاه مطرح و یکی از مدیران حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه به عنوان مدیر اجرای طرح استقرار میز خدمت تعیین و ابلاغ آن صادر گردیده است. وفق گام اول «روش استقرار میز خدمت حضوری» کارگروه استقرار میز خدمت تعیین و با توجه به ضوابط مربوطه در مصوبات «حقوق شهروندی در نظام اداری» در نزدیک ترین و آسان ترین فضای مشرف به درب ورودی در مجموعه ای به نام پردیس اصلی دانشگاه که همه معاونت ها (توسعه، آموزش، درمان، بهداشت و تحقیقات) متمرکز گردید. ایجاد و حداقل یک نفر در میز خدمت کلیه واحدها تعیین و مستقر گردید. با اجرای طرح و تجمیع میز خدمت به صورت متمرکز و نیز اختصاص فضای فیزیکی مناسب با اعتبار ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و منطبق با مقررات مربوط به حقوق شهروندی توانست میزان هزینه ها را کاهش و رضایتمندی را افزایش دهد.



در این واحد علاوه بر خدمات اداری و خدماتی از جمله نوبت دهی مراکز درمانی و کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی علاوه بر ایجاد کیوسک در محل درمانگاه ها جهت اخذ نوبت دهی حضوری، بصورت الکترونیکی و تلفنی در سطح استان قابل

- انجام امور و درخواست‌های متقاضیان در اسرع وقت و در صورت لزوم اعلام تاریخ مراجعه بعدی یا زمان ارائه خدمات نهایی به مراجعان
- جلوگیری از سردرگمی مراجعان
- ارائه خدمات الکترونیکی و سریع و آسان به مراجعہ کنندگان از طریق سامانه‌ها
- سنجش رضایت مراجعہ کنندگان از طریق سامانه الکترونیکی - پیامکی و حضوری
- تسهیل و تسریع در انجام امور
- امکان پیگیری درخواست‌ها و خدمات از تمامی روش‌های ارتباطی از جمله وبینار، پیام رسانی ای‌گپ، بله و چت آنلاین
- بازدیدهای مکرر مدیران دستگاه‌های اجرایی دیگر به عنوان الگو گرفتن از ارائه خدمات در میز خدمت دانشگاه .

۳۹

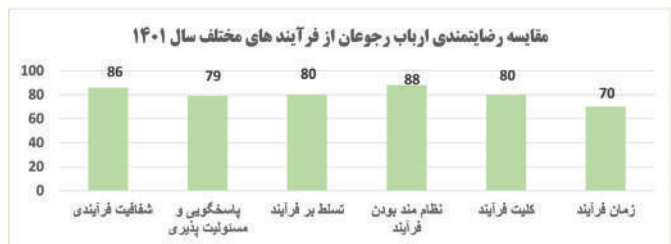


### پیشنهاد حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌گردد در میز خدمت کلیه دانشگاه‌ها با الگوپذیری از میز خدمت این دانشگاه و در کنار آن اجرای یکی از مدل‌های تعالی در سطح کشور و متناسب با اهداف دانشگاه‌ها به صورت واحد و یکپارچه و بدون از هر گونه سلیقه فردی و همچنین در قالب یک نرم افزار عمومی و با احصاء کلیه خدمات و فرآیندها ارائه خدمات دهند. این مدیریت امیدوار است با نگاه ویژه به مقوله میز خدمت خواسته اسناد بالا دستی کشور در تکریم ویژه از مردم شریف و حقوق شهروندی آنها عینیت بخشد.

ارائه و اخذ نوبت و دیگر خدمات مشابه می‌باشد اقدام گردیده است. آدرس الکترونیکی سامانه نوبت اینترنتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان: <http://nobatdehi.zums.ac.ir> [www.zums.ac.ir](http://www.zums.ac.ir) سامانه نوبت دهی تلفنی متمرکز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان: شماره تماس: ۰۲۴-۳۳۰۱۹۲۲۲ ایجاد سامانه تبادل مدارک پزشکی مابین پزشکی قانونی‌های استان و بیمارستان‌های دانشگاه برای جلوگیری از مراجعات حضوری شهردان در آدرس الکترونیکی: [bpms.zums.ac.ir/darman](http://bpms.zums.ac.ir/darman)

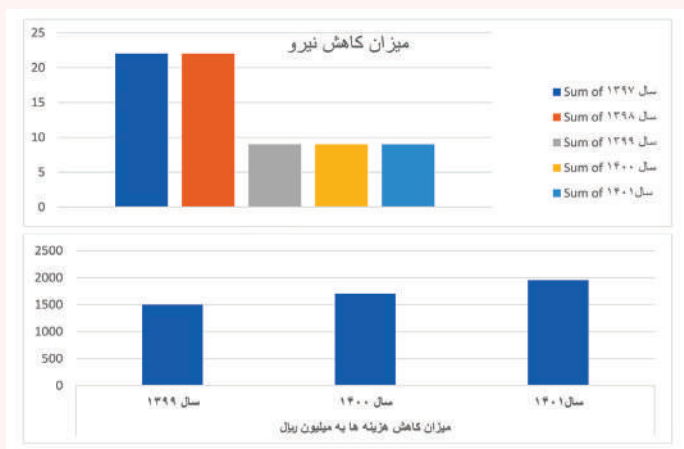
### نتایج اجرای تجربه (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد)



### کسب رتبه متوالی در چند سال در سطح استان در سطح ملی و در جشنواره شهید رجایی به عنوان میز خدمت برتر

#### مقایسه رضایتمندی ارباب رجوع (درصد)

سال	۱۴۰۱	۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷
شفافیت فرآیندی	۸۶	۸۰	۸۶	۸۶	۸۴
پاسخگویی و مسئولیت پذیری	۸۰	۸۵	۸۳	۸۴٫۵	۸۳٫۵
تسلط بر فرآیند	۷۹	۸۴	۸۰	۸۵٫۵	۸۳
زمان فرآیند	۸۰	۷۵	۸۵٫۵	۷۵	۸۳
نظام مند بودن فرآیند	۷۰	۷۴	۸۳٫۵	۶۰	۷۰
کلیت فرآیند	۸۸	۸۷	۸۰٫۵	۸۳	۶۷



- دسترسی آسان و سریع مردم به خدمات از طریق خدمات الکترونیکی و تجهیزات و مکان مستقر در میز خدمت





دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی اهواز / معاونت بهداشتی / مدیریت سلامت محیط و کار  
اعضای تیم تجربه: (نویسنده اصلی): مهندس فرشته فیلبان، واحد مدیریت سلامت محیط و کار / مهندس مهران معلم، واحد مدیریت سلامت محیط و کار / دکتر خاطره سردمدی، واحد مدیریت سلامت محیط و کار

## بهره‌برداری از

## داشبورد اطلاعاتی

## کنترل کیفی آب به

## منظور پیشگیری

## از وقوع بحران‌های

## ناشی از مصرف آب

## آشامیدنی آلوده

### مقدمه

با توجه به اهمیت روزافزون دانش مدیریت داده‌ها (Data science) و داشبوردهای اطلاعاتی که امکان آنالیز داده‌ها را در مدت کوتاه فراهم کرده و از طریق بکارگیری سیستم هشدار زود هنگام (Indicators Warning Early) که یک سیستم پیشگیرانه جهت تصمیم‌گیری بهینه و کارآمد است و به مدیران در پایش سریع و دقیق وضعیت برنامه‌ها کمک می‌نماید؛ داشبورد اطلاعات کنترل کیفی آب بر اساس شیوه‌نامه‌ها و برنامه عملیاتی وزارت بهداشت طراحی و اجرا شده است. کنترل کیفی آب یکی از مهم‌ترین وظایف وزارت بهداشت و درمان است و این وزارت تنها مرجع مورد وثوق برای

اعلام وضعیت بهداشتی آب آشامیدنی می‌باشد. از این رو فعالیت‌های مرتبط با این برنامه بایستی با دقت انجام شده و در اسرع وقت در اختیار مدیران سیستم‌ها برای پیشگیری از وقوع بحران‌های ناشی از مصرف آب آشامیدنی آلوده قرار گیرد.

بر اساس برنامه عملیاتی وزارت بهداشت مهم‌ترین فعالیت‌های برنامه کنترل کیفی آب شامل نظارت و ارزیابی ریسک سامانه‌های آبرسانی، آزمون‌های میکروبی، شیمیایی، کلرسنجی و کدورت سنجی آب شبکه‌های توزیع و نظارت بر سایر بخش‌های مرتبط از جمله استخرها، کارخانجات یخ و واحدهای نمک‌زدایی است که برای بیان وضعیت منطقه، شهرستان و استان در هر کدام از آنها لازم است شاخص‌های مربوطه استخراج و ابزارهای نظارت تعریف شوند. این داشبورد تمام فعالیت‌های ذکر شده را پوشش داده و در سال ۱۴۰۰ به طور آزمایشی و از ۱۴۰۱ به صورت رسمی در مراکز خدمات جامع سلامت و ستاد شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه اهواز در حال اجرایی می‌باشد.

### رویداد یا مسئله

از آنجا که گزارشات مراکز بهداشت شهرستان نقش بسزایی در پیش‌آگهی احتمال بروز بحران‌های سلامتی ناشی از آب دارد؛ بایستی شاخص‌ها و ارزیابی‌های دقیق و به موقع به مسئولین ذیربط ارائه گردد. با توجه به اینکه هر شهرستان به طور میانگین بیش از ۱۰۰ سامانه آبرسانی تحت پوشش خود دارد؛ محاسبه این شاخص‌ها با فایل‌های ساده و به صورت دستی امکان‌پذیر نیست و تهیه گزارشاتی همچون ارزیابی ریسک سامانه‌ها - که مبتنی بر ماتریس می‌باشد - و گزارش روند تغییر نقاط بحرانی با سرعت و دقت لازم امکان‌پذیر نبود و علاوه بر اینکه کارشناسان را دچار فرسودگی می‌کرد؛ امکان بروز خطا در محاسبات بالا بود و ممکن بود تصمیم‌گیری‌ها با سرعت لازم و به درستی اتخاذ نشود و پیش‌آگهی برای بحران‌ها در زمان مناسب ارائه نگردد. این مساله به ویژه در شهرستان‌هایی که دچار بحران‌های جدی آب بودند خطر بروز طغیان‌ها را بیشتر می‌کند.

### شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

برای حل مشکلات عنوان شده ابتدا جلسه بارش افکار با حضور مدیر سلامت محیط و کار برگزار شد و مقرر شد که فایل جامعی برای جمع‌آوری اطلاعات و گزارش‌دهی در قالب یک داشبورد واحد تدوین گردد. سپس تمامی شاخص‌ها و برآوردهای لازم بر اساس شیوه‌نامه و برنامه عملیاتی مرکز سلامت محیط و کار و نحوه محاسبه آنها توسط کارشناس برنامه استخراج گردید و پس از آن صفحات و فرمول‌های لازم در داشبورد اعمال و نتیجه کار به صورت پایلوت در شهرستان ماهشهر، باوی و اهواز شرق اجرا شد. کاربران شهرستانی اطلاعات مربوط به نمونه‌برداری، کلرسنجی و بازرسی سامانه‌های شهرستان را در این فایل وارد و نتایج آن را بررسی و نظرات خود را به معاونت بهداشت اعلام نمودند. پس از دریافت نظرات کاربران و کارشناسان شهرستان‌های پایلوت خطاها و مشکلات برطرف و داشبورد نهایی همراه با شیوه‌نامه طی یک جلسه آموزشی به تمامی شهرستان‌ها ابلاغ گردید. بخش‌های مختلف داشبورد شامل موارد زیر است.

### صفحه اول: داشبورد

در این صفحه تمام اطلاعات و شاخص‌های مورد نیاز برنامه کنترل کیفی در فایل به صورت فصلی بر اساس سال و نام شهرستان نشان داده می‌شود.

### شیت دوم: اطلاعات سامانه

در این صفحه لیست کامل سامانه‌های آبرسانی موجود در شهرستان، ارزیابی ریسک

می‌شود. مطابق با رنگ ریسک مندرج در دستورالعمل ردیف اطلاعاتی نیز تغییر رنگ می‌دهد.

### شیت هشتم: خروجی چک لیست بازرسی

در صفحه پرینت بازرسی نیز پس از وارد کردن شماره ردیف هر بازرسی اطلاعات بازرسی در چک لیست آماده پرینت ظاهر می‌شود.

۴۱

### شیت نهم: نقاط بحرانی

در این صفحه مشخصات نقاط بحرانی شهرستان وارد می‌شود. پس از رفع نقص در نقاط بحرانی ردیف اطلاعاتی مربوطه پاک نمی‌گردد و برای جمع بندی عملکرد در سوابق باقی می‌ماند.

### نتایج اجرای تجربه

- پایش سریع وضعیت کنترل کیفی آب سامانه‌های تحت پوشش و اطلاع فوری از سامانه‌های دارای ریسک بالا و جمعیت‌هایی که در ریسک‌های بالا زندگی می‌کنند موجب تسریع در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی شده است.
- جمع‌آوری گسترده اطلاعات آب از خانه‌های بهداشت تا ستاد مرکز بهداشت استان در یک فایل جامع صورت می‌گیرد.
- دقت و سرعت عمل در محاسبه حدود انتظار، درصد پوشش و درصد مطلوبیت میکروبی، کلرسنجی و کدورت‌سنجی، ارزیابی ریسک سامانه‌ها، جمعیت‌های در معرض سامانه‌های با ریسک بالا و آلودگی میکروبی افزایش یافته است.
- امکان رصد سامانه‌هایی که نسبت به حد انتظار کنترل نشده‌اند (بازرسی یا نمونه برداری از آنها انجام نشده است) کمک کرده تا قبل از شروع هر ماه کاربران برای تشدید کنترل کیفی این سامانه‌ها برنامه ریزی کنند.
- این داشبورد محاسبه دقیق ارزیابی ریسک سامانه‌های آبرسانی را بر اساس ماتریس ارزیابی ریسک انجام می‌دهد که تاکنون در هیچ سامانه یا فایلی امکان محاسبه آن وجود نداشته است.
- با دادن اطلاعات نام سامانه و تاریخ بازرسی، خروجی چک لیست بازرسی سامانه در صفحه مانیتور ظاهر می‌شود که موجب شده گزارشات در اسرع وقت و طبق فرمت دستورالعمل جدید بازرسی از سامانه‌ها آماده شوند و نتایج آن با سرعت بیشتری به ارگان‌های ذیربط گزارش می‌گردد.
- کاربران این داشبورد از دسترسی آسان‌تر به جمع بندی اطلاعات و شاخص‌ها و امکان رصد نقاط نادیده گرفته شده در بازرسی و کنترل کیفی سامانه‌ها رضایت داشته‌اند.

### پیشنهاد حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌گردد جهت جمع بندی و نظارت دقیق بر سایر فعالیت‌های بهداشت محیط از جمله نظارت بر مراکز تهیه و توزیع و اماکن عمومی، بهداشت مواد غذایی، بیمارستان‌ها، پسماند، دخانیات، بهسازی محیط روستا و بهداشت پرتوها فرمت داشبورد‌های اطلاعاتی مشابه تهیه گردد.

هر سامانه، پوشش نمونه برداری، تعداد بازرسی، درصد مطلوبیت میکروبی، کلرسنجی و کدورت برای هر سامانه به تفکیک و توسط فایل محاسبه می‌شود.

### شیت سوم: کنترل کیفی به تفکیک سامانه

این صفحه شامل لیست تمام سامانه‌هاست و با استفاده از جمعیت و ریسک سامانه حدود انتظار نمونه برداری میکروبی، کلرسنجی و کدورت سنجی به تفکیک هر سامانه آبرسانی و مجموع کل شهرستان براساس راهنمای مدیریت ایمن سامانه‌های آب آشامیدنی محاسبه شده است. این صفحه همچنین ابزاری برای برنامه‌ریزی نمونه برداری میکروبی هدفمند در شهرستان و نظارت بر کلرسنجی‌های انجام شده توسط کارشناسان و بهورزان است.

### شیت چهارم و پنجم: (میکروبی و کلر سنجی)

در این دو صفحه اطلاعات نمونه برداری میکروبی و کلرسنجی توسط کاربر وارد می‌شود. در دو صفحه میکروبی و کلر فقط نمونه‌های گرفته شده از شبکه توزیع باید وارد شود و سایر نمونه‌های گرفته شده مانند مخزن ذخیره، نقطه مصرف و... باید در شیت سایر واحدهای مرتبط ثبت شوند.

### شیت ششم: سایر واحدهای مرتبط با آب

در این صفحه فعالیت‌های کنترل کیفی استخرشنا، کارخانجات یخ‌سازی، واحدهای نمک زدایی، مدارس و بیمارستان‌ها وارد می‌شود. ردیف بالای این صفحه نیز مجموع فعالیت‌ها محاسبه شده و با فیلتر کردن آیتم مورد نظر می‌توان مجموع فیلترشده را نیز مشاهده کرد.

### شیت هفتم: بازرسی

در این صفحه چک لیست بازرسی از سامانه‌های آبرسانی براساس دستورالعمل بازرسی آورده شده است که با توجه به امکانات هر سامانه نتایج بازرسی با ۱ و ۰ وارد می‌شود و در نهایت ارزیابی ریسک سامانه براساس برآورد ریسک بازرسی و نتایج میکروبی محاسبه

## استقرار دستگاه پرتابل اندازه گیری میزان HbA1c جهت کنترل و مراقبت بیماران دیابتی در مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، معاونت بهداشت، گروه پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

اعضای تیم: شهربار جانبازی، مشاور و معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه / فرزانه فریخ، رئیس اسبق گروه بیماری های غیرواگیر معاونت بهداشت دانشگاه / ملیحه اکبری، کارشناس برنامه ابراین معاونت بهداشت دانشگاه / دکتر اکرم نجات بخش، کارشناس مسئول بیماری های شبکه بهداشت و درمان ورامین

### مقدمه

تامین و استفاده از دستگاه پرتابل (قابل حمل) اندازه گیری میزان هموگلوبین گلیکوزیله می تواند کمک شایانی به روند درمان بیماران دیابتی کند. این مسئله به ویژه در روستاها و مناطق کم برخوردار که تیم سیار و پزشک حضور می یابد اهمیت بیشتری دارد. پس از طرح مشکل در قالب پیشنهادی که در سامانه پیشنهادات دانشگاه ثبت شده بود مسئله پیگیری و با توجه به بحران کووید، تامین آن جهت رفاه حال بیماران دیابتی و مراقبت آنها در دستور کار قرار گرفت. در حال حاضر این دستگاه برای همه شبکه های بهداشت و درمان و مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه تامین شده است.

### رویداد مساله

همانطور که قبلاً نیز ذکر شد خرید این دستگاه همواره مورد توجه همکاران شاغل در گروه بیماری های غیر واگیر بود اما با توجه به بحران کووید، مسئله پرخطر بودن بیماران دیابتی و مسافتی که می بایست بیماران در آن شرایط برای دریافت مراقبت طی می کردند

به ویژه در مناطق روستایی، به ارزش استفاده از این دستگاه ها می افزود. مسئله زمانی اهمیت پیدا کرد که پیشنهادی مبنی بر خرید دستگاه در سامانه پیشنهادات دانشگاه ثبت شد و پس از بررسی دلیل عدم خرید، نبود اعتبار لازم عنوان شد. با توجه به اهمیت مسئله و ارزش اجرایی نمودن راهکار مسئله، فرآیند خرید و تامین دستگاه ها پیگیری و در اختیار مراکز بهداشت و شبکه های بهداشت و درمان تابعه دانشگاه قرار گرفت. دلایل توجیهی دیگر برای تامین این دستگاهها شامل موارد ذیل است:

- بسیاری از بیماران دیابتی با انتقاد از این که در پایگاه ها (ضمیمه و برون سپار) و خانه های بهداشت اقدام خاصی برای بیماران دیابتی صورت نمی گیرد ممکن است به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکنند.

بیماران غالباً برای انجام این آزمایش تعلل می ورزند. با استقرار این دستگاه بیماران می توانند با صرف زمان ۵ الی ۱۰ دقیقه. (از زمان آماده سازی دستگاه تا دریافت نتیجه) در کنار ویزیت همزمان پزشک و مراقب سلامت، از وضعیت کنترل قند خون خود مطلع گردند.

- خیلی از بیماران به هنگام ویزیت توسط پزشک، علی رغم تاکید مراقبین و پزشکان، آزمایش سه ماهه را انجام نداده اند. بنابراین با در دسترس بودن این آزمایش در هنگام ویزیت، مراقبت بیمار توسط پزشک و تصمیم مبنی بر ادامه درمان و یا تغییر دارو با اطمینان بیشتری صورت می گیرد و بیمار می تواند سایر خدمات وابسته مانند رژیم تغذیه ای مناسب را نیز دریافت کند.

- خیلی از بیماران نسبت به اهمیت این آزمایش واقف هستند ولی مشکل مسافت و یا در دسترس بودن آن را دارند که از طریق کاربرد این دستگاه این مشکل نیز مرتفع می گردد.

- این دستگاه دارای مجوز استفاده به صورت self-care از آزمایشگاه مرجع سلامت می باشد و با دقت ۹۸٪ نسبت به روش HPLC بوده و با توجه به سادگی روش اندازه گیری می تواند مانند دستگاه های کنترل قند خون شخصی در منزل مورد استفاده قرار گیرد. اجرای این تجربه مزیت دیگری داشته و مشکل تامین نیروی انسانی متبحر را مرتفع می کند. (روش هایی که در آزمایشگاه و با خون وریدی انجام می شود حتماً باید توسط کارشناس آزمایشگاه نمونه گیری انجام شود)
- دقت این دستگاه همتراز با روش های درون آزمایشگاهی است.
- استفاده از این دستگاه در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و سایر واحدهای تابعه آن، مجوز معاون بهداشت وزارت وقت را داشت که تمدید گردید

### شرح تجربه

- با توجه به اولویت خرید، میزان اعتبار مورد نیاز تخمین زده شد و طی مذاکرات انجام شده، مجوز استفاده از این دستگاه در سطح مراکز و خانه های تحت پوشش دانشگاه اخذ گردید. سپس وجود دستگاه مشابه در کشور بررسی شد که طی بررسی های انجام شده در آن زمان تنها برند موجود و دارای مجوز از آزمایشگاه مرجع سلامت، مشخص و با تیم فروش آن شرکت مذاکرات لازم صورت پذیرفت.
- در ادامه پس از ارائه گواهی نامه های بین المللی برند و تاییدیه آزمایشگاه مرجع سلامت، نظر موافق مسئول فنی و رئیس گروه آزمایشگاه های معاونت بهداشت در استفاده از این دستگاه طبق مستندات ارائه شده دریافت گردید.
- با تامین بودجه مورد نیاز و مذاکره با شرکت مذکور، به ازای خرید ۱۵۰۰۰ کیت یک دستگاه رایگان نیز دریافت شد. (در کل ۱۰ دستگاه و ۱۵۰۰۰ کیت و به ارزش ۴ میلیارد ریال خریداری شد.)



نیز بیماران از مزایای آن استفاده می‌کنند و کار شناسایی و مراقبت بیماران را تسهیل کرده و در نهایت رضایت بیماران را به همراه داشته است. این تجربه برآمده از پیشنهاد کارکنان است و فراتر از مزایای کاربردی استقرار یک دستگاه نشان می‌دهد چگونه طرح مشکلات از طرف کارکنان و انتقال آن به مدیران (مدیریت مشارکتی) می‌تواند به ارایه خدمت بهینه و مورد نیاز مردم منجر گردد. همانطور که گفته شد تامین این دستگاه‌ها از مدت‌ها پیش مورد درخواست بوده است لیکن طرح مجدد آن از فیلد منجر شد تا به عنوان یک اولویت در شرایط بحران کووید مورد توجه قرار گیرد و خوشبختانه به شناسایی و به ویژه درمان و مراقبت بهتر از بیماران دیابتی خصوصاً در مناطق روستایی و کم برخوردار کمک کند.

### پیشنهاد حاصل از تجربه

- پیشنهاد می‌شود با توجه به استقبال بیماران هر دستگاه برای یک مرکز خدمات جامع سلامت تعبیه شود تا از جابجایی مکرر دستگاه و آسیب به آن پیشگیری گردد.
- پذیرش بیماران از سیستم پذیرش درمانگاه امکان پذیر بوده و پذیرش آزمایشگاه نیاز نباشد.
- در قسمت پذیرش مازول پرینت نتایج در نظر گرفته شود.
- تا حد امکان برای مناطق کم برخوردار هزینه آزمایش رایگان باشد.
- بودجه ای جهت تامین نوسانات قیمت از طرف دانشگاه پرداخت گردد تا در تامین کیت مورد نیاز، مراکز/ شبکه‌ها در خرید کیت دچار مشکل نگردند.

- میزان رضایت مردم از فرآیند مراقبت بیشتر بود. به نوعی که تعداد بیماران ثبت شده در زمان مشابه (اول دیماه ۱۳۹۹ با اول دیماه ۱۴۰۰) از ۳۵۸۱۴ بیمار در سال ۱۳۹۹ به ۵۰۰۰۶ بیمار در سال ۱۴۰۰ رسید.
- میزان مراقبت بیماران تحت پوشش افزایش یافت از ۶۵۴۵ خدمت به بیماران دیابتی در سال ۱۳۹۹ به ۸۳۶۵ خدمت در سال ۱۴۰۰ رسید.
- لازم به ذکر است در فاز دوم این برنامه دستگاه‌های لیبید پرو در همه شبکه‌ها و مراکز بهداشت تابعه تامین شد که خود گام دیگری در کنترل و مراقبت بیماران دیابتی بود. در راستای اهداف چارچوب ملی ارایه خدمت به بیماران دیابتی نیز از آبان ماه سال ۱۴۰۱ کمپین شناسایی و مراقبت بیماران دیابتی نیز در همه واحدها تا سطح خانه بهداشت در حال انجام است. هدف از اجرای این کمپین شناخت بیماری برای آن دسته از افرادی است که بیمار هستند ولی از بیماری خود اطلاعی ندارند و هدف دوم تحت مراقبت قراردادن بیمارانی است که از بیماری خود اطلاع دارند ولی تحت مراقبت و کنترل توسط مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و پزشک نیستند.
- این تجربه به دنبال طرح یک پیشنهاد و شرح مشکل از طرف یکی از کارشناسان حاضر در فیلد مطرح گردید. قرار گرفتن موضوع در بستر کمیته پیشنهادات معاونت بهداشت دانشگاه باعث شد توجه ویژه به مشکل گردد و خدمت رسانی بهتر به مراجعین به ویژه در ایام حساس پاندمی کرونا را ممکن ساخت. هم اکنون

- به ازای هر مرکز / شبکه، یک دستگاه و براساس تعداد بیماران برای کنترل ۶ ماهه نیز کیت سنجش به مراکز تحویل داده شد.
- مقرر شد مراکز / شبکه‌ها با توجه به قابلیت پرتابل بودن دستگاه، بیماران را دعوت کرده تا ضمن دریافت مراقبت از مراقبین سلامت، کنترل میانگین قند سه ماهه و ویزیت پزشک را نیز داشته باشند و در کنار آن از خدمات مشاوره تغذیه و روان هم بهره‌مند شوند.
- لازم به ذکر است هزینه آزمایش طبق تعرفه دولتی دریافت می‌شود و در بسیاری موارد نیز هزینه برای بیمار رایگان شد.

### نتایج اجرای تجربه

- کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم از جیب مردم
- کاهش زمان ارایه خدمات و ارایه همزمان کلیه مراقبت‌ها به گیرنده خدمت در یک جلسه
- برای بررسی تاثیر اجرای برنامه نتایج مراقبت‌های سال ۱۳۹۹ با ۱۴۰۰ مقایسه می‌شود. البته تاثیر پاندمی کرونا و دوران واکسیناسیون نیز بر میزان ارائه خدمات تاثیرگذار بوده است.
- همچنین باید متذکر شویم دسترسی به اهداف برنامه طی بازه زمانی یک ساله و چندماهه مقدور نبوده و زمان بیشتری را باید سپری نمود. با این وجود نظر به اهداف اصلی برنامه یعنی افزایش پوشش و کیفیت درمان بیماران دیابتی بر اساس دستیابی به HbA1c روند مثبت و بسیار قابل قبولی مشاهده گردید:
- مراقبت بیماران از بیماران دیابتی با هدف دسترسی به کنترل با میزان HbA1c کمتر از ۷٪ (در شرایط خاص ۷ تا ۸ درصد) از ۲۶,۴۵٪ به ۳۶,۳۸٪ رسید.
- دسترسی به هدف مراقبت بیماران دیابتی به صورت دو بار کنترل در سال از ۴۲٪ در سال ۱۳۹۹ به ۴۵٪ در سال ۱۴۰۰ رسید.

# مدیریت زنجیره تامین و مصرف منطقی دارو و لوازم

بخش های بالینی به دلایلی از قبیل قابل مرجوع نبودن داروهای استفاده نشده برای بیماران بعد از اجرای برنامه اصالت سنجی دارویی به علت سوخت بارکد اختصاصی دارو

## شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

با هدف جلوگیری از هدر رفت سرمایه ملی در حوزه دارو و تجهیزات، افزایش رضایتمندی بیمار در دریافت خدمات به موقع و کاهش هزینه ها اقدامات به شرح ذیل انجام گرفت.

## در حوزه تامین تجهیزات مصرفی

- از زمان رقابتی شدن قیمت ها و برداشته شدن قیمت تجهیزات دارویی از سامانه IMED، واحد تدارکات و دارویی با راهنمایی مدیر مرکز و بعد از انجام نیازسنجی و برآورد دقیق براساس مصرف مرکز، قیمت کالاها را از شرکت های معتبر استعلام و کالاهایی با پایین ترین قیمت و بالاترین آفر (پیشنهاد) انتخاب می شود. اقدام فوق با شرایط رقابتی کردن بین شرکت های فروشنده دارویی و تولید کننده ها میسر گردیده و درصد آفرهای ارائه شده به صورت ریالی یا به صورت تامین کالای مورد نیاز دریافت می گردد. برای مثال در بحث خرید سرنگ: شرکت A با درصد تخفیف ۲۱ درصد، شرکت B با آفر تامین سرم، شرکت C با تخفیف ۲۱٪ و شرکت D ابتدا با تخفیف ۲۳٪ وارد و پس از رقابتی شدن این کالا و مذاکره در راستای پرداخت زودتر از موعد درصد تخفیف را به ۳۵٪ افزایش داد.
- ابلایه تامین دارو و تجهیزات مصرفی مرکز حداکثر برای ۳ ماه با توجه به میزان مصرف در ماه های گذشته (از طریق HIS) که متعاقب این دستور هیچ کالای تاریخ انقضاء گذشته ای در انبار مرکز موجود نمی باشد.
- مطلوب نمودن شرایط نگهداری در انبارها (رطوبت سنج، دماسنج، قفسه بندی مناسب، نصب کولر و...)
- خرید بعضی از کالاها پرمصرف با تاریخ انقضاء حدود یکسال از قبیل آنژیوکت، سرنگ و غیره با آفرهای ۱۵ الی ۲۰ درصد (برای مثال: آنژیوکت BD، که مبلغ فروش آن ۲۱ هزار تومان می باشد با داشتن تاریخ انقضاء ۱۱ ماه به قیمت ۵۸۰۰ تومان خریداری و تحویل انبار شد).
- خرید از کلیه شرکت های تعریف شده در سامانه IMED (کلیه کالاها دارای کد IRC، لیبل اصالت کالا و lot number) و قید شماره سریال در فاکتور
- اولویت خرید کلیه کالاها با ارز دولتی از هیات امنای ارزی وزارت بهداشت با استفاده از ارتباط موثر تیم تدارکات مرکز (از جمله کالاهای کلیدی مورد تامین از هیات امنای: پیس، CRT، ICD، اکسیژناتور، هموفیلتر و...)

## تبادل دارویی بین داروخانه

با توجه به افزایش داروهای مازاد بر نیاز و نیز نزدیک به تاریخ انقضاء در انبارهای دارویی مرکز طی نامه رسمی به معاونت غذا و دارو و ارتباط موثر واحد دارویی با این معاونت، تبادل دارویی براساس نیاز این مرکز با مراکز متعدد از جمله داروخانه شهید کاظمی صورت پذیرفت.

دانشگاه و واحد ارائه دهنده تجربه: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی / مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مدرس  
اعضای تیم: (نویسنده اصلی): سید امیرحسین خادمی قمی، مدیر مرکز شهید مدرس / شبانم جاهد، رئیس امور مالی مرکز شهید مدرس / افشین رضایی، کارپرداز دارویی مرکز شهید مدرس

## مقدمه

کمبود برخی دارو و لوازم در مرکز و به تبع آن فرستادن بیمار بستری جهت تهیه دارو و لوازم به بیرون از مرکز و نیز افزایش میزان کنسلی عمل به خاطر کمبود دارو و لوازم و نیز بعضاً ارجاع بیمار به مراکز خصوصی به بهانه های کمبود دارویی مرکز منجر به آن گردید تا با هدف جلوگیری از هدر رفت سرمایه ملی در حوزه دارو و تجهیزات، افزایش رضایتمندی بیمار در اخذ خدمات به موقع، کاهش هزینه ها، اقدامات تبادل دارویی بین داروخانه، جمع آوری داروهای مازاد از انبار بخش ها، خرید لوازم عمل اسلیو و محدود کردن خرید داروهای گران قیمت انجام گردید که این برنامه از مهر ماه سال ۱۴۰۱ و با مشارکت واحدهای تدارکات، امور دارویی انجام پذیرفت که نتایج آن می تواند مورد استفاده واحدهای دارویی مراکز درمانی قرار گیرد.

## رویداد یا مسئله

- کمبود برخی دارو و لوازم در مرکز و به تبع آن ارسال بیمار بستری جهت تهیه دارو و لوازم به بیرون از مرکز و نیز افزایش میزان کنسلی عمل بخاطر کمبود دارو و لوازم و نیز بعضاً ارجاع بیمار به مراکز خصوصی به بهانه های کمبود دارویی مرکز
- افزایش شکایات ناشی از خرید لوازم عمل اسلیو خارج از بیمارستان (توسط خود بیمار)
- افزایش داروهای بلا استفاده و مازاد بر نیاز منقضی شده یا نزدیک به اتمام تاریخ انقضاء در انبار دارویی مرکز و

### نتایج اجرای تجربه

- عدم ارجاع بیمار بستری جهت تهیه دارو و لوازم به بیرون از مرکز
- کاهش میزان کنسلی عمل جراحی به علت کمبود دارو و به ویژه لوازم

- افزایش ۲۱ درصدی میزان بستری از درمانگاه در بازه زمانی مهر تا پایان بهمن ۱۴۰۱ نسبت به بازه زمانی مشابه
- مبلغ آفرها از مهرماه ۱۴۰۱ به تفکیک:

(۱) مهرماه: ۲/۴۵ میلیارد ریال

(۲) آبان ماه: ۱/۹۱ میلیارد ریال

(۳) آذرماه: ۳/۸ میلیارد ریال

(۴) دیماه: ۶/۵ میلیارد ریال

- در مجموع: ۱۴/۶۶ میلیارد ریال
- افزایش درآمد ناشی از کارت‌ریج جهت عمل اسلیو به طور میانگین، ماهیانه ۵۰۰ میلیون تومان
- تسریع و تسهیل در بستری بیماران و افزایش رضایت مندی بیمار کاندید عمل اسلیو به دلیل

- تدارک و تهیه وسیله مورد نیاز عمل در داخل مرکز
- مرجوع نمودن دارو به ارزش ۱۴۷ میلیون ریال از بخش‌ها به داروخانه
- تبادل دارویی با داروخانه‌های سایر مراکز به ارزش ۱/۰۳ میلیارد ریال

### پیشنهاد حاصل از تجربه

- عدم خرید دارو برای بازه‌های زمانی طولانی
- نیازسنجی دقیق قبل از خرید دارو
- مدیریت مصرف و خرید دارو و لوازم
- خرید لوازم و تجهیزات از هیات امنای ارزی در اولویت نخست

### جمع آوری داروهای مازاد از انبار بخش‌ها

- در راستای اصلاح انبارش داروهای بلا استفاده و مازاد بر نیاز منقضي شده یا نزدیک به اتمام تاریخ انقضاء در بخش‌های بالینی به دلایلی از قبیل قابل مرجوع نبودن داروهای استفاده

نشده برای بیماران بعد از اجرای برنامه اصالت سنجی دارویی به علت سوخت بارکد اختصاصی دارو، داروهای استفاده نشده با شماره پذیرش بیمار به داروخانه ارسال و داروخانه بعد از کم کردن مبلغ دارو از حساب بیمار بار، کد دارویی مرجوع شده را در فایل اکسل نگهداری و در نسخ بعدی بیماران بعدی قابل استفاده می‌نماید.

- خرید لوازم عمل اسلیو (کارت‌ریج و...)، خرید لوازم جهت اعمال جراحی ارولوژی از جمله لوپ‌های یک و سه پایه همچنین تامین device و لوازم مصرفی مورد نیاز سایر پروسیجرها از جمله EPS و

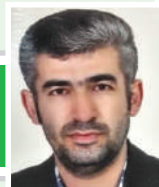
غیره توسط بیمارستان، قبل از لوازم مورد نیاز اعمال جراحی و پروسیجرهای درمانی توسط خود بیمار از شرکت‌ها یا واسطه‌گرها خریداری می‌شد که این روند علاوه بر در پی داشتن شکایات متعدد از طرف بیمار برای بیمارستان آورده و سودی نداشت.

جلسات متعدد در این خصوص با حضور صاحبان فرایند تشکیل گردید و براساس تصمیم جلسه مقرر گردید داروخانه بیمارستان وسایل مورد نیاز اعمال جراحی فوق را تهیه که بعد از استفاده جهت بیمار در صورت حساب بیمار بصورت قانونی درج شود.

### محدود کردن خرید داروهای گران قیمت

داروهای گران قیمت (IVIG، آلبومین و غیره) تجویز شده جهت مصرف بیمار توسط پزشک معالج و بعد از بررسی معاونت درمان بیمارستان تعدیل می‌شود.





اعضای تیم تجربه: سعادت جلیلی، معاون توسعه مدیریت و منابع اردبیل / دکتر پیمان آخرین، کارشناس معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه اردبیل

واحد ارائه دهنده: معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

#### مقدمه

بدون شک با ارزش ترین و مهم ترین دارایی ذاتی یک سازمان، اموال غیر منقول آن سازمان هست. با نگاهی به ارزش مادی و روز اموال غیرمنقول، می توان به این نکته اساسی پی برد، که در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هیچ اموال منقولی حتی با عنایت به گستردگی ارائه خدمات و وجود صدها عدد از اموال و تجهیزات پزشکی با ارزش ریالی بالا، نمی تواند حتی درصد کوچکی از ارزش اموال غیرمنقول را جبران نماید.

#### رویداد یا مسئله

اموال در هر سازمانی بر دو قسم است: منقول و غیرمنقول.

مال غیرمنقول آن است که از محلی به محل دیگر نتوان نقل نمود، اعم از این که استقرار آن ذاتی باشد یا به واسطه ی عمل انسان، به نحوی که نقل آن مستلزم خرابی یا نقص خود مال یا محل آن شود. اما اموال منقول، اشیایی که نقل آن از محلی به محل دیگر ممکن باشد بدون این که به خود یا محل آن خرابی وارد آید.

تمامی سازمان های دولتی و بالاخص دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به دلیل وسعت خدمات و ارائه خدمات مویرگی در تمامی نقاط کشور شامل بزرگ ترین شهرها تا دور افتاده ترین روستاها، دارای اموال غیر

## ساماندهی اموال غیرمنقول و ایجاد بانک اطلاعاتی املاک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

منقول می باشند و به جهت نوع نگاه اقتصادی و فرهنگی قاطبه در کشور و نقد شوندگی مناسب و همچنین با عنایت به اینکه ارائه هر گونه خدمات نیاز به ساختمان و زمین در دانشگاه ها دارد، اموال غیرمنقول دارای بیش ترین ارزش مادی و معنوی در سازمان ها می باشد. در سال ۱۳۹۴ فقط تعدادی سند و بنچاق و قرارداد، به همراه یک لیست نامرتب به عنوان لیست املاک دانشگاه موجود بود. پس از بالا رفتن قیمت زمین و ساختمان و افزایش چند برابری ارزش اموال غیرمنقول، گاهی اوقات دستکاری در اسناد مالکیت و دست اندازی و تعرض برخی سازمان ها و افراد در زمین ها و اموال دانشگاه مشاهده می گردید. بطور نمونه، یک سازمان دولتی با این نگاه که سازمان دولتی است، ضمن تملک قسمتی از خانه بهداشت در یکی از روستاهای گردشگری استان، اقدام به احداث ساختمان نموده بود و یا در موردی دیگر برخی مسئولین شهرستان به دلایلی و بدون طی نمودن مراحل اداری قانونی، قسمتی از یک زمین متعلق به دانشگاه را تفکیک و برای احداث ساختمان اداری به یکی از نهادهای دولتی اختصاص داده بودند که نیاز به مداخله جدی دانشگاه در این خصوص را می طلبد. همین مسائل موجب شد تا جرعه فکر ایجاد بانک جامع و کامل از املاک دانشگاه با تمامی متعلقات اعم از سند و بنچاق و نقشه و سایر مستندات زده شود.

#### شرح تجربه

در بررسی و مطالعه اولیه مشاهده گردید بسیاری از املاک دانشگاه لیست برداری نشده و اقدامی جهت حفظ و نگهداری آنها بصورت جدی و عملی انجام نشده است. با اخذ مشاوره از برخی از وکلا و قضات دادگستری در زمینه اموال غیرمنقول، در ابتدا ضمن نامه نگاری با اداره ثبت اسناد و املاک استان، سازمان مسکن و شهرسازی، شهرداری و سایر نهادها و سازمان هایی که با بانک زمین درگیر بودند، درخواست نمودیم تا تمامی اموال غیر منقول که به نام دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و یا اسامی مشابه باشد به این دانشگاه با ذکر مشخصات اعلام گردد. منظور از اسامی مشابه دانشگاه، عناوین سازمانی ثبت شده سال های گذشته این دانشگاه و واحدهای تابعه می باشد. از قبیل: وزارت بهداشتی، وزارت صحت، مرکز بهداشت، دانشگاه و غیره. پس از پیگیری های مستمر، لیست املاک دانشگاه از واحدها و ادارات زیرمجموعه دانشگاه جمع آوری گردید و ضرورت بررسی جزئیات بیشتر و جامع نمودن آن محرز شد. با پیشنهاد مدیر وقت حقوقی دانشگاه، نمایندگان املاک برای تمامی واحدهای زیر مجموعه شهرستانی انتخاب و نشست



۴۷

سابقاً در خصوص املاک کار کرده بودند جهت شناسایی و تملک دانشگاه، شناسایی و تملک گردید. (در آن خصوص از اطلاعات شفاهی برخی همکاران که سابقه همکاری در این حوزه را داشتند، کمک گرفته شد)

#### نتایج اجرای (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد)

با عنایت به دستورالعمل‌های ابلاغی سال ۱۳۹۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، اموال غیر منقول دانشگاه، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت و ارزش ساختمان‌ها و زمین‌های در اختیار دانشگاه در حدود سی هزار میلیارد ریال برآورده شد. در خصوص ۴۵ فقره املاکی که در دانشگاه اطلاعات آن موجود نبود اما متعلق به دانشگاه بود نظیر زمین‌های گل‌سار، مخابرات، سراه نیاز، فرهنگیان پارس آباد، زمین مسکن شهرسازی پارس آباد، زمین تختی بیله سوار، زمین روستای بوسجین و سایر زمین‌ها، طی برآوردی به صورت تقریبی در طی سال ۱۳۹۶ مبلغ ریالی بالغ بر ۶۴۰ میلیارد ریال از املاک به دانشگاه اضافه گردید و در نهایت در خصوص املاکی که مورد تعرض و تملک غیر قرار گرفته بود نیز با طی مراحل قانونی و استفاده از ابزار مراجع قضایی و دادستان‌های استان، ده‌ها ملک مورد تعرض قرار گرفته، از متعرضین رفع تملک شد که می‌توان ارزش تقریبی اموالی که در آن مقطع مورد رفع تعارض قرار گرفت را بصورت حدودی در سال ۱۳۹۸، بیش از ۱۰۰ میلیارد ریال بیان کرد.

#### پیشنهاد

در بسیاری از دانشگاه‌ها دلیل عدم وجود پست سازمانی و تشکیلات مصوب برای مسئولین املاک و شناور بودن مسئولین مذکور با چنین مشکلاتی مواجه هستند که با الگوبرداری از تجربه معرفی شده، پیشنهاد می‌گردد ضمن بهره‌برداری از دستورالعمل‌های کشوری، سیستم‌های نرم‌افزاری و تدوین دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های داخلی، بصورت ویژه نسبت به ایجاد و تکمیل بانک‌های اطلاعاتی اموال غیر منقول در دانشگاه خود اقدام نموده و پیگیری‌های لازم در خصوص شناسایی اموال غیر منقول و رفع تعارض از املاک دارای تعارض و اخذ سند برای املاک، اقدام نمایند.

مشترک برگزار گردید. طی جلسه مذکور ضمن بارش افکار و ارائه راه‌حلی مناسب توسط مدعوین مقرر گردید، هر یک از واحدهای تابعه دانشگاه نیز اقدام مشابه در خصوص استعلام املاک تحت پوشش خود را از طریق تعامل با نهادها و سازمان‌های مرتبط با بانک زمین و اداره ثبت اسناد و املاک شهرستان‌ها بعمل آورند. نتیجه پیگیری‌ها اقدامات انجام شده منجر به شناسایی ده‌ها قطعه زمین متعلق به دانشگاه، با ارزش ریالی چشم‌گیر، گاه‌گاه ۴۵۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۵ گردید. در ادامه فرآیند کار با هماهنگی مجموعه همکاران و تلاشی شبانه‌روزی، اقداماتی در جهت جمع‌آوری و مستندسازی اموال غیرمنقول و ایجاد بانک جامع اطلاعاتی املاک آغاز گردید. با همکاری و تعهد خاص همکاران اقدامات به پیش رفت و ضمن ثبت اطلاعات کلیه املاک دانشگاه در سامانه‌های امور حقوقی وزارت و سادا (سامانه اموال دستگاه‌های اجرایی وزارت اقتصاد و امور دارائی کشور) و پس از حدود یکسال تلاش مضاعف و شبانه‌روزی، بانکی جامع از اطلاعات املاک به همراه مدارک، نقشه‌ها، مستندات و اسناد جمع‌آوری و برای هر کدام از زمین‌ها و ساختمان‌های دانشگاه پرونده و شناسنامه تهیه شد. همچنین برای زمین‌ها و اموالی که توسط برخی افراد یا سازمان‌ها بصورت غیر قانونی قسمتی یا بصورت کلی تملک شده بود، در مراجع قضائی اقامه دعوی شده و پیگیری گردید.

همچنین برای تمامی املاک فاقد سند در جهت اخذ اسناد مالکیت اقدام شد. نتیجه این اقدامات موجب شد تا نزدیک به ۱۰۰۰ میلیارد ریال زمین متعلق به دانشگاه از تصرف افراد و یا سازمان‌ها خارج گردد. برای قریب به ۸۰ درصد املاک دانشگاه اسناد مالکیت شناسایی یا اخذ گردید و در نهایت تعداد ۴۵ زمین و ساختمان که هیچ نشانی از آنها در لیست املاک وجود نداشت، شایان ذکر است اطلاعات شفاهی برخی همکاران که



## بخش سوم: پیشنهادهای کاربردی و ایده‌های خلاقانه



این بخش با هدف به اشتراک گذاری پیشنهادات کاربردی و ایده‌های خلاقانه کارکنان مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است.





# کنترل و بهینه سازی مصرف مواد شیمیایی و مصرفی آزمایشگاهی از طریق تشکیل بانک جامع مواد

۴۹

- افزایش میزان بهره وری از طریق کنترل میزان مصرف مواد شیمیایی و مصرفی
- پایش میزان مصرف منطقی مواد شیمیایی و مصرفی

## اشکالات و مسائل فعلی

- عدم استفاده بهینه از آزمایشگاه‌های دانشگاه و صرفه جویی در خرید مواد مصرفی و مواد شیمیایی جهت طرح‌ها و پایان نامه‌های دانشجویی
- یکپارچه نبودن کلیه مواد شیمیایی و مصرفی دانشگاه با توجه به گستردگی و تنوع آزمایشگاه‌ها
- محدودیت منابع مالی دانشگاه در تامین مواد مصرفی
- عدم وجود قانون مدون و رویه مشترک در امر خرید، مصرف و انبارگردانی مواد شیمیایی و مصرفی در آزمایشگاه‌ها
- عدم وجود اطلاعات کافی و فراگیر از تعداد، تنوع و میزان مواد شیمیایی در آزمایشگاه‌ها
- هدررفت منابع مالی در روند تهیه، خرید و مصرف مواد شیمیایی و خرید از مراکز معتبر
- عادلانه نبودن توزیع منابع در خرید مواد شیمیایی و مصرفی جهت همه آزمایشگاه‌ها براساس الگو طراحی شده از طرف کمیته‌های مربوطه
- وجود مواد شیمیایی و مصرفی در برخی انبارها و آزمایشگاه‌ها که قبلاً خریداری شده و مورد نیاز آنها نیست.
- خروج ارز از کشور به دلیل خرید بی مورد مواد شیمیایی و مصرفی گران قیمت علی‌رغم موجود بودن آنها در منابع داخل دانشگاه
- لزوم تدوین و تکمیل قوانین و صدور مجوز در خصوص خریدهای درحین آزمایش که نیاز به منابع مالی جدید و هماهنگی با آزمایشگاه دارد.
- عدم وجود سیستم پایش و کنترل میزان مصرف مواد شیمیایی و زیستی
- خریدهای تکراری مواد شیمیایی و مصرفی بدون توجه به موجودی انبار و در نتیجه دیو و غیر قابل مصرف شدن بخش عظیمی از مواد
- عدم وجود سیستم جامع قابل جستجو در دسترس اساتید و پژوهشگران و عدم اطلاع آنها از لیست منابع مواد شیمیایی و مصرفی دانشگاه
- وجود ضعف در سیستم پایش مصرف منابع مواد شیمیایی
- عدم وجود ارتباط موثر مابین واحدهای مختلف دانشگاه از لحاظ به اشتراک گذاری منابع مواد شیمیایی و مصرفی

دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی همدان، معاونت تحقیقات و فناوری پیشنها د دهندگان: (نویسنده اصلی): دکتر رضا شکوهی، معاون تحقیقات و فناوری / حسن ذوالقدرنسب، معاونت تحقیقات و فناوری / دکتر محمد خزایی، معاونت تحقیقات و فناوری / دکتر امید حیدری شایسته، معاونت تحقیقات و فناوری

## مقدمه

با عنایت به اینکه بخش مهمی از منابع دانشگاه در حوزه تحقیقات مربوط به طرح‌های تحقیقاتی و پایان نامه‌های دانشجویی بوده و سهم عمده این طرح‌ها صرف خرید مواد شیمیایی و مواد مصرفی می‌شود و لزوم کنترل میزان مصرف مواد شیمیایی و مصرفی و همچنین مشکل دیو شدن و غیر قابل مصرف شدن بخشی از آن‌ها طی سالیان متوالی باعث شده است تا تشکیل بانک جامع مواد دانشگاه به عنوان یک ضرورت بسیار مهم مطرح گردد.

از آنجا که تهیه، توزیع، مصرف و تحویل مواد باقیمانده در آزمایشگاه‌ها و نحوه خرید و تحویل آن دارای ساز و کار مشخص و یکپارچه نمی‌باشد، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان اقدام به تدوین و اجرای دستورالعمل جامع با اهداف ذیل در این حوزه نموده است.

- جلوگیری از هدر رفت منابع مالی و مواد شیمیایی از طریق تشکیل سیستم جامع کنترل مصرف
- سهولت در انتخاب مواد در کوتاه ترین زمان ممکن

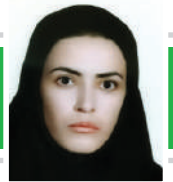
### شرح روش پیشنهادی

- لازم است لیست کاملی از مواد شیمیایی مرتبط با فعالیت های تحقیقاتی در آزمایشگاه های دانشگاه به تفکیک نام مواد و مشخصات کامل آنها به صورت اکسل تهیه گردیده و به صورت گروهی وارد بانک مواد شیمیایی در مازول مربوطه در نرم افزار پژوهش بار خواهد شد.
- بانک مواد شیمیایی در منوی پژوهش یار و در صفحه ثبت پروپوزالها دیده شود و باید قابلیت انتخاب از همه آزمایشگاه ها به صورت کلی و تک تک را داشته و قابل جستجو هم باشد. ضمناً افزودن مواد شیمیایی و کم کردن آن باعث بروزسانی در لیست شود.
- در صفحه ارائه پژوهش جدید در ژیرو، محقق از لیست بانک مواد شیمیایی، موارد درخواستی را انتخاب می کند و به نام محقق و طرح / پایان نامه مربوطه ثبت می شود که با درخواست محقق مقدار درخواستی از مقدار موجودی مواد کم می شود (به طور موقت) و همزمان لیست درخواستی به آزمایشگاه مربوطه ارسال می گردد.
- مواد شیمیایی درخواستی از پژوهشگر در آزمایشگاه های طی لیستی در پورتال آزمایشگاه دیده شده که با تایید کارشناس بصورت قطعی از مقدار آن کاسته می شود و سیستمی ثبت می شود. در نهایت تحویل فیزیکی مواد انجام شده و رسید تحویل از سیستم پرینت گرفته می شود.

#### فلوچارت استفاده از بانک مواد شیمیایی



## تربیت نیروی کار ماهر و متخصص در انجام نورومانیتورینگ به منظور تبدیل IOM به یک استاندارد درمانی



دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان / معاونت درمان / اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث  
پیشنهاد دهنده: لیلا کمالی، واحد اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

### مقدمه

عوارض بعد از عمل جراحی اعصاب از مصائب و مشکلاتی هستند که بیماران و بسیاری از جراحان را با چالش‌های بسیار زیادی مواجه ساخته است. مشکلاتی که بار مالی و روانی زیادی را بر دوش خانواده و جامعه وارد می‌سازد. بنابراین استفاده از راهکاری که بتوان به واسطه آن عوارض ناخواسته این گونه عمل‌ها را کاهش داد توصیه می‌گردد. امروزه به موازات پیشرفت علم پزشکی، محققین و متخصصین بر این باورند که ثبت اطلاعات از وضعیت آناتومیکی بیمار در حین عمل جراحی، می‌تواند در پیشگیری از ایجاد این عوارض ناخواسته و موفقیت عمل جراحی موثر باشد. تا جایی که تحریک و ثبت الکتروفیزیولوژی یا به عبارتی نورومانیتورینگ در حین اعمال جراحی اعصاب، ارتوپدی و جراحی عروق به تدریج جز استانداردهای درمانی قرار گرفت و در کنار سایر استانداردهای مربوطه مانند X-Ray و تهیه تصاویر اولتراسوند، اطلاعاتی در رابطه با عملکرد سیستم عصبی بیمار بیهوش فراهم می‌نماید. نورومانیتورینگ اگر چه جزء استانداردهای انجام جراحی در کشورهای اروپایی است، اما متأسفانه در ایران از پیشرفت چندانی برخوردار نیست. نورومانیتورینگ به عنوان تکنیکی مطمئن در ارزیابی یکپارچگی سیستم عصبی هنگام انجام عمل‌های جراحی اعصاب صورت می‌گیرد. استفاده از این روش در عمل‌های جراحی اعصاب با توجه به تقاضای بالای بیماران و پزشکان، عمدتاً به منظور پیشگیری از عوارض بعد از عمل و کوتاه کردن دوره ریکاوری بعد از عمل شدیداً احساس می‌شود. انجام عمل

جراحی بدون همراهی با نورومانیتورینگ، مشکلات، مصائب و عوارضی را به همراه دارد، به عنوان مثال، اختلالات حسی، حرکتی، رفتاری و کلامی که به دنبال صدمات ایسکمی و مکانیکال در حین عمل، اتفاق خواهد افتاد. به تبع ایجاد این ضایعات، جهت بهبود شرایط بالینی بیمار و با توصیه پزشک خدمات توانبخشی در یک بازه زمانی طولانی ارائه خواهد شد. در حین دریافت این خدمات، بار روانی و مالی جبران ناپذیری بر دوش بیمار و جامعه وارد خواهد شد که در اکثر مواقع بیمار را با چالش‌های جدیدی در سطح جامعه مواجه خواهد ساخت. بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع و در راستای هدف بیمار محوری، بیمارستان‌های دولتی به عنوان بخش ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران نیازمند و نیز به منظور انجام یک عمل موفقیت‌آمیز جراحی اعصاب با حداقل عوارض بعد از عمل ناگزیر به فراهم‌آوری شرایط مناسب جهت رسیدن به این مهم می‌باشند که با برنامه ریزی جهت برگزاری کارگاه‌های آموزشی و تربیت نیروی ماهر در زمینه نورومانیتورینگ به عنوان موثرترین و مهم‌ترین تدابیر اندیشیده شده محقق خواهد شد.

### اشکالات و مسائل فعلی

نورومانیتورینگ اگر چه جزء استانداردهای انجام جراحی در کشورهای اروپایی است، اما متأسفانه در ایران هنوز این فیلد وارد فضای آکادمیک نشده و همچنان با نیروی کار تجربی در انحصار بخش خصوصی آن هم به صورت محدود است. که در بخش دولتی، تنها در صورت درخواست پزشک، وجود نیروی کافی در بخش خصوصی و استطاعت مالی بیمار، این نیاز از سمت بخش خصوصی مرتفع می‌شود. این فرایند ممکن است بدون این که به لحاظ مالی سودی عاید بیمارستان پذیرش دهنده کند بار مالی زیادی به بیمار تحمیل می‌نماید. توجه به این نکته حائز اهمیت است که اکثر مراجعات به بخش دولتی شامل قشر کم درآمد جامعه است که نیاز به حمایت همه جانبه از سوی صاحبان درآمد دارند. انجام عمل جراحی بدون همراهی با نورومانیتورینگ مشکلات و مصائبی را به همراه دارد. به عنوان مثال، عوارض جبران ناپذیری که به دنبال صدمات ایسکمی و مکانیکال در حین عمل اتفاق می‌افتد، بار روانی و مالی جبران ناپذیری بر دوش بیمار و جامعه وارد خواهد ساخت، که در اکثر مواقع بیمار را با چالش‌های جدیدی در سطح جامعه مواجه خواهد ساخت.

### شرح روش پیشنهادی

برگزاری کارگاه‌های مستمر آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی، جهت تربیت نیروی کار ماهر و متخصص در انجام نورومانیتورینگ به منظور تبدیل (IOM) (intraoperative monitoring) به یک استاندارد درمانی با دعوت از اساتید فعال در این حوزه.

۱. مانیتورینگ عصبی حین عمل

## توسعه نرم افزار جامع کنترل قرارداد و تضمینات

به منظور کنترل و نظارت بر قراردادها و تضمینات شرکت های طرف قرارداد با

دانشگاه از ابتدای برگزاری مناقصه تا تسویه حساب نهایی و آزادسازی تضمین

و سررسید شدن برخی ضمانتنامه ها بدون اینکه تمدید گردند، دانشگاه در این خصوص متحمل ضرر و زیان شده است. از طرفی نگهداری و کنترل سررسید تضمینات باعث ایجاد مسئولیت برای سازمان می گردد و هرچه مدت زمان تسویه حساب طولانی تر گردد احتمال مسئولیت نگهداری تضمینات بیشتر خواهد شد و از طرفی احتمال سررسید شدن تضمین بالاتر خواهد رفت همچنین شرکت نیز می بایست در هر دوره تضمین را تمدید کند که هزینه هایی برای ایشان در پی خواهد داشت. از طرفی این نرم افزار بسیار ضعیف و محدود (جزیره ای) می باشد و تکمیل کردن اطلاعات آن خارج از حوصله کار بر می باشد و در ضمن تحت وب نیست و قابلیت هشدارهایی مانند ارسال پیام به گوشی همراه نیست و....

### شرح روش

در این روش از ابتدای برگزاری مناقصه، اسناد مناقصه در آن بارگذاری خواهد شد و سپس صورتجلسه بازگشایی پاکت های مناقصه و برنده نهایی نیز ثبت خواهد گردید و در این مرحله با توجه به اطلاعات حساب بانکی شرکت کنندگان که در نرم افزار ثبت شده است، امور مالی با درخواستی که از طرف مسئول امور قراردادها ارسال می گردد اقدام به آزادسازی تضمینات شرکت کنندگان در مناقصه می نماید و سپس با ارائه و بارگذاری تضمین و قرارداد در این نرم افزار که قابلیت رویت برای امور مالی و سایر افراد مجاز می باشد (قابلیت ثبت و ویرایش فقط توسط مدیریت امور قراردادها) جهت اجرا به واحد مربوطه ارسال می گردد و با هر پرداخت می توان اطلاعات پرداخت را در این نرم افزار توسط امور مالی ثبت نمود و پس از پایان مدت قرارداد اقدام به ارسال نامه مفاصا حساب و ارائه و ثبت آن در نرم افزار می نماید و سایر نامه ها جهت تسویه حساب با اداره امور مالیاتی و ارزش افزوده و... در نهایت آزاد سازی تضمینات قرارداد و تسویه کامل می گردد. در این روش با توجه به یکتا بودن کد اقتصادی و شناسه ملی شرکت، سابقه و عملکرد شرکت و مراحل تسویه و آخرین اقدامات آن ثبت و کنترل می گردد همچنین جهت جلوگیری از ابطال تضمینات در زمانی که مدیر مالی خارج از سازمان می باشد یا به دلیل حجم بالای کار و فراموشی و دسترسی به تاریخ ابطال تضمین ندارد، این سامانه قابلیت ارسال هشدار (آلارم) به صفحه مانیتور از طریق پیامک به گوشی مدیر مالی می باشد.

### مزیت های اجرای این پیشنهاد

۱. کنترل، نظارت و مدیریت قراردادها
۲. دسترسی آسان به اطلاعات مورد نیاز
۳. تحت وب بودن نرم افزار و دسترسی از طریق گوشی تلفن همراه
۴. ارسال هشدار به صورت پیامک جهت جلوگیری از سر رسید شدن تضمینات
۵. سطح دسترسی مدیران استانی و نظارتی به کل قراردادهای موجود در دانشگاه
۶. شفافیت در اجرای مناقصات
۷. جلوگیری از ایجاد ضرر و زیان به دانشگاه بابت عدم تمدید و سر رسید شدن تضمینات شرکت ها نزد دانشگاه
۸. عدم تسویه حساب به موقع بابت برداشت های بیمه تامین اجتماعی از حساب های دانشگاه
۹. ایجاد بانک اطلاعاتی و سوابق قراردادها

دانشگاه و واحد ارائه دهنده: دانشگاه علوم پزشکی علوم پزشکی لرستان / معاونت توسعه امور مالی / پیشنهاد دهنده: مهدی دلفان، معاون امور مالی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

### مقدمه

با توجه به تاکید دولت بر واگذاری خدمات دولتی به بخش خصوصی قسمت قابل توجهی از خدمات این دانشگاه به بخش خصوصی از طریق مناقصه ارائه می گردد لذا کنترل و نظارت بر قراردادها در هر سازمان از اهمیت زیادی برخوردار می باشد از اینرو طراحی سیستمی یکپارچه جهت ثبت و کنترل قرارداد از این دیدگاه ضروری به نظر می رسد تا بدینوسیله سوابق، روند اجرا و تسویه نهایی کنترل و در نهایت باعث جلوگیری از هزینه های اضافه و ضرر و زیان برای سازمان و رضایت شرکت های طرف قرارداد می گردد.

### اشکالات و مسائل فعلی

در بسیاری از موارد آمار دقیقی از شرکت های طرف قرارداد و نحوه تسویه حساب مالی با آنها موجود نیست و با جابجایی مدیران این اطلاعات تا حدی از دسترس خارج می شوند، از اینرو مشاهده گردیده که شرکت هایی که از قبل تسویه مالی نشده اند از طرف سازمان تامین اجتماعی مبالغی بابت عدم ارسال مفاصا حساب به همراه جرائم سنگین از حساب های دانشگاه برداشت گردیده و این بدهی ها به قدری افزایش می یابند که تضمینات شرکت کفاف جبران آن را نمی دهد که از این جهت دانشگاه متحمل ضرر خواهد گردید. همچنین با توجه به اینکه دانشگاه دارای سامانه مدیریت ضمانتنامه در اداره حسابداری منابع و تامین اعتبار می باشد بعضاً رویت شده که ضمانتنامه های بانکی در واحدهایی غیر از این اداره نگهداری می شود (پراکندگی و عدم وحدت رویه در نگهداری از تضمینات) و جهت آنها هیچگونه اطلاعاتی در سامانه ثبت نمی گردد، لازم به ذکر است با توجه به اهمیت موضوع

## بخش چهارم: دانشنامه



این بخش با هدف ارائه مقالات و مطالب علمی و تخصصی در حوزه‌های مختلف نظام سلامت و معرفی رویدادها، افتخارات، دستاوردها و اقدامات مدیریت دانش در مجموعه وزارت بهداشت تدوین شده است.

### مقدمه

امروزه نظام‌های سلامت، الگوهایی از یک یا چند طرح اولیه‌اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفته‌اند و به تدریج اصلاح شدند. یکی از این الگوها، پوشش اکثریت یا همگانی شهروندان در صندوق‌های بیمه اجتماعی از طریق پرداخت‌های اجباری کارفرمایان و کارگران است که با روش ارائه خدمت به دو شیوه ارائه‌کنندگان خصوصی و دولتی صورت می‌گیرد. یکی دیگر از این الگوها که تا حدودی جدیدتر است، برنامه ریزی و تأمین مالی را به گونه‌ای مرکزگرا شکل می‌دهد و عمدتاً بر درآمدهای مالیاتی و ارائه خدمات دولتی متکی است. در الگوی بعدی مشارکت حکومت محدودتر اما کماکان قابل توجه است. نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد متوسط، تمایل دارند که ترکیبی از دو یا هر سه نوع الگو را داشته باشند. یکی از بحث‌های مهم در نظام‌های سلامت بحث تولید است. تولید به دلایل بسیاری از سایر کارکردهای نظام سلامت (تولید منابع، تأمین مالی، ارائه خدمت) متفاوت و از آنها مهمتر است. تولید نه تنها در سایر کارکردها تأثیر می‌گذارد بلکه امکان دستیابی به هریک از اهداف نظام سلامت را نیز فراهم می‌سازد. تولید نظام سلامت مسئولیت دولت است. جهت انجام این مسئولیت نیاز به چشم انداز و سیاست جامع و متفکرانه وجود خواهد داشت. آنچه از بررسی نظام‌های سلامت موفق جهان مشاهده می‌شود این است که قوانین و مقررات مناسب و تبعیت کامل از قوانین در این کشورها وجود دارد و سیاستگذاری در حیطه سلامت با مشارکت

## مطالعه تطبیقی بررسی جایگاه حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در ساختار بخش سلامت وزارت بهداشت کشورهای منتخب

دینفعان مختلف فعال در حوزه سلامت شکل می‌گیرد. برعکس، کشورهای دارای نظام سلامت با عملکرد ناموفق با اینکه قوانین مکتوب و جزئی هم دارند ولی در عمل این قوانین فقط وضع می‌گردند و پایبندی به آنها دیده نمی‌شود. اکثراً در این نظام‌ها یک نهاد بسیار مرکزگرا و سلسله‌مراتبی وجود دارد که بیشتر تصمیمات و سیاستگذاری‌ها را یکجانبه و بدون مشارکت دینفعان دیگر نظام سلامت، تنظیم و اجرا می‌کنند. بنابراین نقش نظام برنامه‌ریزی و سیاستگذاری کارا و اثربخش در عملکرد موفق کشورها در حوزه سلامت غیرقابل انکار است. این پژوهش بر آن است تا با مطالعه تطبیقی جایگاه حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی از بعد ساختار سازمانی (شامل چارت کلان و خرد، رسالت و اختیارات) در وزارت بهداشت در کشورهای منتخب، الگویی کارآمد (Effective & Efficient) برای ایران ارائه دهد.

### یافته‌های پژوهش:

به منظور شناسایی و مقایسه جایگاه حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی از بعد ساختار سازمانی در کشورهای منتخب، با استفاده از مطالعه تطبیقی چند کشور انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارتند از:

- کشورهایی که هم در منطقه EMRO و هم در سایر نقاط جهان هستند.
- اطلاعات مورد نیاز در رابطه با موضوع مورد پژوهش موجود و قابل دسترسی باشند.
- در حوزه سلامت پیش‌تاز باشند.

بر این اساس کشورهای ترکیه، آذربایجان، امارات متحده عربی، مالزی، سوئیس، انگلستان، ژاپن، غنا، فرانسه، کنیا، استرالیا، کانادا، تایلند و فیلیپین بررسی شدند. در این مطالعه، ساختار کشورهای منتخب در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی حوزه سلامت بررسی شد و براساس مرور متون و معیارهایی که گفته شد ۱۴ کشور وارد مطالعه تطبیقی شدند. برخی از شاخص‌های کلیدی کشورهای منتخب در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱- مقایسه شاخص‌های کلیدی در کشورهای منتخب (۲۰۲۰)

شاخص‌ها	جمعیت (نفر ۱۰۰۰)	سطح اقتصاد درآمدی	منطقه	شاخص توسعه انسانی Human Development Index (HDI)	رتبه بندی شاخص توسعه انسانی (HDI RANK)
ترکیه	۸۵۲۲۲	متوسط رو به بالا	اروپا	۰٫۸۲۰	رشد بسیار بالا
آذربایجان	۱۰۲۲۸	متوسط رو به بالا	اروپا	۰٫۷۵۶	رشد بالا
امارات متحده عربی	۱۰۰۰۷	بالا	مدیترانه شرقی	۰٫۸۹۰	رشد بسیار بالا
مالزی	۳۲۷۷۱	متوسط رو به بالا	اقیانوس آرام غربی	۰٫۸۱۰	رشد بسیار بالا
انگلستان	۶۸۲۴۷	بالا	اروپا	۰٫۹۳۲	رشد بسیار بالا
ژاپن	۱۲۶۰۸۹	بالا	اقیانوس آرام غربی	۰٫۹۱۹	رشد بسیار بالا
غنا	۳۱۷۴۹	متوسط رو به پایین	آفریقا	۰٫۶۱۱	رشد متوسط
فرانسه	۶۵۴۱۹	بالا	اروپا	۰٫۹۰۱	رشد بسیار بالا
کنیا	۵۵۰۰۹	متوسط رو به پایین	آفریقا	۰٫۶۰۱	رشد متوسط
استرالیا	۲۵۸۰۳	بالا	اقیانوس آرام غربی	۰٫۹۴۴	رشد بسیار بالا
کانادا	۳۸۰۷۹	بالا	آمریکا	۰٫۹۲۹	رشد بسیار بالا
تایلند	۶۹۹۷۶	متوسط رو به بالا	جنوب شرقی آسیا	۰٫۷۷۷	رشد بالا
فیلیپین	۱۱۱۰۸۱	متوسط رو به پایین	اقیانوس آرام غربی	۰٫۷۱۸	رشد بالا
ایران	۸۵۰۴۳	متوسط رو به بالا	مدیترانه شرقی	۰٫۷۸۳	رشد بالا

۵۵

از بین کشورهای منتخب، کشورهای ترکیه و تایلند از نظر جمعیت و سطح اقتصاد درآمدی بیشترین شباهت را به کشور ایران دارند. کشورهای آذربایجان و فیلیپین از نظر رتبه بندی شاخص توسعه انسانی مانند کشور ایران از رشد بالایی برخوردار هستند. کشور امارات متحده عربی بر اساس توزیع منطقه‌ای WHO در منطقه مدیترانه شرقی قرار دارد که به دلیل این شباهت منطقه‌ای، جزو کشورهای مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین کشور امارات جزو کشورهای پیشتاز در شاخص توسعه انسانی است. کشورهای سوئیس، انگلستان، ژاپن، فرانسه، استرالیا و کانادا کشورهای پیشتاز در حوزه سلامت هستند و از رشد بسیار بالایی در شاخص توسعه انسانی برخوردارند. نظام‌های سلامت در جنوب شرقی آسیا به طور قابل توجهی متفاوت هستند زیرا کشورها در مراحل مختلف توسعه قرار دارند و دارای سیستم‌های سیاسی مختلفی هستند، اما همه آنها درگیر اصلاح روش‌های تأمین مالی و سازماندهی سیستم بهداشتی هستند.

جدول ۲- عنوان وزارت بهداشت کشورهای منتخب

نام کشور	عنوان وزارت بهداشت	
Turkey	Ministry of Health	وزارت بهداشت
Azerbaijan	Ministry of Public Health	وزارت بهداشت عمومی
United Arab Emirates	Ministry of Health and Prevention	وزارت بهداشت و پیشگیری
Malaysia	Ministry of Health	وزارت بهداشت
Switzerland	Federal Office of Public Health	دفتر بهداشت عمومی فدرال
United Kingdom	Department of Health and Social Care	وزارت بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی
Japan	Ministry of Public Health	وزارت بهداشت عمومی
Ghana	Ministry of Health	وزارت بهداشت
France	Ministry of Social Affairs and Health	وزارت امور اجتماعی و بهداشت
Kenya	Ministry of Health	وزارت بهداشت
Australia	Department of health	وزارت بهداشت
Canada	Health Canada	بهداشت کانادا
Thailand	Ministry of Public Health	وزارت بهداشت عمومی
Philippine	Department of Health	وزارت بهداشت
Iran	Ministry of Health and Medical Education	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



## نتیجه گیری

مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی پیوسته تغییر می‌کند. از طرفی، بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌انگیز سلامت دائماً در حال تغییر اند. بنابراین برای تحقق اهداف نظام سلامت با توجه به محیط دائماً در حال تغییر، چاره‌ای نیست جز آن که با برنامه‌ریزی‌های پویا و دقیق، پیش‌بینی و آینده‌نگاری‌های لازم صورت پذیرد که یکی از الزامات آن در نظر گرفتن جایگاه و ساختاری مشخص به منظور سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه سلامت است. براساس نتایج مطالعه انجام شده، در ساختار سازمانی وزارت بهداشت کشورهای مختلف مورد مطالعه، با توجه به نظام‌های مختلف برنامه‌ریزی (متمرکز، غیرمتمرکز) و زمینه (context) آن کشور می‌توان واحدهایی را به عنوان واحد برنامه‌ریزی در چارت سازمانی وزارت بهداشت آن کشور در نظر گرفت. در برخی از وزارتخانه‌ها جایگاه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی به عنوان بخشی در سطوح بالای اختیار مثلاً در قالب یک معاونت وجود داشت و در برخی دیگر واحد برنامه‌ریزی در قالب یک دفتر و یا به صورت اداری در معاونت‌های مختلف در نظر گرفته شده بود.

آنچه مسلم است این که واحد برنامه‌ریزی به عنوان بازوی اصلی و مشورتی سایر دپارتمان‌ها با توجه به وظایف و ماموریت‌های خود که می‌بایست نقشه راه، برنامه‌های استراتژیک و بلند مدت و استراتژی‌های وزارتخانه را با همکاری سایر حوزه‌های تخصصی تدوین نماید، هر چه از جایگاه و ساختار سازمانی تعریف شده و محکمتری برخوردار باشد و همچنین با توجه به ماهیت بین بخشی برخی از وظایف آن، اختیارات و اقتدار بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند وظایف و مسئولیت‌های محوله خود را

انجام دهد. برای مطالعه این مطلب به صورت کامل، به قسمت نشریه سایت دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی مراجعه نمایید.



## جدول ۳- جایگاه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در ساختار کشورهای منتخب

نام کشور	جایگاه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در ساختار	عنوان جایگاه	توضیحات
ترکیه	معاونت	Department of strategy development معاونت توسعه استراتژی	بصورت یک واحد جداگانه زیر نظر معاون وزیر فعالیت می‌کند
آذربایجان	-	-	وزارت بهداشت آذربایجان اداره برنامه‌ریزی خاصی ندارد. بلکه هر دفتر در وزارت برنامه‌هایی را در مناطق خاص خود تهیه می‌کند.
امارات متحده عربی	معاونت	strategy and future department معاونت استراتژی و آینده نگاری	-
مالتی	گروه	Oral Health Policy and Strategic Planning Division گروه برنامه‌ریزی استراتژیک و سیاست‌گذاری بهداشت دهان و دندان	-
		Pharmacy Policy and Strategic Planning Division گروه برنامه‌ریزی استراتژیک و سیاست‌گذاری دارو	-
		Planning, Policy Development and Codex گروه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی استراتژیک و کد استاندارد	-
سوئیس	دفتر	Health Strategies استراتژی بهداشتی	گروه‌های نظارتی و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در ذیل دفتر مختلف در معاونت‌ها مستقر هستند.
		Planning, Steering and Corporate Development برنامه‌ریزی، راهبری و توسعه مشترک	
		Evaluation and Research ارزیابی و تحقیق	
		Innovation نوآوری	
		Operational Supervision نظارت عملیاتی	
		National Health Policy سیاست ملی بهداشت	
		Prevention Strategies استراتژی‌های پیشگیری	
انگلستان	معاونت	department of policy, planning and health financing معاونت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تأمین مالی بهداشت	معاونت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تأمین مالی بهداشت انگلستان، دارای واحدهای مختلفی است که یکی از واحدهای آن تحت عنوان بخش سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بهداشتی می‌باشد.
		Division of health policy and planning دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بهداشتی	
ژاپن	-	-	در وزارت بهداشت عمومی زاین واحد برنامه‌ریزی به صورت مستقل وجود ندارد و به نوعی برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در تمام معاونت‌ها دیده شده و هر واحد به عنوان یک کارکرد از آن استفاده می‌کند.
غنا	معاونت	policy, planning, budgeting معاونت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و بودجه بندی	در معاونت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و بودجه بندی در وزارت بهداشت کشور غنا، دفتر برنامه‌ریزی در کنار سایر دفاتر قرار دارد.
فرانسه	معاونت	Strategic Policy, Planning & French Language Service سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و خدمات زبان فرانسوی	الته در ساختار سازمانی وزارت بهداشت فرانسه واحدی تحت عنوان Capacity Planning and Analytics وجود دارد که بیشتر به تحلیل داده‌ها می‌پردازد.
کوبا	معاونت	Department of policy, planning and health financing معاونت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تأمین مالی بهداشت	-
استرالیا	دفتر	Health Products Regulation (Regulatory Practice & Support) مقررات محصولات بهداشتی (عملکرد نظارتی و پشتیبانی)	در ساختار وزارتخانه کشور استرالیا، واحد برنامه‌ریزی در قالب یک دفتر مطرح می‌باشد و در قالب اداره (office) است که زیر گروه Health Products Regulation فعالیت دارد.
کانادا	مشاور معاون وزیر	policy, planning and communications سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و ارتباطات	یک واحد مستقل به عنوان مشاور معاون وزیر
تایلند	-	-	در ساختار وزارت بهداشت تایلند واحد برنامه‌ریزی به چشم نمی‌خورد ولی امر برنامه‌ریزی در معاونت‌های مختلف دیده شده است به عنوان مثال در دیارتمان کنترل بیماری‌ها واحد برنامه‌ریزی به عنوان یک بازوی اصلی دیده شده است که در بالا مشخص است.
فیلیپین	گروه	Health Policy Development and Planning Bureau (HPDPB) دفتر توسعه و برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی	گروه‌های برنامه‌ریزی بهداشتی و سیاست‌گذاری بهداشتی ذیل دفتر توسعه و برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی قرار دارد.
		Health Planning Division گروه برنامه‌ریزی سلامت	
		Health Policy Division گروه سیاست‌های بهداشتی	
ایران	دفتر	Strategic planning and monitoring دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی	-

# اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت دانش بر میزان آگاهی نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نویسندگان: دکتر غلامرضا مرمریان، رئیس گروه تحول اداری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه / مهندس مجتبی کفاشی، رئیس گروه مدیریت دانش و مستند سازی تجربیات وزارت بهداشت

## چکیده

پژوهش با هدف اثربخشی مفاهیم و مهارت‌های آموزش مدیریت دانش بر میزان آگاهی نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا جزء مطالعات نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون بود. آموزش به صورت یک جلسه ۴ ساعته در ستاد مرکزی وزارت بهداشت در تاریخ ۱۸ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۲ برگزار شد. جامعه آماری شامل نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که تعداد آنها ۶۹ نفر بود که نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و ۶۹ نفر تحت آموزش قرار گرفتند. قبل از آموزش، پیش آزمون از طریق پرسشنامه میزان آگاهی نمایندگان از مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش به صورت الکترونیکی عمل آمد و پس از اجرای برنامه آموزشی نیز جهت سنجش میزان اثربخشی پس آزمون گرفته شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی مدیریت دانش (مفاهیم و مهارت‌ها) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون F لویین و تحلیل واریانس یک طرفه از طریق نرم افزار spss استفاده گردید. نتایج نشان داد برنامه آموزشی مدیریت دانش بر افزایش میزان آگاهی مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش اثربخش بوده است. کلیدواژگان: مدیریت دانش، مفاهیم، مهارت‌ها، اثربخشی آموزش، نمایندگان مدیریت دانش.

## مقدمه

نقش دانش به عنوان کلیدی‌ترین منبع سازمان‌ها در کسب مزیت رقابتی، به موضوعی بسیار مهم تبدیل شده است. (سید و همکاران، ۲۰۲۰). از طرف دیگر با ورود جوامع به عصر جدید و لزوم رقابت پذیری و نوآوری، سازمان‌ها و مراکز علمی و خدماتی ناگزیر به روی آوردن به دانش و سطح دانایی بیشتر هستند؛ در واقع سازمان‌ها برای بقا و پاسخ‌گویی به مشتریان و ذی‌نفعان خود باید بتوانند به نیازهای آن‌ها پاسخ دهند (ابوبکر و همکاران، ۲۰۱۹). در پاسخ به این تحولات و تحول دیجیتال، مدیریت دانش مطرح شده است. مدیریت دانش مجموعه‌ای از رویه‌هایی است، برای خلق و به اشتراک گذاری دانش در سازمان که دستیابی به مأموریت و اهداف سازمان را به حداکثر می‌رساند. همچنین مدیریت دانش به تلاش‌هایی اشاره دارد که به طور سیستماتیک برای یافتن، سازماندهی، قابل دسترس بودن سرمایه‌های نامشهود سازمان، تقویت فرهنگ یادگیری مستمر و تسهیم دانش در سازمان صورت می‌گیرد (تونلی و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از جهانبانی، داودی، لطفی زاده، عرب زوزنی، ۱۳۹۷).

مدیریت دانش، مدیریت سیستماتیک دارایی‌هایی دانش یک سازمان برای ایجاد ارزش و برآوردن الزامات تاکتیکی و استراتژیک تعریف می‌شود؛ الزامات تاکتیکی و استراتژیک شامل ابتکارات، فرآیندها، استراتژی‌ها و سیستم‌هایی بوده که باعث حفظ و تقویت ذخیره سازی، ارزیابی، اشتراک گذاری، پالایش و ایجاد دانش می‌شوند (جیمال و زیودای،

۲۰۲۱). مدیریت دانش ناظر بر فرآیند جمع آوری و انباشت دانش، سازماندهی، توزیع و به کارگیری دانش، به اشتراک گذاری و اقداماتی برای ایجاد انگیزه در کارکنان برای حفظ دانش ارزشمند برای یک سازمان می باشد (فام و همکاران، ۲۰۲۱). مدیریت دانش اصطلاحی است که برای توصیف فرآیند شناسایی نیازها و فعالیت‌هایی مانند کشف دانش جدید، ثبت، انتشار دانش صریح و ضمنی استفاده می شود (نیسار و همکاران، ۲۰۱۹). مدیریت دانش رویکردی جامع جهت شناسایی، تسخیر، بازیافتن، تسهیم و ارزشیابی سرمایه اطلاعاتی سازمان است (مانش و همکاران، ۲۰۲۰). مدیریت دانش باعث تشکیل فرآیندهای ایجاد، ذخیره، انتقال و استفاده از دانش در شرکت یا سازمان می شود (فردریچ و همکاران، ۲۰۲۰).

دانشگاه‌های علوم پزشکی به علت ارتباط با سلامت جامعه، نیازمند اشتراک هر چه بیشتر دانش و استفاده از روش‌های کارا در ارائه خدمات با کیفیت، کاهش هزینه‌های بهداشتی و رفع به موقع نیازهای مراجعین است و لازمه این امر استفاده از روش‌های نوین مدیریت اطلاعات و استقرار نظام مدیریت دانش است. (میرغفوری و همکاران، ۱۳۸۹) عدم استقرار مدیریت دانش در دانشگاه، از یک سو می‌تواند منجر به کاهش انگیزش و رضایت شغلی کارکنان و به تبع آن کاهش کارایی و اثربخشی نظام بهداشتی گردد، از سوی دیگر فقدان نظام مدیریت دانش می‌تواند مانع شکل‌گیری شبکه‌های هوشمند و حرفه‌ای اشتراک دانش، خروج نیروهای با

تجربه و متخصص از دانشگاه، ضعف خلاقیت و نوآوری و تضعیف مشارکت و روحیه کار تیمی و مهارت‌های شغلی می‌گردد (حسینی شاوون، یوزباشی، سراجی، ۱۳۹۴). منافع حاصل از به کارگیری مدیریت دانش باعث شدند که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و مراکز بهداشتی برای پیاده سازی این فرآیند، تلاش کنند؛ لیکن کوشش‌های اولیه در بیشتر آنها با این چالش عمده مواجه‌اند که با وجود سرمایه گذاری بر مدیریت دانش، گسترش نفوذ کاربردهای آن به کندی صورت می‌پذیرد. علت اصلی این مشکل عبارت است از پایین بودن سطح آمادگی سازمان‌های آموزشی و مراکز بهداشتی و درمانی برای پذیرش مدیریت دانش؛ لذا درک صحیح از میزان آمادگی برای یافتن راه‌هایی که به کار بست موفقیت‌آمیز مدیریت دانش در مراکز کمک می‌کند، ضروری می‌باشد و مدیریت دانش فرصت‌هایی را برای بهبود عملکرد فرآیندهای بهداشتی و درمانی فراهم می‌کند.

درگاهی، اسدی، احمدی و محمودی (۱۳۹۷) در مطالعه خود با عنوان «بررسی رابطه بین مدیریت دانش با خلاقیت و نوآوری سازمانی در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران» نشان می‌دهد با بهبود مدیریت دانش، خلاقیت و نوآوری سازمانی نیز افزایش می‌یابد. بنابراین سیاست‌گذاران، رهبران و مدیران بیمارستان باید در جهت ایجاد نظام مدیریت دانش بکوشند تا بدین وسیله موجب بهبود خلاقیت و نوآوری در سازمان گردند و در نهایت کارایی اثربخشی عملکرد بیمارستان نیز ارتقاء یابد. همچنین مطالعات حسینی شاوون، یوزباشی و نسل سراجی (۱۳۹۴) با عنوان «وضعیت مدیریت دانش و عوامل مؤثر بر استقرار آن در دانشگاه علوم پزشکی تهران» نشان داد، مدیریت دانش از وضعیت نسبتاً مطلوبی در میان کارکنان برخوردار است. به علاوه متغیرهای فرهنگ سازمانی، عوامل مدیریتی، زیرساخت فناوری اطلاعات، ساختار سازمانی، عوامل محیطی، ساختار دانش و مشارکت کارکنان، به ترتیب از عوامل مؤثر بر استقرار مدیریت دانش ذکر گردیده‌اند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که برای استقرار مدیریت دانش فرهنگ سازمانی نسبت به فناوری و امثال آن مهم‌تر می‌باشد. بنابراین حفظ و تقویت مؤلفه‌های فرهنگی مؤثر بر مدیریت دانش باید از اولویت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران باشد. صادقی، خمرنیا و درزی رامندی (۱۳۹۲) در مطالعه خود با عنوان «بررسی وضعیت مؤلفه‌های مدیریت دانش در بیمارستان‌ها منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران» نشان دادند مدیریت دانش در این بیمارستان‌ها از وضعیت نسبتاً مناسبی برخوردار بود. این ویژگی زمینه‌ساز سایر تغییرات موفقیت‌آمیز در بیمارستان خواهد بود و مدیران را در پیش‌بینی نظام‌مند اولویت‌های تغییر و تدوین بهتر استراتژی‌ها برای اجرای موفقیت‌آمیز فن‌ها و فرایندهای مدیریت یاری خواهد رساند. جهانبانی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان «وضعیت مدیریت دانش و عوامل مؤثر بر آن در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز» نشان دادند که مدیریت دانش در وضعیت خوب بود. همچنین بین مدیریت دانش و عوامل فرهنگ سازمانی، فناوری اطلاعات، منابع انسانی و آموزش ارتباط معناداری وجود داشت بالاترین و کمترین همبستگی به

جلسه ۴ ساعته در ستاد مرکزی وزارت بهداشت در تاریخ ۱۸ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۲ برگزار شد. جامعه آماری پژوهش شامل نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و ۶۹ نفر تحت آموزش قرار گرفتند. قبل از آموزش، پیش‌آزمون از طریق پرسشنامه میزان آگاهی نمایندگان از مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش به صورت الکترونیکی عمل آمد و پس از اجرای برنامه آموزشی نیز جهت سنجش میزان اثربخشی پس‌آزمون گرفته شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی مدیریت دانش (مفاهیم و مهارت‌ها) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون F لوین و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید. در پایان داده‌ها از طریق نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

برای محاسبه میزان میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون (تأثیر آموزش مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش) از آمار توصیفی استفاده شده است.

**جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد میزان پاسخگویی نمایندگان به پرسشنامه آگاهی مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش**

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مفاهیم	آزمایش	۳۶/۱۲	۵/۰۹	۶۳/۰۷	۹/۱۵
مهارت‌ها	آزمایش	۳۸/۵۶	۵/۱۳	۶۰/۴۳	۸/۴۳

**جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش و پس‌آزمون آموزش مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش**

مقادیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	۳۴/۱۲۵	۶۵/۷۶۴
انحراف استاندارد	۵/۵۰۱	۸/۶۷۷
چولگی	۰/۴۸۵	-۱/۰۶۳
کشیدگی	-۰/۳۰۱	۰/۹۳۰

**نمودار ۱: توزیع فراوانی میزان آگاهی مدیریت دانش نمایندگان قبل از آموزش**

ترتیب مربوط به فرهنگ سازمانی و اشتراک‌گذاری بود. با توجه به نتایج این پژوهش ارتباط مستقیمی میان مدیریت دانش و عوامل فرهنگ سازمانی، فناوری اطلاعات، منابع انسانی و آموزش وجود دارد، لذا اجرای موفق مدیریت دانش توجه ویژه به زیرساخت‌های شناسایی شده را می‌طلبد. محمدزاده، برکت و امیدیان (۱۳۹۷) نیز در مطالعه خود با عنوان «طراحی مدل پارادایمی مدیریت دانش در دانشگاه علوم پزشکی (مورد مطالعه: مرکز بهداشت شرق اهواز)» نشان دادند به دلایل علی مدیریت دانش شامل به‌روزرسانی دانش، تسهیل زیرساخت‌ها و شایسته‌سالاری، شرایط مداخله‌گر شامل رهبری تعاملی و انگیزه بخشی، شرایط زمینه‌ای شامل فرهنگ سازمانی و رتبه‌بندی کارکنان، راهبردها شامل آموزش مراقبت‌های بهداشتی و انتقادپذیری و پیامدها شامل کاهش هزینه‌ها، رضایت‌مندی و افزایش بهره‌وری کارکنان بودند؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که مدیریت دانش به عوامل متعددی مربوط است که برای ارتقاء آن باید به تمام این شاخص‌ها و عوامل شناسایی شده در پژوهش توجه نمود.

با مرور مبانی نظری و پیشینه‌ی تجربی در زمینه مدیریت دانش می‌توان گفت مدیریت دانش برای دانشگاه‌های علوم پزشکی جز ملزومات و ضروری‌ترین متغیرهای سازمانی است که باید به آن توجه جدی داشت اما متأسفانه در مطالعات انجام شده تاکنون پژوهشی با موضوع اثربخشی آموزش برنامه مدیریت دانش بر افزایش میزان آن و تأثیر برنامه آموزشی مدیریت دانش بر آگاهی مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام نشده است و این خلاء مطالعاتی توسط پژوهشگران در این زمینه به‌عنوان دغدغه‌ی علمی احساس گردید. از این رو پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال علمی است که آیا برنامه آموزش مدیریت دانش طراحی شده بر میزان افزایش آگاهی مفاهیم، مهارت‌های مدیریت دانش نمایندگان اثربخش بوده است؟

#### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش با هدف اثربخشی آموزش مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش بر میزان آگاهی از مدیریت دانش نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا جزء مطالعات نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. آموزش به صورت یک

در گروه‌ها برابر می‌باشد.

**جدول ۵: مقایسه میزان آگاهی مفاهیم، مهارت‌های مدیریت دانش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه**

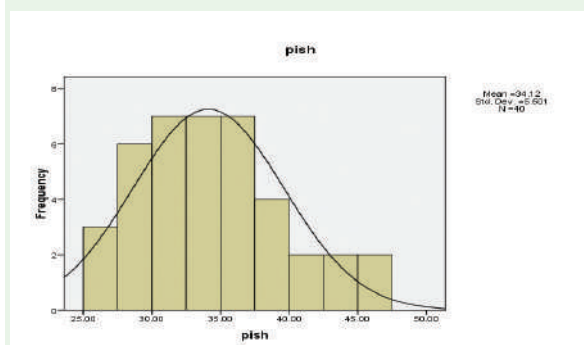
مقادیر	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین تغییرات	F	میزان معناداری
بین گروهی	۸۱۰/۲۲۴	۱	۸۱۰/۲۲۴	۳۰/۶۶۳	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۹۰۲/۴۹۳	۷۲	۲۶/۴۲۴		
کل	۲۷۱۲/۷۱۶	۷۳			

بر اساس اطلاعات به دست آمده حاصل از نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، میزان آگاهی در بین نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به لحاظ آموزش برنامه مدیریت دانش تفاوت معنادار وجود دارد به همین دلیل فرضیه مربوط به تفاوت آموزش در قبل و بعد از اجرای آموزش مدیریت دانش تأیید می‌شود ( $P = 0/001$  و  $F = 30/663$  و  $df = 1$  و  $72$ ).

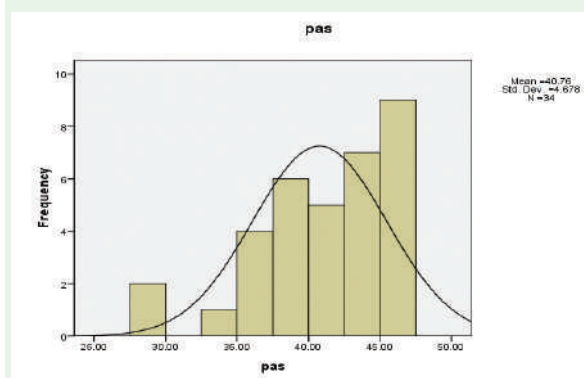
**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج نشان داد که میزان آگاهی از مفاهیم و مهارت‌ها در نمایندگان مدیریت دانش دانشگاه‌های علوم پزشکی بعد از اجرای آموزش به‌روزرسانی و افزایش یافته است و این آموزش‌ها بر افزایش آگاهی مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش نمایندگان تأثیر داشته است؛ بنابراین برای پیاده‌سازی و نهادینه‌سازی مدیریت دانش در سازمان‌ها به خصوص دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باید لزوم و استمرار این آموزش‌ها مورد توجه جدی قرار گرفته و با فراگیری مفاهیم و فنون مدیریت دانش در نمایندگان و فعالان این حوزه شاهد پیامدهای مثبت حاصل از آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باشیم. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مفاهیم و مهارت‌ها می‌تواند منجر به توسعه دانش جدید و جایگزینی دانش موجود با محتوای جدید شود همچنین این برنامه آموزشی می‌تواند با به‌روزرسانی دانش و مهارت‌های نیروی انسانی دانشگاه‌ها باعث حفظ و نگهداری دانش شود و قابلیت بازیابی حداکثری را برای آنان فراهم آورد و در کنار این بازیابی، منجر به ترویج و بهبود اشتراک‌گذاری دانش، ایجاد بحث‌های گروهی، پرسش و پاسخ بین نمایندگان و نخبگان این حیطه شود.

با بالا رفتن آگاهی از مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش، به‌کارگیری دانش، اجرای دانش، کاربرد دانش نیز ارتقا و بهبود



**نمودار ۲: توزیع فراوانی میزان آگاهی مدیریت دانش نمایندگان بعد از آموزش**



**جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش**

متغیر	گروه	آماره Z کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی داری
پیش آزمون مفاهیم	آزمایش	۰/۱۳	۰/۲۲
پس آزمون مفاهیم	آزمایش	۰/۱۶	۰/۲۰
پیش آزمون مهارت‌ها	آزمایش	۰/۱۵	۰/۲۵
پس آزمون مهارت‌ها	آزمایش	۰/۱۹	۰/۰۵۴

نتایج جدول نشان می‌دهد که آماره Z اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرها معنی دار نمی‌باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرها از توزیع نرمال برخوردار هستند.

**جدول ۴: نتایج آزمون F لوبین برای بررسی همگنی واریانس‌های پس آزمون متغیرهای مفاهیم و مهارت‌های مدیریت دانش در گروه‌ها**

متغیر	آماره F	سطح معنی داری
مفاهیم	۳/۵۴	۰/۰۵۷
مهارت‌ها	۲/۲۴	۰/۰۹۷

با توجه به جدول ۴ آماره F لوبین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش معنی دار نیست. بنابراین واریانس این متغیر

## نخبگان و صاحب نظران خارج از دانشگاه علوم پزشکی برای اشتراک گذاری بیشتر دانش.

۶۱

منابع:

۱. جهانبانی، عفت، داودی، منیره، لطفی زاده، زهرا، عرب روزنی، مرتضی. (۱۳۹۶). وضعیت مدیریت دانش و عوامل مؤثر بر آن در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مجله توسعه آموزش جندی شاپور اهواز، ۹ (۲)، ۱۲۸-۱۲۰.
۲. درگاهی حسین، اسدی صدیقه، احمدی بتول، محمودی محمود. بررسی رابطه بین مدیریت دانش با خلاقیت و نوآوری سازمانی در کارکنان بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. بیمارستان. ۱۳۹۷: ۱۷ (۱): ۹۷-۱۰۸
۳. سینی شاورون، امین، یوزباشی، علیرضا، نسل سراجی، رؤیا. (۱۳۹۴). وضعیت مدیریت دانش و عوامل مؤثر بر استقرار آن در دانشگاه علوم پزشکی تهران. فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد فرهنگ، ۸ (۳۰)، ۱۵۹-۱۳۷.
۴. صادقی، احمد، خمر نیا، محمد، درزی رامندی، سجاد. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت مؤلفه های مدیریت دانش در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله علوم پزشکی صدرا، ۱ (۴)، ۲۷۴-۲۶۵.
۵. محمدزاده، زیبا، برکت، غلامحسین، امیدیان، فرانک. (۱۴۰۰). طراحی مدل پارادایمی مدیریت دانش در دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه: مرکز بهداشت شرق اهواز، نوآوری های مدیریت آموزشی، ۱۵-۱.
۶. میر غفوری، سید حسین الله، محمد علی، فرهنگ نژاد، صادقی آرائی، زهرا. (۱۳۸۹). ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان شهرستان یزد در به کارگیری فرآیند مدیریت دانش، مجله نظریه مدیریت سلامت، جلد ۱۳، شماره ۳۹.
۷. Abubakar, A. M. Elrehail, H. Alatailat, M. A. & Elçi, A. (۲۰۱۹). Knowledge management, decision\_making style and organizational performance. Journal of Innovation & Knowledge, ۱۱۴\_۱۰۴ (۲), ۴.
۸. Friedrich, J. Becker, M. Kramer, F. Wirth, M. & Schneider, M. (۲۰۲۰). Incentive design and
۹. gamification for knowledge management. Journal of Business Research, ۳۵۲\_۳۴۱:۱۰۶.
۱۰. Hosseini M, Sadeghi T, ۲۰۱۰, Factors affecting the creativity and innovation in faculty members and providing solutions to enhance, Journal of teaching strategies, vol.۱۳, No. ۱, PP.۶-۱. [in Persian]
۱۱. Manesh, M. F. Pellegrini, M. M. Marzi, G. & Dabic, M. (۲۰۲۰). Knowledge management in
۱۲. the fourth industrial revolution: Mapping the literature and scoping future avenues. IEEE
۱۳. Transactions on Engineering Management, ۳۰۰\_۲۸۹ (۱) ۶۸.
۱۴. Nisar, T. M. Prabhakar, G. & Strakova, L. (۲۰۱۹). Social media information benefits,
۱۵. knowledge management and smart organizations. Journal of Business Research, ۲۷۲\_۲۶۴, ۹۴.
۱۶. Pham, N. T. Do, A. D. Nguyen, Q. V. Ta, V. L. Dao, T. T. B. Ha, D. L. & Hoang, X. T.
۱۷. (۲۰۲۱). Research on Knowledge Management Models at Universities Using Fuzzy Analytic
۱۸. Hierarchy Process (FAHP). Sustainability, ۸۰۹ (۲) ۱۳.
۱۹. Townley C, Charles T, ۲۰۰۶, Knowledge Management and academic libraries, Journal of College and Research libraries, Vol.۶۲, No.۱, PP.۵۷-۴۴.

می یابید و کارکنان از طریق این کاربرد کارایی و اثربخشی خود و سازمان را بالا می برند. در استناد به یافته های حاصل از این پژوهش می توان به مطالعه صادقی، خمرنیا و درزی رامندی (۱۳۹۲) اشاره کرد که نشان دادند مدیریت دانش زمینه ساز سایر تغییرات موفقیت آمیز خواهد بود و مدیران را در پیش بینی نظام مند اولویت های تغییر و تدوین بهتر استراتژی ها برای اجرای موفقیت آمیز تکنیک ها و فرایندهای مدیریت یاری خواهد رساند. همچنین مطالعات جهانبانی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد بین مدیریت دانش منابع انسانی و آموزش ارتباط معناداری وجود داشت. لذا اجرای موفق مدیریت دانش توجه ویژه به زیر ساخت های شناسایی شده را می طلبد. محمد زاده، برکت و امیدیان (۱۳۹۷) نیز نشان دادند مدیریت دانش باعث به روزرسانی دانش، تسهیل زیرساخت ها و شایسته سالاری می شود و عواملی مانند رهبری تعاملی و انگیزه بخشی، فرهنگ سازمانی و رتبه بندی کارکنان به وجود آورنده آن هستند و برای ارتقا و توسعه مدیریت دانش باید اقداماتی مانند آموزش مراقبت های بهداشتی و انتقادپذیری را مدنظر قرار داد تا به کاهش هزینه ها، رضایت مندی و افزایش بهره وری کارکنان نائل آییم.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر و مطالعات مشابه می توان گفت برنامه های آموزشی مدیریت دانش بر میزان آگاهی از مفاهیم و مهارت های مدیریت دانش نیروی انسانی تأثیرگذار بوده و می تواند زمینه های گسترش آموزشهای مبتنی بر دانش و پیشرفته تر را فراهم سازد. پژوهش برای استقرار مدیریت دانش و دستیابی به پیامدهای حاصل از آن پیشنهادهایی ارائه کرده که در ادامه به آن ها اشاره می شود:

- تدوین برنامه های بلندمدت-کوتاه مدت مانند آموزش های ضمن خدمت به شکل مستمر
- برگزاری نشست های علمی در رابطه با گردآوری دستاوردها و دانش های نو در زمینه مدیریت دانش نو.
- برگزاری همایش ها و سمینارهای علمی و دعوت از نخبگان مدیریت دانش و استقبال از ایده های نو آن ها در حیطه مدیریت دانش.
- حمایت سازمانی از افراد پیش رو و موفق در زمینه مدیریت دانش در دانشگاه علوم پزشکی کشور.
- استفاده از دانش و دستاوردهای نو مدیریت دانش از



## سنجش و توسعه شایستگی مدیران وزارت بهداشت از طریق ابزار کانون ارزیابی

نویسنده: سرکار خانم مژگان فرید، رئیس گروه ارزیابی، انتخاب و توسعه مدیران

### مقدمه

همواره سازمان‌ها به دنبال پیدا کردن روش‌هایی برای ارزیابی و انتخاب افرادی هستند که از مهارت، دانش، توانایی و ویژگی‌های مورد نیاز برای موفقیت در انجام یک کار خاص برخوردار باشند. یکی از همین روش‌های معتبر برای شناسایی افراد با استعداد و شایسته در سازمان بهره‌گیری از کانون ارزیابی است. به بیان ساده‌تر کانون ارزیابی روشی است که در آن با به‌کارگیری تکنیک‌های استاندارد تحت شرایط کنترل شده، کاندیداهای شغلی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.

باتوجه به تغییرات سریع محیطی و لزوم پاسخ سریع به این تغییرات و البته تهدیدها، نیاز به مدیران شایسته روزبه‌روز افزایش می‌یابد. اهمیت جایگاه و نقش کلیدی مدیران در سطوح مختلف به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان و هدایت‌گران اصلی در مسیر تحقق اهداف سازمان غیرقابل انکار است و بی‌شک فقدان مدیران شایسته موجب اختلال و از بین رفتن سرمایه‌ها خواهد شد. این موضوع در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که محصول نهایی خدمات آن با جان انسان‌ها ارتباط می‌یابد

از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تنوع و تعدد پست‌های مدیریتی و پیچیدگی مأموریت‌ها و وظایف ذاتی این وزارتخانه، استفاده از روش‌های کارآمد، دقیق و مناسب جهت شناسایی و انتخاب استعداد‌های مدیریتی را دوچندان نموده است.

دقت در انتخاب افراد مناسب از جنبه‌های مختلف عمومی، حرفه‌ای و حتی روانشناسی جهت پست‌های مدیریتی بر هیچ‌کس پوشیده نیست. چه بسا تعیین معیار و شاخص‌های مناسب جهت انتصاب افراد به پست‌های مدیریتی در چنین جایگاه مهمی، می‌تواند اثرات مثبت فراوان در رسیدن به اهداف و مأموریت سازمان داشته باشد. بدیهی است برای رفع چنین خلأی، فارغ از نظرات شخصی و سلیقه‌ای افراد، نیاز به سازوکارها و مکانیسم‌های علمی، به‌روز و استاندارد جهت شناسایی، پرورش و به‌کارگیری استعداد‌های مدیریتی داریم.

یکی از بهترین روش‌ها به‌منظور سنجش و ارزیابی شایستگی مدیران استفاده از کانون ارزیابی است. کانون ارزیابی در شناسایی شایستگی‌های مدیران، انتخاب، ارتقا و پرورش آن‌ها نقش حائز اهمیت را ایفا می‌کند. امروزه سازمان‌های بزرگ برای سیستم‌های جذب و طرح‌های جانشین‌پروری از کانون‌های ارزیابی استفاده می‌نمایند. این روش نسبت به سایر روش‌های جایگزین از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. کانون ارزیابی در صورتی که به درستی طراحی شوند می‌تواند به مسیر ارتقای شغلی سیستم‌های منابع انسانی کمک نموده و در نیازسنجی واقعی آموزش‌های مورد لزوم برای هر کاندیدا (ارزیابی شونده) موثر باشد.

در این راستا با توجه به اهمیت موضوع و به‌استناد بخشنامه شماره ۱۶۵۷۳۶۳ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۴ سازمان اداری و استخدامی کشور در خصوص استفاده از کانون‌های ارزیابی جهت سنجش شایستگی مدیران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نسبت به طراحی و اجرای برنامه سنجش شایستگی داوطلبین پست‌های مدیریتی از طریق کانون ارزیابی اقدام نموده است. کانون یا مرکز ارزیابی و توسعه، یک رویکرد (یا فرآیند) ارزیابی هدفمند است. در این فرآیند، شایستگی‌های گروهی از داوطلبین توسط تیم ارزیابان با استفاده از ابزارهای متعدد با هدف جذب افراد توانمند و یار ارتقاء و توسعه شایستگی‌های کارکنان سازمان مورد سنجش قرار می‌گیرد. رویکرد سازمان‌ها و موسساتی که از کانون‌های ارزیابی استفاده می‌کنند، متفاوت است. کانون‌های ارزیابی عمدتاً با دو رویکرد مختلف برگزار می‌شوند. رویکرد انتخاب یا ارتقاء افراد به سطوح مدیریتی (کانون ارزیابی) و دیگری با هدف سنجش نقاط قوت و قابل توسعه فرد و شناسایی افراد مستعد (کانون توسعه‌ای). کانون توسعه‌ای فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا نیازها و الزامات رشد و شکوفایی آنان شناسایی و برنامه‌های توانمندسازی شخصی و حرفه‌ای آنان برنامه‌ریزی شود. در این فرآیند تلاش می‌شود که افراد براساس راهبردهای مختلف آموزشی و شغلی، توسعه یافته و به کارکنانی شایسته تبدیل شوند. در این دیدگاه فرآیند توسعه به اجرای کانون‌های یک یا چندروزه محدود نبوده و افراد، به‌طور مستمر با راه‌حل‌های توسعه‌ای مواجه می‌شوند.

مناسب برای سازمان کمک می‌کند.

مدل‌های مختلفی در زمینه ارزیابی شایستگی مدیران وجود دارد. اما در راستای یکسان‌سازی شاخص‌های مختلف ارزیابی توسط ارزیاب، استناد به یک مدل و استفاده از آن در دستگاه‌های مختلف اجرایی کفایت می‌کند. در این خصوص، سازمان اداری و استخدامی کشور بخشنامه‌ای جهت ارزیابی و توسعه شایستگی‌های عمومی مدیران حرفه‌ای کشور به کلیه دستگاه‌های اجرایی مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری ابلاغ نمود که فصل جدیدی را در اهمیت و اجرای کانون‌های ارزیابی مدیران در کشور رقم زد. بر این اساس در مدل شایستگی مدیران حرفه‌ای وزارت بهداشت در سطح پایه، پنج شایستگی (تفکر تحلیلی و حل مسئله، هدف‌گرایی و برنامه‌ریزی، تیم و شبکه‌سازی، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت‌پذیری) و در سطح میانی چهار شایستگی (تفکر تحلیلی و حل مسئله، هدف‌گرایی و برنامه‌ریزی، نظارت و کنترل و مهارت‌های ارتباطی) و در سطح مدیران ارشد (تفکر راهبردی و تصمیم‌گیری) مورد بررسی قرار می‌گیرد.



### رکن سوم: تمرین‌ها و ابزارها

کانون ارزیابی بر مجموعه‌ای از تمرین‌های متنوع متمرکز است که برای شبیه‌سازی ابعاد مختلف محیط کار طراحی شده‌اند. تمرین‌های در نظر گرفته شده برای کانون ارزیابی در روز برگزاری کانون توسط ارزیابان بکار گرفته می‌شود تا شایستگی‌های



### ارکان کانون ارزیابی در وزارت بهداشت

کانون ارزیابی شایستگی مدیران از چهار رکن اصلی، ارزیابی شونده، مدل شایستگی، تمرین، ابزار و ارزیاب تشکیل شده است.



### رکن اول: ارزیابی شونده

تمامی مدیران حرفه‌ای سطوح ارشد، میانی و پایه در واحدهای ستادی و عملیاتی و همچنین کارشناسان مستعد داوطلب تصدی پست‌های مدیریتی در ستاد وزارت، دانشگاه/دانشکده و سازمان‌های وابسته با رابطه استخدامی رسمی، پیمانی و قراردادی، شرکت‌کنندگان کانون ارزیابی می‌باشند.

### رکن دوم: مدل شایستگی

شایستگی ترکیبی از دانش، مهارت، نگرش و ویژگی‌های فردی است که به فرد امکان می‌دهد تا وظایف مربوطه را پس از احراز جایگاه مدیریتی یا ارتقا به سطوح بالاتر بطور موفقیت‌آمیز انجام دهد. مدل شایستگی شرح تفصیلی از رفتارهای مرتبط با یک حرفه است که از چند خوشه تشکیل شده است. (Selvarajan & Cardy, ۲۰۰۶) در واقع مدل شایستگی عبارت است از یک مدل قابل اندازه‌گیری توانایی‌ها و رفتارهای مورد نیاز جهت انجام دادن فعالیت‌های کاری به صورت موفقیت‌آمیز. (کامپیر فرم، ۲۰۰۳) هدف ازدیودین مدل شایستگی در سازمان ارائه مدلی برای یکپارچه‌سازی عملکرد می‌باشد، به گونه‌ای که منجر به عملکرد موثر و موفقیت سازمانی گردد. مهمترین نقش مدل شایستگی ارائه‌زبانی برای صحبت کردن دقیق درباره دانش و مهارت‌های مدیریتی است. (زارعی متین و همکاران، ۲۸۹۱) معمولاً برای فهم بهتر مدل‌های شایستگی آن را در قالب یک شکل شماتیک ترسیم می‌کنند. این مدل شایستگی شکل انتزاعی است که رابطه بین شایستگی‌های مد نظر را به صورت شماتیک و مفهومی نمایش می‌دهد. مدل شایستگی اشاره دارد به تعریف و چیدمان خوشه‌ها، شایستگی‌ها و شواهد رفتاری به صورت منظم و منسجم. انتخاب مدل مناسب برای شرکت یا سازمان مهم است. شناخت کارکرد انواع مدل‌های شایستگی و اینکه کدام مدل با اهداف شرکت، یا سازمان سازگارتر است، به انتخاب مدل شایستگی





### عملکرد کانون های ارزیابی

با توجه به ابلاغ دستورالعمل ارزیابی انتخاب و توسعه مدیران در سال ۱۴۰۰ به دانشگاه های علوم پزشکی کشور، کلیه افراد مشمول، پس از شرکت در کانون های ارزیابی و کسب امتیاز لازم از شایستگی ها در هر سطح، گواهینامه صلاحیت مدیریت در کانون ارزیابی شایستگی مدیران را اخذ می نمایند. به منظور تسهیل در فرایند ارزیابی داوطلبین، تاکنون علاوه بر کانون ارزیابی ستاد وزارت بهداشت، پنج کانون قطب کشور از جمله شیراز، اصفهان، کرمان، تبریز و اهواز راه اندازی شده است. تاکنون تعداد ۱۷۲ کانون ارزیابی در سطح کشور برگزار گردیده است که در این کانون ها شایستگی های عمومی مدیریتی تعداد ۱۱۴۵ نفر از متقاضیان پست های مدیریتی مورد ارزیابی قرار گرفته و تعداد ۹۲۹ نفر از آنها گواهی شایستگی مدیریتی دریافت نموده اند.

ردیف	فقط	سال ۱۴۰۰		سال ۱۴۰۱		سال ۱۴۰۲	
		تعداد کانون های برگزار شده	تعداد افراد ارزیابی شده	تعداد کانون های برگزار شده	تعداد افراد ارزیابی شده	تعداد کانون های برگزار شده	تعداد افراد ارزیابی شده
۱	ستاد (ایران)	۳۳	۱۹۷	۴۸	۳۶۸	۶	۴۷
۲	اصفهان	۱۱	۶۸	۱۶	۸۳	-	-
۳	شیراز	۴	۲۶	۱۷	۱۲۴	-	-
۴	تبریز	۸	۴۹	۱۱	۷۵	-	-
۵	کرمان	۴	۲۲	۶	۳۶	۲	۱۲
۶	اهواز	-	-	۴	۲۴	-	-
۷	سایر	۲	۱۴	-	-	-	-
	مجموع	۶۲	۳۷۶	۱۰۲	۷۱۰	۸	۵۹

ارزیابی شوندگان مورد ارزیابی و سنجش قرار گیرد. بر اساس استانداردهای کانون ارزیابی هر شایستگی حداقل در دو تمرین (ابزار) سنجیده می شود. مصاحبه، تمرین تحلیلی و ارائه شفاهی، کارتابل، ایفای نقش، بازی گروهی و بحث گروهی ابزارهای مورد استفاده در کانون ارزیابی شایستگی مدیران وزارت بهداشت هستند.

### رکن چهارم: ارزیاب

ارزیابان مهم ترین رکن کانون ارزیابی هستند که نیاز به آموزش دارند و می بایست از شایستگی ها، مهارت ها و ویژگی های شخصیتی لازم برای ارزیابی برخوردار باشند. ارزیاب به واسطه ماهیت انسانی خود، عاملی مهم در فرآیندهای ارزیابی به حساب می آید. ارزیاب فردی است که رفتار ارزیابی شوندگان را در جریان ابزارها و تمرین های ارزیابی، مشاهده و ثبت نموده و سپس مورد سنجش و ارزیابی قرار می دهد. از مهم ترین فعالیت هایی که ارزیابان در کانون های ارزیابی انجام می دهند:

- ۱) مشاهده رفتار فرد در تمرینات و ابزارهای طراحی شده
- ۲) ثبت رفتارهای مشاهده شده در فرم های استاندارد
- ۳) طبقه بندی رفتارهای مشاهده شده به ابعاد رفتاری در چارچوب شایستگی ها
- ۴) رتبه بندی شایستگی های افراد بر مبنای شواهد رفتاری

۵) توافق بر روی رتبه بندی شایستگی ها افراد همراه با سایر ارزیابان در جلسه اجماع