



فصلنامه
مدیریت دانش
نظام سلامت

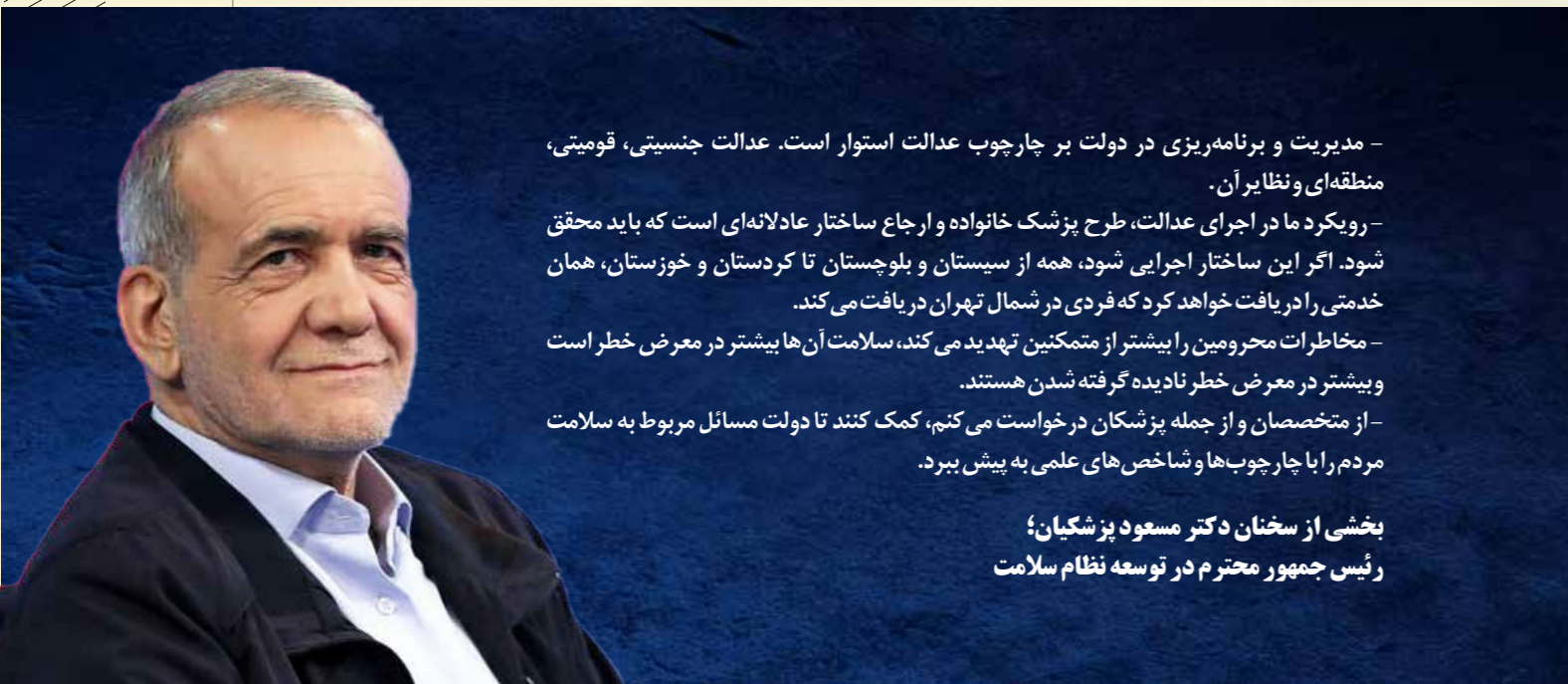


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی

“



- مدیریت و برنامه‌ریزی در دولت بر چارچوب عدالت استوار است. عدالت جنسیتی، قومیتی، منطقه‌ای و نظایر آن.
- رویکرد ما در اجرای عدالت، طرح پزشک خانواده و ارجاع ساختار عادلانه‌ای است که باید محقق شود. اگر این ساختار اجرایی شود، همه از سیستان و بلوچستان تا کردستان و خوزستان، همان خدمتی را دریافت خواهد کرد که فردی در شمال تهران دریافت می‌کند.
- مخاطرات محرومین را بیشتر از متمکنین تهدید می‌کند، سلامت آن‌ها بیشتر در معرض خطر است و بیشتر در معرض خطر نادیده گرفته شدن هستند.
- از متخصصان و از جمله پزشکان درخواست می‌کنم، کمک کنند تا دولت مسائل مربوط به سلامت مردم را با چارچوب‌ها و شاخص‌های علمی به پیش ببرد.

**بخشی از سخنان دکتر مسعود پزشکیان؛
رئیس جمهور محترم در توسعه نظام سلامت**

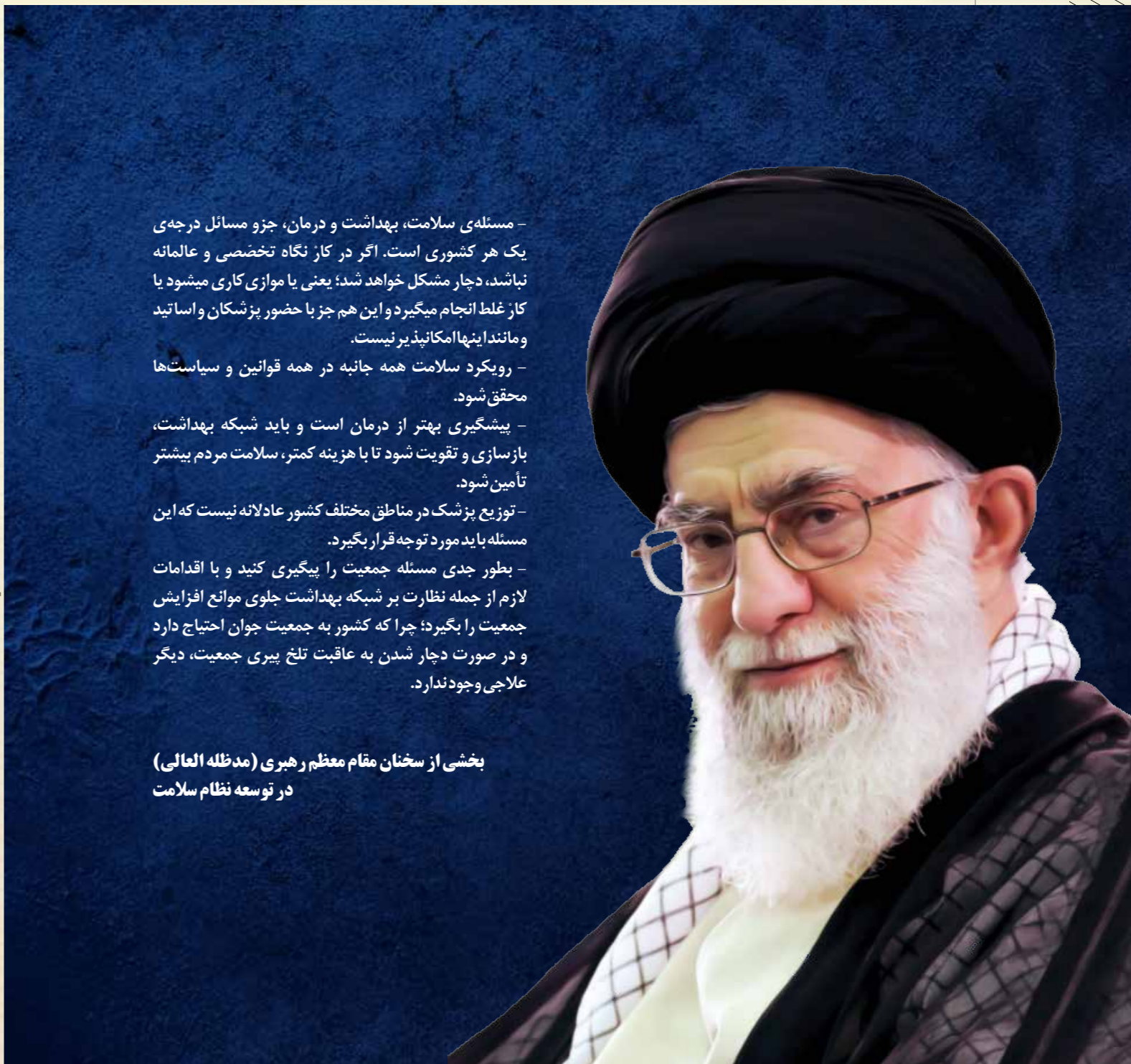
“



- برنامه‌های بنده در راستای برنامه هفتم توسعه و سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب، یک برنامه کاملاً کارشناسی شده است.
- آماده‌ام با تمام توان و ظرفیت و تجربه و حمایت گسترده جامعه سلامت کشور تلاش کنم تا مردم جز رنج بیماری، رنج دیگری را تحمل نکنند
- به عنوان پزشک یاد گرفته‌ام که حامی مردم باشم که با وجود تمام پیشرفت‌های به دست آمده در حوزه سلامت، در برخی نقاط دچار محرومیت‌های جدی هستند و با چالش‌های بزرگی مانند دسترسی به خدمات و میزان پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن، سالمندی، توانبخشی و سلامت روان مواجه هستند.
- شفافیت، وجود چشم انداز استراتژیک، عدالت و دسترسی عادلانه، مشارکت ذی نفعان، کارآمدی و پاسخگویی از مهمترین شاخصه حکمرانی خوب است.
- حاصل همه اقدامات و تلاش‌ها این باشد که مردم جز رنج بیماری، رنج دیگری را تحمل نکنند.

**بخشی از سخنان دکتر محمد رضا ظفرقندی؛
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در توسعه نظام سلامت**

“



- مسئله‌ی سلامت، بهداشت و درمان، جزو مسائل درجه‌ی یک هر کشوری است. اگر در کار نگاه تخصصی و عالمانه نباشد، دچار مشکل خواهد شد؛ یعنی یا موازی کاری میشود یا کار غلط انجام میگردد و این هم جز با حضور پزشکان و اساتید و مانند اینها امکانپذیر نیست.
- رویکرد سلامت همه جانبه در همه قوانین و سیاست‌ها محقق شود.
- پیشگیری بهتر از درمان است و باید شبکه بهداشت، بازسازی و تقویت شود تا با هزینه کمتر، سلامت مردم بیشتر تأمین شود.
- توزیع پزشک در مناطق مختلف کشور عادلانه نیست که این مسئله باید مورد توجه قرار بگیرد.
- بطور جدی مسئله جمعیت را پیگیری کنید و با اقدامات لازم از جمله نظارت بر شبکه بهداشت جلوی موانع افزایش جمعیت را بگیرید؛ چرا که کشور به جمعیت جوان احتیاج دارد و در صورت دچار شدن به عاقبت تلخ پیری جمعیت، دیگر علاجی وجود ندارد.

**بخشی از سخنان مقام معظم رهبری (مدظله العالی)
در توسعه نظام سلامت**



فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت
صاحب امتیاز: معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مدیر مسئول: مهندس طاهر موهبتی
سر دبیر: دکتر احمد جوانمرد
شورای سردبیری: دکتر کامیار یغمائیان، دکتر بهزاد تدین و دکتر محمود صمدپور
دبیر اجرایی و دستیار سردبیر: محمود شریفی زارچی
کمیته ارزشیابی: دکتر سبمن قاسمیانی و دکتر کیوان رحمانی
دانشگاه های علوم پزشکی:
دکتر نجس السادات نسبی، دکتر غلامرضا مرمریان، فرنگیس بطا، دکتر سمیه لاهوتی، مهندس محمدرضا شاه آبادی، دکتر علی صالحی، مهندس هادی بازوکی طرودی، مهندس روح الله رسولی، فواد بغلانی، حامد شریف نژاد و فرشاد آمیغی
کمیته اجرایی: مهندس طاهره عینی، سعید قاسمی صفحه آرایی: سامان محمدی
نشانی دفتر فصلنامه: تهران، شهرک غرب، خیابان سیمای ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طبقه ۱۱
شماره تلفن: ۸۸۳۶۳۸۴۲-۰۲۱
دورنگار: ۸۸۳۶۳۵۹۲-۰۲۱
آدرس پست الکترونیک: km@behdasht.gov.ir
آدرس اینترنتی فصلنامه: <https://mrd.behdasht.gov.ir/fasNameFile>
دیدن نسخه الکترونیکی نشریه:



کلیه حقوق مطالب این نشریه متعلق به فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت است و نقل و انتشار محتوا و تصاویر با ذکر منبع بلامانع می باشد.



تجارب منتخب

تجارب منتخب / ارزیابی شایستگی نیروهای جدیدالاستخدام دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی سال ۱۴۰۲
تجارب منتخب / طراحی سامانه داشبورد آماری دانشگاه
تجارب منتخب / طراحی البسه استاندارد ویژه بیماران در جهت حفظ کرامت، حقوق و امنیت روانی بیماران
تجارب منتخب / طراحی سامانه طرح ها و پروژه های عمرانی دانشگاه
تجارب منتخب / تدوین و اجرای دستورالعمل کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت
تجارب منتخب / مدیریت مصرف حامل های انرژی به منظور کاهش مصرف آب و برق در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان خرم آباد
تجارب منتخب / مدیریت مصرف آب شرب و تاثیر آن در کاهش هدررفت آب و جلوگیری از هزینه های سرشار در شبکه بهداشت و درمان مه ولات
تجارب منتخب / اقدام مداخله ای در راستای افزایش درآمدها و کاهش کسورات مرکز آموزشی و درمانی آیت ا. کاشانی شهرکرد
تجارب منتخب / ایجاد نرم افزار تشخیص سرطان ریه با استفاده از هوش مصنوعی با نام (لانگسا)
تجارب منتخب / برگزاری رویداد کافه تجربه در دانشگاه علوم پزشکی تهران



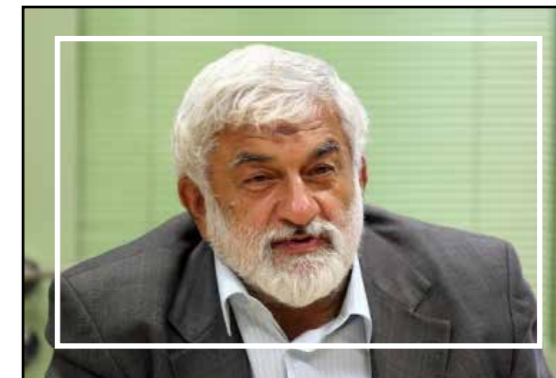
دیدگاه

دیدگاه / چراغ راه نظام سلامت در برنامه هفتم پیشرفت کشور
دیدگاه / ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی
دیدگاه / اصلاح سبک زندگی سلامت محور با ترویج علمی و استاندارد طب سنتی ایرانی
دیدگاه / گام بلند وزارت بهداشت در توسعه مدیریت دانش نظام سلامت



دانش نامه

دانش نامه / پیاده سازی انتقال و تبادل دانش، از تئوری تا عمل (نامه به سردبیر)



سرگذشت نامه

سرگذشت نامه / دکتر محمد رضا واعظ مهدوی از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی دانش در نماد آموزش عالی ایران



معرفی کتاب

معرفی کتاب / کتاب مرجع کامل مدیریت دانش
معرفی کتاب / کتاب ۷ عادت مردمان موثر: گامی بلند برای تغییر زندگی

توسعه مدیریت دانش

در نظام سلامت با ایجاد نظام انگیزش



دکتر احمد جوانمرد، رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

با توجه به نگاه ویژه دولت مردمی سیزدهم در راستای راهبری مدیریت دانش در حوزه نظام سلامت، از ابتدای استقرار دولت، اقدامات اساسی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و سازمان های وابسته صورت گرفته است که اهم آنها به شرح ذیل می باشد:

۱ تهیه و تدوین پیش نویس نظام نامه و دستورالعمل های اجرایی مدیریت دانش وزارت بهداشت

- تعریف ساختار سازمانی مدیریت دانش در دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی

- تدوین نظام انگیزشی در راستای تقویت مدیریت دانش

۲ سنجش بلوغ مدیریت دانش دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته

۳ برگزاری کارگاه های آموزشی مدیریت دانش به تفکیک کلان مناطق آمایشی

۴ راه اندازی کارگروه مشورتی مدیریت دانش مناطق آمایش سرزمینی

۵ راهبری نظام ثبت و ارزیابی دانش و تجارب کارکنان و مدیران ستاد وزارت، دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور

۶ برگزاری جشنواره های مدیریت دانش و نظام پیشنهاد در دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور در راستای شبکه سازی دانش

۷ احیاء، تدوین و چاپ ۴ شماره از فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت

نظام انگیزش و پاداش

تشویق و قدردانی یکی از مهم ترین عواملی است که کارکنان را متعهد و با انگیزه نگه می دارد. در این راستا، اعطای پاداش به کارکنان به عنوان یک راهکار مؤثر برای بهبود عملکرد و ایجاد محیط کار مثبت شناخته شده است. لذا جهت استقرار کامل نظام مدیریت دانش و

تداوم آن و ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان دانشی، پرداختن جدی به نظام انگیزش و پاداش به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای توسعه و ارتقاء مسیر در پیش روی مدیریت دانش می باشد.

رویکردهای مورد استفاده برای ایجاد انگیزش در حوزه عملکردی مدیریت دانش متفاوت است و سازمان باید بر اساس مواردی همچون ترکیب سنی نیروی انسانی، پیچیدگی ها و سطوح سلسله مراتب در ساختار سازمانی، قوانین بالادستی، امکانات مالی و معنوی و بسیاری از عوامل دیگر، نظام انگیزشی مناسبی را طراحی کند.

برنامه های انگیزشی در نظام نامه مدیریت دانش به منظور تشویق کارکنان برای بهبود عملکرد کارکنان و افزایش مشارکت آنها در امحقق شدن اهداف مدیریت دانش طراحی شده اند. این برنامه ها شامل ارزیابی عملکرد، افزایش حقوق، ترفیع شغلی، پاداش های مالی، شناخته شدن در بین دیگران، رتبه بندی بر اساس رقابت و همراه با بازی انگاری می باشد. برخی از نتایج ملموس بکارگیری نظام های انگیزشی عبارتند از:

۱ ارائه دانش ها و پیشنهادهای کاربردی و با کیفیت؛

۲ تسریع در ارزیابی دانش ها و پیشنهادهای مطرح شده؛

۳ تسریع در ارائه بهترین راه حل ها و پاسخ های مناسب برای مشکلات و مسائل سازمانی؛

۴ فعالیت بیشتر و بهتر کارکنان در انجمن های گفتگو؛

۵ افزایش فرهنگ مدیریت مشارکتی بین کارکنان؛

۶ افزایش حس ارزشمندی و تعلق سازمانی در کارکنان؛

در این راستا و در جهت بهبود مشارکت مدیران و کارکنان ستاد،

دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و سازمان های وابسته، نظام انگیزشی در نظام نامه مدیریت دانش نظام سلامت جهت فعالان و ذینفعان مدیریت دانش شامل: دانشکاران (تجربه نگاران، پیشنهاد دهندگان و غیره)، ارزیابان محتوا، عوامل اجرایی (نمایندگان مدیریت دانش و اعضای دبیرخانه) و مجریان پیشنهاد لحاظ گردیده است که از مهمترین موارد در نظر گرفته شده می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

● لحاظ نمودن امتیاز دانش (تجربه) و پیشنهاد تأیید شده در ارزیابی عملکرد کارکنان و مدیران

● ثبت دانش (تجربه) به عنوان یکی از عوامل مسیر ارتقاء شغلی کارکنان نظام سلامت (ارتقاء رتبه یا طبقه)

● ثبت دانش (تجربه) به عنوان یکی از ملاک های امتیاز آور برای داوطلبین پست های مدیریتی در دستورالعمل ارزیابی، انتخاب و توسعه مدیران

● تقدیر از برگزیدگان نظام مدیریت دانش در برنامه های محوری نظیر جشنواره های دانشگاهی، منطقه ای و ملی مدیریت دانش و جشنواره شهیدر جایی به گونه ای که موضوع مدیریت دانش جزو شاخص سنجش جشنواره شهیدر جایی قرار بگیرد.

● تقدیر از فعالان حوزه های عملکردی مدیریت دانش ستاد، دانشگاه/دانشکده های علوم و سازمان های وابسته

امید آنکه بتوانیم گام هایی مؤثر در راستای تقویت و توسعه نظام مدیریت دانش و نظام پیشنهادها برداشته، و نظام سلامت را در پیشبرد اهداف عالی نظام مقدم جمهوری اسلامی ایران بیش از پیش پیشتان نماییم.





سرگذشت نامه



در این بخش هر شماره به یکی از فعالان حوزه نظام سلامت کشور می‌پردازیم. این شماره را اختصاص دادیم به معرفی دکتر محمد رضا واعظ مهدوی، از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی دانش در نهاد آموزش عالی ایران.

دکتر محمد رضا واعظ مهدوی
از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی دانش در نهاد آموزش عالی ایران



دکتر محمد رضا واعظ مهدوی متولد سال ۱۳۳۷ در تهران، استاد دانشگاه شاهد در رشته فیزیولوژی و یکی از برجسته‌ترین و تأثیرگذارترین اساتید دانشگاهی در سیاست‌گذاری حوزه سلامت اجتماعی کشور است. وی بیش از ۲۰۰ مقاله علمی در مجلات داخلی و خارجی به چاپ رسانده و ده‌ها کتاب در حوزه‌های سلامت، رفاه و برنامه‌ریزی اجتماعی تألیف یا ترجمه نموده است.

مهمترین سوابق علمی و اجرایی:

- رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت
- مدیرعامل صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر
- مدیر کل دفتر آموزش عالی در سازمان برنامه و بودجه از تاریخ ۷۶/۴/۸ تا ۷۵/۳/۳
- عضو کمیته کشوری ارگونومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۷۷/۴/۱۳ تا ۷۵/۴/۱۳
- عضو ستاد مرکزی بهداشت و درمان و حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عضو هیأت امنای دانشگاه علوم پزشکی قم از تاریخ ۷۷/۱۰/۱۶
- رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی از تاریخ ۸۱/۶/۱۵ تا ۷۸/۶/۱۵
- مدیر گروه فیزیولوژی از تاریخ ۷۲/۷/۲۳ در دانشگاه شاهد دانشکده پزشکی به مدت ۱۲ سال
- مدیر اجرایی طرح ملی اصلاح ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- معاون پشتیبانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۷۸/۶/۱۵ تا ۷۶/۶/۸
- معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به مدت ۳ سال
- معاون سیاستگذاری و برنامه‌ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بین سال‌های ۸۴ تا ۸۳
- مسئول کمیته امور اجتماعی تحقق سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران؛ مجمع تشخیص مصلحت نظام از ۱۳۸۳
- معاون امور پژوهشی دانشگاه شاهد از ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶
- عضو شورای علمی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷
- عضو شورای پژوهشی سازمان بهزیستی کشور از سال ۱۳۸۵
- رئیس کمیته اجتماعی کمیسیون علمی راهبردی تحقق چشم‌انداز
- مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵
- عضو شورای سیاستگذاری متغیرهای اجتماعی سلامت در برنامه پنجم توسعه
- عضو هیئت تحریریه فصلنامه مدیریت سلامت در سال ۱۳۸۵
- معاون هماهنگی و برنامه‌ریزی شهرداری تهران در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸
- عضو کمیته شوراها و مدیریت محلی کمیسیون سیاسی دفاعی و امنیتی دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۷
- عضو کارگروه طراحی مداخلات مرتبط با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۷
- عضو شورای راهبردی سلامت شهر تهران
- عضو شورای سیاستگذاری نظام بیمه‌های درمانی کشور
- عضو شورای مشارکت‌های اجتماعی در نظام سلامت کشور
- معاون توسعه امور علمی و فرهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور



دیدگاه



این بخش با هدف اخذ نظرات و دیدگاه‌های مدیران ارشد و خبرگان ستاد وزارت بهداشت، دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته و تابعه در قالب مصاحبه‌ها، میزگردها و نشست‌های تخصصی تدوین شده است. چند گفتگوی خواندنی از عزیزان در این شماره از فصل نامه در صفحات پیش رو است که به خوانندگان تقدیم می‌شود.





چراغ راه نظام سلامت

در برنامه هفتم پیشرفت کشور؛

«ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت»

متناظر در حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قلمداد می‌شوند.

مقدمات کارشناسی تهیه و تدوین لایحه برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور در بخش سلامت از سال ۱۳۹۹ در دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی، با صدور حکم مقام عالی وزارت برای معاون توسعه مدیریت و منابع به‌عنوان «دبیر کمیته راهبری تدوین پیش‌نویس لایحه برنامه هفتم توسعه بخش سلامت» آغاز گردید. در این راستا، ساختار اجرایی متشکل از کمیته راهبری (تشکیل ۳ جلسه)، کمیته‌های مشورتی- تخصصی و فنی- کارشناسی (تشکیل حداقل ۳۶ جلسه)؛ کارگروه‌های کارکردی (تشکیل ۸ جلسه)؛ کارگروه‌های مختلف درون‌بخشی و فرابخشی (تشکیل حداقل ۲۱ جلسه)؛ کارگروه‌های مجازی نخبگان (تشکیل ۱۲ جلسه) و گروه‌های اطلاع‌رسانی شکل گرفت و در مجموع بیش از ۲۴۰ جلسه فنی و موضوعی برگزار گردید.

یکی از اولین گام‌های اساسی در این راستا، آسیب‌شناسی برنامه‌های پیشین توسعه در بخش سلامت بود. این فرآیند به شناسایی نقاط ضعف و قوت برنامه‌های گذشته کمک کرد و زمینه‌ساز تدوین یک برنامه واقع‌بینانه و کارآمد گردید. علاوه بر این، مطالعات پیش‌نیاز و بررسی روندهای کلان نظام سلامت، موارد مهم و نیازهای روز کشور را احصا کرد تا برنامه هفتم توسعه با رویکردی جامع و آینده‌نگر تدوین شود.

در گام بعدی وزارت بهداشت با برگزاری جلسات تخصصی با ذینفعان و تشکیل کمیته‌های تخصصی در هر حوزه، به جمع‌آوری و تحلیل پیشنهادات هر بخش برای گنجاندن در برنامه هفتم پرداخت. حمایت‌طلبی از نمایندگان مجلس نیز



مهندس طاهر موهبتی، معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی

برنامه‌های توسعه‌ای هر کشور به‌منظور دستیابی به اهداف کلان و ارتقاء سطح زندگی مردم طراحی و اجرا می‌شوند. برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران نیز با همین رویکرد و با تأکید بر ارتقاء بهداشت عمومی و بهبود خدمات درمانی تدوین شده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان یکی از نهادهای کلیدی در این برنامه، مجموعه‌ای از اقدامات جامع و راهبردی را برای تحقق اهداف تعیین شده به انجام رسانده است.

با ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۰ از جانب مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) با هدف «پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت» و با تأکید بر افزایش بهره‌وری کل عوامل تولید ابلاغ گردید. بر این مبنا، «ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت» و «روزآمدسازی و ارتقاء نظام آموزشی و پژوهشی کشور» مهم‌ترین سیاست‌های

بخشی از این فرآیند بود تا بتوانند این پیشنهادات را در برنامه هفتم توسعه درج کنند.

یکی از نقاط قوت این برنامه، تدوین برنامه اجرایی‌سازی بوده است که با ایجاد سامانه راهبری برای تدوین برنامه‌های عملیاتی و اجرایی احکام برنامه پیشرفت همراه شد. این سامانه نه تنها فرآیند تدوین برنامه‌ها را تسهیل می‌کند، بلکه به شفافیت و کارآمدی بیشتر در اجرای برنامه‌ها نیز کمک شایانی خواهد کرد.

همچنین کمیته‌های برنامه‌ریزی و نظارت در هر حوزه تخصصی برای اجرایی‌سازی برنامه هفتم نیز تشکیل خواهد شد تا نظارت دقیقی بر اجرای مفاد برنامه داشته باشد.

علاوه بر این، وزارت بهداشت به تدوین شاخص‌های پایش برنامه هفتم نیز مبادرت کرده است تا امکان ارزیابی مستمر و دقیق از پیشرفت برنامه و دستیابی به اهداف تعیین شده را فراهم آورد. این شاخص‌ها به‌عنوان ابزارهای

مهم نظارتی و ارزیابی عملکرد، نقش اساسی در اثربخشی فرآیند اجرایی و اصلاح انحرافات احتمالی ایفا خواهند کرد.

لایحه برنامه هفتم پیشرفت (۱۴۰۳-۱۴۰۷) که در قالب ۱۲۰ ماده در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ تقدیم مجلس شورای اسلامی شده بود، پس از بررسی در کمیسیون‌های تخصصی، کمیسیون تلفیق و صحن علنی مجلس، در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱ به تصویب مجلس رسیده و جهت بررسی و تأیید به شورای نگهبان ارسال گردید. پس از رفع ابهامات و مغایرت‌های شورای نگهبان؛ نهایتاً قانون برنامه مصوب در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۴ توسط مجلس شورای اسلامی جهت اجرا به ریاست جمهوری ابلاغ گردید.

وزارت بهداشت امیدوار است با انجام اقدامات ذکر شده گامی مهم در جهت تحقق اهداف برنامه هفتم توسعه، بهبود نظام سلامت کشور و افزایش سطح رضایت‌مندی عمومی و ارتقاء کیفیت زندگی مردم منجر شود.

یکی از نقاط قوت این برنامه، تدوین برنامه اجرایی‌سازی بوده است که با ایجاد سامانه راهبری برای تدوین برنامه‌های عملیاتی و اجرایی احکام برنامه پیشرفت همراه شد.



ایجاد دسترسی عادلانه

به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی



دکتر سعید کریمی، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه‌ریزی برای توسعه عدالت محور در مناطق محروم کشور با چشم انداز ۱۴۰۴ و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات حوزه سلامت از یک سو و ارتقا کیفیت خدمات از سوی دیگر از مهم ترین دغدغه های وزارت بهداشت بوده و معاونت درمان با توجه به مسئولیت خطیری که در این زمینه بر عهده دارد با راهبردهایی همچون تقویت شبکه درمان و توسعه زیرساخت های حوزه درمان، اصلاح نظام پرداخت، ارائه خدمت مناسب و با کیفیت به آحاد جامعه، حفاظت مالی از بیماران، افزایش رضایت مراجعین به مراکز درمانی، حمایت از بیماران به ویژه بیماران خاص و صعب العلاج با افتتاح صندوق و تدوین بسته های حمایتی، توجه به سلامت و درمان کودکان، حمایت از زوج های نابارور و درمان ایشان، افزایش انگیزش پزشکان جهت ماندگاری در مناطق کم برخوردار در جهت تحقق بخشیدن به اهداف عالی نظام درمان کشور تلاش های مستمری انجام داده و دستاوردهای ارزشمندی را کسب نمود. اگرچه عدم پرداخت مطالبات سازمان های بیمه گر پایه به ویژه تامین اجتماعی و پرداخت به موقع مطالبات وزارت بهداشت، عدم پیش بینی ردیف مشخص بودجه ای برای خرید و جایگزینی تجهیزات سرمایه های بیمارستانی، عدم حمایت از هزینه های درمانی اتباع خارجی غیرمجاز به مراکز درمانی بخش دولتی از جمله مواردی است که چالش هایی در این حوزه ایجاد نموده است.

با توجه به افزایش جمعیت سالمندی و رشد بیماری های مزمن، اقداماتی که در معاونت درمان در این خصوص انجام شده را ارائه فرمایید؟

تکریم سالمندان و ارتقاء جوانی جمعیت از سیاست های

در خصوص اولویت های این معاونت و میزان دستیابی به اولویت های تعیین شده در دولت سیزدهم (برنامه عدالت و تعالی سلامت) توضیحات لازم را ارائه فرمایید؟ چه چالش هایی در دستیابی به اهداف تعیین شده وجود داشت؟

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴، نقشه علمی جامع کشور و سایر قوانین ناظر، ارتقای وضعیت عدالت در سلامت را در صدر اهداف خود قرار داده است، با آغاز به کار دولت مردمی سیزدهم و دیدگاه ویژه این دولت نسبت به بخش سلامت و با توجه به تمامی اسناد بالادستی، عدالت و تعالی نظام سلامت شعار اصلی و سرلوحه اقدامات وزارت بهداشت قرار گرفت. در حوزه درمان «طرح عدالت و تعالی درمان» در امتداد این برنامه، ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی را به عنوان محور قرار گرفت.

کلی وزارت بهداشت است، سالمندان گرانقدر کشور به منزله یک ثروت ملی بوده و در حفظ و انتقال گنجینه فرهنگ ایرانی- اسلامی و همبستگی بین نسلی دارای جایگاهی والا هستند. در جهت بهره مندی این عزیزان به خدمات درمانی و توانبخشی ۳۰۰ تخت توانبخشی به چرخه خدمت اضافه شده در حالی که

”

یکی از مهم ترین اقدامات معاونت درمان وزارت بهداشت برای جوانی جمعیت، درمان ناباروری بوده است.

“

پیش از روی کار آمدن دولت سیزدهم، ۸۵ تخت توانبخشی داشتیم. به طور مرتب تجهیزات به دانشگاه های علوم پزشکی تحویل خواهد شد تا بحث توانبخشی در این حوزه توسعه یابد. همچنین شناسنامه استاندارد سازی بخش بستری توانبخشی بزرگسالان در بیمارستان های کشور تدوین و جهت اجرا به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ

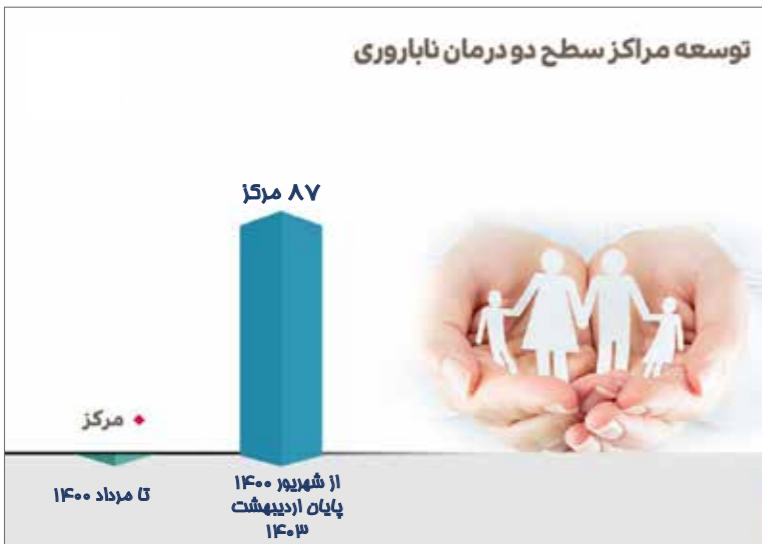
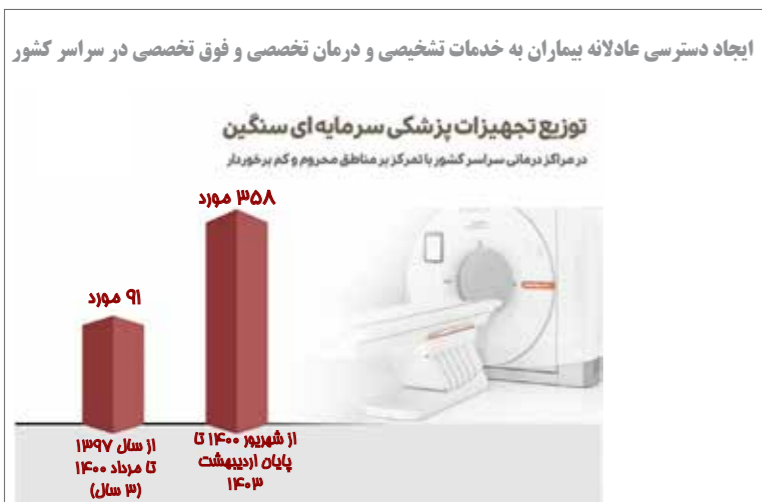
شده است.

در خصوص نقش این معاونت در برنامه های مرتبط با جوانی جمعیت و اقدامات انجام شده در این خصوص توضیح بفرمایید؟

یکی از مهم ترین اقدامات معاونت درمان وزارت بهداشت برای جوانی جمعیت، درمان ناباروری بوده است، به طوری که برای اولین بار در کشور و در دولت مردمی سیزدهم ۸۷ مرکز درمان

ناباروری سطح ۲ راه اندازی و فعال شده است، هم اکنون هر دانشگاه علوم پزشکی دارای یک مرکز درمان ناباروری سطح ۲ است. همچنین ۱۲۶ مرکز درمان ناباروری سطح سه در چرخه خدمت رسانی و ارائه خدمات تخصصی درمان ناباروری هستند که ۵۶ مورد آن در دولت سیزدهم ایجاد شده است. بسته خدمتی پوشش بیمه ناباروری در تمام





پروژه‌های نظام سلامت و افزایش بیش از ۱۶ هزار و ۵۰۰ تخت بیمارستانی بوده ایم که معادل بیش از ۱۰ درصد کل تخت‌های بیمارستانی موجود در نظام سلامت و ۱۵ درصد تخت‌های بیمارستانی در بخش دولتی بوده و یک رکورد تاریخی محسوب می‌شود. از جمله کلان بیمارستان‌های حضرت مهدی (عج) و غدیر که در تراز معیارها و استانداردهای بیمارستان‌های پیشرفته دنیا ساخته شده‌اند.

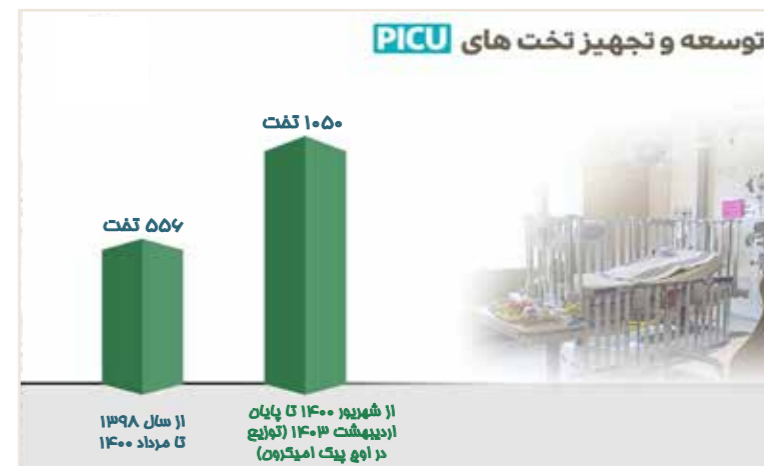
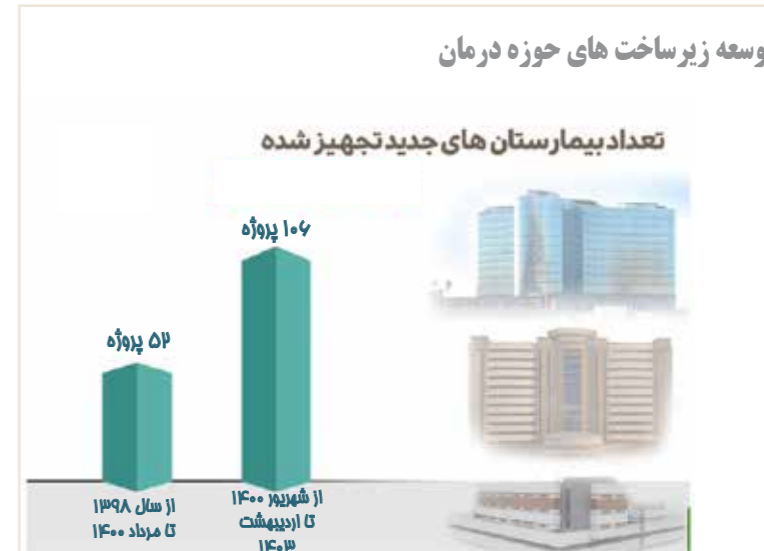
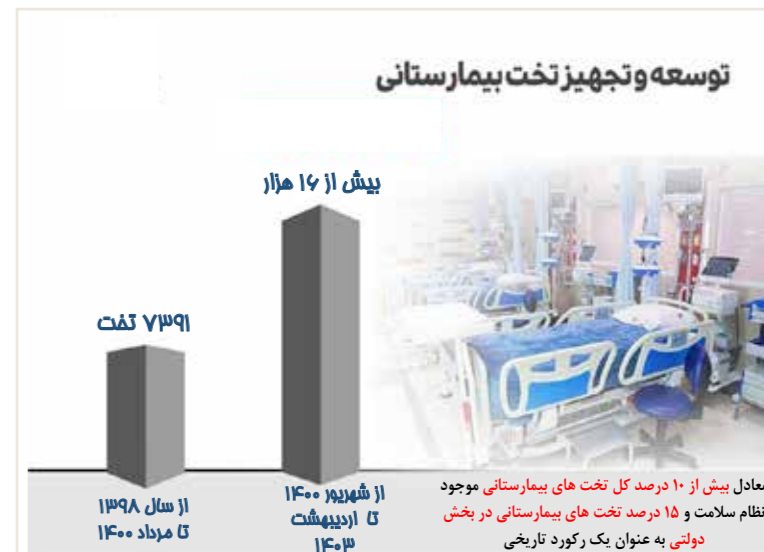
خوشبختانه بیمارستان‌های جدید الاحداث ما به روزترین استانداردهای سازه‌ای و عمرانی را دارا هستند. همچنین عزم ما بر این بوده است که پروژه‌های ما از جدیدترین خدمات، تکنولوژی‌ها و فناوری‌های نوین در ارائه خدمات پزشکی برخوردار شوند و اکنون از بی نظیرترین مجموعه‌های درمانی هستند. به طوری که ۳۵۸ مورد تجهیزات پزشکی سرمایه ای سنگین از شهریور ماه سال ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۳ در مراکز درمانی دانشکده/دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور توزیع شده است.

تقویت و توسعه بخش‌های مراقبت‌های ویژه کودکان یکی از برنامه‌های معاونت درمان وزارت بهداشت بوده است. به گونه‌ای که در روزهای دشوار پیک امیکرون و در حالی که صرفاً حدود ۵۹۲ تخت مراقبت‌های ویژه کودکان (PICU) در کشور وجود

سطوح تدوین شده است و هزینه‌های درمانی زوج‌های نابارور را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین در سال گذشته ۳۳ عمل جراحی در درمان ناباروری تحت پوشش بیمه قرار گرفته و یک میلیون و ۱۰۰ هزار و مراجعه به مرکز سطح سه صورت گرفته و ۱۱۲ هزار و ۶۸۳ مورد آی وی اف انجام شده که ۳۶ هزار مورد آن مثبت بوده است. همچنین در سال گذشته ۳۱۰ هزار زایمان طبیعی در مراکز درمانی دولتی به صورت رایگان انجام گرفته است و ۲۷۰ هزار نفر-کلاس آموزشی برای مادران باردار در راستای ترویج زایمان طبیعی صورت گرفته است.

در خصوص اقداماتی که در دولت سیزدهم در راستای افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های درمانی انجام شده است، توضیحات لازم را ارائه نمایید؟

از ابتدای دولت سیزدهم، تسریع در روند پیشرفت و اتمام پروژه‌های نیمه تمام از دغدغه‌های دولت مردمی بوده است. از این رو با مدیریت جهادی و تلاش مستمر شبانه روزی، توسعه پروژه‌های زیر ساختی حوزه درمان در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و موجب شد بسیاری از ابر پروژه‌های این حوزه که در تاریخ کشور بی نمونه و بی مثال است به ظهور و بروز برسد. بنابراین در دولت مردمی سیزدهم شاهد توسعه و تجهیز تخت‌های بیمارستانی و افتتاح





داشت در یک کار منسجم تیمی توانستیم ۱۰۵۰ تخت جدید PICU خریداری، توزیع و راه اندازی کنیم که دو برابر تخت‌های موجود مراقبت ویژه کودکان در تمام کشور بود.

همچنین به منظور توسعه خدمات درمانی در کشور، ۴۹۴ پروژه درمانی جدید از جمله کلینیک ویژه، بخش های اورژانس و... در دستور کار قرار گرفت و طی این مدت افتتاح شد. ۶۷ مرکز دندانپزشکی دولتی در راستای توسعه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی ایجاد گردید. روند تکمیل پروژه‌های عمرانی و توسعه‌ای حوزه درمان به صورت مستمر ادامه خواهد داشت و امیدواریم با توسعه این بخش، دسترسی مردم به خدمات درمانی افزایش یابد و گام مثبت موثری در تحقق شعار عدالت و تعالی نظام سلامت باشد.

توزیع حدود ۲۸۰۰ پزشک متخصص در مناطق محروم و کمتر برخوردار در سال ۱۴۰۲ (توزیع ۶۷۵۰ نفر متخصص متعدد خدمت درمانی فارغ التحصیل سال ۱۴۰۰ لغایت پایان ۱۴۰۲) جهت ارائه خدمات درمانی در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی با اولویت مناطق محروم کشور از دیگر اقدامات برای افزایش دسترسی مردم به خدمات درمانی بوده است. در این راستا با ابلاغ دستورالعمل مقیمی و ماندگاری و اصلاح پرداخت بعد از گذشت ۵ سال، اصلاح پلکانی کارانه با

اولویت مناطق محروم و پزشکان تمام وقت جغرافیایی، یکسان سازی جزء حرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی و برداشتن سقف کارانه در راستای افزایش انگیزش و ماندگاری پزشکان انجام شده است.

در خصوص اقداماتی که در این معاونت با هدف محافظت مالی از بیماران و کاهش پرداخت از جیب در این دوره انجام شده است، توضیحات لازم را ارائه نمایید؟

در راستای کاهش هزینه درمان و حفاظت مالی از بیماران، در دومین سال دولت مردمی وعده‌های رئیس جمهور محقق شد و جمعیتی بالغ بر ۳۳ میلیون نفر از خدمات درمانی رایگان بهره مند می‌شوند.

این خدمات شامل هزینه درمان خدمات بستری ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر و بیمه شدگان روستایی، عشایر یعنی حدود ۳۰ میلیون نفر از جمعیت کشور در قالب نظام ارجاع در مراکز مشمول برنامه، جمعیت سه دهک اول درآمدی بابت هزینه های خدمات بستری و سرپایی تحت پوشش بیمه پایه سلامت، هزینه های خدمات بستری برای جمعیت مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) و مددجویان سازمان بهزیستی بیمه پایه سلامت و بیماران مشمول صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج از پرداخت هزینه خدمات بستری در مراکز تشخیصی

درمانی تحت پوشش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی معاف شدند و این خدمات برای موارد رایگان شد.

همچنین با نگاه ویژه هیات محترم دولت و پیشنهاد وزارت بهداشت خدمات سرپایی و بستری شیرخوران و کودکان زیر ۷ سال در مراکز دولتی دانشگاهی سراسر کشور رایگان شدند تا کودکان و خانواده‌های ایشان به جز رنج بیماری دغدغه دیگری از باب تامین سلامت آینده‌سازان کشور نداشته باشند.

حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج نیز با افتتاح صندوق حمایت از بیماران صعب‌العلاج با اعتبار ۵ همت در سال ۱۴۰۱، تخصیص ۷ همت در سال ۱۴۰۲ و ۱۲ همت در سال ۱۴۰۳ در دولت مردمی سیزدهم صورت گرفت و بسته های حمایتی از ۱۶ گروه بیماری به ۱۰۷ گروه بیماری تا پایان اردیبهشت ۱۴۰۳ ارتقاء یافت که از این تعداد ۶۰ گروه بیماری دارای بسته خدمات سلامت ۵ گانه در حوزه سرپایی (ویزیت و مشاوره، دارو و ملزومات مصرفی، خدمات پاراکلینیک، توانبخشی، دندانپزشکی) و خدمات بستری می باشند که در صورت دریافت خدمات در مراکز دولتی، پرداخت از جیب بیماران نزدیک به صفر و در صورت دریافت خدمات در بخش غیردولتی (خصوصی، خیریه و نهادهای عمومی غیر دولتی)، حمایت مالی از بیماران

تا ۸۰ درصد تعرفه بر اساس مالکیت مراکز صورت می‌گیرد.

در خصوص سایر اقدامات از جمله اقدامات مبتکرانه دیگری که در معاونت درمان در دولت سیزدهم انجام شده است، برای ما توضیح دهید؟

خوشبختانه اقدامات زیاد، متنوع و قابل توجهی در حوزه درمان در دولت مردمی سیزدهم انجام شده است از جمله اهم این اقدامات کاشت رایگان سالیانه بیش از ۲۰۰۰ حلقون شنوایی در کودکان ناشنوا برای اولین بار در کشور پس از ۳۰ سال و کسب رتبه اول در منطقه بر حسب شاخص جمعیتی و صفر شدن صف انتظار و ریشه کنی کم شنوایی عمیق کودکان نیازمند کاشت حلقون شنوایی بوده است. اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری پس از ۱۵ سال صورت گرفت، تشکیل کمیته توزیع و تخصیص تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای با هدف متمرکز بودن روند توزیع تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای در معاونت درمان و توزیع عادلانه این تجهیزات بر اساس نیاز دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در این معاونت انجام شد.

همچنین در خرداد ماه ۱۴۰۱ قرارگاه مرکزی نظارت بر سلامت در محل معاونت درمان وزارت بهداشت با اعضای دادستانی کل کشور، سازمان تعزیرات حکومتی، سازمان نظام

پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در تهران تشکیل شد و تاکنون با تشکیل ۵۲ جلسه به بررسی بررسی ۱۵۸ پرونده کلان پرداخته است. در جریان این نظارت‌ها ۵۷۶۰ مرکز غیرمجاز مداخله گر در امر درمان پلمپ و تعطیل شدند. برای اولین بار اعتباربخشی مراکز جراحی محدود در دولت سیزدهم صورت گرفت.

برنامه‌ریزی جهت غربالگری، ثبت و رجیستری بیماران و درمان بیماران مبتلا به هیپاتیت C با هدف حذف هیپاتیت C تا ۱۴۱۰ از دیگر برنامه هاست و تا به امروز ۲۶ هزار بیمار مبتلا به هیپاتیت C درمان شده‌اند.

دانشگاه‌ها در بخش بهداشت و درمان نیز در حال پیگیری است و تاکنون به صورت پایلوت شبکه آزمایشگاهی در ۷ دانشگاه علوم پزشکی شامل مشهد، اردبیل، گلستان، آذربایجان شرقی، گیلان، آذربایجان غربی و شیراز تا پایان اردیبهشت ماه اجرا شده است. در زمینه مدیریت پیوند خوشبختانه توانسته‌ایم رتبه اول را در زمینه اهداء از مرگ مغزی در منطقه خاورمیانه کسب نماییم. بیشترین تعداد پیوند و بیشترین تعداد اهداکننده در تاریخ کشور در سال گذشته صورت گرفته است. شاخص اهدای عضو (PMP) در سال ۱۴۰۲ برابر با عدد ۱۳,۴ و در دو ماه اول ۱۴۰۳ برابر با عدد ۱۴,۲ بوده است. تدوین و ابلاغ سند چشم‌انداز ۱۰ ساله پیوند قلب و کبد

در کشور در دولت مردمی سیزدهم صورت گرفت و رجیستر شبکه ملی نسوج پیوندی راه اندازی شد. تهیه و توزیع باکس انتقال ارگان به صورت متحد الشکل برای تمامی بخش‌های پیوند در بیمارستان کشور جهت حفظ بهتر ارگان و انتقال اعضای پیوندی با موتورلانس برای اولین بار در سال ۱۴۰۲ رخ داد.

دستورالعمل تاسیس و راه اندازی و بهره برداری مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد (SUD) بعد از ۲۰ سال تدوین و به تمامی کشور ابلاغ شد. در زمینه اورژانس بیمارستانی تشکیل و تقویت تیم واکنش سریع معاونت درمان و پاسخگویی ۲۴ ساعته به مشکلات دانشگاه‌های هدف، تهیه نقشه جامع ساماندهی و ارتقاء فعالیت‌های کیفی در بخش اورژانس بیمارستان‌های کشور، برنامه‌ریزی، هماهنگی، تشکیل تیم واکنش سریع در مراسم و تجمعات ملی و مذهبی همچون ایام اربعین و مناسبات پایان ماه صفر از طریق تامین نیرو متخصص در مناطق مرزی و نیز ارسال دستورالعمل ارائه خدمت و آماده باش به دانشگاه‌های مناطق مرزی صورت پذیرفت.

همچنین پروتکل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در مواجهه با کودک آزاری، سرطان و مددکاری اجتماعی برای افراد دارای اختلال روان در مراکز درمان ابلاغ شد.



اصلاح سبک زندگی سلامت محور با ترویج علمی و استاندارد طب سنتی ایرانی

دکترای تخصصی (PhD) راه اندازی شد.

ایجاد ساختار برای طب سنتی ایرانی با تأسیس دفتر ملی طب سنتی در سال ۱۳۶۰ آغاز و با تدوین سیاست‌های ملی برای طب سنتی، مکمل و جایگزین در سال ۱۳۷۵، قوانین و مقررات مرتبط با آن ایجاد شد. در سال ۱۳۹۱ معاونت طب سنتی ایرانی در وزارت بهداشت تأسیس و در سال ۹۵ این معاونت به دفتر طب سنتی و مکمل تغییر یافت. هم‌اکنون حدود ۲۱ رشته محل برای آموزش طب سنتی ایرانی ۹ دانشکده طب سنتی، ۱۱ گروه داروسازی سنتی و ۹ گروه تاریخ پزشکی، ۴۶۹ فارغ التحصیل دکترای تخصصی طب سنتی و ۸۱ دکترای داروسازی طب سنتی وجود دارد. همچنین حدود ۱۵۶ سلامتکده، درمانگاه و کلینیک ویژه دولتی و خصوصی طب سنتی به ارائه خدمات حفظ تندرستی و درمان بیماران مشغولند.



دکتر نفیسه حسینی یکتا، مدیر کل دفتر طب سنتی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱ لطفاً به عنوان مقدمه، تاریخچه طب سنتی و توسعه آن در نظام سلامت کشور را تشریح فرمایید؟

طب سنتی ایرانی سابقه‌ای بیش از ۳۰۰۰ ساله دارد، در این مدت دانشمندان بسیاری از کشور ما با بهره‌گیری از دانش‌های گذشته و باعث ایجاد پیشرفت‌های غیر قابل انکار در سیر علوم مختلف و از جمله علم طب شده‌اند. این مکتب طبی در طول تاریخ با فراز و نشیب‌های بسیاری روبرو شد. در حمله رومیان پیش از اسلام و حملات مغولها و اعراب و طی قحطی‌های ناشی از جنگ‌های جهانی بسیاری از منابع مکتوب و حکمای طب سنتی از دست رفتند ولی با این وجود، هم‌اکنون نیز با بیش از ۱۰ هزار جلد منابع مکتوب فعلی طب سنتی شاید غنی‌ترین منبع طب سنتی جهان به شمار می‌رود.

پس از انقلاب اسلامی ایران با تغییر رویکرد مدیران، طب سنتی در اسناد بالادستی راه یافت که در بند ۱۲ سیاست‌های کلی «سلامت»، ابلاغیه رهبر معظم انقلاب اسلامی، مورد تأکید قرار گرفته است. در سال ۸۶ پس از حدود ۹۶ سال مجدداً رشته طب سنتی در مقطع کارشناسی ارشد برای پزشکان راه‌اندازی گردید که در سال ۸۸ به مقطع دکترای تخصصی (PhD) تبدیل شد و یک سال بعد نیز رشته داروسازی سنتی در مقطع

۲ جایگاه طب سنتی ایرانی در بسته مزایای بیمه‌های درمانی و اقدامات وزارت بهداشت در این زمینه چگونه است؟

با توجه به ابلاغ استاندارد خدمات طب سنتی (۶ خدمت بادکش، بخور، حجامت، حقنه، زالو و فصد) از سوی معاونت درمان، دفتر طب سنتی ایرانی در تعامل با شورای عالی بیمه سلامت می‌کوشد مقدمات تحت پوشش بیمه قرار گرفتن این خدمات را فراهم نماید که خوشبختانه در دولت سیزدهم، ۳ خدمت فصد، بادکش و حجامت بیمه شده‌اند. همچنین به منظور تمدید بیمه ویزیت متخصصین طب سنتی پروژه هزینه اثربخشی آن با همکاری دفتر طب سنتی و مکمل در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده که منجر به تصویب نهایی بیمه‌ی ویزیت پزشکان دارای مدرک دکترای تخصصی طب سنتی ایرانی گردید.

۳ در رابطه با ورود طب سنتی ایرانی در کوریکولوم رشته‌های علوم پزشکی (پزشکی عمومی، داروسازی عمومی و سایر رشته‌های مرتبط) توضیحات لازم را بفرمایید؟

ارائه‌ی ۲ واحد درس «آشنایی با اصول و مبانی طب سنتی ایرانی» به عنوان یک درس اختصاصی برای گروه پزشکی که برای کلیه رشته‌های بالینی اجباری (۷ رشته پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی، تغذیه و فیزیوتراپی) و رشته‌های غیر بالینی اختیاری ارائه می‌شود و تاکنون بیش از ۵۷ هزار دانشجوی این دو واحد را گذرانده‌اند. همچنین در برنامه‌های تخصصی برای هر یک از رشته‌های ۷ گانه تدوین و ابلاغ شده است. همچنین تربیت متخصصین این حوزه در ۹ دانشکده و ۲۱ گروه طب سنتی، ۱۱ گروه داروسازی در طب سنتی و ۹ گروه تاریخ پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد.

۴ مهم‌ترین اقدامات در راستای تولید شواهد و دانش کاربردی در حوزه توسعه طب سنتی ایرانی را توضیح دهید؟

۱- توسعه و تجهیز مراکز تحقیقاتی در حوزه‌ی طب و داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی
۲- ترسیم نقشه‌ی مأموریت محوری دانشگاه‌های علوم پزشکی در حوزه‌ی طب سنتی با چشم‌انداز ۵ ساله

۳- حمایت ویژه از اولویت‌های پژوهشی طب سنتی با هدف تحقق مرجعیت علمی ایران در حوزه‌ی طب سنتی و مکمل
۴- تشکیل کارگروه احیای میراث مکتوب با مشارکت همه مراکز اسناد و کتابخانه‌ها

۵ در راستای فرهنگ‌سازی طب سنتی ایرانی چه اقدامات موثری انجام شده است؟

طب سنتی ایرانی سلامت‌محور بوده و بسیاری از آموزه‌های آن مبتنی بر اصلاح سبک زندگی است و با توجه به ریشه‌دار بودن این آموزه‌ها در فرهنگ و باورهای مردم، قابلیت پذیرش دارد و دسترسی به خدمات نیز برای مردم آسان است. ورود خدمات تأیید شده طب سنتی و آموزه‌های آن در نظام سلامت با هزینه کمتر و قدرت نفوذ فرهنگی، کمک زیادی به ارتقای سلامت جامعه می‌کند. در واقع استفاده از این آموزه‌ها در کنار آموزه‌های طب رایج و سایر دستورالعمل‌های بهداشتی و درمانی است و در حقیقت مکمل نظام سلامت رایج است. به همین دلیل اقدامات فرهنگی گسترده‌ای به شرح زیر انجام شده است:



● کسب رتبه چهارم تولید علم در حوزه‌ی تولید دانش طب مکمل و جایگزین بر اساس گزارش پایگاه علم‌سنجی سایمگو (Scimago) برای چهارمین سال متوالی

۷ آیا در راستای انتقال دانش طب ایرانی به سایر کشورها ظرفیت‌سازی لازم انجام شده است؟

تعدادی دانشجوی خارجی در تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در رشته‌ی دکترای تخصصی طب ایرانی پذیرش شده‌اند، همچنین چند دوره مدرسه‌ی فصلی برای آموزش دانشجویان خارجی برگزار شده است.

۸ در خصوص ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی با مشارکت مردم توضیحات لازم را ارائه نماید.

در راستای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی، طرح رهجویان و راهبران سلامت با همکاری بنیاد خاتم‌الاولیاء به منظور ارتقای فرهنگ در حوزه سبک زندگی سالم و ارائه اطلاعات صحیح به عموم جامعه توسط متخصصان طب ایرانی اجرا شده است. همچنین طرح آموزش سبک زندگی سالم و

Medicin" توسط WHO و آغاز تدوین Bench Mark های آموزش و خدمات بالینی آن و قرار گرفتن کدینگ بیماری‌های این مکتب طبی (صد مدخل) در ماژول (TM۲-ICD۱۱)

● حضور فعال نماینده دفتر طب ایرانی وزارت بهداشت در مجامع تصمیم‌گیر بین‌المللی در حوزه‌ی طب‌های سنتی و مکمل از جمله مجمع تدوین راهبرد جهانی سازمان جهانی بهداشت در این حوزه و شبکه همکاری‌های نظارتی بین‌المللی برای قوانین حوزه داروهای گیاهی (WHO.IRCH)

● جذب دانشجویان بین‌الملل در طب ایرانی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

● برگزاری چندین کنگره بین‌المللی در حوزه طب‌های سنتی و مکمل با حضور نمایندگان ۱۵ کشور

جایگاه ایران در جهان:

● در مقطع زمانی ۲۰۱۰الی ۲۰۱۸، سهم ایران از تولید دانش در طب سنتی و گیاهان دارویی با رشدی چشمگیر همراه بوده (۲۴۳۹ سند علمی، ۶,۴٪ از کل مقالات چاپ شده) و به مرتبه پنجم تولید علم پس از چین، هند، برزیل و آمریکا رسیده است.

۶. تهیه محتوای آموزشی توصیه‌های پیشگیرانه و درمان‌های کمک

کننده طب ایرانی در کووید ۱۹

۷. گاهنامه اختصاصی طب ایرانی به نام «سرو سلامت»

۸. سامانه سبک زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی با عنوان «سالم باش»

۹. برگزاری کرسی‌های نظریه‌پردازی و برنامه‌های تبیینی در خصوص هویت طب ایرانی

۱۰. تقویت ورزش همگانی در راستای اصلاح سبک زندگی بر اساس پروژه ورزش ایرانی

۱۱. ارائه خدمات و آموزش بر اساس

آموزه‌های طب ایرانی در حماسه اربعین حسینی

۶ در خصوص ارتقای جایگاه طب

ایرانی در سطح بین‌الملل، اقدامات انجام شده را توضیح دهید؟

وضعیت موجود:

● پذیرفته شدن طب ایرانی " Persian

۱. احیای میراث مکتوب و به‌روزرسانی منابع فاخر و کتاب‌های طب ایرانی

نظیر خوانش، ترجمه و بررسی کتاب گران سنگ «قانون» ابن سینا که در قالب فیلم مستند شده است.

۲. ارتقاء کمی و کیفی برنامه‌های رسانه ملی در حوزه طب ایرانی - تشکیل کارگروه مشترک دفتر طب ایرانی و مکمل و شورای

سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما

۳. فرهنگسازی در زمینه‌ی کارآفرینی

۴. فراهم نمودن مقدمات برگزاری رویداد استار تاپی در خصوص ایده‌های مرتبط با طب ایرانی و مکمل

و گیاهان دارویی با همکاری پارک علم و فناوری پردیس و برگزاری سلسله

رویدادهای کارآفرینی با رویکرد طب ایرانی

۵. ورود آموزه‌های طب ایرانی به نظام آموزش و پرورش و نهضت سواد سلامت

آموزی تشکیل کارگروه تخصصی تولید محتوای آموزشی ویژه دانش‌آموزان با مشارکت کارشناسان وزارت آموزش و پرورش





روش‌های صحیح اصلاح آن را به نام طرح نهضت سواد سلامت آموزی برای عموم مردم براساس اصول ۶گانه طب ایرانی با استفاده از رسانه ملی و فضای مجازی در دستور کار قرار داده است. این طرح با تشکیل کارگروه تخصصی برای تهیه محتوای آموزشی ویژه‌ی دانش‌آموزان با مشارکت کارشناسان وزارت آموزش و پرورش وارد فاز جدیدی شده است.

۹ با توجه به روند سالمندی جمعیت، ظرفیت و نقش طب ایرانی در این زمینه را تشریح فرمایید؟

مهم‌ترین پیام طب سنتی ایرانی حفظ تندرستی است که با اصلاح سبک زندگی و ترویج شیوه‌ی ایمن و صحیح خودمراقبتی، می‌توان به آن دست یافت. دستورات حفظ سلامت در این مکتب علمی بر

شش اصل ضروری برای زندگی استوار است. این شش اصل عبارتند از: «آب و هوای سالم، حرکت و سکون کافی، خواب و بیداری مناسب، استفاده از خوردنی‌ها و آشامیدنی‌های مناسب هر فرد، دفع مواد غیر ضروری و حفظ مواد ضروری بدن و کنترل صحیح حالات روحی و روانی».

دفتر طب ایرانی در راستای رسالت اصلی این خود با تدوین محتوای آموزشی و ورود به بسته‌ی خدمت به گروه‌های خاص

از جمله سالمندان در معاونت بهداشت، اولین گام خدمت‌رسانی نظام‌مند را در این حوزه برداشته است.

۱۰ ابتکارهای انجام شده در خصوص طب ایرانی و تسهیل دسترسی به مراقبت‌های طب ایرانی در دولت سیزدهم را تشریح فرمایید.

● اجرای مرحله‌ی نهایی طرح ترویج شیوه زندگی سالم براساس آموزه‌های طب ایرانی در ۶۳ دانشگاه، با آموزش آشنایی در ۳ سطح (پزشکان - مربیان بهورزی - بهورزان و مراقبان سلامت) بر اساس بسته خدمت ترویج شیوه زندگی سالم با آموزه‌های طب ایرانی (بوکلت) ویژه غیر پزشکی و کتاب سبک زندگی سالم با آموزه‌های طب ایرانی (ویژه بهورزان و مراقبان سلامت) که دستاورد آن بارگذاری بسته خدمت طب ایرانی در سامانه‌های نظام الکترونیک سلامت (سیب، سینا، ناب و پارسا) جهت بررسی وضعیت افسراد مراجعه‌کننده بالای ۶ سال و ارائه آموزش در مورد سبک زندگی سالم در دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

● آموزش فردی به مراجعین بالای ۶ سال تحت پوشش ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی در حیطه اصول سبک زندگی سالم و اصلاح عادات و شیوه زندگی از دیدگاه طب ایرانی

حین تکمیل بسته خدمت طب ایرانی که

دستاورد آن تکمیل بیش از یک میلیون و دویست هزار پرسشنامه بسته خدمت طب ایرانی از مراجعه‌کنندگان بالای ۶ سال در کشور و کمک به ارتقاء آگاهی مردم در حیطه سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری‌ها است.

● ارسال پیشنهادهای دفتر طب ایرانی برای ادغام خدمات طب ایرانی در برنامه پزشکی خانواده «شیوه نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع» و ورود متخصصین طب

ایرانی در چرخه نظام ارجاع بر اساس «دستورالعمل هماهنگ کشوری پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباوروری در قالب نظام ارجاع و سطح بندی خدمات» و ابلاغ آن از سوی مقام عالی وزارت

● خرید راهبردی خدمات طب ایرانی (شامل ویزیت، فصد، حجامت خشک و تر) با رویکرد بسته خدمتی بیماری‌ها

● آغاز اجرای طرح آموزش همگانی اصلاح سبک زندگی با نام "نهضت ملی سواد سلامت آموزی" با هدف آموزش سبک زندگی با آموزه‌های طب ایرانی به دانش‌آموزان مقاطع مختلف

۱۱ نقش ظرفیت‌های طب ایرانی در جهت ارتقا و توسعه حوزه گردشگری سلامت را تشریح فرمایید؟

کمیته مشترک گردشگری طب ایرانی با حضور دفتر طب ایرانی و مکمل، وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با گردشگری (با تشکیل کارگروه‌های تندرستی و طبیعت درمانی، تاریخی فرهنگی، خوراک و غذای ایرانی) در آبان ماه ۱۴۰۰ برای اولین بار تشکیل گردید.

۱۲ به عنوان آخرین سوال مهم‌ترین چالش‌های طب ایرانی و انتظارات شما در راستای بهبود جایگاه طب ایرانی در نظام سلامت را توضیح دهید؟

چالش‌ها:

زیرساختی و بنیادی

۱- نامتناسب بودن ساختار سازمانی طب ایرانی در وزارت بهداشت و

کمیته مشترک گردشگری طب ایرانی با حضور دفتر طب ایرانی و مکمل، وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با گردشگری در آبان ماه ۱۴۰۰ برای اولین بار تشکیل گردید.

”

آموزش و پژوهش

۱- نبود الگوی کارآمد برای ادغام طب ایرانی در نظام آموزش پزشکی

۲- حمایت ضعیف از پژوهش‌های حوزه‌ی طب ایرانی

بهداشت و درمان

۱- ناکارآمدی الگوی ادغام خدمت طب ایرانی در سطوح مختلف ارائه خدمات

۲- نبود ساختارهای مناسب ارائه خدمات دارویی در حوزه‌ی طب ایرانی

۳- گران بودن خدمات دارویی و درمانی حوزه‌ی طب ایرانی به دلیل پوشش نامناسب بیمه

پیشنهادها:

۱- تصویب و اضافه نمودن یک ماده به قانون تشکیل وزارت بهداشت توسط مجلس شورای اسلامی مبنی بر به رسمیت شناختن طب ایرانی به عنوان جزء لاینفک نظام سلامت و بر عهده داشتن مسئولیت کلیه ارکان و خدمات طب ایرانی توسط وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

۲- ارتقاء سطح ساختاری طب ایرانی در وزارت بهداشت به سازمان/ معاونت طب ایرانی

۳- دستور کار گذاری طب ایرانی در اسناد بالادستی شامل سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و برنامه ششم و هفتم توسعه کشور



گام بلند وزارت بهداشت

در توسعه مدیریت دانش نظام سلامت



محمود شریفی زارچی، رئیس گروه مدیریت دانش و مستندسازی تجارب ستاد وزارت بهداشت

حرکت در مسیر اشتباهات تجربه شده دیگران موثر واقع گردد مستند سازی، تبادل و بکارگیری دانش و تجربه کارکنان و مدیران می باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مدیران و کارشناسان باتجربه و متخصص بهره می برد که این افراد دارای دانش هایی می باشند که چنانچه به درستی شناسایی و مدیریت شوند، می توانند نقش موثری در بهبود مدیریت و کیفیت، افزایش کارایی، کاهش هزینه ها و حفظ دانش های استراتژیک در سطح کلان نظام سلامت کشور ایفاء نماید. پیاده سازی نظام مدیریت دانش در وزارت بهداشت نیازمند برنامه ریزی و آماده سازی در سه بعد فرهنگ سازمانی، ساختار سازمانی و فناوری اطلاعات می باشد که با هدف هدایت سازمان در مسیر تبدیل شدن به یک نهاد دانش محور صورت می پذیرد تا به حفظ و ارتقای سرمایه های فکری نظام سلامت بپردازد. با توجه به نگاه ویژه دولت مردمی سیزدهم در راستای شعار سال و راهبری مدیریت دانش در نظام سلامت، از ابتدای استقرار آن دولت، اقدامات اساسی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی و سازمان های وابسته در این خصوص صورت گرفته است که از اهم آنها می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

همانطور که از نمودار بر می آید تعداد تجربه ثبت شده در سال ۱۴۰۱ نسبت به مدت مشابه در سال قبل بیش از دو برابر افزایش یافته و این مقدار در سال ۱۴۰۲ حفظ شده است. مشابه این عملکرد مثبت در تعداد تجارب تایید شده نیز دیده می شود. همانطور که از نمودار بر می آید تعداد پیشنهادهای ثبت شده در سال ۱۴۰۱ نسبت به مدت مشابه در سال قبل تقریباً دو برابر افزایش یافته و این مقدار در سال ۱۴۰۲ حفظ شده است. علیرغم کلیه تلاش های صورت گرفته در راستای نشر و گسترش مدیریت دانش در نظام سلامت هنوز راه زیادی تا رسیدن به نتیجه مطلوب وجود دارد لذا اقداماتی در راستای نگاه به آینده روشن مدیریت دانش نظام سلامت در دستور کار قرار دارد که از جمله این

عصری که در آن به سر می بریم، عصر دانائی است. جوامع علمی و تجاری، هر دو بر این باورند که این قدرت دانش است که می تواند متضمن برتری های یک سازمان و رشد روز افزون آن باشد. امروزه سرعت دستیابی و بکارگیری دانش است که می تواند شکست یا پیروزی یک سازمان را معین نماید. از آنجائی که علوم کاربردی با سرعتی بسیار زیاد رو به رشد می باشد، نیاز به راه هایی برای یادگیری و بکارگیری علوم جدید احساس می گردد. دانش باید از فرایندهای کاری جمع آوری شود و به سرعت بهبود پیدا نماید و در چرخه های دیگر وارد فرایندهای کاری گردد.

با عنایت به نامگذاری سال ۱۴۰۳ توسط مقام معظم رهبری به نام «جهش تولید با مشارکت مردم» یکی از گام های اساسی برای دستیابی به جهش تولید، پیاده سازی نظام های مدیریت دانش در سازمان ها می باشد. چرا که دانش به عنوان یک منبع استراتژیک در راستای جهش تولید از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از آنجا که بیشتر دانش سازمانی در ذهن افراد جای دارد نه در اسناد سازمان ها، لذا یکی از مهمترین اقداماتی که می تواند دانش سازان را از خطر نابودی و فراموشی محافظت نماید و در کاهش خطا و ممانعت از

جدول شماره ۱. تعداد تجارب ثبت و تایید شده در ستاد وزارت، دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته

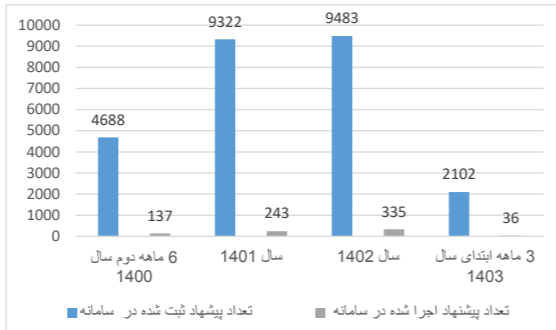
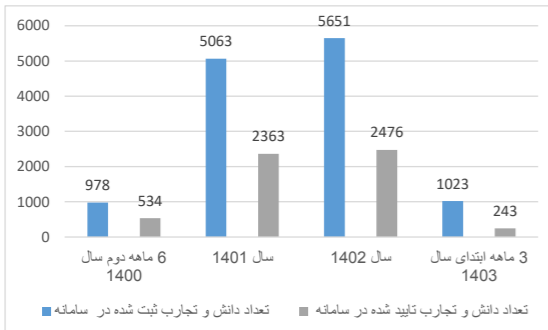
تعداد تجارب	۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰	سال ۱۴۰۱	سال ۱۴۰۲	۳ ماهه ابتدای سال ۱۴۰۳
ثبت شده	۹۷۸	۵۰۶۳	۵۶۵۱	۱۰۲۳
تایید شده	۵۳۴	۲۳۶۲	۲۴۷۶	۲۴۳

ثبت بیش از ۱۲ هزار تجربه از سال ۱۴۰۰ تا سال ۱۴۰۳

جدول شماره ۲. تعداد پیشنهاد ثبت و اجرا شده در ستاد وزارت، دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته

تعداد پیشنهاد	۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰	سال ۱۴۰۱	سال ۱۴۰۲	۳ ماهه ابتدای سال ۱۴۰۳
ثبت شده	۴۶۸۸	۹۳۲۲	۹۴۸۳	۲۱۰۲
اجرا شده	۱۳۷	۲۴۳	۳۳۵	۳۶

ثبت بیش از ۲۵ هزار پیشنهاد از سال ۱۴۰۰ تا سال ۱۴۰۳



- اقدامات می توان به موارد زیر اشاره نمود:
- ۱ استفاده حداکثری از ظرفیت های مناطق در جهت ارتقای کیفی و کمی حوزه مدیریت دانش
 - ۲ ایجاد بستری مناسب در راستای استفاده حداکثری از مستندسازی تجارب خبرگان
 - ۳ برنامه ریزی در جهت مأموریت محوری در حوزه مدیریت دانش
 - ۴ سازماندهی موثر و مناسب فعالان حوزه مدیریت دانش در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی کشور و موسسات وابسته
- ۵ برنامه ریزی با هدف ارائه مناسب دانش، تجارب و پیشنهادهای کاربردی به ذی نفعان نظام سلامت
- ۶ انجام اقدامات موثر در جهت وحدت رویه و جلوگیری از موازی کاری در حوزه های تخصصی ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه مدیریت دانش
- امید است با توجه به اقدامات صورت گرفته و حمایت مدیران نظام سلامت بتوانیم گام های موثری را در راستای هدف نهایی مدیریت دانش که همان ارتقا شاخص های نظام سلامت می باشد، برداشته و موجبات اعتلای کشور عزیزمان را فراهم آوریم.



تجارب منتخب



این بخش با هدف معرفی و به اشتراک‌گذاری تجارب موفق و یا ناموفق حوزه‌های ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته و تابعه در زمینه‌های مختلف حوزه بهداشت و درمان کشور و با اولویت تجربه‌های نظام اداری تدوین شده است.





جدول برگزاری دوره‌های تربیت ارزیاب نیروهای جدیدالاستخدام به تفکیک قطب‌ها

تعداد دوره‌های برگزار شده	تعداد افراد شرکت کننده	تعداد ارزیاب‌های تایید شده	
۴	۱۱۲	۱۱۲	دانشگاه علوم پزشکی مازندران (قطب ۱)
۳	۱۰۴	۸۰	دانشگاه علوم پزشکی تبریز (قطب ۲)
۶	۱۷۷	۱۷۱	دانشگاه علوم پزشکی همدان (قطب ۳)
۳	۱۳۱	۹۷	دانشگاه علوم پزشکی اهواز (قطب ۴)
۵	۱۹۲	۱۷۰	دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قطب ۵)
۲	۷۹	۷۱	دانشگاه علوم پزشکی زنجان (قطب ۶)
۳	۱۴۱	۱۲۷	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (قطب ۷)
۵	۱۴۷	۱۲۷	دانشگاه علوم پزشکی کرمان (قطب ۸)
۳	۹۷	۸۴	دانشگاه علوم پزشکی مشهد (قطب ۹)
۵	۳۲۹	۲۸۲	دانشگاه علوم پزشکی تهران (قطب ۱۰)
۳۹	۱۵۰۹	۱۳۲۱	مجموع

طراحی سامانه کانون ارزیابی داوطلبان استخدامی کشور



گام چهارم: طراحی سامانه کانون ارزیابی نیروهای جدیدالاستخدام

به منظور ساماندهی و تجمیع اطلاعات ارزیابی نیروهای جدیدالاستخدام سامانه کانون ارزیابی طراحی گردید. مستندات ارزیابی تکمیلی بیش از بیست و پنج هزار نفر داوطلب در این سامانه بارگزاری گردید.

گام پنجم: اجرای کانون ارزیابی تکمیلی

پس از آماده سازی کانون ارزیابی نیروهای جدیدالاستخدام در کلیه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور از ۱۵ دی ماه ۱۴۰۲ کانون ارزیابی نیروهای جدیدالاستخدام، دانشگاه/دانشکده‌ها کانون‌های ارزیابی خود را آغاز و تا پایان بهمن اسفند ۱۴۰۲ به اتمام رساندند. گزارش تعداد ارزیابی‌های دانشگاه/دانشکده‌ها به تفکیک هر دانشگاه (پیوست ۱)

گام دوم: تدوین ابزارهای سنجش شایستگی داوطلبان

- تشکیل کارگروه تخصصی تدوین مدل و ابزارهای سنجش شایستگی
- برگزاری بیش از ۱۰ جلسه تدوین سناریو و سوالات ارزیابی داوطلبان
- تدوین بیش از ۷۰ بسته ارزیابی شامل سناریوهای موردکاوی و مصاحبه
- تدوین فرم‌های ثبت و امتیاز دهی ارزیابی شایستگی
- تدوین شیوه نامه اجرایی کانون

گام سوم: تربیت ارزیاب سنجش شایستگی

- برگزاری بیش از ۴۰ کارگاه آموزشی تربیت ارزیاب با همکاری ارزیابان کشوری کانون ارزیابی مدیران در سطح کشور و آموزش و تربیت بیش از ۱۴۰۰ کمک ارزیاب در سطح کشور (پیوست ۳)





طراحی سامانه داشبورد آماری دانشگاه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زنجان

دانشکار:

مهندس لیلا بهرامی؛ کارشناس فناوری اطلاعات
مهندس حمیدرضا عبداللهی؛ مدیر فناوری اطلاعات
مهندس مینا حیدری؛ کارشناس فناوری اطلاعات
مهندس حسن امینی؛ کارشناس منابع انسانی

خلاصه تجربه:

یکی از بهترین راه‌ها برای دسترسی به اطلاعات مورد نیاز مدیران، سامانه داشبوردهای مدیریتی است. در سیستم‌های اطلاعات مدیریت، داشبورد ارائه گرافیکی مهم‌ترین اطلاعات مورد نیاز برای رسیدن به یک یا چند هدف مشخص است؛ که در یک صفحه به طور منظم قرار گرفته است، تا مدیران بتوانند با یک نگاه بر وضعیت موجود نظارت کنند. داشبوردها با ارائه اطلاعات بهینه (دقیق و به هنگام)، مسئله تصمیم‌گیری را پشتیبانی و باعث بهبود کارایی تصمیماتی که به تازگی اتخاذ شده‌اند، می‌شوند. در نتیجه تصمیماتی که بر پایه اطلاعات بهینه بوده آگاهانه تر اتخاذ می‌شوند و مسلماً این مسئله، بر عملکرد سازمان تأثیر خواهد گذاشت. پراکندگی نیرو (افراد متخصص و کادر درمان) در حوزه سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در تصمیم‌گیری مدیران نیز کمک بسزایی می‌نماید. سامانه داشبورد آماری دانشگاه که از تجمیع اطلاعات اداری، HIS و غیره بهره برده است، گزارشات کاملی در خصوص نیروی انسانی شاغل و پراکندگی آنها در واحدهای تابعه بر اساس فیلهای مختلف را در اختیار کاربر قرار می‌دهد. این سامانه همچنین می‌تواند در شناسایی مناطق تحت پوشش از لحاظ ظرفیت خدمت رسانی (محروم و برخوردار) موثر بوده و در استخراج گزارشات و اطلاعات درخواستی وزارت متبوع می‌تواند بسیار مفید واقع شود و به کاهش نیروی انسانی درگیر، زمان و هزینه نیز منجر گردد. همچنین با ترکیب انواع مختلف فیلترهای موجود که در این سامانه وجود دارد گزارشات بسیار کاربردی و جالبی قابل استخراج است که در تصمیم‌گیری مدیران مجموعه تأثیر بسزایی خواهد داشت. از طرفی شایان ذکر است صحت اطلاعات این سامانه توسط صاحب نظران مورد بررسی قرار گرفته و مورد تأیید است و به عنوان منبع رسمی استخراج آمار

محسوب گردیده است. علاوه بر آن تشکیل جلسات متعدد با افراد ذیربط در تهیه این سامانه، زمینه ساز تهیه دستورالعمل و کتابچه تعاریف آماری متخصص دانشگاه به منظور فهم مشترک مفاهیم و جلوگیری از برداشت‌های متفاوت از اقلام آماری شده است که به نوبه خود اقدامی بی نظیر می‌باشد.

بیان مسئله:

استخراج اطلاعات و گزارش‌های آماری درخواستی وزارت متبوع و مدیران مجموعه بصورت سنتی و از طریق رابطین آماری و یا از طریق اتوماسیون اداری به شکل نامه نگاری صورت می‌گرفت که این امر علاوه بر صرف زمان طولانی در کسب آمار، در صحت اطلاعات نیز گاه‌ها تردید و همپوشانی به وجود می‌آورد. به عنوان مثال تعداد پزشکان متخصص مستقر در بیمارستان که ممکن بود نام یک پزشک در دو مرکز ذکر شود. همچنین با توجه به گستردگی سازمان و واحدهای تابعه و نبود تعریف و فهم یکسان از شاخص و اقلام گزارش‌های درخواستی، آمار ارسالی در برخی موارد دقت لازم را نداشت.

همچنین امکان شناسایی روندهای منفی در نظام‌های منابع انسانی و سایر منابع وجود نداشت و نبود دستورالعمل و تعاریف آماری یکسان و عدم توافق رابطین و برداشت متفاوت رابطین فارغ از درست یا نادرست بودن تعریف قلم آماری مانند: تعداد کارشناس آزمایشگاه طبی یا غذایی، تعداد پرستار و یا تعداد افراد شاغل در ستاد، ضعف ردیابی و در نتیجه ناتوانی در اصلاح اطلاعات در سامانه‌ها و عدم امکان مشاهده آمار به صورت داشبورد و در لحظه در صورت نیاز مدیران مجموعه از اهم رویدادهایی است که منجر به کسب این تجربه گردید.

شرح تجربه:

در ابتدای جلسات متعدد با رابطین آمار و واحد منابع انسانی

نیازهای آماری و فیلهای مورد نیاز شناسایی و مورد تحلیل قرار گرفت سپس اطلاعات و فیلهای مورد نیاز از منابع و پایگاه داده نرم افزار منابع انسانی آذرخش و اتوماسیون اداری و سایر منابع استخراج گردید. به منظور شناسایی جداول و فیلهای آن مطالعه اولیه بر روی داده‌ها صورت گرفت سپس جداول پایه مورد نیاز تعیین و نهایی شدند و با تحلیل اطلاعات، فیلهای تکمیلی و محاسباتی مورد نیاز همانند سن، رنج سنی، رنج سابقه و ... محاسبه و بدست آمد. کوثری‌های مورد نظر برای نمایش اطلاعات در داشبورد نوشته شد. سامانه مذکور مطابق با نیازمندی‌های اعلامی تهیه و به مرور تکمیل گردید.

نتایج اجرای تجربه:

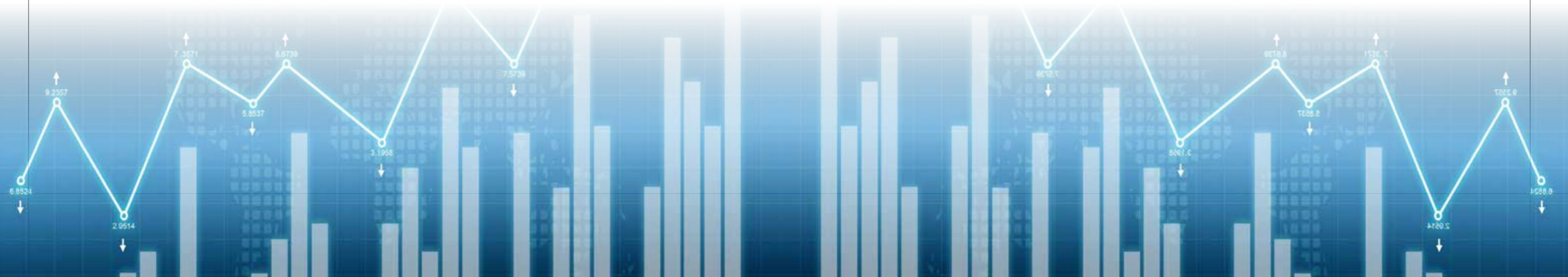
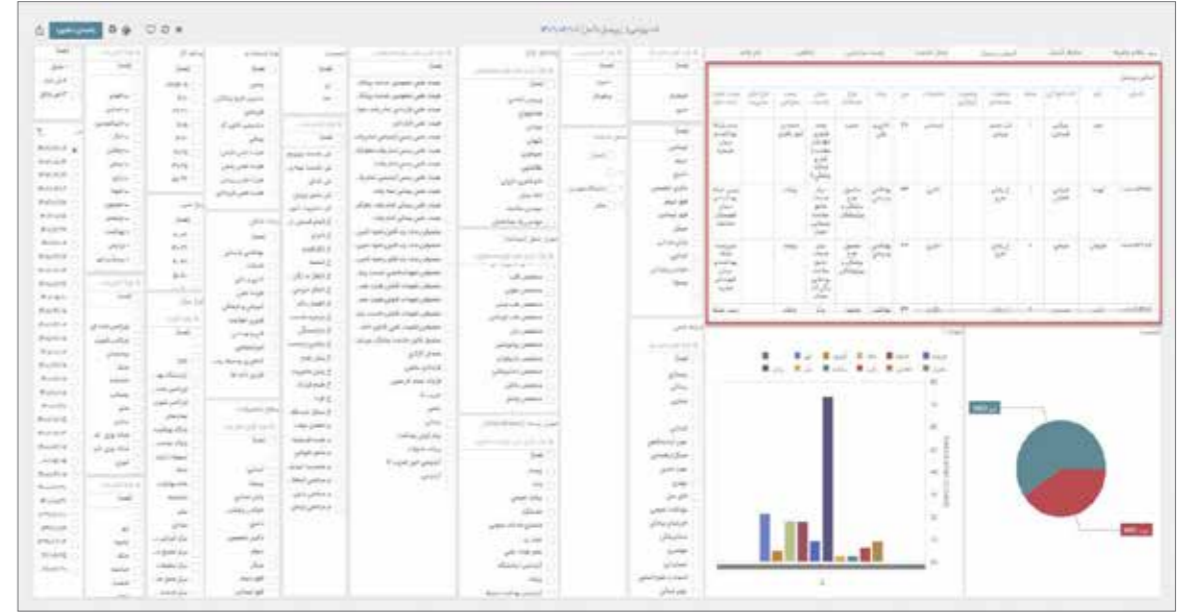
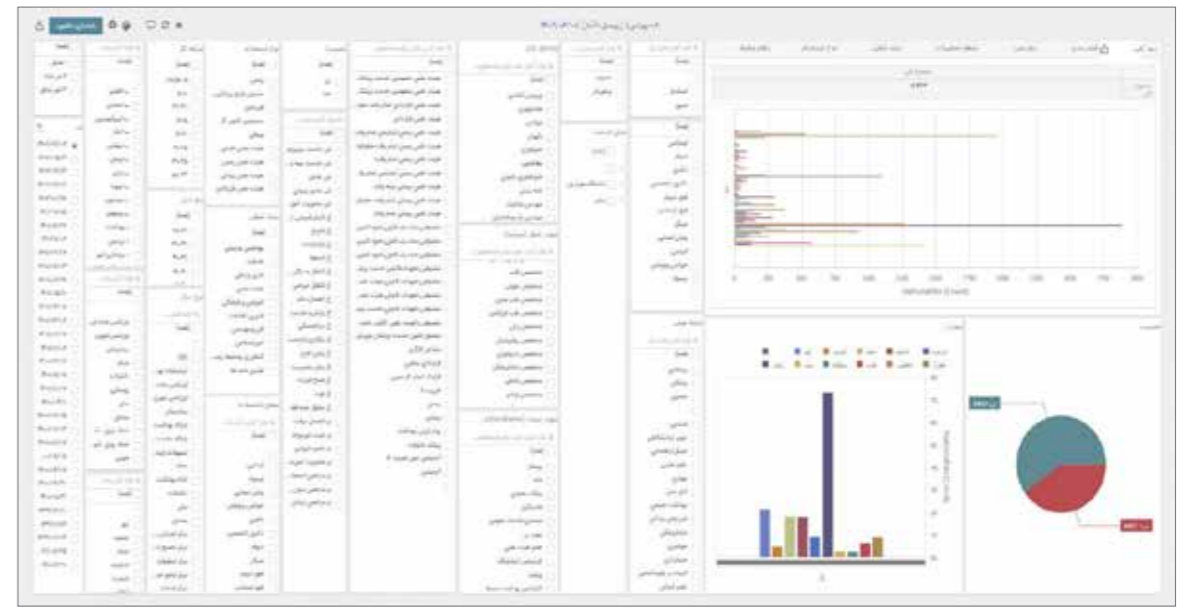
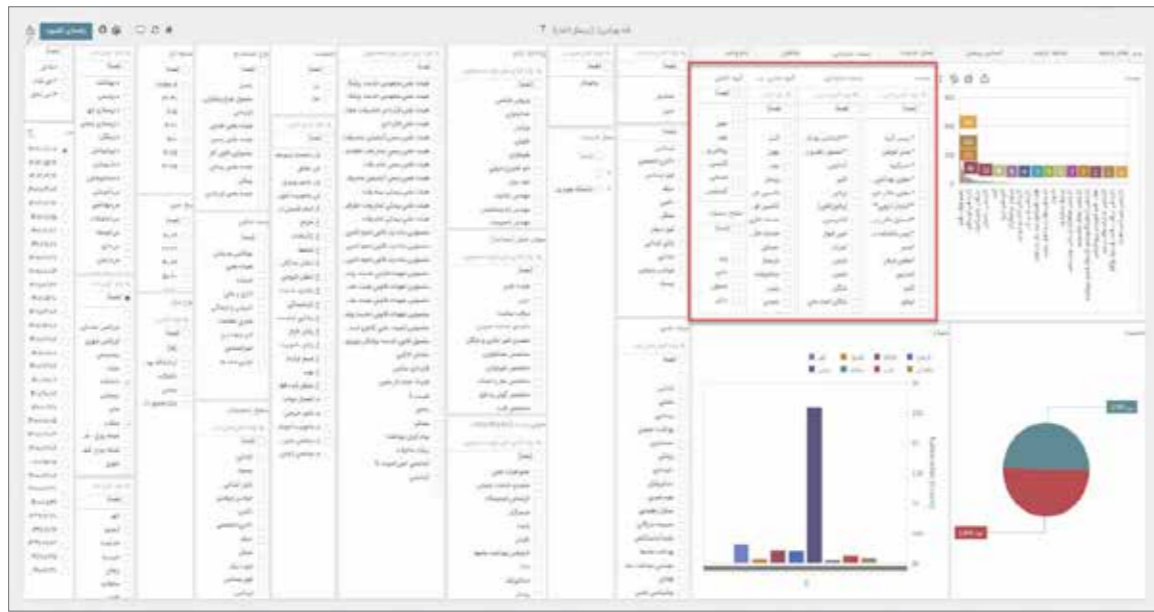
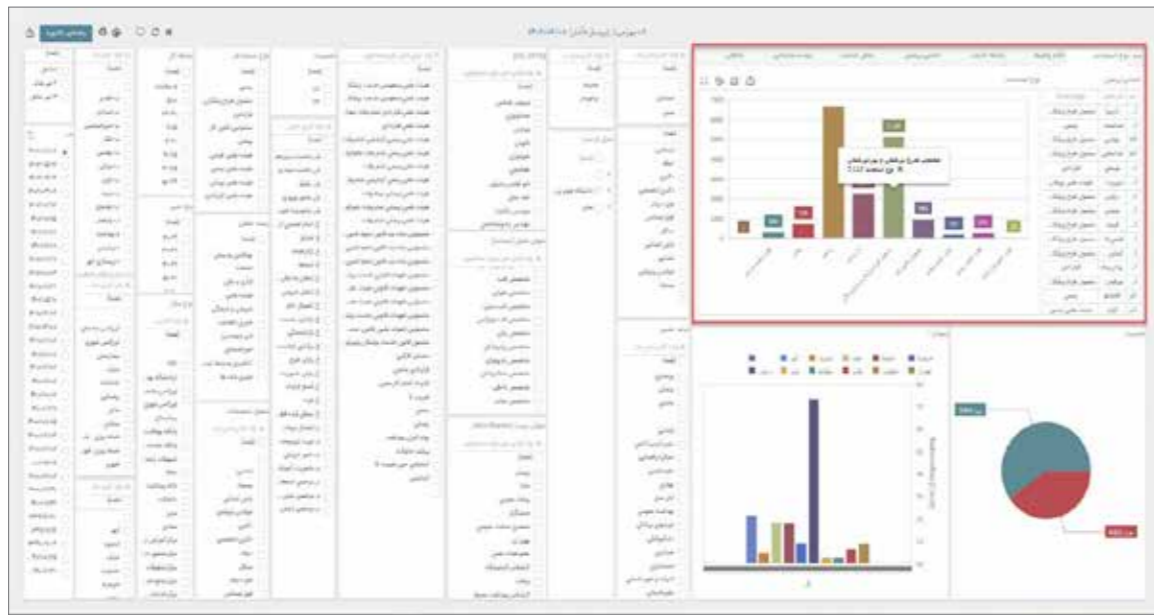
- سرعت در استخراج اطلاعات آماری و گزارش‌های درخواستی وزارت متبوع
- امکان استخراج اطلاعات سنوات گذشته از ۱۳۹۹/۰۶/۳۰
- امکان استخراج گزارش به تفکیک منطقه برخوردار و محروم
- امکان استخراج گزارش به تفکیک ستادی و غیر ستادی
- امکان استخراج گزارش به تفکیک نوع قرارداد
- امکان استخراج گزارش به تفکیک مرتبه علمی
- امکان استخراج گزارش به تفکیک تخصص پزشکان و کادر درمانی

پیشنهاد حاصل از تجربه:

از آنجاییکه این سامانه قابلیت نمایش و تجمیع با پایگاه داده‌های مختلف موجود در دانشگاه را دارد می‌توان در راستای خدمت رسانی بهتر داده‌های موجود در پایگاه داده‌های دفتر فنی و عمرانی دانشگاه و سایر پایگاه داده‌های موجود را در این سامانه تغذیه نمود تا اطلاعات کامل‌تری در خصوص منابع فیزیکی و سایر منابع را نیز در اختیار کاربران قرار داد. پیوست فایل‌ها در صفحه بعد قابل مشاهده است.

- امکان استخراج گزارش به تفکیک محل خدمت
- امکان استخراج گزارشات سفارشی با ترکیب فیلترهای مختلف
- امکان مشاهده افراد به تفکیک جنسیت و
- برجسته سازی نقاط کلیدی اطلاعات مانند نقاط خارج از رنج
- کاهش و حذف جزئیات مازاد اطلاعات
- تسهیل دسترسی به اطلاعات مهم
- درک سریع و ساده
- شناسایی روندهای منفی
- تصحیح روندهای منفی
- بهبود تحلیل انجام شده به لطف توانایی‌های تصویرسازی
- تعیین اهداف و استراتژی‌های کلی







طراحی البسه استاندارد ویژه بیماران در جهت حفظ کرامت، حقوق و امنیت روانی بیماران



معاونت دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشکار:
مجید محمدیان بهنامی

خلاصه دانش:

جهان، مبادرت به طراحی و بازمهندسی لباس‌های استاندارد پزشکی با نگاه تامین امنیت روحی روانی بیماران نماید.

ضرورت طراحی های جدید:

- ۱ نازکی البسه و عدم حفاظت در برابر سرما
- ۲ آشکار شدن نقاطی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند
- ۳ باز بودن کامل پشت بدن در گان های فعلی اتاق عمل و بسته شدن نسبی پشت توسط ۳ عدد بندینگ.
- ۴ پوشاندن موهای سر توسط کلاه بسیار کوچک و نازک که قادر به پوشش بقیه نواحی سر و همچنین گردن بیماران خانم نمی باشد.
- ۵ فقدان البسه تخصصی مورد نیاز در بسیاری از مداخلات تشخیصی - درمانی

بیان مسئله:

بیمارانی که برای دریافت اقدامات تشخیصی و یا درمانی به بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه خدمات درمانی مراجعه کرده باشند، مشاهده کرده‌اند که پوشش فعلی بیماران یا در شأن و منزلت آنان نبوده و آشکار بودن نقاطی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند و یا اساسا لباس و پوششی استاندارد برای پوشاندن نقاط مختلف بدن در تعدادی از خدمات بالینی و تصویربرداری به جز اتاق عمل و بخش های بستری وجود ندارد، که این امر موجبات بروز ناراضیاتی اکثر بیماران خصوصا بانوان را فراهم کرده است.

شرح تجربه:

بعد از طراحی اولیه، جستجوی گسترده‌ای در سایت‌های مختلف صورت گرفت و متوجه شدم فقط یک نوع شلوار کلونوسکوپي که طراحی آن نزدیک به طراحی شلوار کلونوسکوپي بنده بود در یکی از سایت‌ها وجود دارد.

پس از طراحی و دوخت، البسه را به تعدادی از اساتید هیئت علمی در دانشگاه‌های تهران، بقیه الله ارسال کردم تا اساتید رشته های مرتبط بعد از استفاده توسط بیمار، نظراتشان را به بنده اعلام نمایند. پس از دریافت چند نظر اصلاحی و اخذ تاییدیه کتبی، مبادرت به نگارش دستورالعمل البسه ملی استاندارد نمودم.

مرحله نهایی از همه مراحل قبلی سخت تر بود، چرا که می بایست از معاونت محترم درمان وزارت و وزارت متبوع تاییدیه دریافت می کردیم. لذا دستورالعمل مربوطه به همراه الگوهای کامپیوتری

طراحی شده توسط آقای دکتر شیراوزن به معاونت درمان ارسال شد و پس از بررسی های متعدد کارشناسان آن حوزه و اخذ تاییدیه نهایی، با امضا معاون محترم درمان جناب آقای دکتر کریمی و معاون فرهنگی دانشجویی وزارت جناب آقای دکتر شیراوزن به بیمارستان های کشور ابلاغ گردید. لازم به ذکر که تمامی البسه را نزد اساتید کار گروه مد و لباس وزارت ارشاد معرفی کردم و موفق به اخذ تاییدیه شفاهی آنان نیز شدم.

در این اقدام ۱۲ مدل لباس جدید استاندارد، پس از اخذ مشاوره فنی متخصصین امر برای ۱۸ نوع خدمت در ۱۰ رشته تخصصی طراحی، تولید و دستورالعمل ملی این البسه نیز مورخه ۱۴۰۳/۰۲/۰۲ توسط معاونت های درمان و فرهنگی دانشجویی به تمامی بیمارستان ها، مراکز و موسسات دولتی و خصوصی وزارت بهداشت ابلاغ گردید تا بیماران بتوانند از لباس های طراحی شده استفاده نمایند.

نتایج اجرای تجربه

- به جز گان جراحی که بدلیل مشکلات موجود، مجدداً بازمهندسی شده است، سایر مدل ها برای اولین بار طراحی شده است.
- قیمت البسه مذکور نسبت به لباس های فعلی درصد کمی رشد خواهد داشت.
- این البسه علاوه بر در نظر گرفتن کرامت بیماران و حفظ ارزشهای اسلامی با تمامی بندهای دستورالعمل ایمنی بیمار مطابقت و هماهنگی دارد.
- لباس های جدید از حیث ظاهری، کارایی و تکنیکالی با استانداردهای کشوری مطابقت کامل دارد.
- این البسه صرفاً برای بیماران جهت استفاده در بخش های تصویر برداری، مراکز تشخیصی، درمانی، بیمارستان های دولتی و خصوصی کشور طراحی گردیده است.
- طراحی و بازمهندسی البسه مذکور به تصویب شورای عالی انطباق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده است.
- این البسه به سبب حفظ کرامت انسانی می تواند در تمامی بیمارستان ها و مراکز درمانی کشورهای اسلامی نیز مورد استفاده قرار گیرد.
- این لباس ها طبق فرهنگ اسلامی ایران طراحی و باز مهندسی شده است.

پیشنهادها و توصیه های حاصل از تجربه:

پیشنهاد می گردد هر چه سریع تر این دستورالعمل مهم برای پاسخگویی سریع و مثبت به مطالبات مردمی توسط دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز تشخیصی درمانی بخش خصوصی تولید و در دسترس آحاد مردم در مراکز یاد شده قرار گیرد. از سویی دیگر این دستورالعمل در کتاب استاندارد اعتبار بخشی بیمارستان ها با ضریب بالا لحاظ گردد.



طراحی سامانه طرح‌ها و پروژه‌های عمرانی دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر کرد



دانشکار:

مهندس سید مصطفی هاشمی
 عبدالواحد رحیمی؛ معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی
 محمدرضا ریاحی؛ مدیر برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد
 محمود ایمانی؛ مدیر مالی
 مهندس حمزه مقدس؛ مدیر منابع فیزیکی
 مهندس عیسی محمودی؛ مدیر فن آوری اطلاعات
 زهرا برزگر - اسماعیل یزدانی - شیوا مظفری

مقدمه:

دانشگاه علوم پزشکی در ۷ حوزه آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمان، دانشجویی و فرهنگی، غذا و دارو و پشتیبانی ارائه خدمت می‌نماید که این موضوع باعث گسترده‌گی و تنوع پروژه‌های عمرانی دانشگاه‌ها می‌گردد، علاوه بر این دانشگاه‌ها از منابع اعتباری متنوعی بهره‌مند می‌باشند که تنوع و گستردگی پروژه‌ها از یک طرف و تنوع منابع اعتباری از طرف دیگر، لزوم مدیریت و کنترل پروژه‌ها، اعتبارات، هزینه‌های مربوطه، گردش کاری و کنترل پیشرفت فیزیکی و مالی و زمانی پروژه‌ها را می‌طلبد. پیچیدگی‌های مذکور منجر به افزایش هزینه و عدم دقت در گزارش‌گیری و کنترل سنتی شده است. در واقع برنامه‌ریزی اعتباری با عدم قطعیت زیاد انجام می‌پذیرد. هدف این تجربه طراحی و به کارگیری سامانه‌ای جهت گزارش‌گیری و کنترل آنلاین، بروز و دقیق موارد مربوط به مدیریت پروژه‌های عمرانی دانشگاه با قابلیت دسترسی بر بستر اینترنت، مستقل از زمان و مکان در حوزه‌های برنامه‌ریزی بودجه‌ای و مالی بوده است.

بیان مسئله:

حوزه‌های مدیریت منابع فیزیکی، مالی و بودجه و وظایف برنامه‌ریزی، تأمین اعتبار، اجرا و پرداخت هزینه طرح‌های عمرانی دانشگاه را برعهده دارند. هماهنگی این سه مدیریت در حال حاضر به صورت دستی و غیر مکانیزه و طی جلسات مشترک صورت می‌گیرد که بسیار دشوار و زمان‌بر می‌باشد. اخذ گزارش از روند پیشرفت فیزیکی، زمانی، مالی و اعتباری پروژه‌ها نیز مستلزم اخذ اطلاعات به صورت همزمان از سه مدیریت فوق است که در روش سنتی امری زمان‌بر، با دقت پایین و ناکارآمد می‌باشد. همچنین معاون توسعه مدیریت و منابع

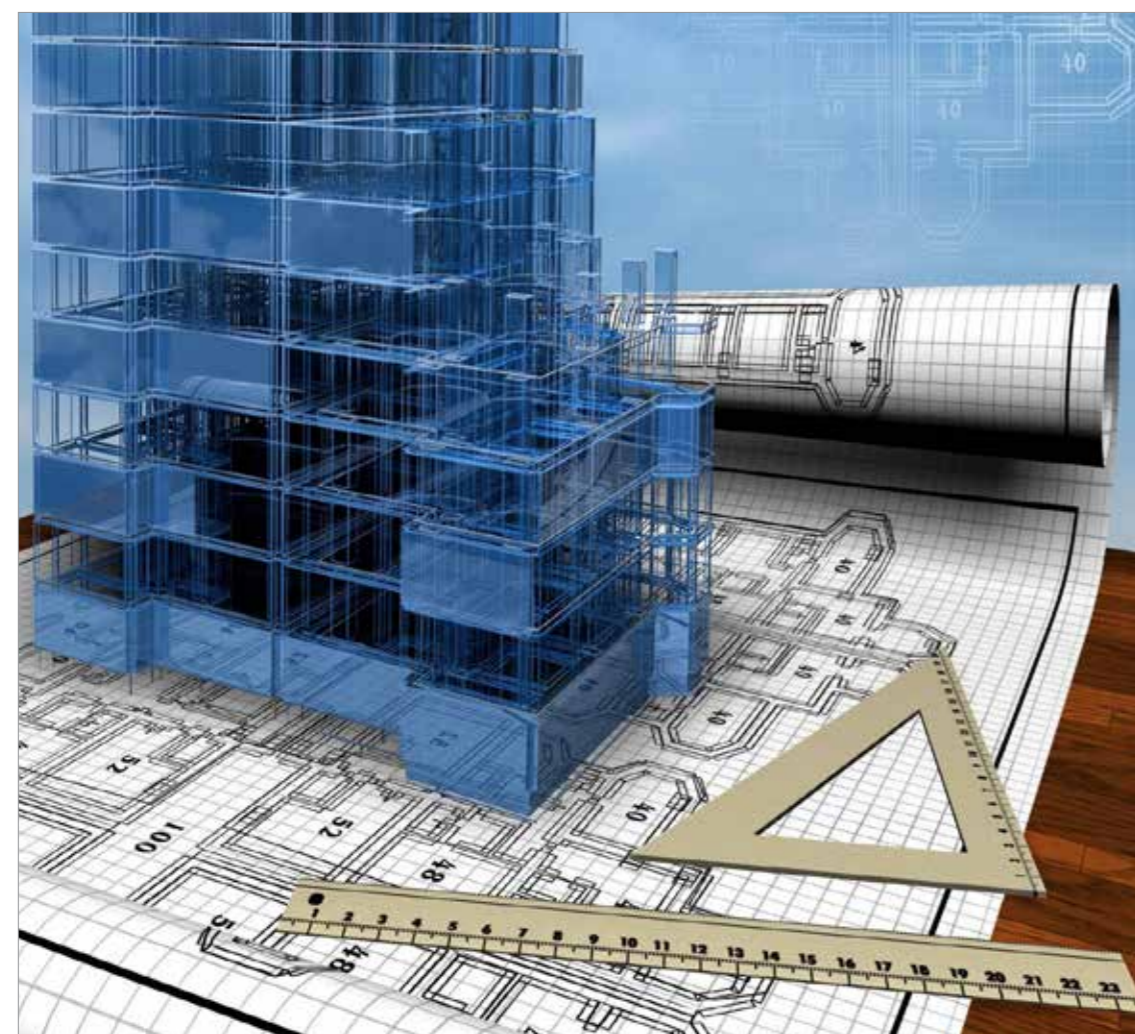
دانشبورد مدیریتی مسئولین ارشد وجود دارد. لازم به ذکر است این سامانه در سطح ورود اطلاعات، فقط دبیرخانه مدیریت منابع فیزیکی، یک کارشناس ذیحسابی طرح‌های عمرانی مدیریت مالی و یک کارشناس طرح‌های عمرانی مدیریت بوجه دانشگاه را به کار می‌گیرد اما بدلیل وجود موتور تولید گزارش و دانشبورد مدیریتی، برای تمامی افسراد دارای مجوز امکان گزارش‌گیری در همه سطوح و متغیرها فراهم شده است.

نتایج اجرای تجربه:

- مدیریت و کنترل پروژه‌های عمرانی دانشگاه در امور اعتباری و مالی و پیشرفت‌های فیزیکی و مالی و زمانی بصورت آنلاین
 - برنامه‌ریزی جهت تأمین اعتبارات مورد نیاز پروژه‌های عمرانی دانشگاه بصورت آنلاین

پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه:

پیشنهاد می‌گردد با توجه به قابلیت‌های سامانه مذکور به صورت کشوری در سطح وزارتخانه به کارگیری شود.







تدوین و اجرای دستورالعمل کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی لرستان

دانشکار:
دکتر علی گراوند؛ عضو هیات علمی

مقدمه:

بازنگری و تغییر کوریکولوم رشته از سال ۹۸ بوده است که رویکرد آن به کارآموزی در عرصه نیز تغییر یافته و ضمن توزیع برخی از واحدهای کارآموزی در طی ترم‌های مختلف، کارآموزی در عرصه نیز از ۱۶ واحد به ۱۰ واحد تقلیل پیدا نموده و نحوه ارائه آن‌ها نیز به روز رسانی شده است. تجربه حاصل از اجرای این دستورالعمل طی دو دوره کارآموزی در عرصه (یک دوره با کوریکولوم قدیم و یک دوره با کوریکولوم جدید)

عدم وجود یک شیوه‌نامه استاندارد برای اجرا و نیز نحوه ارزیابی دوره کارآموزی در عرصه برای دانشجویان حوزه علوم پزشکی، به ویژه دانشجویان کارشناسی فناوری اطلاعات سلامت یک خلاء ملموس است. با عنایت به کلی بودن برنامه دوره کارآموزی در عرصه و کیفی بودن نحوه ارزیابی این مسئله کاملاً محرز است. نکته قابل ذکر دیگر



شرح تجربه:

توضیحات برای دانشجویان «در این برنامه شما بطور کامل با نحوه ارزیابی و نیز محتوای آموزشی مورد نیاز در دوره کارآموزی در عرصه ۱ و ۲ بطور کامل آشنا خواهید شد. لطفاً به دقت فایل را مطالعه نموده و در صورت هر گونه سوال به مسئول برنامه کارآموزی در عرصه مراجعه نمایید. این بسته دارای ۲۰۰۰ نمره برای ۱۰ واحد کارآموزی در نظر گرفته شده و ریز نمرات و نحوه ارزیابی های مورد نیاز در ادامه آورده شده‌اند.»

۱۰۰ نمره مربیان کارآموزی مستقر در بیمارستان‌ها: مربی کارآموزی شخصی است که در محیط کارآموزی دانشجویان نظر ایشان به کار و فراگرفتن کار در محیط کارآموزی می‌پردازد. در دوره کارآموزی لاگ بوک هر دانشجو توسط مربی کارآموزی بررسی و ارزیابی می‌گردد و ۱۰۰ نمره کارآموزی توسط ایشان تعیین می‌شود.

۵۵۰ نمره حضور و غیاب: دانشجویان مجاز به غیبت نبوده و در صورت داشتن هر روز غیبت، ۵۰ نمره کسر خواهد شد.

تبصره ۱: در موارد خاص و ضروری در صورت مجاز بودن غیبت، دانشجو موظف است که با هماهنگی مربی و مسئول کارآموزی نسبت به جبران روزهای غیبت اقدام نمایند و در صورت جبران نکردن روزهای غیبت، غیبت وی غیرمجاز محسوب می‌شود و باید بابت هر روز غیبت ۵۰ نمره کسر شود. همچنین جبران غیبت‌ها تنها در روزهای پنجشنبه امکان پذیر است.

گزارش شده است و می‌تواند مورد استفاده ذی‌نفعان مختلف قرار گیرد و با دریافت بازخوردهای مناسب اصلاح شده و کارا تر گردد.

بیان مسئله:

برای قضاوت درباره موفقیت یک برنامه کارآموزی سه ضلع اجرای برنامه کارآموزی در عرصه شامل دانشجویان، مسئولین اجرای برنامه و واحد اجرای کارآموزی (بیمارستان) بایستی به رضایت نسبی از آن برسند. در وضعیت قبل از اجرای شیوه نامه جدید کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت ملاک مشخصی برای برنامه‌ریزی آموزشی دانشجویان در این دوره حساس وجود نداشت. یعنی دانشجویان بدون برنامه آموزشی مدون به بخش‌های مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان‌ها مراجعه نموده و در بسیاری از ساعات بدون هدف مشخص فقط در حال گذران تایم کارآموزی بودند (طبق پایش میدانی و گزارشات دریافتی از دانشجویان). علاوه بر این معضلات، مسئله دیگر عدم وجود مکانیسم مشخص برای ارزیابی تکوینی و نهایی دانشجویان بود، به گونه‌ای که تفاوتی بین دانشجویی که گزارش کار با کیفیتی تهیه می‌نمود با فردی که توجه چندانی به موضوع نداشت، وجود نداشت. ملاک نمره‌دهی برای ۱۶ واحد کارآموزی فقط گزارشی بود که مسئول واحد مربوطه برای دانشجویان گزارش می‌نمود. بروز این مسائل در کنار هم باعث بی‌انگیزگی بیشتر دانشجویان می‌گردید.

۵۰ نمره کیفیت لاگ بوک:

کیفیت محتوا و گزارش های ثبت شده توسط دانشجو	تمیز و مرتب بودن لاگ بوک	تکمیل کلیه فیلدهای مربوط به جداول ۱ و ۲
۲۵ نمره	۱۰ نمره	۱۵ نمره

۱۵۰ نمره گزارش کارآموزی:

موردی که دانشجو باید به صورت خود اظهاری ثبت و گزارش کند.	گردآوری دقیق اطلاعات و گزارش آماری متناسب با مهارتهای مرتبط تعیین شده در لاگ بوک	
	ثبت و گزارش مربوط به شرح فعالیت‌های انجام شده در هر بخش	ثبت و گزارش مربوط به مشاهدات، تجربیات و آموخته‌ها
۵۰ نمره	۵۰ نمره	۵۰ نمره

۱۵۰ نمره رعایت شئون اخلاقی، حرفه‌ای و دینی:

هماهنگی قبلی با دانشکده و مسئول بخش، هنگام خروج از محل کارآموزی	رعایت احترام و موارد اخلاقی در برخورد با کارکنان واحد، مربی و مدرس دوره	پوشیدن یونیفرم مخصوص	حضور به موقع در محل کارآموزی
۲۵ نمره	۵۰ نمره	۲۵ نمره	۵۰ نمره



۱۰۰ نمره گزارش پرونده های کدگذاری:

آشنایی با پرسشنامه های کالبد شکافی شفاهی و فرایند تکمیل کالبد شکافی شفاهی	تهیه آمار در خصوص گزارش سالیانه پرونده های فوتی بیمارستان براساس سن، جنس، گروه های سنی از طریق سیستم HIS	آشنایی با ثبت اطلاعات مرگ و میر و کد پرونده های فوتی از طریق سیستم HIS بیمارستان	آشنایی با فرم آماری ثبت موارد فوت (مخصوص خانه های فوتی و تکمیل گواهی فوت	آشنایی با پرونده شرح و آشنایی با قوانین کدگذاری مرگ و میر	آشنایی و استفاده از نرم افزارهای ثبت اطلاعات مرگ
۱۵ نمره	۱۵ نمره	۱۵ نمره	۱۰ نمره	۱۵ نمره	۱۵ نمره

۱۰۰ نمره پروژه:

کیفیت محتوا در راستای تحقق اهداف آموزشی پروژه	انجام پروژه زیر نظر مسئول واحد و مدرس دوره	ارائه پروژه مربوط به هر دوره از کارآموزی در تاریخ تعیین شده
۵۰ نمره	۲۵ نمره	۲۵ نمره

۸۰۰ نمره آزمون پایانی از دوره کارآموزی:

این آزمون به صورت کتبی از دانشجویان ترم آخر گروه فناوری اطلاعات سلامت پس از پایان دوره کارآموزی در عرصه انجام می شود. فرایند این آزمون به نحوی است که برای بررسی عملکرد دانشجویان به صورت یک آزمون جامع شامل ۱۵۰ سوال برگزار می گردد. محتوای این آزمون مربوط به کلیه دروس مرتبط با کارآموزی هایی است که دانشجویان در طول چهار سال تحصیل خود فرا گرفته است. تبصره: در صورتی که دانشجویان موفق به اخذ نمره قبولی در این آزمون نشوند، دانشجو موظف است که یکماه کارآموزی مجدد برود و بعد از به اتمام رساندن دوره یک ماهه کارآموزی از ایشان آزمون مجدد گرفته می شود.

نتایج اجرای تجربه:

اصلی در نظر گرفته شده بود دانشجویان تا زمان فارغ التحصیلی از مهارت های کسب شده برای مواردی نظیر آزمون استخدامی یا آزمون کارشناسی ارشد استفاده نمایند. از دانشجویان پذیرفته شده در آزمون های فوق الذکر بررسی به عمل آمد که ایشان بر تاثیر آزمون پایانی بر آمادگی و موفقیت در آزمون ها تاکید نمودند.

پیشنهاد حاصل از تجربه:

پیشنهاد می شود این برنامه توسط دیگر دانشگاه های علوم پزشکی کشور که دارای رشته مقطع کارشناسی فناوری اطلاعات سلامت هستند اجرا شده و بازخوردهای لازم را به محقق ارائه دهند تا به یک برنامه استاندارد کشوری تبدیل شده و در دستیابی به اهداف آموزشی از پیش تعیین شده کمک نماید. همچنین پیشنهاد می شود این تجربه توسط دیگر گروه های دارای کارآموزی در عرصه نیز مورد توجه قرار گرفته و از الگوی ارائه شده برای رشته مقطع مربوطه استفاده نموده و متناسب با اهداف آموزشی خود آن را اصلاح نموده و مورد استفاده قرار دهند.

چنانچه این برنامه با حساسیت و دقت انجام شده و پویایی و قابلیت اصلاح و بازطراحی آن در نظر گرفته شود (به این معنا که در طول زمان اصلاحات موثر در آن انجام شود)، می تواند باعث دستیابی به اهداف آموزشی شده و رضایتمندی اصلاح برنامه کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت را به همراه داشته باشد، در واقع اجرای تجربه فوق بطور نسبی باعث افزایش رضایت هر سه ضلع اصلی برنامه کارآموزی شده است. علی رغم اینکه تا حدود زیادی از ائتلاف زمان دانشجویان نیز جلوگیری نموده است. البته برای رسیدن به نتایج دقیق تر بایستی این برنامه در بازه زمانی طولانی تری اجرا شود. همچنین محقق در حال بازطراحی و به روزرسانی منابع آزمون ها و بررسی کیفیت سوالات آزمون پایانی است. بازخوردهای دانشجویان نیز درباره برنامه کارآموزی به طور مرتب و مدون دریافت شده و پس از پالایش و بررسی اهمیت و ضرورت موارد مربوطه به برنامه کارآموزی در عرصه اضافه می شود. با عنایت به اینکه برای پایان دوره یک آزمون پایانی جامع از منابع



مدیریت مصرف حامل‌های انرژی به منظور کاهش مصرف آب و برق در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان خرم‌آباد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی لرستان

دانشکار:

محسن سلیمانی؛ مدیریت توسعه مدیریت و تحول سازمانی
سیمین عادل؛ مدیریت توسعه مدیریت و تحول سازمانی

مقدمه:

صدور قبوض با مبالغ زیاد توسط سازمان‌های آب و برق می‌شد. به منظور پیاده‌سازی مدیریت سبز و جلوگیری از هدررفت انرژی و صرفه‌جویی در حامل‌های انرژی با تشکیل تیم مدیریت بهره‌وری اقدام به بررسی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی در شهرستان خرم‌آباد به صورت پایلوت شد.

شرح تجربه:

در استان لرستان با قریب ۱۰۰۰ خانه بهداشت و مراکز بهداشتی شهری و روستایی کار نظارت بر میزان مصرف حامل‌های انرژی را مشکل می‌کند در صورتی که با ثبت این قبوض در بانک اطلاعاتی و یا اخذ فایل اکسل میزان مصرف هر یک از این حامل‌ها از شرکت‌های مربوطه امکان تجزیه و تحلیل داده‌ها میسر شد.

در این بررسی‌ها میانگین مصرف در یک دوره، تعیین میانه مصرف و مشخص کردن لیست مصرف‌کنندگان پرمصرف و کم‌مصرف بازاریابی می‌شود. در بازدیدهایی که توسط کارشناسان ستاد مراکز بهداشت انجام می‌شود علل مصرف زیاد و کم مراکز موجود در لیست پرمصرف و لیست کم‌مصرف مشخص و جهت تصمیم‌گیری در اختیار مدیران مربوطه قرار گرفت.

بدین منظور ابتدا میزان مصرف یک‌ساله گاز، آب و برق خانه‌های بهداشت شهرستان خرم‌آباد و بروجرد به صورت ماهیانه مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها در یک فایل اکسل ذخیره و میانه مصرف مشخص گردید. سپس تیمی متشکل از کارشناسان تأسیسات و ساختمان و کارشناس بهره‌وری گروه تحول و توسعه سازمان تشکیل گردید.

خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی علی‌رغم اینکه دارای نقشه‌های تیپ هستند و به لحاظ زیربنا و تجهیزات مورد استفاده عمدتاً یکسان هستند، ولی از نظر مصرف حامل‌های انرژی بعضاً تفاوت فاحشی دارند که به دلیل اینکه پرداخت قبوض مصرف در این مراکز هم با تأخیر و هم به صورت تجمیعی انجام می‌شود معمولاً این تفاوت‌ها در مصرف دیده نمی‌شود. در این سازوکار که با استفاده از روش‌های واکاوی داده‌ها و در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ در تعدادی از شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های استان لرستان انجام شد مراکز اعم از خانه بهداشت و مرکز بهداشت متناسب با میزان انحراف از میانگین و میانه مصرف شناسایی و بعد از ریشه‌یابی علت افزایش مصرف در جهت کاهش مصرف اقدامات لازم صورت گرفت. حاصل کار صرفه‌جویی چندصد میلیونی در هزینه حامل‌های انرژی شد.

بیان مسئله:

عدم توجه به مصرف حامل‌های انرژی به ویژه در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت روستایی و عدم نظارت کارشناسان بر این موضوع در بازدیدهای ادواری و همچنین افزایش روزافزون بهای این حامل‌ها باعث شده که هزینه‌های زیادی را به سیستم بهداشت و درمان تحمیل نماید. پرداخت قبوض به صورت تجمیعی نیز باعث شده بود که میزان مصرف خانه‌های بهداشت به تفکیک مشخص نگردد. عدم بررسی دوره‌ای تجهیزات تأسیساتی و معیوب بودن بسیاری از این تجهیزات موجب هدررفت انرژی و مصرف بالای حامل‌های انرژی و

فعالیت این تیم با برگزاری جلسات منظم همراه با بازدیدهای دوره‌ای به منظور ارزیابی و بررسی وضعیت خانه‌های بهداشتی که میزان مصرف انرژی آن از حد میانه بالاتر بود صورت گرفت. در طی این پایش‌ها مواردی که منجر به مصرف بیشتر می‌شدند شناسایی و ضمن تذکر جهت رفع ایرادات، به مراکز ابلاغ گردید که هزینه مصرف بیشتر از حد میانه بر عهده مسئولین مراکز می‌باشد.

نتایج اجرای تجربه:

این اقدامات باعث شد تا در کمترین زمان و با کمترین صرف وقت و نیروی انسانی مسائل و مشکلاتی که تأثیر بر مصرف حامل‌های انرژی دارد شناسایی و مرتفع شود با شناسایی و رفع این موارد به صورت چشمگیری شاهد کاهش هزینه‌ها بودیم.

به‌طور کلی و بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از نتایج کل مصرف برق خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ برابر با ۳۶۷۵۷۶ کیلووات‌ساعت و در سال ۱۴۰۱ به میزان ۲۸۲۴۳۵ کیلووات‌ساعت می‌باشد که

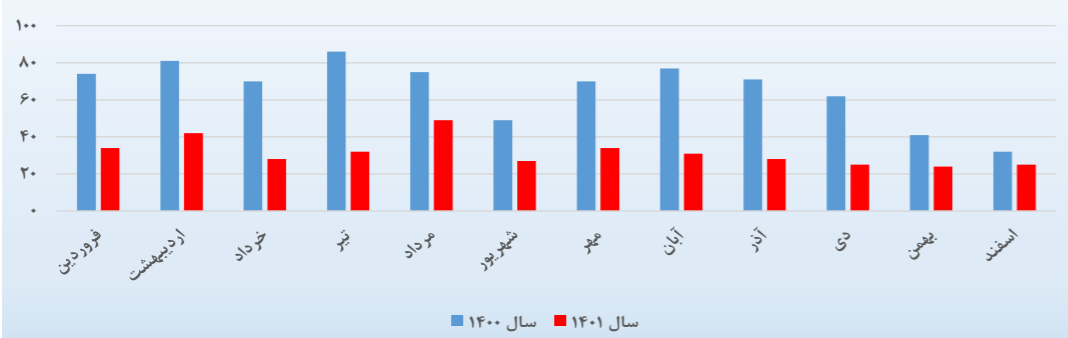
میزان کاهش به ۸۵۱۴۱ کیلووات‌ساعت و به میزان ۲۳ درصد صرفه‌جویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ و پس از اجرای طرح (میزان مبلغ صرفه‌جویی شده ۱۸۳۵۶۲۹۵۰ ریال می‌باشد).

و میزان مصرف آب ۴۸۷۴۴ مترمکعب در سال ۱۴۰۰ و در سال ۱۴۰۱ به میزان ۳۸۳۲۶ مترمکعب می‌باشد که میزان کاهش مصرف آب به مقدار ۱۰۴۱۸ مترمکعب و به میزان ۲۲ درصد صرفه‌جویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ و پس از اجرای طرح (مبلغ صرفه‌جویی شده ۴۷۲۶۹۵۰۰۰ ریال می‌باشد).

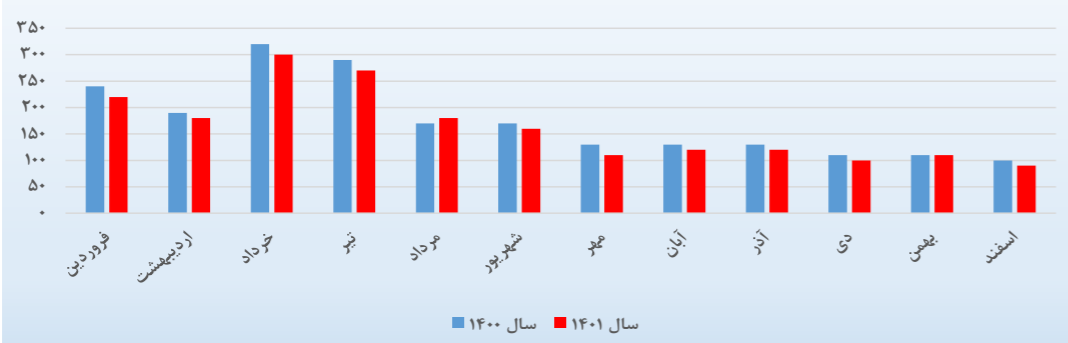
پیشنهاد حاصل از تجربه:

این سازوکار بر اساس داده‌های اخذ شده از شرکت‌های نیرو، گاز و آب هر شش ماه یکبار در کلیه شبکه‌های بهداشت اجرا شود. با اجرای این اقدامات پیشگیرانه می‌توان بدون اینکه در ارائه خدمات و تأمین سرمایه‌های و گرمایش محیط خللی وارد شود، به میزان قابل توجهی در مصرف حامل‌های انرژی (آب و برق) صرفه‌جویی می‌شود.

نمودار مقایسه ای میزان مصرف کلی کنتورهای آب خانه‌های بهداشت شهرستان خرم‌آباد
(بر حسب متر مکعب)



نمودار مقایسه ای میزان مصرف کلی کنتورهای برق خانه‌های بهداشت شهرستان خرم‌آباد
(بر حسب کیلو وات)





مدیریت مصرف آب شرب

و تاثیر آن در کاهش هدررفت آب و جلوگیری از هزینه‌های سربار در شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تربت حیدریه

دانشکار:

مهدی احمدی؛ بیمارستان ۳۲ تختخوابی مه‌ولات
محمد محسنی محولاتی؛ واحدامور عمومی

مصطفی علی محمودی؛ واحدامور عمومی
سیدمسعود عسکری جنت آبادی؛ شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات
فرزاد رمضان؛ گروه توسعه سازمان و تحول اداری

مقدمه:

رفع دو مورد نشستی در مراکز درمانی، جذب پانزده میلیون ریال از خیرین جهت پرداخت قبض و پرداخت هزینه آب یک خانه بهداشت به صورت دائم، شناسایی بیش از ده مورد کنتور معیوب و اقدام در جهت تعویض، شناسایی دو مورد تخلف در مصرف و انجام اقدامات قانونی، شناسایی سه مورد قبض مربوط به املاک استیجاری که تحویل مالک شده است، واگذاری آبیاری فضای سبز به برخی دهیاری‌ها و همچنین کاهش در مصرف آب در خانه‌های بهداشت و مراکز گردید.

بیان مسئله:

با عنایت به نامتعارف بودن مبلغ قبض آب بهای صادره برای خانه بهداشت شماره یک شادمهر شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات، علاوه بر اسراف حجم قابل توجهی از آب شرب، موجب تحمیل

با توجه به اهمیت روزافزون مصرف بهینه آب شرب و کاهش هزینه‌های غیر ضروری ناشی از مصرف غیر منطقی آن در برخی خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات، کار گروهی تحت عنوان مدیریت سبز در این شبکه تشکیل گردید که به بررسی راهکارهای کاهش هزینه و استفاده بهینه و اصولی از منابع پرداخته و اقدامات اصلاحی اعم از رفع نشستی سیستم لوله کشی و تعویض کنتورهای معیوب آب، تعیین سطح حداکثر مصرف هر مرکز با توجه به وسعت خدمات، تعداد کارکنان و ارباب رجوع و فضای فیزیکی آن مرکز و نیز اصلاح شیوه آبیاری فضای سبز مراکز پرداخت. در طی این فرآیند این مجموعه موفق به دریافت بالغ بر یک میلیارد و دویست میلیون ریال تخفیف از اداره آب، شناسایی و

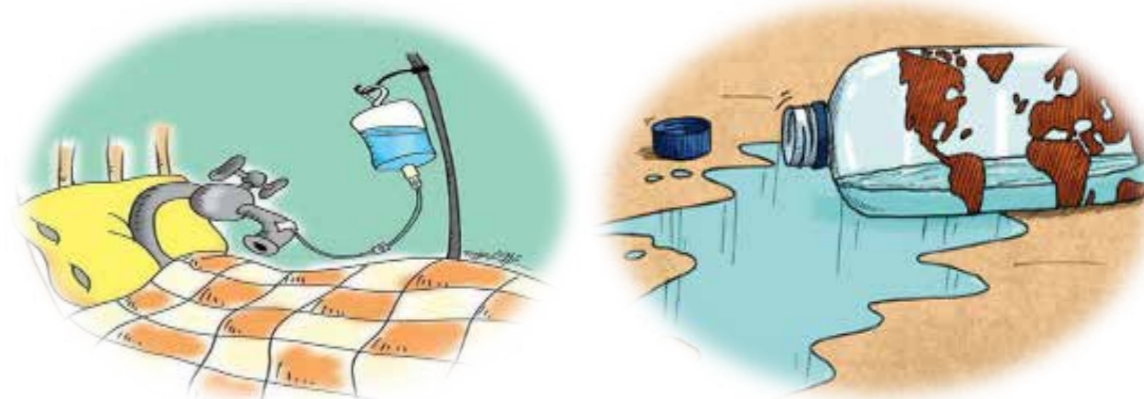
شرح تجربه:

کار گروه مدیریت سبز شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات در گام نخست، ضمن بررسی مبالغ نامتعارف قبوض آب، به بررسی چرایی این رخداد و راهکارهای حل آن پرداخت. به همین منظور، شناسایی اشتراکات و تهیه لیست و ارسال آن به کارشناسان اداره آب جهت اصلاح، دریافت کارکرد سه ساله گذشته از اداره آب، حضور کارشناس فنی در کلیه ساختمان‌های بهداشتی و درمانی و مسکونی به همراه آب‌بانان منطقه و بررسی سلامت و صحت عملکرد کنتورها، شناسایی نشستی‌های احتمالی، ابلاغ دستورالعمل‌های مربوطه در خصوص مدیریت مصرف به پرسنل و ارایه گزارش در کارگروه مدیریت سبز، شناسایی خیرین آب جهت مشارکت در پرداخت هزینه‌ها، رایزنی با شوراهای دهیاری‌ها جهت آبیاری فضای سبز،

رفع نشستی و تعویض کنتورهای معیوب، پیگیری جهت خرید انشعاب جدید و افزایش ظرفیت مورد نیاز مراکز، رایزنی با کارشناسان اداره آب و دریافت تخفیفات، ارسال دستورالعمل به مراکز در خصوص مدیریت مصرف و پایش دوره‌ای آن و بررسی قبوض قبل از پرداخت توسط کارشناس فنی به شرح تفصیلی ذیل اجرا گردید:

۱ پایین تر بودن ظرفیت فعلی انشعابات از میزان نیاز واقعی و همچنین افزایش مصرف در ماه‌های گرم سال باعث افزایش تصاعدی تعرفه آب‌بهای مصرفی به دلیل تجاوز از ظرفیت مجاز گردیده بود. جداسازی انشعابات پانسیون‌ها از مراکز و افزایش ظرفیت کنتور در دستور کار قرار گرفت.

۲ به دلیل واقع شدن خانه‌های بهداشت در روستاها و فرهنگ بومی مردم منطقه و تمایل به داشتن فضای سبز در بیشتر مراکز و خانه‌های بهداشت ایجاد گردیده بود که تا کنون توسط آب شرب آبیاری شده است و به دلیل نرخ پایین آب بها در گذشته، اقدام قابل توجهی در خصوص تغییر سیستم آبیاری از کرتی به قطره‌ای صورت نپذیرفته است. با توجه به اینکه اختصاص سرانه فضای سبز از وظایف شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و بنیاد مسکن می‌باشد، رایزنی‌های لازم در خصوص جابجایی درختان مازاد



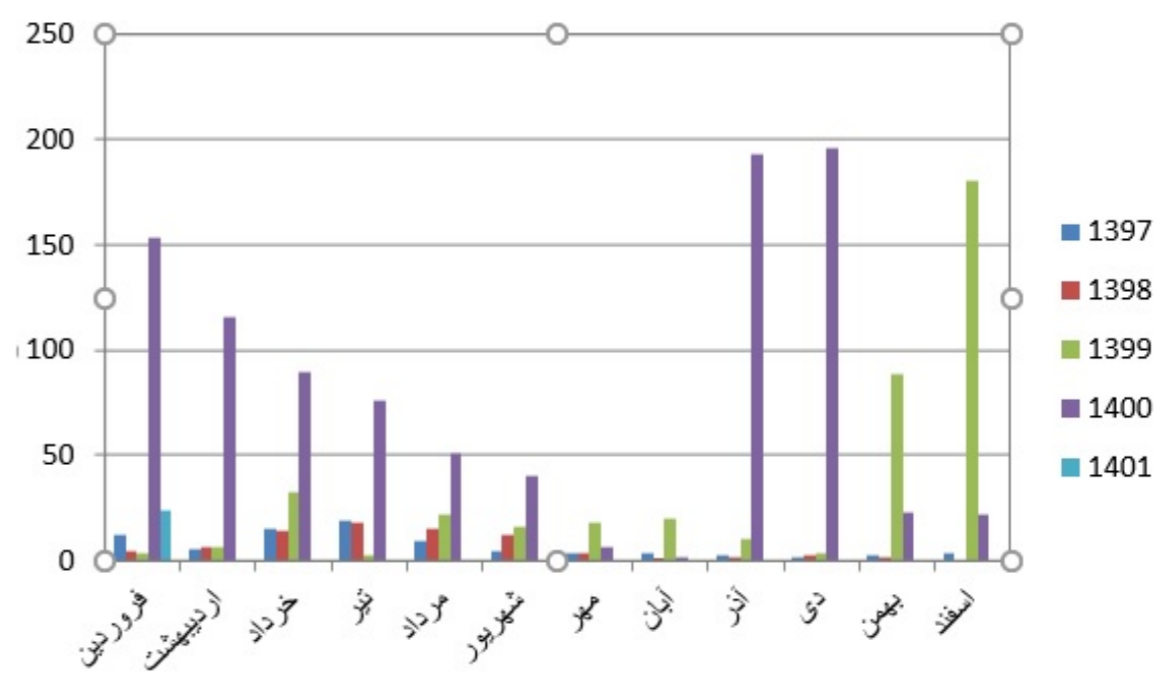


صورت پذیرفت. همچنین واگذاری، نگهداری و آبیاری فضای سبز با آب غیر شرب به دهیاری‌ها به عنوان یک راهکار مناسب در کنار اجرا و نگهداری سیستم‌های آبیاری قطره‌ای صورت گرفت. **۳** به منظور جلوگیری از برداشت غیر مجاز آب توسط عوامل داخلی و بیرونی جهت ساخت و ساز در املاک مجاور، تامین آب تانکرهای سم پاشی و زمین‌های کشاورزی، وصل انشعاب املاک مجاور به سیستم لوله‌کشی مراکز، برداشت از شیرهای محوطه خارجی مراکز و شستشوی وسایل نقلیه شخصی و دولتی، برنامه‌ی نظارت مستمر بر میزان مصرف قبوض ماهانه آب شرب و ارتقاء حفاظت فیزیکی مراکز اجرا گردید. **۴** به دلیل فرسودگی اغلب لوله‌کشی‌های مراکز و عدم تهیه نقشه‌ی اجرایی فنی و شناسنامه ساختمان برای ساختمان‌های عمدتاً با قدمت بالا و به دلیل عدم اجرای اصولی سیستم لوله‌کشی و اتصال انشعابات جدید به سیستم‌های فرسوده در طی زمان و عدم شناسایی نشستی‌ها، هزینه هدر رفت آب نیز بر قبوض اعمال گردیده بود. از این رو با توجه به اعتبار مالی تامین شده، تعویض سیستم لوله‌کشی در دو مرکز خدمات جامع سلامت اجرا گردید. **۵** برداشت غیر اصولی آب توسط پرسنل از قبیل شستشوی

کف مراکز با آب، روشن گذاشتن کولرهای آبی در ساعات غیر کاری و یا در زمان عدم حضور در پانسیون، بازماندن شیرآلات خصوصا شیرهای آبیاری فضای سبز در ایام تعطیلی و استفاده از آب شرب جهت عملیات ساختمانی باعث تجاوز مصرف از محدوده ظرفیت مجاز و محاسبه تعرفه مصرف بر اساس تعرفه ساخت و ساز توسط سازمان آب گردیده بود. از این رو تشدید نظارت بر مصرف و ابلاغ دستورالعمل‌های مصرف استاندارد به کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت اجرا گردید. **۶** به دلیل عدم تعویض کنتورهای معیوب، مدفون شدن کنتورها در زیر خاک و یا باز نبودن برخی از مراکز در زمان مراجعه آب‌بان، رقم واقعی مصرف قابل قرائت نبوده و با توجه به سیاست درج حداکثری میزان مصرف توسط سازمان آب برای این گونه انشعابات، موجب پرداخت مبالغی سه مراتب بالاتر از مصرف واقعی شده بود. لذا نسبت به تعویض کنتورهای معیوب و رفع موانع قرائت کنتور اقدام گردید.

نتایج اجرای تجربه:

این مجموعه با اجرای این فرآیند موفق به دریافت بالغ بر یک میلیارد و دو بیست میلیون ریال تخفیف از اداره آب، شناسایی و رفع دو مورد



نمونه قبل از اقدام

نمونه بعد از اقدام

پیشنهادهای توصیه‌های حاصل از تجربه

- محول نمودن وظیفه‌ی بررسی صحت عملکرد سیستم توزیع و نیز نظارت بر میزان مصرف واحدها پیش از پرداخت قبوض به یکی از کارکنان و بازدید‌های دوره‌ای و خارج از برنامه و نظارت بر چگونگی مصرف در خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت پیشنهاد می‌گردد.
- به دلیل متفاوت بودن ظرفیت کنتور و تعرفه آب بها برای کاربری‌های متفاوت (درمانی، مسکونی) و واقع شدن پانسیون‌های سرایداری و پزشکی در ساختمان اصلی و تغذیه آب از انشعاب مرکز، تفکیک ساختمان‌های مسکونی از ساختمان‌های درمانی در جهت مدیریت و پایش مصرف انرژی و دریافت انشعابات مجزا و مزایای حاصله در طراحی‌های بعدی این‌بیه مورد نیاز شبکه پیشنهاد می‌گردد.

نشستی در مراکز درمانی و پیشگیری از تخریب احتمالی سازه‌ها، جذب پانزده میلیون ریال از خیر جهت پرداخت قبض و پرداخت هزینه آب یک خانه بهداشت به صورت دائم، شناسایی بیش از ده مورد کنتور معیوب و اقدام در جهت تعویض، شناسایی دو مورد تخلف در مصرف و انجام اقدامات لازم، شناسایی سه مورد قبض مربوط به املاک استیجاری و تحویل به مالک، واگذاری آبیاری فضای سبز به برخی دهیاری‌ها و همچنین کاهش در مصرف آب در خانه‌های بهداشت و مراکز گردید.

با اجرای اقدامات فوق، مصرف آب شرب در خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت و درمان مهولات به طرز چشمگیری کاهش یافته و رقم ریالی قابل توجهی صرفه جویی گردید. به عنوان نمونه مصرف آب شرب خانه بهداشت شماره یک شادمهر، از رقم ۷۴ متر مکعب به رقم ۴ متر مکعب در ماه کاهش یافت.



اقدام مداخله‌ای در راستای افزایش درآمدها

و کاهش کسورات مرکز آموزشی و درمانی

آیت‌ا. کاشانی شهر کرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر کرد

دانشکار:
سید سجاد موسوی؛ مسئول کمیته منابع و مصارف
عبدالواحد رحیمی؛ معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی
محمود ایمانی؛ مدیر مالی دانشگاه
حشمت ا. مردانیان - یاسر نصیری - زهرا برزگر؛ کارشناسان بودجه

مقدمه:

مدیریت دانشگاه در سال ۱۴۰۱، با توجه به حساسیت موضوع و سهم قابل توجه درآمد دانشگاه در تأمین هزینه‌های آن و با توجه به اینکه با مطابقت صورت‌های مالی دانشگاه، بدهی‌های سالیانه در حال افزایش بود، با دستور رئیس دانشگاه و معاون توسعه مدیریت و منابع؛ کمیته‌ای تحت عنوان منابع و مصارف تشکیل شد و به صورت موردی، نظارت و بررسی درآمد در مرکز آموزشی و درمانی آیت‌اله کاشانی آغاز گردید.

بیمارستان بعنوان بزرگترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی نظام سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است و حجم بسیار زیادی از منابع بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. افزایش سریع و روز افزون هزینه بیمارستان‌ها، سبب گردیده تا متخصصان اقتصاد سلامت در سراسر جهان در پی یافتن راهکاری به منظور کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد باشند.

بیان مسئله:

طبق بررسی‌های موجود علی‌رغم افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی مطابق کتاب ارزش نسبی و همچنین افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، افزایش درآمد مراکز درمانی متناسب با افزایش تعرفه‌ها و همچنین تورم موجود نبود و میزان درآمد دانشگاه طی چند سال به صورت نزولی بود، لذا دانشگاه اقدام به اجرای راهکارهایی جهت افزایش درآمد بیمارستان‌ها نمود که ابتدا این اقدامات در مرکز آموزشی درمانی آیت‌اله کاشانی شهر کرد پیاده‌سازی شد.

شرح تجربه:

با استقرار دولت جدید در سال ۱۴۰۰ و همچنین تغییر مجموعه

در نهایت ۲۵ کاربر در کلیه بخش‌ها مستقر شدند که با شرح وظایف جدید، صرفاً ثبت خدمات و تکمیل پرونده در بخش را بر عهده داشتند و بدین ترتیب پرونده‌ها با دقت بیشتری تکمیل شد.

نتایج اجرای تجربه:

بعد از تغییرات مطرح شده و مداخلات صورت گرفته وضعیت درآمد مرکز آموزشی و درمانی آیت‌ا. کاشانی با ۳۶۰ تخت فعال و ضریب اشغال تخت ۷۰ درصد از سال ۱۳۹۵ لغایت ۱۴۰۱ و همچنین ۵ ماه ابتدای سال ۱۴۰۲ به شرح ذیل می‌باشد:

همانگونه که مشاهده شد، درآمد بیمارستان در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰، ۴۴،۱۴۰ درصد افزایش و درآمد ۵ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۲ نیز نسبت به ۵ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۱، ۵۰ درصد افزایش پیدا کرد که این درصد بیشترین درصد رشد درآمد بین بیمارستان‌های استان بوده است و وضعیت درآمد بیمارستان‌های استان از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۰۰ علی‌رغم افزایش تعرفه‌ها و افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، مقدار ثابتی بوده است. با عنایت به افزایش سرسام آور هزینه‌های ناشی از افزایش وضعیت ارز در جامعه، درآمد دانشگاه مقدار ثابتی بوده که باعث افزایش سنگین بدهی‌های دانشگاه طی سالیان گذشته گردیده است.

بعد از انجام مداخلات و آموزش‌های لازم به پرسنل درگیر در فرایند، علاوه بر رشد درآمد دانشگاه در بیمارستان آیت‌ا. کاشانی شهر کرد، شاهد کاهش میزان کسورات اعلامی از طرف سازمان‌های بیمه‌گر در این مرکز بودیم بدین صورت که کسورات

اعلامی از طرف بیمه خدمات درمانی از ۱۰ درصد به زیر ۳ درصد و میزان کسورات اعلامی از طرف سازمان تأمین اجتماعی از ۱۰ درصد به زیر ۶ درصد رسید. در سال ۱۴۰۲، هدف گذاری رشد درآمد بیمارستان به میزان ۵۰ درصد در نظر گرفته شد که با توجه به پایش‌های موجود، میزان درآمد‌های ثبت شده در ۵ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۲ نسبت به ۵ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۱ به میزان ۵۰ درصد رشد داشت و شاهد رشد درآمد بیمارستان به صورت منطقی و متناسب با رشد میزان تعرفه‌ها و افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی بودیم. با توجه به اینکه جایگاه و شرح وظایف منشی‌های بخش قبل از اجرای مداخلات به صورت کامل مشخص نبود، بسیاری از خدمات ارائه شده در بخش‌ها به صورت کامل در پرونده بیماران ثبت نمی‌شد که بعد از استقرار کاربران جدید و ابلاغ شرح وظایف و انجام آموزش‌های لازم و پیگیری‌های مداوم شاهد افزایش درآمد بیمارستان آیت‌ا. کاشانی شهر کرد بودیم.

پیشنهادهای توصیه‌های حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌گردد با توجه به این که درآمد حاصل از ارائه خدمات سلامت نقش بسزایی در تأمین هزینه‌های بیمارستان از جمله پرداخت کارانه، اضافه کار، خرید دارو و ملزومات پزشکی و دارویی دارد، در سایر بیمارستان‌ها نیز تجزیه و تحلیل رشد درآمد بیمارستان با توجه به رشد تعرفه‌ها صورت پذیرد و در صورت وجود مشکل نسبت به انجام اصلاحات ضروری اقدام صورت گیرد.

وضعیت درآمدی بیمارستان‌های استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۹۵ تا کنون

بیمارستان کاشانی	بیمارستان هاجر	بیمارستان بروجن	بیمارستان لردگان (بجز کلینیک تخصصی)	بیمارستان فارسان
۸۱۶,۳۰۸,۸۳۱,۴۱۷	۸۶۹,۴۴۴,۹۳۵,۶۱۷	۳۷۴,۲۲۶,۰۲۸,۴۸۸	۴۵۲,۰۰۲,۸۲۶,۰۷۵	۲۹۱,۵۹۶,۵۳۶,۲۰۲
۸۸۷,۵۰۹,۱۷۷,۴۵۱	۹۵۷,۵۵۰,۳۲۰,۴۳۰	۳۷۶,۷۱۰,۴۶۷,۰۹۴	۵۱۱,۲۴۰,۲۲۵,۶۰۲	۳۲۶,۴۲۷,۰۶۰,۴۶۳
۸۱۹,۳۳۳,۷۴۱,۳۳۶	۸۹۸,۵۲۱,۳۱۸,۳۷۵	۳۱۲,۱۰۹,۲۴۸,۷۶۸	۴۶۸,۸۸۲,۵۰۸,۲۵۶	۲۸۲,۴۶۳,۰۸۱,۳۱۱
۸۲۸,۴۵۹,۸۶۱,۲۰۰	۱,۰۰۷,۹۰۴,۹۰۴,۲۹۹	۳۸۱,۵۷۷,۴۷۴,۳۵۲	۴۶۷,۶۸۰,۸۲۶,۳۲۲	۲۷۱,۲۵۰,۰۰۰,۲۶۵
۸۳۵,۳۵۵,۴۹۱,۵۵۴	۱,۲۷۶,۲۲۴,۴۰۹,۴۷۵	۴۲۸,۷۵۴,۶۴۷,۰۶۰	۴۸۶,۴۱۹,۴۸۸,۹۱۴	۲۶۰,۳۰۶,۴۰۴,۸۲۳
۱,۶۲۳,۷۲۹,۵۲۶,۲۳۹	۲,۲۶۹,۴۱۹,۲۵۳,۰۱۱	۸۳۰,۳۸۸,۱۵۰,۷۵۴	۸۵۴,۷۷۰,۹۳۱,۰۵۵	۴۵۸,۰۹۶,۱۲۰,۹۶۰
۲,۳۴۱,۳۶۰,۵۰۹,۷۹۳	۲,۶۴۷,۰۷۵,۳۳۵,۶۵۶	۱,۰۸۳,۱۳۴,۱۵۵,۲۱۲	۱,۲۰۱,۷۷۴,۸۲۴,۷۹۰	۵۷۴,۱۱۴,۲۴۶,۴۹۲
۱,۰۵۸,۱۳۹,۳۰۱,۲۲۲	۱,۰۹۸,۱۰۸,۳۵۳,۴۵۹	۵۲۴,۷۱۵,۷۷۴,۵۶۹	۵۴۵,۴۱۲,۱۱۰,۲۲۱	۲۸۷,۹۰۲,۴۹۷,۴۲۲



ایجاد نرم افزار تشخیص سرطان ریه با استفاده از هوش مصنوعی با نام (لانگسا)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درماني اردبیل

دانشکار:

دکتر حسن قبادی؛ معاونت آموزشی

محسن محمدی؛ واحد رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مهندس جعفر عبداللهی؛ شرکت فناوریان داده پرداز هوش گستر پارک علم و فناوری اردبیل

مقدمه:

دوران کرونا فشار بسیار زیادی روی بخش تصویربرداری بود و در اکثر مواقع تشخیص کرونا برای پزشکان با تجربه هم سخت بود و در عین حال تعداد بیماران بسیار زیاد، که این مشکل اساسی ما را بر آن داشت تا راه حلی پیدا کنیم و چاره کار را در نرم افزار هوش مصنوعی دیدیم که بتواند تشخیص مناسب و سریعی داشته باشد. سپس در نیمه های راه با توصیه معاون آموزش وقت دانشگاه تصمیم بر این شد که چون کرونا در ماه های آینده تمام می شود روی مشکل جدی تر و پایداری مثل سرطان ریه کار کنیم که بتواند برای تمام کشور مفید باشد و از اینجا طرح تشخیص سرطان ریه با هوش مصنوعی رقم خورد.

بیان مسئله:

کامپیوترها اغلب بعنوان محل ذخیره سازی داده ها و باز یافت آنان بکار برده می شوند و اخیرا با افزایش میزان دیتاهای ذخیره شده و افزایش توان محاسباتی آنان، مدل جدیدی از نرم افزارها ایجاد شده که توان محاسباتی و تصمیم گیری بر روی دیتاها را دارند و در حقیقت هوش مصنوعی متولد شد و ما در بخش سی تی اسکن حجم عظیمی از داده های بیماران را در اختیار داریم و این ایده مطرح گردید که از کامپیوترها برای تشخیص بیماری ها استفاده کنیم و با ایجاد نرم افزار بتوانیم یک دستیار هوشمند بسیار خیره جهت کمک به پزشکان متخصص رادیولوژی و سایر متخصصین رشته های مختلف ایجاد

کنیم تا توانایی تحلیل تصاویر سی تی اسکن گرفته شده از بیماران را داشته باشند و مشکلات و بیماری های موجود در تصاویر بیماران را استخراج و به پزشک مربوطه اعلام نمایند که دقت تشخیص را افزایش و زمان را تا حد زیادی کاهش دهد. یک پزشک متخصص رادیولوژی و یا متخصص ریه باید صدها تصویر سی تی اسکن بیمار را به صورت دقیق با جزئیات بررسی کند تا مشکلات موجود را تشخیص دهد و این امر مستلزم صرف زمان زیاد همراه با خستگی چشم و گردن است و علاوه بر این پزشک باید هزاران نمونه بیماری را دیده باشد تا بتواند نمونه های بعدی را با رجوع به بانک اطلاعاتی وجود در مغزش تشخیص دهد که در بیشتر موارد ممکن است، دچار تردید شود و یا اطلاعات کافی برای تشخیص حتمی و دقیق نداشته باشد. پس در اینجا با توجه به قدرت ذخیره سازی و توان محاسباتی بسیار زیاد کامپیوترها نرم افزاری را طراحی کرده ایم که می تواند تصاویر پزشکی بیماران را تحلیل کند و ضمن اعلام نتایج به صورت مکتوب، این بار اضافی را از روی پزشکان برداریم.

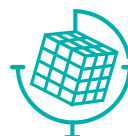
بعنوان نمونه یک پزشک در طول دوران تحصیل و آموزش مثلا تعداد ۱۰۰۰ نمونه بیماری را از نزدیک دیده است و طبعا نمی تواند همه این نمونه ها را در مغز خود با جزئیات ثبت کرده باشد در مقایسه با نرم افزار ما که سیصد هزار

نمونه را در خود دارد و جزئیات هیچ کدام را هرگز فراموش نمی کند، تفاوت معنی داری مشاهده میشود و اگر بتوانیم تعداد تصاویر نرم افزار را به یک میلیون نمونه افزایش دهیم آن گاه مغز انسانی توان رقابت با این مدل کامپیوتری را نخواهد داشت و این نرم افزار هیچ گاه خسته نمی شود و استراحت لازم ندارد و هزاران نمونه از آن را می توان کپی و به سایر مراکز تشخیصی ارسال کرد.

شرح تجربه:

گام اول با جلب حمایت دانشگاه و معاونت تحقیقات، پارک علم و فناوری اردبیل و معرفی مهندسان هوش مصنوعی آغاز شد، در گام بعدی بعدی طرح تحقیقاتی تدوین و پس از آن جمع آوری دیتا شروع شد. تیم پژوهش سراغ بخش های مختلف رفتند و پرونده بیماران سرطانی را از بخش هماتولوژی و انکولوژی گرفتیم و کد HIS بیماران با تشخیص سرطان قطعی را گرفته و در مرحله بعد سایر مهندسان این تصاویر را استخراج و در دسترس سایر افراد تیم که پزشکان متخصص بودند، قرار دادند و تصاویر با نرم افزار ویژه تگ و مناطق سرطانی مشخص و فایبل توصیفی آن به تصاویر اصلی متصل گردید. در مرحله بعد مهندسان هوش مصنوعی نرم افزار اولیه را آماده نمودند و بارها آن را ترین کردند تا به وضعیت مطلوب رسید و توان تشخیص مناسب داشت.





نتایج اجرای تجربه:

● ایجاد بانک اطلاعاتی ارزشمند از تصاویر بیماران سرطانی
● کاهش زمان تشخیص
● افزایش دقت تشخیص

با توجه به موارد فوق مهمترین دستاورد این نرم افزار کاهش زمان و افزایش فوق العاده سرعت و دقت تشخیص می باشد.

پیشنهاد حاصل از تجربه:
با توجه به گسترش و توسعه علوم دیجیتال طبعا در آینده

نزدیک نظام سلامت بدون دانش و استفاده از کامپیوترها بی معنی می شود و گرایش شدیدی به سمت هوشمند سازی نظام سلامت اتفاق خواهد افتاد و چنین پروژه هایی همواره مورد توجه و راهگشا خواهند بود. نکته بعدی این که تیم سازی و استفاده از افراد مثبت و تلاشگر می تواند سهم موثری در به هدف رسیدن پروژه ها داشته باشد و همواره باید در صدد جذب نخبگان و افراد با روحیه مثبت باشید تا از توان علمی و عملی این افراد به بهترین نحو استفاده گردد.

ردیف	نام تحلیل کننده	تعداد نمونه آموزشی	زمان آموزش دیدن	زمان انتقال تجربیات	دستمزد ماهانه
۱	پزشک متخصص	۱۰۰۰ عدد	۲۰ سال	۱۰ سال	۹۵۰ میلیون ریال
۲	نرم افزار تشخیص هوشمند سرطان	۳۰۰۰۰۰ عدد	۱ ساعت	۱۰ دقیقه	صفر ریال

ردیف	نام تحلیل کننده	ساعات کار در روز	زمان هر تحلیل	هزینه هر تحلیل	خستگی و استراحت
۱	پزشک	۸ ساعت	۱۰ الی ۱۵ دقیقه	۴۰۰۰۰۰۰ ریال	نیاز دارد
۲	نرم افزار هوشمند لانگسا	۲۴ ساعت	۳۰ ثانیه	صفر ریال	نیاز ندارد

جدول مقایسه اجرای نرم افزار با عملکرد پزشک بدون نرم افزار هوشمند



برگزاری رویداد کافه تجربه در دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

دانشکار:

دکتر نیلوفر امیری؛ رئیس اداره تحول، برنامه ریزی و تعالی سرمایه انسانی
دکتر علیرضا عرب یار محمدی؛ مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی
هدی غیبی پور؛ کارشناس دبیرخانه مدیریت دانش

مقدمه:

به جریان انداختن نظام مدیریت دانش، بر کل فعالیت سازمان و بطور خاص بر کار تمام کارکنان آن تاثیر می‌گذارد و اثربخشی، کارایی و بهره‌وری را افزایش می‌دهد. در این راستا یکی از روش‌هایی که می‌تواند سازمان‌ها را در تامین این اهداف یاری دهد، مدیریت دانش است. یکی از مهم‌ترین مولفه‌های مدیریت دانش، ثبت تجربه است. فراخوان کافه تجربه بصورت فصلی توسط دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی تهران اطلاع‌رسانی می‌شود. موضوعات کافه تجربه متناسب با مشکلات و چالش‌های موجود ارائه می‌گردد. بدین صورت که افراد در مهلت مقرر تجارب مرتبط با فراخوان را در سامانه مدیریت دانش ثبت نموده و پس از ارزیابی، تجاربی که امتیاز بالاتری اخذ می‌کنند، جهت حضور در کافه و ارائه تجربه دعوت می‌شوند.

بیان مسئله:

امروزه سازمان‌ها در یافته‌اند که هیچ چیز به اندازه دانش نمی‌تواند آن‌ها را در دنیای رقابتی نگه‌دارد. لذا بیش از هر چیز کارکنان سازمان به عنوان صاحبان دانش و مهم‌ترین سرمایه سازمان مورد توجه قرار گرفته‌اند. مدیریت دانش به عنوان ابزاری که می‌تواند دانش موجود را گردآوری کرده و نظم بخشیده و در کل سازمان اشاعه دهد اهمیت یافته است. در حال حاضر تنها بستر ثبت تجربه، سامانه جامع مدیریت دانش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با توجه به عدم رغبت و تمایل کارکنان دانشگاه به ثبت تجربه و آگاهی پایین آن‌ها از سامانه مدیریت دانش، دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی تهران در راستای فرهنگ‌سازی و جلب مشارکت مدیران و کارکنان اقداماتی در این زمینه انجام داده که یکی از مهم‌ترین آن، برگزاری رویداد کافه تجربه است.

شرح تجربه:

فراخوان کافه تجربه توسط دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی تهران به منظور ارتقاء دانش و به اشتراک گذاری تجارب بین اعضای دانشگاه بصورت فصلی اعلام می‌شود. در این فراخوان، مسائل و چالش‌های موجود که با مطالعات سازمانی استخراج می‌شوند در دانشگاه مورد توجه قرار می‌گیرند. از کارکنان و مدیران دعوت می‌شود تا تجارب و دانش خود را درباره موضوعات فراخوان شده در سامانه مدیریت دانش دانشگاه ثبت کنند. بعد از ثبت و ارزیابی تجارب ثبت شده از تجاربی که امتیاز بالاتری دریافت می‌کنند، برای حضور در کافه تجربه دعوت می‌شوند. در روز برگزاری کافه تجربه، با توجه به موضوع مورد بحث، افراد به گروه‌هایی تقسیم می‌شوند (مثلاً بالینی یا اداری) و تجارب خود را با سایر اعضا به اشتراک می‌گذارند. در این نشست‌ها، صاحب نظران و خبرگان حوزه از جمله مدیران بیمارستان‌ها، مدیران ستادی و... نیز حضور دارند و نظرات خود را درباره هر تجربه ارائه می‌دهند. در پایان هر کافه تجربه، تجارب و نظرات ضبط شده، به صورت مکتوب و مستند در اختیار واحدهای ذیربط قرار می‌گیرد. این اقدام به منظور دسترسی آسان‌تر به دانش و تجارب برای اعضای دانشگاه و همچنین استفاده بعدی از آن‌ها انجام می‌شود. همچنین پذیرایی از افراد و ایجاد محیط دوستانه و جو صمیمی در کافه منجر به افزایش انگیزه و رغبت دانشکاران جهت ارائه تجارب می‌شود.

نتایج اجرای تجربه:

با حضور ارزیابان مدیریت دانش و مدیران حوزه‌های مختلف در کافه تجربه، بطور جامع و کامل و با استفاده از دیدگاه‌های مختلف به موضوع پرداخته می‌شود. همچنین تجربه نگاران می‌توانند از نظرات و پیشنهادها ارائه شده برای بهبود تجربه خود استفاده کنند و در نتیجه

ایده‌های جدیدی برای پیشرفت و بهتر کردن تجربه به دست آورند. این رویداد محیطی فعال برای تبادل نظر و تعامل با افراد خیره‌فرام می‌کند که می‌تواند به افزایش خلاقیت و کارایی در اجرای تجارب کمک نماید. علاوه بر آن، برگزاری کافه تجربه باعث افزایش استقبال و علاقه کارکنان به سامانه مدیریت دانش می‌شود. این بدان معنی است که پس از این رویداد در سال ۱۴۰۲، تعداد تجارب ثبت شده در سامانه مدیریت دانش از ۳۵ تجربه در سال ۱۴۰۱ به ۱۲۶ تجربه در سال ۱۴۰۲ در افزایش یافت. این امر نشان می‌دهد که اعضای دانشگاه با توجه به ارزش و اهمیت به اشتراک‌گذاری تجربه، بیشتر به سامانه مدیریت دانش رجوع می‌کنند و تجارب خود را به طور فعال در آن ثبت می‌کنند. به طور کلی، برگزاری کافه تجربه نه تنها به افزایش دانش و بهره‌وری در دانشگاه علوم پزشکی تهران کمک کرد، بلکه فرهنگ‌سازی مدیریت دانش را ترویج داد،

ایده‌های نوآورانه را تشویق کرده و در نهایت منجر به استفاده اثربخش از تجارب شده است. بطور کلی نتایج اجرای کافه تجربه در ادامه آورده شده است:

- به اشتراک‌گذاری و تسهیم تجارب
- ایجاد تعامل و جو صمیمی بین دانشکاران با خبرگان
- افزایش تجارب ثبت شده در سامانه مدیریت دانش
- ترویج فرهنگ مدیریت دانش در سازمان‌ها

پیشنهاد حاصل از تجربه:

پیشنهاد می‌شود در شیوه‌نامه مربوطه این موضوع از جانب وزارتخانه مورد توجه قرار بگیرد و بودجه لازم جهت اجرای این رویداد به دانشگاه‌ها تخصیص داده شود.





معرفی کتاب



این بخش به معرفی کتب در موضوع نظام مدیریت دانش و مفاهیم انگیزشی مرتبط می پردازد تا بتواند با افزایش دانش و تغییر در نگرش بنیادین و از سوی بهبود عملکرد ذی نفعان، موجبات توسعه حوزه مدیریت دانش نظام سلامت را فراهم سازد.





کتاب مرجع کامل مدیریت دانش



کتاب حاضر ترجمه یکی از جامع‌ترین کتاب‌هایی است که در خصوص مدیریت دانش به نگارش در آمده است. به گونه‌ای که مدیران حرفه‌ای مدیریت دانش و نوآوری در خصوص آن می‌نویسند: «اگر در خصوص مدیریت دانش جدی هستید و می‌خواهید درک خود از مدیریت دانش و میزان موفقیت ابتکارات مدیریت دانش در سازمان خود برای ایجاد یک سازمان یادگیرنده را افزایش دهید، مطالعه این کتاب هم در حوزه عملی و هم در حوزه نظری ضروری است.»

شناسنامه

عنوان انگلیسی: Handbook on knowledge management

نویسنده: پروفیسور کلاید هلس اپل

مترجم: سید جلال موسوی، سیداحمد حسینی و ابودر گرانلی

ملک خیلی

ناشر: پارسیا

درباره مرجع کامل مدیریت دانش

کتاب اصلی که توسط تعدادی از بزرگترین دانشمندان مدیریت دانش و با مدیریت پروفیسور کلاید هلس اپل، که در دانشگاه کنتاکی آمریکا مشغول به فعالیت بوده نوشته شده است، از دو جلد تشکیل شده است، حدود ۶۰ فصل دارد. و از دیدگاه‌های مختلف به مدیریت دانش پرداخته شده است. برای هر کسی که به صورت عملیاتی، تحقیقاتی یا آموزشی در حوزه مدیریت دانش فعالیت می‌کند، لازم است که این کتاب را به عنوان کتاب مرجع در کتابخانه خود داشته باشد. جلد اول کتاب ۳۲ فصل از ۶۰ فصل کتاب را در بر دارد و به مفاهیم پایه‌ای دانش و مدیریت دانش، دانش به عنوان یک منبع، پردازش و تاثیرگذاری دانش می‌پردازد. جلد دوم فناوری‌ها، دستاوردها، مدیریت دانش در

عمل و آینده مدیریت دانش را پوشش می‌دهد.

مروری بر بخش‌های کتاب مرجع کامل مدیریت دانش

عناوین برخی از بخش‌های اصلی این کتاب به شرح زیر است:

بخش اول: بررسی اصول درک مدیریت دانش

بخش دوم: بررسی عملکرد مدیریت دانش

بخش سوم: ماهیت کار دانشی در داخل و بیرون سازمان

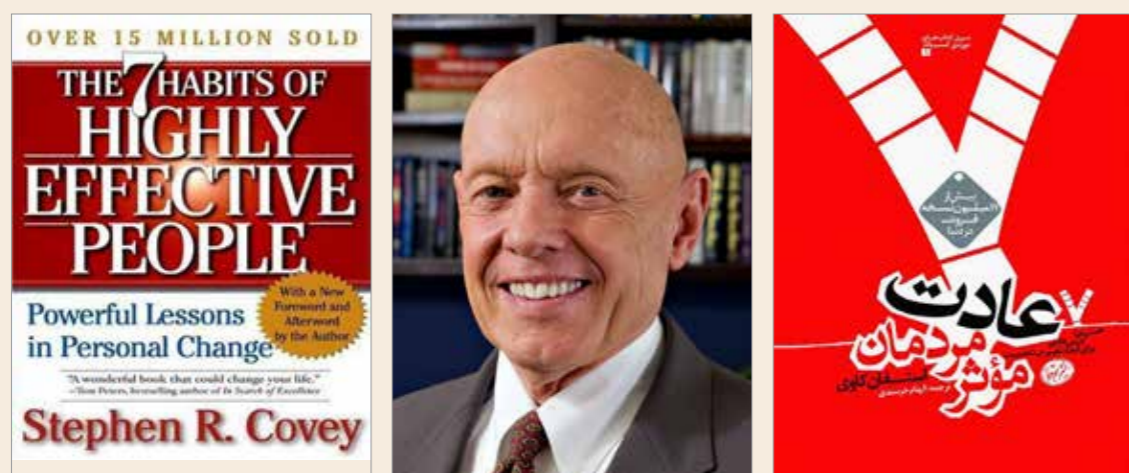
بخش چهارم: چگونگی شکل گرفتن سازمان‌های مبتنی بر دانش در اقتصاد دانشی و ...

در بخشی از کتاب مرجع کامل دانش ما میخوانیم

در روند تکاملی سازمان‌ها، موسساتی پدید آمده اند که بر روی کار شبکه‌ای، ایجاد دانش، توزیع دانش و بکارگیری دانش تمرکز دارند.

کار دانشی از ۳ دیدگاه مختلف اقتصادی، فرآیند نیروی کار و روش کاری قابل بررسی است. نظریه محوری اصل افزایش سود در سازمان‌های مبنی بر دانش ضرورتی انکار ناپذیر است. اصل اقتصاد دانشی مویده این است که دانش نقش مهمی را در رشد اقتصادی بازی می‌کند.

کتاب ۷ عادت مردمان موثر؛ گامی بلند برای تغییر زندگی



«زمانی که سازمان‌های آمریکایی ناامیدانه در صدد انرژی دادن به کارکنان و پرورش مدیران در تمام سطح‌ها بودند، کاوی فلسفه‌ای نیروبخش را در زندگی معرفی کرد که موفقیت در کار و تجارت را نیز ضمانت می‌کرد. این روش، ترکیبی از خرد، احساسات و تجربه‌های کاربردی بود.» این جملات را «رزا ماس کانتر» نویسنده‌ی آمریکایی در باره‌ی کتاب هفت عادت مردمان موثر گفته است. کتاب مشهوری که هر کسی که چیزهای بیشتری از زندگی می‌خواهد باید آن را بخواند، به کار بیندودر نهایت از معجزه‌های که در زندگی‌اش اتفاق می‌افتد لذت ببرد.

شناسنامه

عنوان انگلیسی:

The 7 habits of highly effective people: restoring the character ethic

نویسنده: استفان کاوی

مترجم: الهام خرسندی

ناشر: هورمزد

درباره کتاب هفت عادت مردمان موثر

کتاب هفت عادت مردمان موثر، همراه با درس‌هایی برای ایجاد

تغییر در شخصیت با عنوان اصلی

The 7 habits of highly effective people: restoring the character ethic

اولین بار سال ۱۹۸۹ منتشر شده است.

استفان کاوی استفان کاوی در این کتاب ۷ عادت‌تی که معتقد است

افراد را به شخصیت‌هایی برتر از سایر هم‌نوعان خود تبدیل می‌کند

را معرفی می‌کند و آن‌ها را آموزش می‌دهد.

دکتر کاوی جوایز و افتخارات زیادی را در طول زندگی‌اش

دریافت کرده است که از جمله‌ی این جوایز می‌توان به جایزه‌ی

کالج «توماس مور» برای خدمات به بشر، مرد صلح سال ۱۹۹۸،

سخنگوی برتر ۱۹۹۹ و کارگزار بین‌المللی برتر سال ۱۹۹۴ اشاره

کرد. استفان کاوی سال ۲۰۱۲ در آمریکا درگذشت.

مروری بر فصل‌های کتاب هفت عادت مردمان موثر

عناوین بخش‌های اصلی این کتاب به شرح زیر است:

بخش اول: قانون‌ها و الگوها

بخش دوم: پیروزی فردی

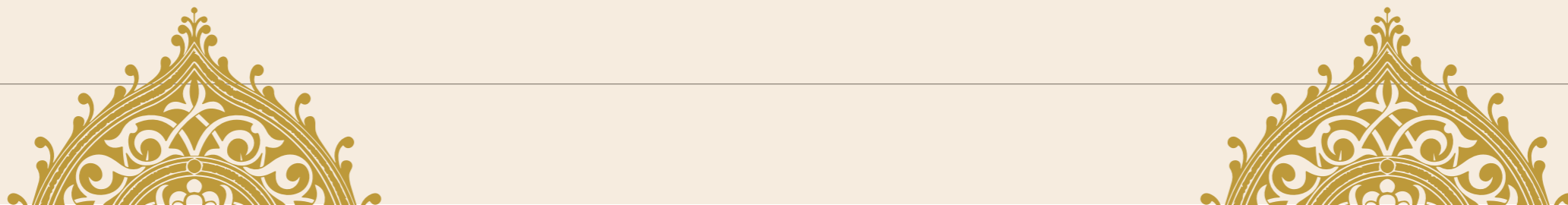
بخش سوم: پیروزی همگانی و هماهنگی

بخش چهارم: نوسازی

در بخشی از کتاب هفت عادت مردمان موثر می‌خوانیم

ماهیت ما احساسات، حالت‌ها و حتی فکرهای ما نیستند. همین حقیقت که ما می‌توانیم به چیزهایی فکر کنیم، ما را از فکرها و دنیای حیوانی جدا می‌کند.

پارادایمی که در خود سراغ داریم، مهم‌ترین پارادایم تاثیر گذار است. این پارادایم نه تنها روی دیدگاه‌ها و رفتارهایمان، بلکه روی طرز نگرش ما نسبت به دیگران نیز تاثیر می‌گذارد و مانند نقشه‌ی سرشت اساسی بشر عمل می‌کند.





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.





پیاده‌سازی انتقال و تبادل دانش، از تئوری تا عمل (نامه به سردبیر)

نویسندگان:

مسعود فر دوسی استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. فاطمه ترابی دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

زمینه

سال ۱۳۸۵، اولین باری بود که با مفهوم انتقال و تبادل دانش (KTE) آشنا می‌شدم. در آن سال دکتر مجدزاده کارگاهی تحت عنوان انتقال و تبادل دانش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار کرد که محتوای آن بسیار جالب بود. گمان دارم هنوز هم آن نگرش و رویکرد به KTE از مفیدترین و کامل‌ترین رویکردها بود. در آن کارگاه بر اساس نگرش KTE که بعداً در قالب مقاله و کتاب نیز منتشر گردید (۱)، مراحل یک تحقیق به ترتیب محور زیر عنوان شد:

Figure 1: نمودار مراحل انجام تحقیق بر اساس رویکرد KTE

این نمودار نقطه آغاز یک تحقیق را «انتخاب مسئله» یا «عنوان تحقیق» می‌داند. گام بعدی خود انجام تحقیق است. بلافاصله پس از انجام تحقیق نوبت به انتشار فعال نتایج می‌رسد که مکمل انجام تحقیق و یک مرحله ضروری از آن است و پایان تحقیق با «کار بست نتایج تحقیق» اتفاق می‌افتد که در واقع ثمر دادن پژوهش است. در آنجا گفته شد عمده مشکل KTE مربوط به نحوه انتخاب مسئله است! یعنی اینکه چه موضوعی برای پژوهش انتخاب می‌شود؟ به طور خلاصه در حال حاضر بر روی مرحله انجام تحقیق حساسیت بسیاری وجود دارد و آداب مفصلی برای آن در نظر گرفته می‌شود، اما روی انتخاب مسئله حساسیتی به چشم نمی‌خورد و برای انتشار فعال نتایج و کار بست آن‌ها هم برنامه‌چندانی وجود ندارد. همچنین بیان شد که تنها چاپ مقاله در مجلات علمی-پژوهشی و مجلات خارجی به معنای انتشار فعال نتایج پژوهش نیست؛ بلکه برای انتشار فعال باید گروه مخاطب مشخص گردد و نتایج به زبان قابل درک گروه مخاطب و به روشی که برای آن

رویکرد فشار-کشش^۲ در انتشار دانش

در حوزه انتشار دانش اصطلاحی وجود دارد که به استراتژی فشار-کشش معروف است (۲). مفهوم این رویکرد آن است که برای انتشار بهینه دانش، از یک طرف باید شواهد تولید شود و این شواهد به سمت سیاست‌گذار گسیل شود و از سوی دیگر سفارش‌دهنده پژوهش برای استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌های خود تمایل و کشش نشان بدهد. سفارش‌دهنده پژوهش در حقیقت فرد یا سازمانی است که مسئله یا مشکلی داشته و نمی‌خواسته یا نمی‌توانسته خود مستقیم به کسب و تحلیل اطلاعات بپردازد و بنابراین فرد یا گروه دیگری (به نام پژوهشگر/ان) به جای او برای انجام پژوهش اقدام کرده‌اند. در جدول زیر تلاش کردیم با ادغام جدول فوق و رویکرد فشار-کشش، نقش پژوهشگر و سفارش‌دهنده پژوهش را در هر یک از مراحل چهارگانه فوق تبیین کنیم:

همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، مرحله اول یعنی انتخاب

مسئله، حاصل همکاری «مشکل‌داران» و «مسئله‌دانان» است. انجام پژوهش عمدتاً بر دوش پژوهشگران است. مرحله انتشار فعال نتایج بیشتر تابع استراتژی‌های فشار است و در مقابل مرحله کار بست نتایج بیشتر به استراتژی‌های کشش مربوط می‌شود. البته این تقسیم‌بندی به این معنی نیست که سایر طرف‌ها در هر مرحله نقشی ندارند، بلکه هدف نشان دادن نقش غالب در هر مرحله است که دید تازه‌ای درباره این مراحل به دست می‌دهد. ضمناً در این جدول نقش ساختارهای پژوهشی واسطه به عمد حذف شده است ولی در عمل این ساختارها نقش برجسته‌ای دارند که در اینجا، اکثر آن نقش‌ها به سفارش‌دهنده سپرده شده است.

در زیر هر یک از این مراحل را با تأکید بر راهکارهای عملی ترویج KTE مرور می‌کنیم:

مرحله اول: همکاری طرفین (هنر تبدیل مشکل به مسئله)

در کتاب‌های روش‌شناسی پژوهش به ویژه کتاب‌هایی که رویکردی

فلسفی به پژوهش دارند، بحث‌های مفصلی در این باره شده است. اینکه تفاوت ماهوی مشکل و مسئله چیست؟ و چگونه این دو به هم تبدیل می‌شوند؟ فرآیند تبدیل مشکل به مسئله، فرآیند پیچیده و هنرمندانه‌ای است که در زیر تنها در قالب یک مثال بیان می‌شود: تصور کنید در بیمارستان الف، مشکل دیر آمدگی کارکنان وجود دارد. بنابراین مدیر بیمارستان از گروهی از پژوهشگران می‌پرسد: «من چگونه می‌توانم مشکل دیر آمدن کارکنان را حل کنم؟» پژوهشگران با یکدیگر مشورت می‌کنند و سپس جدول زیر را به عنوان مسئله‌های مرتبط با این مشکل و عناوین پژوهش‌های لازم برای حل این مشکل به مدیر بیمارستان برمی‌گردانند.

مثال فوق به سادگی نشان داد که چگونه یک مشکل معمولی به چند مسئله و چند عنوان پژوهشی ختم می‌شود. لازم به ذکر است که این مثال تنها یک راه برای تبدیل یک مشکل به مسئله و عناوین پژوهشی است و حتی برای همین مشکل، می‌توان راه‌های دیگری نیز

جدول 1. مراحل انجام پژوهش بر اساس دیدگاه KTE با رویکرد فشار-کشش

نام مرحله	انتخاب مسئله	انجام تحقیق	انتشار فعال نتایج	کار بست نتایج
نقش سفارش‌دهنده	• بیان مشکل	• همکاری با پژوهشگران	• همکاری برای دریافت پیام تحقیق و نکات کلیدی	• بازگشت از مسئله به مشکل • به‌کارگیری برداشت خود از نتایج تحقیق برای حل مشکل
نقش پژوهشگر	• تبدیل مشکل به مسئله • عنوان‌بندی پژوهش • طراحی پژوهش • ارائه پروپوزال	• انجام تحقیق بر طبق پروپوزال	• شناسایی گروه مخاطب (سفارش‌دهنده یا نماینده او) • شناسایی بهترین روش انتقال مطالب • انتقال مطالب بر اساس بهترین روش شناسایی شده • وصل کردن یافته‌های این تحقیق با سایر تحقیقات مشابه و استخراج بهترین دستور کار	• رفع شبهات و اشکالات احتمالی در جریان به‌کارگیری مشکل
رویکرد غالب (فشار-کشش)	همکاری	پژوهشگر/ان	فشار	کشش



جدول ۱. تعیین مسئله و عناوین پژوهشی برای رفع یک مشکل

مشکل: دیر آمدن کارکنان	مسئله	یک عنوان پژوهشی
مسئله ۱	وضعیت دیر آمدگی در بین کارکنان چگونه است؟	تعیین فراوانی دیر آمدگی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان در سال گذشته در بیمارستان الف
مسئله ۲	آیا این میزان دیر آمدگی غیرطبیعی است؟	تعیین محدوده نرمال دیر آمدگی کارکنان (مقایسه میزان دیر آمدگی کارکنان بیمارستان الف با بیمارستان‌های مشابه یا با سوابق همین بیمارستان)
مسئله ۳	چرا کارکنان دیر می‌کنند؟	شناسایی و اولویت‌بندی علل دیر آمدگی کارکنان بیمارستان الف در سال گذشته
مسئله ۴	چکار کنیم مشکل دیر آمدگی حل شود؟	شناسایی و اولویت‌بندی راهکارهای کاهش دیر آمدگی در بین کارکنان بیمارستان الف در سال گذشته

پیمود که شاید از این هم پیچیده‌تر و مفصل‌تر باشند. نکته مهم اینکه از مدیر بیمارستان نباید انتظار داشت عناوین پژوهشی را با رعایت اصول فنی بنویسد (انتظاری که گاهی به‌اشتباه وجود دارد)، بلکه او باید مشکلات خود را مطرح کند و پژوهشگر/ان باید در تبدیل مشکل به مسئله او را باری کنند.

مرحله دوم: انجام پژوهش، فنی و تخصصی

در طول سالیان گذشته، مرحله‌ای که به‌غایت فربه و مفصل شده، مرحله انجام پژوهش است. شاید اگر مرحله اول یعنی انتخاب مسئله با همکاری و مشارکت طرفین (مشکل‌داران و مسئله‌دانان) انجام بشود، درک کامل‌تری از موضوع برای طرفین شکل می‌گیرد و همین کار باعث طراحی بهتر تحقیق و انجام صحیح‌تر آن می‌شود. برای مثال، در حال حاضر بخش مهم از پروپوزال‌های تحقیق به «بیان مسئله» و «ضرورت انجام تحقیق» اختصاص دارد، گویا پژوهشگر تازه در پی اثبات لزوم انجام تحقیق است! درحالی‌که اگر واقعاً موضوع تحقیق با سفارش یک مسئول اجرایی و همفکری پژوهشگر شکل گرفته باشد، جایی برای اثبات لزوم انجام تحقیق باقی نمی‌ماند.

مرحله سوم: انتشار فعال نتایج تحقیق (استراتژی‌های فشار)

بعداز آن کارگاه، مسئولیت واحد KTE در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به من سپرده شد. مدت مسئولیت من در آن واحد دیری نپایید، زیرا آنچه برداشت‌ما از KTE بود و در پی ترویج آن بودیم، با سایر سیاست‌های معاونت پژوهشی هماهنگ نبود. برای مثال

زمانی که می‌گفتیم چاپ مقاله، انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود، این رویکرد با سایر شاخص‌های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نمایه‌های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و دورویکرد متفاوت را نشان می‌داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می‌کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در پی اجرای آن‌ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهاده‌ها هنوز هم تازگی دارد و این نشانگر عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال‌های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود. پیشنهاد مطرح‌شده این بود که پژوهش‌ها به سفارش یک سازمان باشد و یا لااقل عمده پژوهش‌ها سفارشی باشند؛ یا به تعبیر دیگر بیشترین امتیاز به پژوهش‌های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید در اختیار سازمان‌های سفارش‌دهنده قرار گیرد؛ یعنی به‌جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فرد پژوهشگر بدهد، معاونت‌های توسعه، درمان، دارو و ایبیمارستان‌ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهند. در این صورت، این سازمان‌ها پرداخت حق‌التحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم‌اهمیت و کلی‌گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی‌ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیفتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت‌ی باشد و نه نگاه استقلالی! یعنی ساختار پژوهشی باید آینه منعکس‌کننده نیازهای زیرمجموعه باشند، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سبب خود مصوب گردند. جالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه‌های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه‌ها

به صنایع مربوط و به جامعه است (۳)؛ صنعت ما هم عمدتاً ستاد دانشگاه، شبکه بهداشت و بیمارستان‌ها هستند که مشکلاتی دارند و ما باید پاسخگوی علمی مشکلات آن‌ها باشیم.

در همان سال در بحث انتشار فعال ما پوسترهایی را از سخنان مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً مورد اهتمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت‌وسوی پرداختن به نیازهای کشور را پیدا کند. یعنی حقیقتاً پژوهش‌هایی بکنیم که موردنیاز ماست... ما نباید ملاک پیشرفت علمی مان را درج مقالات در مجلات ISI قرار بدهیم. ما خودمان باید مشخص کنیم که درباره چه چیزی مقاله می‌نویسیم، درباره چه تحقیق می‌کنیم. البته انعکاس در مجامع جهانی لازم و ضروری است و انعکاس هم پیدا خواهد کرد. مقصود این است که ما پژوهش را تابع نیاز خودمان قرار بدهیم.» (۴) ایشان از آن زمان تاکنون هم مطالب گران‌قدری در این زمینه بیان کرده‌اند؛ به‌ویژه اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت به‌صراحت فرمودند: «ارائه مقالات علمی به پایگاه‌ها و مجلات خارجی نباید ملاک ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها قرار گیرد.» (۵). موضوعی که قرار است باعث تغییرات جدی در آیین‌نامه ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص‌ها تعیین‌کننده جهت‌گیری‌ها و رفتار ساز هستند. هر جا شاخصی پررنگ می‌شود، عملکرد زیرمجموعه به همان سمت معطوف می‌گردد و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کم‌رنگ می‌شود. پس مسئله مشخص است؛ اگر می‌خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش‌ها معطوف به مشکلات کشور شوند، همین موضوعات باید شاخص ارزشمندی برای تحقیق تلقی گردند. نمی‌شود که شاخص ما چاپ مقاله ISI و PUBMED باشد و انتظار پژوهش‌های اثرگذار و اثربخش داشته باشیم. درواقع، همین تناقضات در طول سالیان گذشته مانع پیشرفت در زمینه KTE شده است. بالاخره این یک انتخاب است؛ راهی که ما به دنبال بالاتر رفتن مقالات چاپ‌شده در مجلات خارجی باشیم و راهی که به دنبال معطوف شدن پژوهش‌ها به مشکلات کشور و حل آن‌ها و ارتقای KTE باشیم. تاکنون بیشتر راه اول انتخاب شده و تا زمانی که شاخص ارزیابی مراکز تحقیقاتی و ارتقای اعضای هیئت علمی تغییر نکند، هیچ تغییر مهمی در این زمینه صورت نخواهد گرفت. سخن فوق بدین معنی نیست که اگر به فکر حل مشکلات واقعی کشور باشیم، مقاله‌ای چاپ نخواهد شد، بلکه موضوع اولویت‌هاست و شاخص‌هایی که به دنبال اولویت‌ها ترسیم می‌گردند.

باید خاطر نشان ساخت که تعیین شاخص KTE کار دشواری است.

وقتی شاخص ما چاپ مقاله ISI باشد، شاخص شفاف و صریحی است و به همان میزان نمره و ارتقا حاصل می‌شود، اما اگر بپرسیم: «چقدر با پژوهش توانستید مشکلات کشور را حل کنید؟» برای اندازه‌گیری آن با مشکل مواجه خواهیم شد.

در آن زمان ما ۴ راهکار را برای ترویج KTE دنبال کردیم که عبارت بودند از:

۱ **راهکار اصلاح بودجه‌بندی پژوهشی: اصلاحات ساختاری** در راستای سپردن حداقل بخشی از بودجه پژوهشی به سازمان‌های سفارش‌دهنده پژوهش یا صنعت که باعث افزایش حساسیت سازمان‌ها بر نتایج پژوهش می‌شود.

۲ **تغییر در شاخص‌های ارزیابی و ارتقای اعضای هیئت علمی، مراکز تحقیقاتی، معاونت‌های پژوهشی و دانشگاه‌ها؛** به‌گونه‌ای که در شاخص‌های جدید، حل مسئله و پژوهش اثربخش از چاپ مقاله مهم‌تر باشد و اگر شخصی به دنبال انتشار فعال نتایج پژوهش رفت و مشکلی را مرتفع کرد، امتیاز بالاتری داشته باشد و ارزشمندتر تلقی گردد. اگر تنها همین تغییر اتفاق بیافتد، سایر تغییرات به دنبال آن اتفاق خواهد افتاد و برعکس اگر این تغییر صورت نگیرد، هیچ اتفاق مهمی در این زمینه رخ نمی‌دهد.

۳ **تعیین کاربرد تحقیق در زمان نوشتن پروپوزال؛** باید مشخص گردد که این پژوهش بنیادی است یا کاربردی؟ اگر تحقیق بنیادی است، باید تعیین شود مربوط به مأموریت کدام مرکز تحقیقاتی است؟ زیرا پژوهش‌های بنیادی گرچه لازم و ضروری هستند، اما کار همه نیست و باید مأموریت برخی مراکز خاص باشد و بودجه‌های خاص می‌طلبند. اما اگر تحقیق کاربردی است، باید کاربرد آن، گروه هدف آن، و نحوه انعکاس یافته‌ها به گروه هدف، مشخص شود. در پایان پژوهش نیز باید معلوم گردد آیا تحقیق به اهداف کاربردی خود رسیده است یا خیر؟ و چگونه نتایج آن به گروه هدف می‌رسند؟ در حال حاضر، در تحقیقات تنها دستیابی به اهداف اختصاصی مدنظر قرار می‌گیرند و کسی به اهداف کاربردی توجه ندارد و آن را مطالبه نمی‌کند؛ در صورتی که دستیابی به اهداف کاربردی نیز باید پیگیری شود.

۴ **افزودن پیام کلیدی در انتهای مقالات کاربردی:** در آخر، زمانی که مقاله چاپ می‌شود در انتهای آن باید مطلبی آورده شود که به آن خلاصه یافته‌ها^۱ و یا نکات کلیدی^۲ گفته می‌شود و در برخی از مجلات پیشرفته نیز به چشم می‌خورد. در آنجا به‌صراحت بیان می‌شود آیا یافته‌های پژوهش تغییری برای سیاست‌گذار در پی خواهد داشت یا خیر؟ و چه کسی قرار است چه استفاده‌ای از این پژوهش داشته باشد؟



پژوهش، تبدیل آن به مستندات قابل استفاده و استفاده در عمل، یک روال خطی نیست، بلکه موضوعی شبکه‌ای است. گاهی تعجیل در استفاده از نتایج یک پژوهش (به‌ویژه در موضوعات بالینی) نه تنها خوب نیست، بلکه خسارت‌بار است. پژوهش‌ها باید به حجمی برسند که بتوان از آن یافته‌های متنقن و قابل اعتماد استخراج کرد و آن‌ها را املاک عمل قرار داد.

نتیجه‌گیری

برای پیشبرد KTE در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی چند راهکار مهم باید در دستور کار قرار گیرد:

۱. ملاک‌های ارتقای اعضای هیئت علمی و مراکز تحقیقاتی به نفع ترویج KTE تغییر کند.

۲. ساختار تخصیص بودجه به نفع سازمان‌های سفارش دهنده تغییر کند.

۳. عمده مراکز تحقیقاتی مأموریت محور باشند.

۴. مراکزی که قرار است تحقیقات بنیادی انجام بدهند، مشخص شوند.

۵. هر پژوهشگر یک لاین پژوهشی خاص داشته باشد و پژوهش‌های او در یک زمینه خاص متمرکز شوند.

۶. موضوع گرنه پژوهشی مأموریت محور که در کشورهای خارج برای پذیرش دانشجویان دکتری معمول است، در کشور مانع شروع شود.

۷. ارتباط پژوهشگران با صنعت قوی تر شود.

با انجام راهکارهای فوق، شاهد ترویج KTE و تأثیر بیشتر پژوهش‌های حوزه سلامت در حل مشکلات این حوزه خواهیم بود.

منابع:

۱. صدیقی ژیلا، مجدزاده سید رضا، نجات سحرناز، فتوحی اکبر، شهیدزاده ماهانی علی، غلامی ژاله، یونسیان مسعود، رشیدیان آرش، مسگرپور بیتا، اعتمادی آرش، یزدانی کامران. طراحی مدل «ترجمه دانش» جهت

بهره‌گیری از نتایج پژوهش. پایش (۱۳۸۶). ۷(۱): ۳۵-۴۷.
2. Clausen TH, Demircioglu MA, Alsos GA. Intensity of innovation in public sector organizations: The role of push and pull factors. Public administration. 2020 Mar;98(1):159-76.

۳. خیری نبی پور نداء، حیدر زاده آبتین، استوار افشین. (۲۰۲۳). شرایط مطلوب و الزامات دانشگاه‌های علوم پزشکی نسل نوین، با تأکید بر شبکه‌ی بهداشت و درمان کشور. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، ۱۶-۱۰-۱۵.

۴. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله‌العظمی سید علی خامنه‌ای (مدظله‌العالی) - مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی (۰۸/شهریور/۱۳۸۸)

Available at: <https://farsi.khamenei.ir/speech-content?id=44405>

۵. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر مقام معظم رهبری (۲۵/مهر/۱۴۰۲)
Available at: <https://www.leader.ir/fa/media/play/32746>

۶. فردوسی مسعود، یعقوبی مریم، علوی سید سلمان. خلاصه اجرایی، راهکاری برتر برای نشر نتایج پژوهش. مدیریت اطلاعات سلامت. (۱۳۹۰)؛ ۸(۵) (پیاپی ۲۱): ۷۳۸-۷۴۲.

پانویس‌ها:

1. Knowledge Transfer and Exchange
2. Push & Pull Strategy
3. Summary of Findings
4. Key Messages
5. Executive Summary
6. Evidence-Based Decision Making
7. Research Impact Assessment

نتایج تحقیق با اصطلاحی به نام RIA^۲ به معنای «ارزیابی کاربست نتایج پژوهش» آشنا شدم. برای این ارزیابی روش‌های کمی، کیفی و ترکیبی وجود دارد. این اصطلاح در آن موقع نیز کاملاً رایج بود و انواع تکنیک‌ها را داشت و در کشورهای پیشرفته، یکی از ملاک‌های ارزیابی مراکز تحقیقاتی بود؛ بدین معنی که چقدر از پژوهش‌های هر مرکز در صنعت مورد استفاده قرار گرفته است. در آن تحقیق برای سنجش میزان و قابلیت بهره‌گیری، با تک تک افراد سفارش دهنده صحبت کردیم و هدف آن‌ها از اجرای طرح، تناسب پاسخ و یافته‌های طرح با درخواست افراد و میزان بهره‌گیری از یافته‌ها را جویا شدیم. به‌طور خلاصه نتیجه تحقیق این بود که قابلیت بهره‌گیری از طرح‌ها زیاد، ولی میزان بهره‌گیری در عمل اندک بوده است. این تحقیق و تحقیقات مشابه به‌خوبی نشان دادند که گرچه ایرادات زیادی در استراتژی‌های فشار وجود دارد، اما هنوز هم تحقیقات انجام شده بضاعت خوبی برای به‌کارگیری دارند که از آن‌ها به‌درستی بهره‌برداری نمی‌شود. اینجاست که موضوع استراتژی‌های کشش اهمیت می‌یابند.

رویکرد فعلی

در سال‌های اخیر، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت طی دستورالعملی، فرم KTE در پایان پژوهش‌ها الزام کرده است. (البته بهتر است فرم KTE در زمان شروع پروپوزال دیده شود و فرد، گروه هدف و کاربرد مورد انتظارش را مشخص کند تا مانند سایر موارد ذکر شده در پروپوزال، پیگیری نتایج آن اتفاق بیفتد). از دیگر اقدامات شایسته معاونت پژوهشی وزارت بهداشت در این زمینه، مطرح کردن «پژوهش‌های اثرگذار» است که برای آن شاخص‌هایی در نظر گرفته شده است.

اما به نظر می‌رسد این دیدگاه نیاز به ارتقا و بازنگری دارد، زیرا اسیر داستان این نیست که پژوهشی انجام می‌شود، به نتیجه‌ای می‌رسد، آن نتایج را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌گیرد و فردای آن روز تغییر ایجاد می‌شود! این داستان یک سیر خطی ندارد. در واقع، پژوهشگران انواع شواهد را تولید می‌کنند، انواع شواهد پیوسته روی هم جمع می‌شود تا به یک سری شواهد مستند و قوی می‌رسد و سپس منتشر شده و تبدیل به یک مطالبه‌گری می‌گردد و این مطالبه‌گری باعث می‌شود سیاست‌گذار یا مدیر به یک تصمیم برسد.

به یاد دارم سال گذشته از پژوهشگران خواسته شده بود که اگر پژوهش شما اثرگذار بوده، بگوئید کدام بخشنامه وزارتتی از آن تأثیر پذیرفته است! این تلقی از تحقیقات اثرگذار مطابق با همان سیر خطی و ساده‌انگاری است. اگر مدیری تنها بر اساس یک یا دو پژوهش تصمیم بگیرد، بی‌گمان در معرض خطا خواهد بود. پس باید خاطر نشان ساخت که به‌کارگیری

پس در مجموع برای ترویج KTE، مواردی را به پروپوزال، گزارش پژوهش و مقالات اضافه کردیم.

در سال ۱۳۸۵ بنده معاون پژوهشی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی اصفهان شدم و از پژوهشگران خواستم تا علاوه بر چکیده، یک خلاصه اجرایی^۵ به دانشکده تحویل دهند. حتی در آن زمان مقاله‌ای تحت عنوان «خلاصه‌ی اجرایی، راهکاری برتر برای نشر نتایج پژوهش» چاپ کردیم. خلاصه‌ی اجرایی از چکیده کمی طولانی‌تر است. در خلاصه‌ی اجرایی تمرکز ما بر یافته‌ها و نتیجه‌گیری است و کمتر به بیان مسئله و روش اجرا پرداخته می‌شود. هم‌چنین از اصطلاحات فنی در آن استفاده نشده و به زبان ساده بیان می‌شود (۶). در آن سال برای حدود ۳۰ پژوهش در سطح دانشکده، خلاصه‌ی اجرایی جمع‌آوری شد و سپس آن‌ها را به گروه‌های هدف اصلی تفکیک و منتشر کردیم. برای مثال دسته‌ای از پژوهش‌ها برای مدیران بیمارستان، دسته‌ای برای ریاست دانشگاه و دسته‌ای برای معاونت‌های تابعه. این کار نمونه‌ای از انتشار فعال نتایج پژوهش بود که بازتاب خوبی هم داشت.

مرحله چهارم: کاربست نتایج تحقیق یا تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (استراتژی‌های کنش)

آنچه تا اینجا بیان شد، اغلب مربوط به قسمت فشار است که به موازات آن باید کنش نیز وجود داشته باشد؛ یعنی اینکه سیاست‌گذار و مدیر «تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد» داشته باشد و احساس کند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (و نه مبتنی بر پیش‌بینی و یافته‌های شخصی) بهترین پشتوانه برای پاسخگویی است. این فرهنگ زمانی ایجاد می‌شود که سیاست‌گذار احساس کند شواهد به حد کافی وجود دارد و یا می‌تواند تولید شواهد را در اقل زمان ممکن سفارش دهد. در حال حاضر داده‌های دقیق، قابل اعتماد و مرتبط برای تصمیم‌گیری به اندازه کافی نیست و در نتیجه سیاست‌گذار عادت می‌کند بر اساس تجربه و درک خود تصمیم‌گیری کند. اگر این داده‌ها به‌موقع و به‌سهولت فراهم شوند، سیاست‌گذار نیز به‌استفاده بیشتر از نتایج تحقیق در تصمیم‌گیری‌ها راغب خواهد بود و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین سیاست‌گذاران و مدیران شکل خواهد گرفت.

در سال ۱۳۸۴ تحقیقی با موضوع «بررسی میزان و قابلیت بهره‌گیری از نتایج تحقیقات کاربردی حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت» به سفارش دفتر تحقیقات کاربردی حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت انجام دادم تا مشخص گردد تا چه طرح‌های آن مرکز تا چه اندازه قابلیت بهره‌گیری داشته‌اند و در عمل چقدر بهره‌گیری اتفاق افتاده است. در زمان انجام آن تحقیق، در بحث کاربست

ارزشمندترین هدف در مسیر پیش روی مدیریت دانش، افزایش بهره‌وری، بهبود تصمیم‌گیری، ارتقاء رضایت ذینفعان و در نهایت رشد پایدار سازمان و خلق ارزش از دانش است و برای نیل به این نتایج، استفاده از ابزارهایی در جهت انتشار دانش می‌تواند گامی موثر باشد. در همین راستا گروه مدیریت دانش و مستندسازی تجارب، انتشار «فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت» را جهت بهره‌مندی ذی‌نفعان عرصه‌های نظام سلامت در دستور کار خود قرار داده است.

در شماره پنجم فصل نامه، همچون ۴ شماره قبلی با تاکید بر درج دیدگاه و تجارب موفق حوزه ستادی و دانشگاهی، با اضافه نمودن بخش‌های «معرفی کتاب» و «سرگذشت نامه» سعی دارد تا چراغ راهی باشد در مسیر توسعه نظام مدیریت دانش.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی