

Knowledge Management
in Health System
Quarterly

Third Year | No.Five | Autumn 2024



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان توسعه و پویایی مدیریت دانش

سال سوم | شماره پنجم | پاییز ۱۴۰۳



الله أكبر محمد



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان نظام پزشکی، منابع و برنامه ریزی

“

- 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.

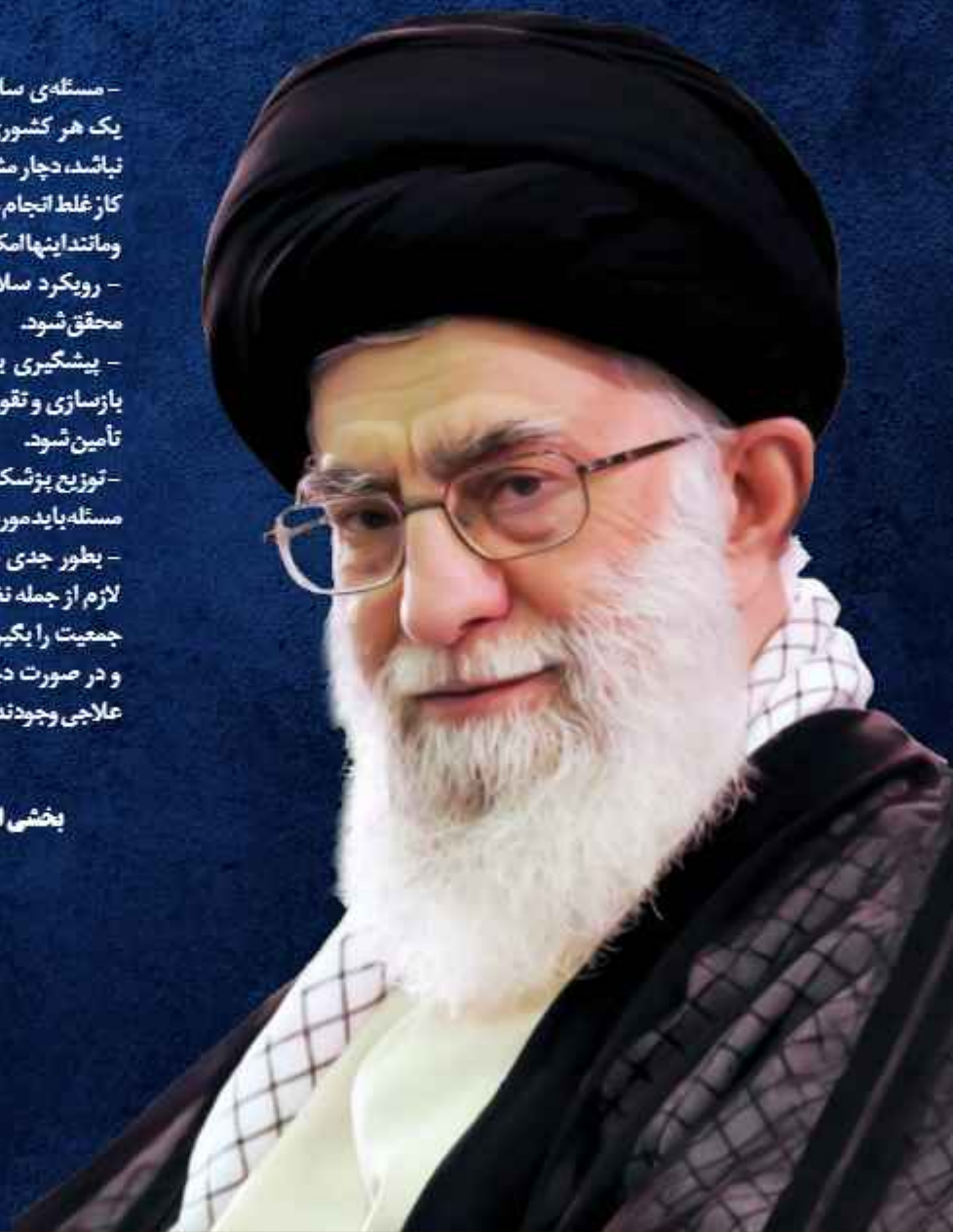
- رویکرد سلامت همه جاتبه در همه قوانین و سیاستها محقق شود.

- 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 عاجی وجود ندارد.

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



“



- 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 متمکین 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.

- آمادهم 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 گمرشکن، 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

فهرست

Contents

سال سوم - شماره پنجم - پاییز ۱۴۰۳



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
دیدگاه / با ترویج علمی و استاندارد طب سنتی ایرانی
دیدگاه / گام بلند وزارت بهداشت
 در توسعه مدیریت دانش نظام سلامت



سرگذشت نامه

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



دانش نامه

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



معرفی کتاب

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



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 جوامرد
شورای سردبیری: دکتر کامیار یغمالیان،
دکتر بهزاد تئین و دکتر محمود صمدپور
دبیر اجرایی و دستیار سردبیر:
محمود شریفی زارچی
کمیته ارزیابان دانشی:

استاد وزارت: دکتر شبنم قاسمیانی و دکتر
کیوان رحمانی

دانشگاه های علوم پزشکی:

دکتر نجس السادات تسیی، دکتر غلامرضا
مرمیان، فرنگیس بطا، دکتر سمیه نه گانی،
مهندس محمدرضا شاه آبادی، دکتر علی صالحی،
مهندس هادی یازوکی طرودی، مهندس روح الله
رسولی، فواد بغلاتی، حامد شریف نژاد و فرهاد
آمیخی

کمیته اجرایی: مهندس طاهره عینی، سعید قاسمی
صفحه آرایی: ساجان محمدی

نشراتی دفتر فصلنامه: تهران، شهرک غرب،
خیابان سیمای ایران، وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی، طبقه ۱۱

شماره تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۶۳۸۴۲

دورنگار: ۰۲۱-۸۸۳۶۳۵۹۲

آدرس پست الکترونیک:

km@behdasht.gov.ir

آدرس اینترنتی فصل نامه:

<https://mrd.behdasht.gov.ir/faslNameFile>

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 جدید استخدام

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 کار آموزی

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 هدر رفت آب و جلوگیری از هزینه های

سربار در شبکه بهداشت و درمان مه ولات

تجارب منتخب / اقدام مداخله ای در راستای افزایش درآمدها و

کاهش کسورات مرکز آموزشی و درمانی آیت الله کاشانی شهرکرد

تجارب منتخب / ایجاد نرم افزار تشخیص سرطان ریه

با استفاده از هوش مصنوعی با نام (لاتگسا)

تجارب منتخب / برگزاری رویداد کافه تجربه

در دانشگاه علوم پزشکی تهران



توسعه مدیریت دانش در نظام سلامت با ایجاد نظام انگیزش

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. ستایش بلوغ مدیریت دانش دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته

۳. برگزاری کارگاه های آموزشی مدیریت دانش به تفکیک کلان متعلق آمایشی

۴. راه اندازی کارگروه مشورتی مدیریت دانش متعلق 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. احیا، 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



دکتر احمد جوانمرد، رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

مشارکت مدیران، کارکنان، اساتید و دانشجویان در اجرای هر چه بهتر اهداف سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بزرگترین سرمایه و افتخار و موجب ارتقای بیشتر ارائه خدمات سلامت خواهد بود. در شرایط کنونی برنامه ریزی، هدف گذاری و اجرای برنامه ها توسط یک فرد یا گروه به تنهایی امکانپذیر نبوده و استفاده از مدیریت مشارکتی و بهره گیری از افکار، ایده ها، خرد و تجربیات با ارزش دیگر همکاران موهبت بزرگی است که می تواند دورنمای روشن دستیابی به اهداف را در سریعترین زمان و بهترین شکل آن امکانپذیر نموده و مشکلات موجود در اداره امور را به راحتی برطرف نماید. لذا از مهمترین راهکارهای مشارکت در حوزه عملکردی سازمان، حوزه مدیریت دانش می باشد.

مدیریت دانش فرآیندی است که یک سازمان برای جمع آوری، سازماندهی، اشتراک گذاری، تجزیه و تحلیل دانش خود به گونه ای که به راحتی برای کارکنان قابل دسترس باشد، استفاده می کند. این دانش می تواند شامل منابع فنی، سوالات متداول، استاد آموزشی و سایر اطلاعات باشد. هدف اصلی مدیریت دانش، ارتقاء سطح توانمندی و شایستگی کارکنان و بهبود کارایی سازمانی است.

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 آوری 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 شهید رجایی به گونه ای که موضوع مدیریت دانش جزو شاخص بجش جشنواره شهید رجایی قرار بگیرد.

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

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

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 متناسبی را طراحی کند.

برنامه های انگیزشی در نظام نامه مدیریت دانش به منظور تشویق کارکنان برای بهبود عملکرد کارکنان و افزایش مشارکت آن ها در احمق 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،



دکتر محمد رضا واعظ مهدوی
از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا
کسب نشان عالی دانش در نماد 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 برنامه ریزی اجتماعی تألیف یا ترجمه نموده است.

مهمترین سوابق علمی و اجرایی:

- رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت
- مدیرعامل صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر
- مدیرکل دفتر آموزش عالی در سازمان برنامه و بودجه از تاریخ ۷۴/۶/۸ تا ۷۵/۳/۲
- عضو کمیته کشوری ارگوتومی 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 ۷۸/۶/۱۵
- معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به مدت ۳ سال
- معاون سیاست‌گذاری و برنامه ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
- بین سال‌های ۸۲ تا ۸۴
- 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 جغایران 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 معیشتی سلامت در برنامه پنجم توسعه
- عضو هیئت تحریریه فصلنامه مدیریت سلامت در سال ۱۳۸۵
- معاون هماهنگی و برنامه ریزی شهرداری تهران در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸
- عضو کمیته شوراهای 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 سیاست‌گذاری مشارکت‌های اجتماعی در نظام سلامت کشور
- معاون توسعه امور علمی و فرهنگی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور



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 نماد آموزش عالی ایران.





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 مشکل 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 اطلاع رسانی شکل گرفت و در مجموع بیش از ۲۴۰ جلسه فنی و موضوعی برگزار گردید.

یکی از اولین مأموریت‌های 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 غنجانیدن در برنامه هفتم پرداخت. حمایت‌طلبی از نمایندگان مجلس نیز



مهندس طاهر موهبتی، معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه‌های توسعه‌ای هر کشور به‌متنوعی بستایی 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 (مدظله العالی) 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



مهم نظارتی و ارزیابی عملکرد، نقش اساسی در اثربخشی قرآیند 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 تایید 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 رضایت‌متدی عمومی و ارتقاء کیفیت زندگی مردم متجر شود.

بخشی از این قرآیند بود تا بتوانند این پیش‌تهدات را در برنامه هفتم توسعه درج کنند.

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

”

یکی از نقاط قوت این برنامه، تدوین برنامه اجرایی سازی 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

برنامه ریزی برای توسعه عدالت محور در مناطق محروم کشور با چشم انداز ۱۴۰۴ و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات حوزه سلامت از یکسو 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 متناسب 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 ای 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



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

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، سیزدهم 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 استاد 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.

شده است.

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

یکی از مهم‌ترین 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 راه‌اندازی و فعال شده است، هم‌اکنون هر دانشگاه علوم پزشکی دارای یک مرکز درمان ناباروری سطح ۲ است. همچنین ۱۲۶ مرکز درمان ناباروری سطح ۳ به در چرخه خدمت‌رسانی و ارائه خدمات تخصصی درمان ناباروری هستند که ۵۶ مورد آن در دولت سیزدهم ایجاد شده است. بسته خدمتی پوشش بیمه ناباروری در تمام

”

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

“

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

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





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 به‌صورت 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؟

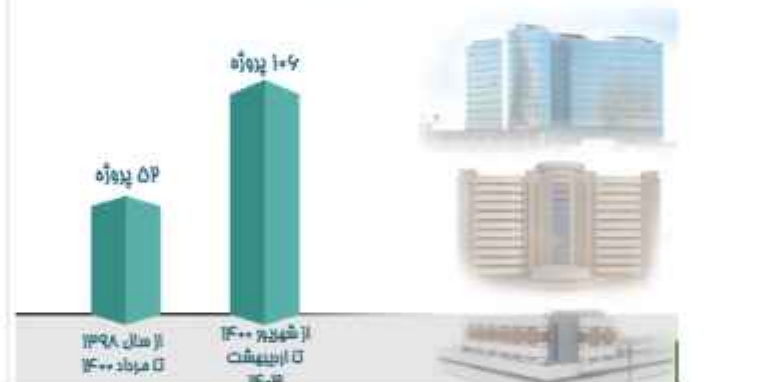
از ابتدای دولت سیزدهم، شروع در روند پیشرفت و اتمام پروژه‌های نیمه تمام ازغدغه‌های دولت مردمی بوده است. از این رویا مدیریت جهادی و تلاش مستمر شبانه روزی، توسعه پروژه‌های زیرساختی حوزه درمان در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و موجب شد بسیاری از ابر پروژه‌های این حوزه که در تاریخ کشور بی‌نمونه و بی‌مثال است به‌ظهور و بروز برسد. بنابراین در دولت مردمی سیزدهم شاهد توسعه و تجهیز تخت‌های بیمارستانی و افتتاح

توسعه و تجهیز تخت بیمارستانی



توسعه زیرساخت‌های حوزه درمان

تعداد بیمارستان‌های جدید تجهیز شده



توسعه و تجهیز تخت‌های PICU



ایجاد دسترسی عادلانه بیماران به خدمات تشخیصی و درمان تخصصی و فوق تخصصی در سراسر کشور

توزیع تجهیزات پزشکی سرمایه ای سنگین

در مراکز درمانی سراسر کشور با تمرکز بر مناطق محروم و کم برخوردار



توسعه مراکز سطح دو درمان نابالاری



برنامه ریزی و انجام اقدامات اولیه برای ایجاد دسترسی آحاد جامعه به خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی

افتتاح مراکز دندانپزشکی در بخش دولتی



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 جدیدی 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 دانشکده‌های 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 گونه ای که در روزهای دشوار پیک امیکرون و در حالی که صرفاً حدود ۵۹۲ تخت مراقبت‌های ویژه کودکان (PICU) در کشور وجود

داشت در یک کار متوجه 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، بخش‌های 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 متعهد 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 حرقه‌ای 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 بهره‌مند می‌شوند.

این خدمات شامل هزینه درمان خدمات بستری ساکتین شهرهای زیر بیست هزار نفر و بیمه شدگان روستایی، عشاير پستی حدود ۳۰ میلیون نفر از جمعیت کشور در قالب نظام ارجاع در مراکز مشمول برنامه، جمعیت سه دهک اول درآمدی بابت هزینه‌های خدمات بستری و سرپایی تحت پوشش بیمه پایه سلامت، هزینه‌های 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 هیأت محترم دولت و پیشنهاد وزارت بهداشت خدمات سرپایی و بستری شیرخواران 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 بسته‌های 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 می‌باشد 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 غیردولتی)، 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 حلقه زون شتوایی در کودکان ناشنوا برای اولین بار در کشور پس از ۳۰ سال و کپ رتبه اول در منطقه بر حسب شاخص جمعیتی و صغر شدن صف انتظار و ریشه کتی کم شتوایی عمیق کودکان نیازمند کاشت حلقه زون شتوایی بوده است. اجرای قانون تعرفه‌گذاری 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 اعضاء 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 غیر در امور 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 هپاتیت C با هدف حذف هپاتیت C تا ۱۴۱۰ از دیگر برنامه‌هاست و تا به امروز ۲۶ هزار بیمار مبتلا به هپاتیت C درمان شده‌اند. استقرار شبکه‌های آزمایشگاهی در 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 سوچ 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 یا 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 تأمین 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 ایرانی و مکمل تغییر یافت.

هم اکنون حدود ۲۱ رشته محل برای آموزش طب ایرانی ۹ دانشکده طب ایرانی، ۱۱ گروه داروسازی سنتی و ۹ گروه تاریخ پزشکی، ۴۶۹ فارغ التحصیل دکترای تخصصی طب ایرانی و ۸۱ دکترای داروسازی طب ایرانی وجود دارد. همچنین حدود ۱۵۶ سالن 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 ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱ لطفاً به عنوان مقدمه، تاریخچه طب ایرانی 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 به عرصه جهانی گذاشته‌اند و باعث ایجاد پیشرفت‌های غیر قابل انکار در سیر علوم مختلف و از جمله علم طب شده‌اند. این مکتب طبی در طول تاریخ با قراز 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 ایرانی از دست رفتند ولی با این وجود، هم اکنون نیز با بیش از ۱۰ هزار جلد منابع مکتوب فعلی طب ایرانی شاید غنی‌ترین منبع طب سنتی جهان به شمار می‌رود.

پس از انقلاب اسلامی ایران با تغییر رویکرد مدیران، طب ایرانی در استاد بالادستی راه یافت که در بد ۱۳ 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 ایرانی در بسته مزایای بیمه‌های درمانی و اقدامات وزارت بهداشت در این زمینه چگونه است؟

با توجه به ابلاغ استاندارد خدمات طب ایرانی (۶ خدمت یادکش، بخور، حجامت، حقنه، زالو و قصد) از سوی معاونت درمان، دفتر طب 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 قصد، بادکش و حجامت بیمه شده‌اند. همچنین به منظور تمدید بیمه ویزیت متخصصین طب ایرانی پروژه هزینه اثربخشی آن با همکاری دفتر طب ایرانی و مکمل در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده که متعجبانه به تصویب نهایی بیمه‌ی ویزیت پزشکان دارای مدرک دکترای تخصصی طب ایرانی گردید.

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



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

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

طب سنتی ایرانی سلامت محور 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 تایید شده طب ایرانی و آموزه‌های آن در نظام سلامت با هزینه کمتر و قدرت نفوذ فرهنگی، کمک زیادی به ارتقای سلامت جامعه می‌کند. درواقع 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:

ارائه‌ی ۲ واحد درس «آشنایی با اصول و مبانی طب ایرانی» به عنوان یک درس اختصاصی برای گروه پزشکی که برای کلیه‌ی رشته‌های بالینی اجباری (۷ رشته پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی، تغذیه و قیون‌تراپی) و رشته‌های غیربالینی اختیاری ارائه می‌شود و تاکنون بیش از ۵۷ هزار دانشجوی این دو واحد را گذرانده‌اند. همچنین در ستادهای 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 ایرانی، ۱۱ گروه داروسازی در طب ایرانی و ۹ گروه تاریخ پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد.

۶ مهم‌ترین اقدامات در راستای تولید شواهد و دانش کاربردی در حوزه‌ی توسعه طب 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 ایرانی با چشم انداز ۵ ساله

۱. احیای میراث مکتوب و به روزرسانی منابع فاخر و کتاب‌های طب ایرانی نظیر خواش، 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 استارت‌آپی 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 ویژه‌ی دانش‌آموزان با مشارکت کارشناسان وزارت آموزش و پرورش
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

”

در مقطع زمانی ۲۰۱۰ الی ۲۰۱۸، سهم ایران از تولید دانش در طب سنتی و گیاهان دارویی با رشدی چشمگیر همراه بوده و به مرتبه پنجم تولید علم پس از چین، هند، برزیل و آمریکا رسیده است.

“

۶ در خصوص ارتقای جایگاه طب ایرانی در سطح بین‌الملل، اقدامات انجام شده را توضیح دهید؟
وضعیت موجود:
● پذیرفته شدن طب ایرانی " Persian



● 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 نمایید.

در راستای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی، طرح رهجویان و راهبران سلامت با همکاری بنیاد خاتم‌الاولیا 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 مازول (TM^۲-ICD^{۱۱})

● 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 ۲۰۱۰ الی ۲۰۱۸، سهم ایران از تولید دانش در طب سنتی و گیاهان دارویی با رشدی چشمگیر همراه بوده (۲۴۳۹ ستد علمی، ۶۰٪ از کل مقالات چاپ شده) و به مرتبه پتجم تولید علم پس از چین، هند، برزیل و آمریکا رسیده است.





از جمله سالمندان در معاونت بهداشت، اولین گام خدمت‌رسانی نظام‌متر 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 بفرمایید.

● 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 غیرپزشک 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، سینتا، تاب و پارسا) جهت بررسی وضعیت اقرار مراجع کتنده 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

روش‌های صحیح اصلاح آن را به نام طرح نهضت سواد سلامت آموزی برای عموم مردم براساس اصول ۶ گانه 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 ویژه دانش‌آموزان با مشارکت کارشناسان وزارت آموزش و پرورش وارد فاز جدیدی شده است.

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

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 متناسب، استفاده از خورده‌نی‌ها و آشامیدنی‌های متناسب 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

”

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.

“

دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی

۲- بودجه ناکافی برای پیشبرد برنامه‌های

طب ایرانی

۳- نظارت ضعیف در برخورد قانونی با

آموزش‌ها و خدمات غیرقانونی و غیر علمی

حوزه‌ی طب ایرانی

۴- ناکافی بودن برنامه‌های فرهنگی

۵- بهره‌برداری ضعیف از ظرفیت اقتصادی

و ثروت آفرینی طب ایرانی

”

کمیته مشترک گردشگری طب

ایرانی با حضور دفتر طب ایرانی

و مکمل، وزارت میراث فرهنگی،

گردشگری و صنایع دستی و

سازمان‌های مردم نهاد 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

پیشنهادهای:

۱- تصویب و اضافه نمودن یک ماده به قانون تشکیل وزارت بهداشت

توسط مجلس شورای اسلامی مبتنی 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 استاد بالادستی شامل

سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و برنامه

تشم و هفتم توسعه کشور

دست آورد آن تکمیل بیش از یک میلیون

و دویست هزار پرسشنامه بسته خدمت

طب ایرانی از مراجعه کنندگان بالای

۶ سال در کشور و کمک به ارتقاء آگاهی

مردم در حیطه سبک زندگی سالم و

پیشگیری از بیماری‌ها است.

● ارسال پیشنهادها و دفتر طب ایرانی

برای ادغام خدمات طب ایرانی در برنامه

پزشک 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 ناباروری در قالب نظام ارجاع و

سطح بندی خدمات» و ابلاغ آن از سوی مقام عالی وزارت

● خرید راهبردی خدمات طب ایرانی (شامل ویزیت، قصد، حجامت

خشک و تر) با رویکرد بسته خدمتی بیماری‌ها

● آغاز اجرای طرح آموزش همگانی اصلاح سبک زندگی با نام

”بهبخت ملی سواد سلامت آموزی“ با هدف آموزش سبک زندگی با

آموزه‌های طب ایرانی به دانش آموزان 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 مردم نهاد 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- نامناسب بودن ساختار سازمانی طب ایرانی در وزارت بهداشت و



گام بلند وزارت بهداشت

در توسعه مدیریت دانش نظام سلامت

حرکت در مسیر اشتباهات تجربه شده دیگران موثر واقع گردد مستعد سازی، تبادل و بکارگیری دانش و تجربه کارکنان و مدیران می باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مدیران و کارشناسان با تجربه و متخصص بهره می برد که این اقرباد دارای دانش هایی می باشند که چنانچه به درستی شناسایی و مدیریت شوند، می تواند 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 نوآیند شده نیز دیده می شود.

همانطور که از نمودار بر می آید تعداد پیشنه های 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



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

عصری که در آن به سر می بریم، عصر داناتی 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 روزافزون 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 روبه رشد می باشد، نیاز به راه هایی برای یادگیری و بکارگیری علوم جدید احساس می گردد. دانش باید از قریبدهای کاری جمع آوری شود و به سرعت بهبود پیدا نماید و در چرخه های دیگر وارد قریبدهای 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 متبع استراتژیک در راستای جهش تولید از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از آنجا که بیشتر دانش سازمانی در ذهن افراد جای دارد نه در استاد 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/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های 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	۵۲۴	۲۲۶۳	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/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های 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	۲۳۵	۳۶

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



۵ برنامه‌ریزی با هدف ارائه متناسب دانش، تجارب و پیشنهادها

کاربردی به ذی نفعان نظام سلامت

۶ انجام اقدامات موثر در جهت وحدت رویه و جلوگیری از

موازی کاری در حوزه‌های 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 گام‌های موثری را در راستای هدف نهایی مدیریت

دانش که همان ارتقا شاخص‌های نظام سلامت می باشد، برداشته و

موجبات اعتلای کشور عزیزمان را فراهم آوریم.

اقدامات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱ استفاده حداکثری از ظرفیت‌های متعلق در جهت ارتقای کیفی

و کمی حوزه مدیریت دانش

۲ ایجاد بستری متناسب در راستای استفاده حداکثری از

مستدسازی تجارب خبرگان

۳ برنامه‌ریزی در جهت مأموریت محوری در حوزه مدیریت دانش

۴ سازماندهی موثر و متناسب فعالان حوزه مدیریت دانش در

ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و

مؤسسات وابسته





تجارب منتخب



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





ارزیابی شایستگی نیروهای جدیدالاستخدام دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی سال ۱۴۰۲

دانشکار:

فاطمه فرید: رئیس گروه ارزیابی، انتخاب و توسعه مدیران ستاد وزارت
کیوان نصرالله زاده - محمد علی طاهری - محبوبه شهر آبادی



گامهای اجرایی برنامه ارزیابی تکمیلی:

گام اول: هماهنگی با کلیه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی جهت تجهیز و آماده سازی فضای کانون ارزیابی

● برگزاری نشست‌های توجیهی با حضور مدیران توسعه و مدیران منابع انسانی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

● برگزاری دو همایش کشوری (پیوست ۲)

● برگزاری جلسات متعدد مشترک با نمایندگان اداره کل منابع انسانی، گزینش، حراست، اداره کل امور پشتیبانی، اداره کل امور مالی و مدیریت آمار و فناوری اطلاعات ستاد وزارت بهداشت

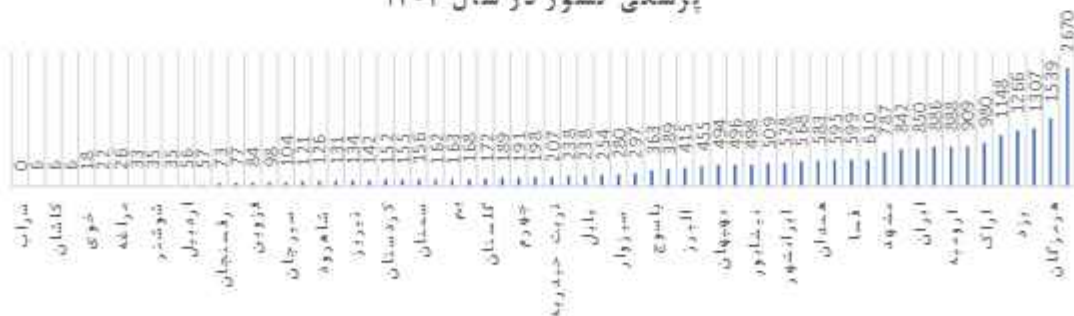
با عنایت به الزام انجام ارزیابی تکمیلی عمومی و تخصصی داوطلبان آزمون استخدامی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۴۰۲، ارزیابی تخصصی داوطلبان از طریق برگزاری کانون‌های ارزیابی با سنجش شایستگی‌های داوطلب در ۴ حیطه (تفکر تحلیلی و حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی، تاب‌آوری در محیط کار و روحیه خدمت به مردم و مسئولیت‌پذیری) با راهبری مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت در دانشگاه/دانشکده‌های سراسر کشور اجرا گردید.

در مرحله ارزیابی تخصصی حدود ۲۶۰۰۰ داوطلب در ۶۹ عنوان شغلی در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی واجد شرایط ارزیابی تخصصی شدند که در تمودار ذیل به تفکیک مشخص شده‌اند:

(پیوست ۱)

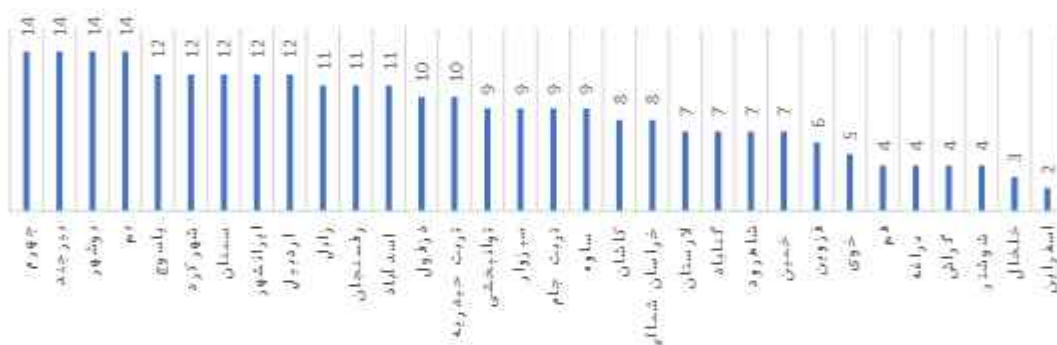
آمار ارزیابی تکمیلی نیروهای جدیدالاستخدام دانشگاه/دانشکده‌های علوم

پزشکی کشور در سال ۱۴۰۲

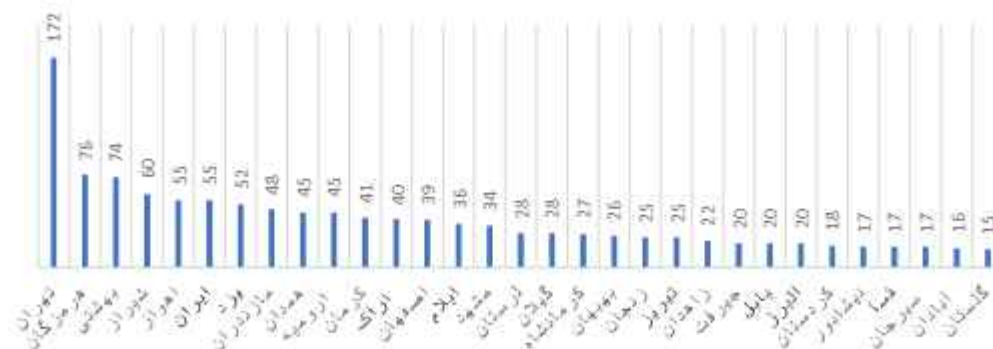




تعداد ارزیاب تربیت شده ویژه آزمون استخدامی ۱۴۰۲ به تفکیک دانشگاه/دانشکده-نمودار شماره ۱



تعداد ارزیاب تربیت شده ویژه آزمون استخدامی ۱۴۰۲ به تفکیک دانشگاه/دانشکده-نمودار شماره ۲





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 کانون های ارزیابی خود را آغاز و تا پایان بهمن اسفند ۱۴۰۲ به اتمام رساندند. گزارش تعداد ارزیابی های 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 امتیازدهی 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 ۲)



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





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:

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

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 می گرفت که این امر علاوه بر صرف زمان طولانی در کسب آمار، در صحت اطلاعات نیز گاهاً تردید و همپوشانی به وجود می آورد. 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 ابتدا طی جلسات متعدد با رابطین آمار و واحد منابع انسانی

یکی از بهترین راه‌ها برای دسترسی به اطلاعات مورد نیاز مدیران، سامانه داشبوردهای مدیریتی است. در سیستم‌های اطلاعات مدیریت، داشبورد ارائه گرافیکی مهم ترین 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، می شوند. در نتیجه تصمیماتی که بر پایه اطلاعات بهینه بوده آگاهانه تر اتخاذ می شوند 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 می نماید. سامانه داشبورد آماری دانشگاه که از تجمیع اطلاعات پایگاه داده‌های مختلف از جمله سامانه آذرخش، اتوماسیون اداری، HIS و غیره بهره برده است، گزارشات کاملی در خصوص تیروی انسانی شاغل و پراکندگی آنها در واحدهای تابعه بر اساس فیلدهای مختلف را در اختیار کاربر قرار می دهد. این سامانه همچنین می تواند در شناسایی مناطق تحت پوشش از لحاظ ظرفیت خدمت رسانی (محرورم و برخوردار) موثر بوده و در استخراج گزارشات و اطلاعات درخواستی وزارت متبوع می تواند بسیار مفید واقع شود و به کاهش تیروی 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

- نیازهای آماری و فیلدهای مورد نیاز شناسایی و مورد تحلیل قرار
- گرفت سپس اطلاعات و فیلدهای مورد نیاز از منابع و پایگاه داده ترم افزار منابع انسانی آذرخش و اتوماسیون اداری و سایر منابع استخراج گردد. به منظور شناسایی جداول و فیلدهای آن مطالعه اولیه بر روی داده‌ها صورت گرفت سپس جداول پایه مورد نیاز تعیین و تهایی شدند و با تحلیل اطلاعات، فیلدهای تکمیلی و محاسباتی مورد نیاز همانند سن، رتج سنی، رتج سابقه و ... محاسبه و بدست آمد. کوثری های مورد نظر برای تمایش اطلاعات در داشبورد توشه شد. سامانه مذکور مطابق با نیازمندی های اعلامی تهیه و به مرور تکمیل گردد.
- 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 رتج
- 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 توانایی های تصویرسازی
- تعیین اهداف و استراتژی های کلی

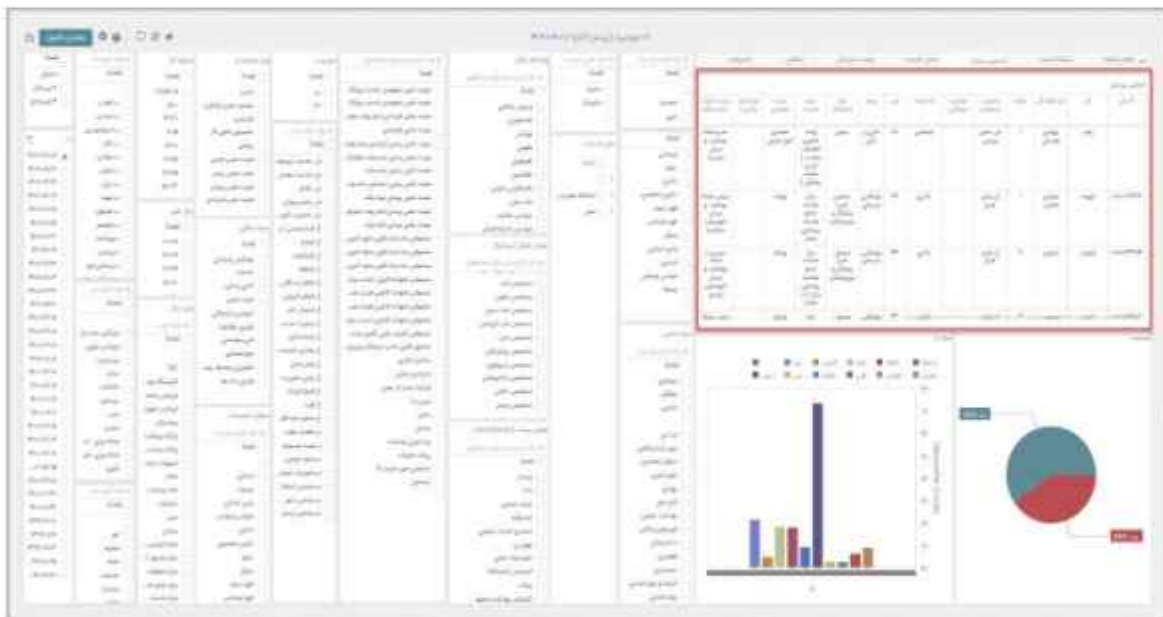
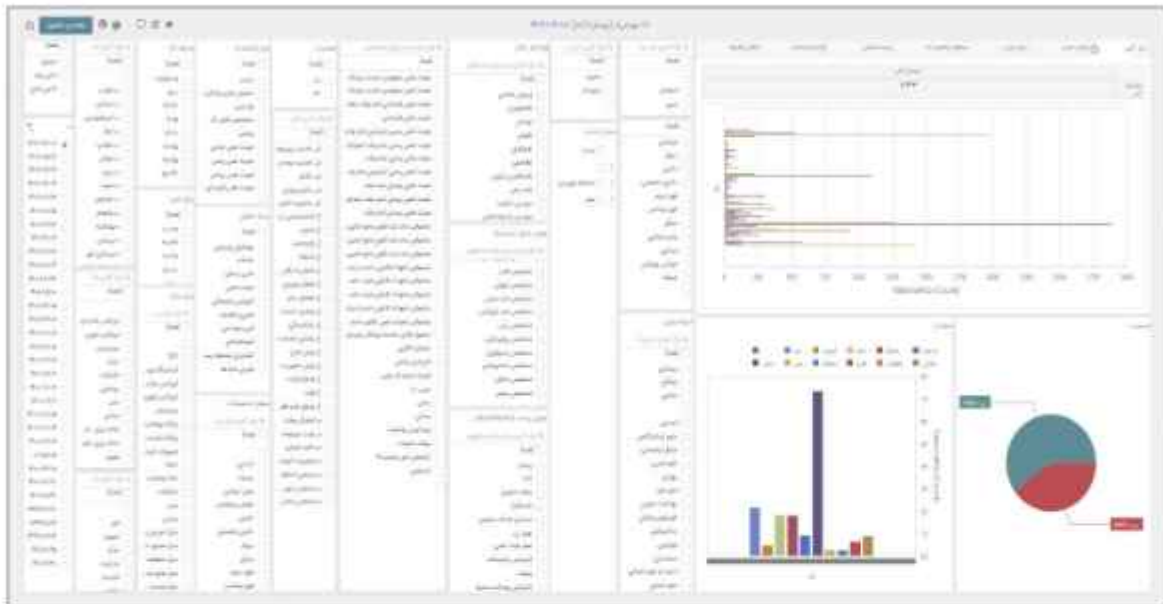
نتایج اجرای تجربه:

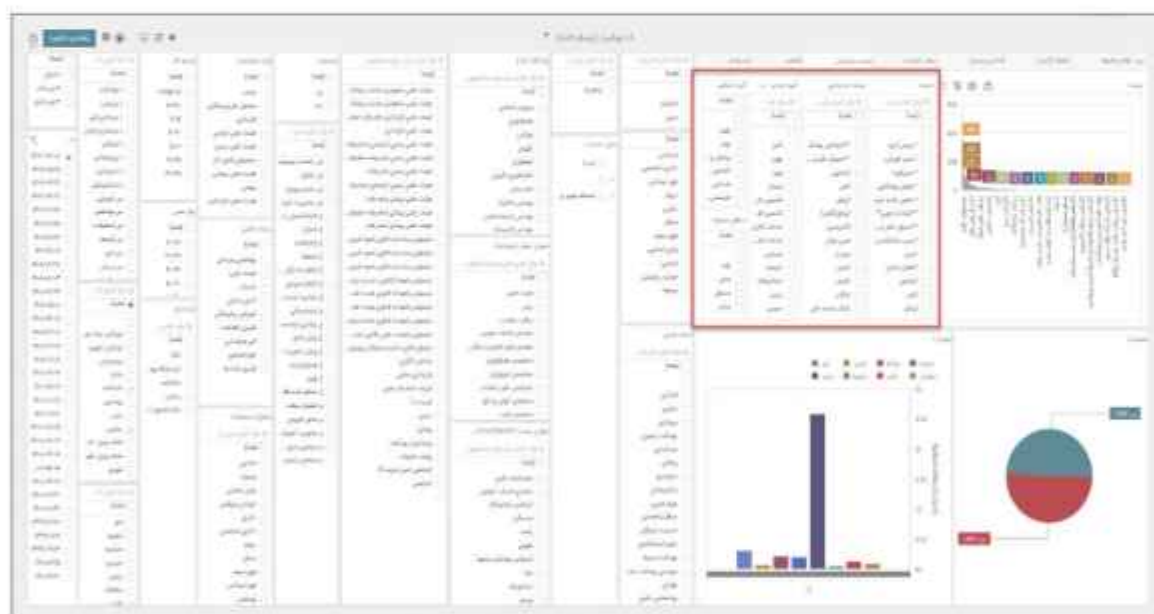
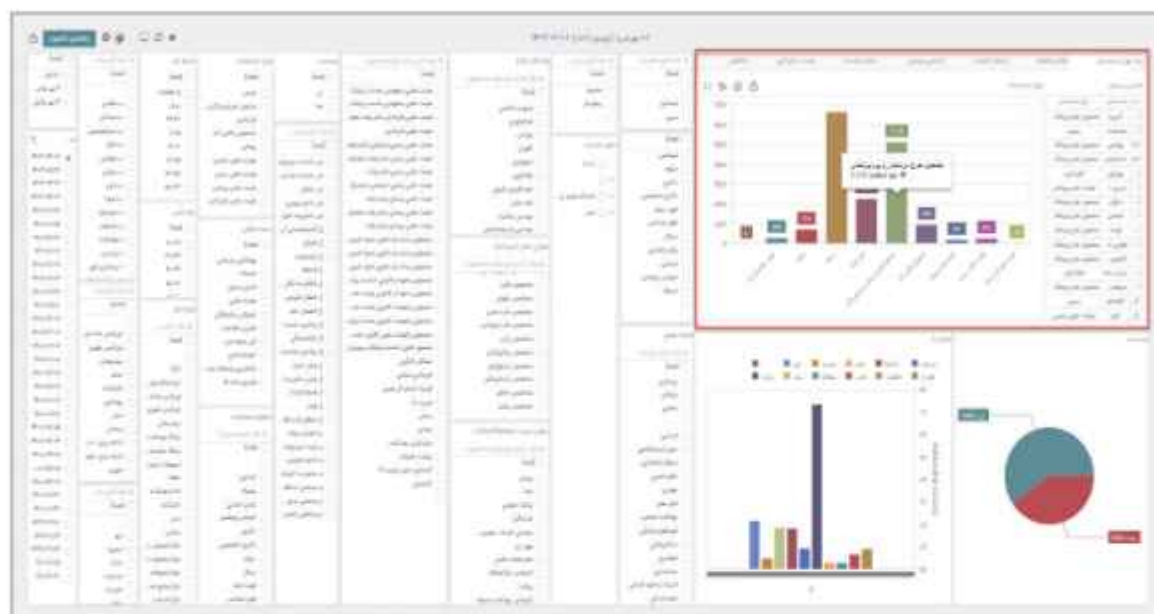
- سرعت در استخراج اطلاعات آماری و گزارش های درخواستی وزارت متبوع
- امکان استخراج اطلاعات سنوات گذشته از ۱۳۹۹/۰۶/۳۰
- امکان استخراج گزارش به تفکیک منطقه برخوردار و محروم
- امکان استخراج گزارش به تفکیک ستادی و غیر ستادی
- امکان استخراج گزارش به تفکیک نوع قرارداد
- امکان استخراج گزارش به تفکیک مرتبه علمی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

پیشنهاد حاصل از تجربه:

از آنجائیکه این سامانه قابلیت تمایش و تجمیع با پایگاه داده های مختلف موجود در دانشگاه را دارد می توان در راستای خدمت رسانی بهتر داده های موجود در پایگاه داده های دفتر فنی و عمراتی دانشگاه و سایر پایگاه داده های موجود را در این سامانه تغذیه نمود تا اطلاعات کامل تری در خصوص منابع فیزیکی و سایر منابع راتیز در اختیار کاربران قرار دادم. پیوست فایل ها در صفحه بعد قابل مشاهده است.









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 روانی بیماران نماید.

ضرورت طراحی‌های جدید:

- ۱ تازکی البسه و عدم حفاظت در برابر سرما
- ۲ آشکار شدن تقاطعی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی تیزی به مداخله تدارتد
- ۳ باز بودن کامل پشت بدن در گمان‌های فعلی اتاق عمل و بسته شدن تسمی پشت توسط ۲ عدد بند پتنگ.
- ۴ پوشاندن موهای سر توسط کلاه بسیار کوچک و تازک که قادر به پوشش بقیه تواحی سر و همچنین گردن بیماران خاتم نمی‌باشد.
- ۵ فقدان البسه تخصصی مورد تیزاز در بسیاری از مداخلات تشخیصی-درمانی

شرح تجربه:

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

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

مرحله‌تهایی از همه مراحل قبلی سخت‌تر بود، چرا که می‌بایست از معاونت محترم درمان وزارت و وزارت متبوع تاییدیه دریافت می‌کردیم. لذا دستورالعمل مربوطه به همراه الگوهای کامپیوتری

طراحی ۱۲ مدل لباس استاندارد ویژه بیماران با رعایت حریم حیات و عقافت منطبق با موازین علمی اخلاقی در موسسات بهداشتی درمانی کشور برای ۲۳ خدمت درمانی شامل گمان اتاق عمل، مقنعه، شلوارهای سوئو وازینال، کولتوسکوپی و انواع البسه دیگر مانند لباس شیردهی، فیزیوتراپی، توار قلب، ماموگرافی، سوئو پستان طراحی شده است.

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 تقاطعی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی تیزی به مداخله تدارتد و یا اساسا لباس و پوششی استاندارد برای پوشاندن تقاطع مختلف بدن در تعدادی از خدمات بالینی و تصویربرداری به جز اتاق عمل و بخش‌های بستری وجود ندارد، که این امر موجبات بروز تارضایتی اکثر بیماران خصوصا بانوان را فراهم کرده است.

لذا بدلائلی همچون تارضایتی بیماران و حفظ کرامت بیماران و همراهان وی، اجرایی نمودن قانون تطبیق مصوبه ۱۳۷۷ تبصره ۱۷ مصوبه ۴۲۷ و بند ۱۸ مصوبه ۸۲۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی، رعایت اخلاق حرفه‌ای، پزشکی، حقوق بیماران، حفظ امنیت روانی و حریم خصوصی بیماران (خصوصا بانوان)، خواتش‌ها و مطالبات مردمی و همچنین فقدان لباس مناسب و منطبق با موازین علمی اخلاقی برای سایر مداخلات پزشکی نظیر شلوار سوئو وازینال، کولتوسکوپی و...، دبیرخانه تطبیق، عقافت و حجاب وزارت بهداشت را بر آن داشت مانند بسیاری از بیمارستان‌های دانشگاه‌های معتبر



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 تصویربرداری، مراکز تشخیصی، درمانی، بیمارستان های دولتی و خصوصی کشور طراحی گردیده است.

● طراحی و بازمهندسی البسه مذکور به تصویب شورای عالی تطبیق 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 بازمهندسی شده است.

طراحی شده توسط آقای دکتر شیراوی به معاونت درمان ارسال شد و پس از بررسی های متعدد کارشناسان آن حوزه و اخذ تاییدیه نهایی، با امضای معاون محترم درمان جناب آقای دکتر کریمی و معاون فرهنگی دانشجویی وزارت جناب آقای دکتر شیراوی به بیمارستان های کشور ابلاغ گردید. لازم به ذکر که تمامی البسه را نزد اساتید کارگروه 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 مللی این البسه تیزمورخه ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ 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 جزگان 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

پیشنهادهای 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 هسی محمودی: مدیر فن آوری اطلاعات
 زهرا برزگر - اسماعیل یزدانی - شیوا مظفری



مقدمه:

رئیس دانشگاه داشبورد آنلاین مدیریتی جهت مشاهده وضعیت کلی پروژه‌های عمرانی دانشگاه را در اختیار تدارتد. علاوه بر آن امکان اخذ گزارش آنلاین در جلسات (خصوصاً جلسات خارج از دانشگاه) در لپ تاپ، تبلت، موبایل یا سایر ابزارهای پیشرفته در دسترس فراهم نیست و به علت عدم دسترسی به اطلاعات دقیق، پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز تکمیل پروژه‌های عمرانی نیز به صورت تقریبی و دستی انجام می‌پذیرد. همچنین حسابداری پروژه‌های عمرانی در سامانه نظام توبین مالی انجام می‌پذیرد که به دلیل طراحی تخصصی این سامانه جهت ترازهای حسابداری در زمینه مدیریت پروژه‌های عمرانی از کارایی لازم برخوردار نبوده و عدم کارایی این سامانه جهت موارد فوق در جلسات با حضور مدیران دخیل و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

شرح تجربه:

سامانه‌ای تحت عنوان پروژه‌های عمرانی دانشگاه به ابتکار مدیریت بودجه و تحت نظر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات طراحی و در سرورهای دانشگاه نصب شده است. در ابتدا طرح‌ها، اعتبارات، تخصیص، پروژه‌ها و قراردادها توسط کارشناس بودجه در سیستم ثبت می‌گردد، سپس در مدیریت منابع فیزیکی صورت وضعیت‌ها ثبت شده و تأیید و ارسال آن‌ها جهت پرداخت در سیستم درج می‌گردد. در مدیریت مالی هر صورت وضعیت در سامانه مشاهده و با استفاده از تخصیص ثبت شده در سامانه، پرداخت می‌گردد. با هر بار ورود اطلاعات در این سه مرحله، محاسبات مربوطه انجام و اطلاعات سیستم بروزرسانی می‌گردد و بلافاصله امکان اخذ گزارشات دقیق و آنلاین از وضعیت پروژه‌های عمرانی دانشگاه در کلیه سطوح کارشناسی یا سطوح

دانشگاه علوم پزشکی در ۷ حوزه آموزشی، پژوهشی، بهداشت، درمان، دانشجویی و فرهنگی، غذا و دارو و پشتیبانی ارائه خدمت می‌تواند که این موضوع باعث گستردگی 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 برنامه ریزی 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 پتراینترنت، مستقل از زمان و مکان در حوزه‌های برنامه ریزی بودجه‌ای و مالی بوده است.

بیان مسئله:

حوزه‌های مدیریت منابع فیزیکی، مالی و بودجه وظایف برنامه ریزی، تأمین اعتبار، اجرا و پرداخت هزینه طرح‌های عمرانی دانشگاه را برعهده دارند. هماهنگی این سه مدیریت در حال حاضر به صورت دستی و غیرمکانیزه 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 تا کارآمد می‌باشد. همچنین معاون توسعه مدیریت و منابع و

- تسریع در صدور اسناد پرداخت هزینه‌های صورت وضعیت پروژه‌ها در مدیریت مالی

- هماهنگی بین مدیریت های مالی، برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد و منابع فیزیکی دانشگاه بصورت آنلاین

- اخذ گزارشات دقیق از وضعیت پروژه‌های دانشگاه بصورت آنلاین

- اخذ گزارشات مطالبات، اسناد پرداخت شده، اسناد در دست رسیدگی، مانده قراردادهای هزینه کلی پروژه‌ها و غیره بصورت آنلاین

پیشنهادهای توصیه‌های حاصل از تجربه:

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

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 راه به کار می‌گیرد اما بدلیل وجود موتور تولید گزارش و دانشبورد مدیریتی، برای تمامی افسران دارای مجوز امکان گزارش گیری 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
- برنامه ریزی جهت تامین اعتبارات مورد نیاز پروژه‌های عمرانی دانشگاه بصورت آنلاین





سامانه پروژه های عمرانی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد									
فهرست پروژه ها									
ردیف	پروژه ها	محل	نوع پروژه	توضیحات	وضعیت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	تاریخ گزارش	تاریخ تصویب
1	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
2	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
3	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
4	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
5	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
6	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
7	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
8	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
9	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01
10	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	محل پروژه	سازه	توسعه فضای سبز و احداث پارکینگ	در حال اجرا	1398/01/01	1399/01/01	1398/01/01	1398/01/01



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 تیز تغییر یافته و ضمن توزیع برخی از واحدهای کارآموزی در طی ترم‌های مختلف، کارآموزی در عرصه تیز 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 تیز 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 تیز محتوای آموزشی مورد تیز در دوره کارآموزی در عرصه ۱ و ۲ بطور کامل آشنا خواهید شد. لطفاً به دقت فابل را مطالعه نموده و در صورت هر گونه سوال به مسئول برنامه کارآموزی در عرصه مراجعه نمایید. این بسته دارای ۲۰۰۰ تمبر برای ۱۰ واحد کارآموزی در نظر گرفته شده و ریز تمرات و نحوه ارزیابی های مورد تیز در ادامه آورده شده اند.»

۱۰۰ تمبر مربیان کارآموزی مستقر در بیمارستان ها: مربی کارآموزی شخصی است که در محیط کارآموزی دانشجویان زیر نظر ایشان به کار و فرا گرفتن کار در محیط کارآموزی می پردازد. در دوره کارآموزی لاگ بوک هر دانشجو توسط مربی کارآموزی بررسی و ارزیابی می گردد و ۱۰۰ تمبر کارآموزی توسط ایشان تعیین می شود.

۵۵۰ تمبر حضور و غیاب: دانشجو با مجاز به غیبت نبوده و در صورت داشتن هر روز غیبت، ۵۰ تمبر 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 ثبت به چبران روزهای غیبت اقدام نماید و در صورت چبران نکردن روزهای غیبت، غیبت وی غیرمجاز محسوب می شود و باید بابت هر روز غیبت ۵۰ تمبر کسر شود. همچنین چبران غیبت ها تنها در روزهای پنجشنبه امکان پذیر است.

گزارش شده است و می تواند مورد استفاده ذی تقعان مختلف قرار گیرد و با دریافت بازخوردهای مناسب اصلاح شده و کاراتر 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 تسی از آن برسند. در وضعیت قبل از اجرای شیوه نامه جدید کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت ملاک مشخصی برای برنامه ریزی آموزشی دانشجویان در این دوره حساس وجود نداشت. یعنی دانشجویان بدون برنامه آموزشی مدون به بخش های مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان ها مراجعه نموده و در بسیاری از ساعات بدین 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 تهایی دانشجویان بود، به گونه ای که تفاوتی بین دانشجویی که گزارش کار با کیفیتی تهیه می نمود با فردی که توجه چندانی به موضوع نداشت، وجود نداشت. ملاک تمبردهی برای ۱۶ واحد کارآموزی فقط گزارشی بود که مسئول واحد مربوطه برای دانشجویان گزارش می نمود. بروز این مسائل در کنار هم باعث بی انگیزگی بیشتر دانشجویان می گردید.

۵۰ تمبر 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 تمبر	۱۰ تمبر	۱۵ تمبر

۱۵۰ تمبر گزارش کارآموزی:

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

۱۵۰ تمبر رعایت شئون اخلاقی، حرفه ای 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 تمبر	۵۰ تمبر	۲۵ تمبر	۵۰ تمبر



۱۰۰ نمره گزارش پرونده های کدگذاری:

آشنایی با پرسنل های کالبد شکافی شقای و فرایند تکمیل کالبد شکافی شقای	تهیه آمار در خصوص گزارش سالانه پرونده های فونی بیمارستان براساس سن، جنس، گروه های سنی از طریق سیستم HIS	آشنایی با ثبت اطلاعات مرگ و میر و کد پرونده های فونی از طریق سیستم HIS بیمارستان	آشنایی با فرم آماری ثبت موارد فوت (مخصوص خانه های بهداشت)	آشنایی با پرونده های فونی و تکمیل کودهای فوت	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	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:

کارآموزی هایی است که دانشجو در طول چهار سال تحصیل خود
فرا گرفته است.

تبصره: در صورتی که دانشجو به موفق به اخذ نمره قبولی در این
آزمون نشود، دانشجو موظف است که یکماه کارآموزی مجدد ببرد
وبعد از به اتمام رساندن دوره یک ماهه کارآموزی از ایشان آزمون
مجدد گرفته می شود.

این آزمون به صورت کتبی از دانشجویان ترم آخر گروه فناوری
اطلاعات سلامت پس از پایان دوره کارآموزی در غرض انجام می
شود. فرایند این آزمون به نحوی است که برای بررسی عملکرد
دانشجو به صورت یک آزمون جامع شامل ۱۵۰ سوال برگزار
می گردد. محتوای این آزمون مربوط به کلیه دروس مرتبط با



آزمون پایانی از دوره کارآموزی			
شاخص ها	کدگذاری	اصطلاحات پزشکی	فناوری و مدیریت اطلاعات
۳۰ سوال	۳۰ سوال	۳۰ سوال	۶۰ سوال
۱ نمره	۱ نمره	۲ نمره	۴ نمره

نتایج اجرای تجربه:

چنانچه این برنامه با حساسیت و دقت انجام شده و پویایی و قابلیت اصطلاح 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 اصلاع برنامه کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت را به همراه داشته باشد، در واقع اجرای تجربه فوق بطور تسبی باعث افزایش رضایت هر سه ضلع اصلی برنامه کارآموزی شده است. علی رغم اینکه تا حدود زیادی از اتلاف 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

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.



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
سیعین عادلی؛ 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 می‌تواند مصرف و مشخص کردن لیست مصرف‌کنندگان پرمصرف و کم‌مصرف بازبایی می‌شود. در بازدهایی 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 تپ هستند و به لحاظ زیرساخت 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 ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰ در تعدادی از شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های استان لرستان انجام شد مراکز اعم از خانه بهداشت و مراکز 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 چند صد 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 بازدهی‌های 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

میزان کاهش به ۸۵۱۴۱ کیلووات ساعت و به میزان ۲۳ درصد صرفه جویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ و پس از اجرای طرح (میزان مبلغ صرفه جویی شده ۱۸۳۵۶۲۹۵۰ ریال می باشد).

و میزان مصرف آب ۴۸۷۴۴ مترمکعب در سال ۱۴۰۰ و در سال ۱۴۰۱ به میزان ۲۸۲۲۶ مترمکعب می باشد که میزان کاهش مصرف آب به مقدار ۱۰۴۱۸ مترمکعب و به میزان ۲۲ درصد صرفه جویی در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ و پس از اجرای طرح (مبلغ صرفه جویی شده ۴۷۲۶۹۵۰۰۰ ریال می باشد).

پیشنهادهای حاصل از تجربه:

این سازوکار بر اساس داده های اخذ شده از شرکت های تیر، گاز و آب هر شش ماه یکبار در کلیه شبکه های بهداشت اجرا شود. با اجرای این اقدامات پیشگیرانه می توان بدون اینکه در ارائه خدمات و تأمین سرمایش و گرمایش محیط خللی وارد شود، به میزان قابل توجهی در مصرف حامل های انرژی (آب و برق) صرفه جویی می شود.

فعالیت این تیم با برگزاری جلسات منظم همراه با بازدهی های دوره ای به منظور ارزیابی و بررسی وضعیت خاتمه های بهداشتی که میزان مصرف انرژی آن از حد میانه بالاتر بود صورت گرفت. در طی این پایش ها مواردی که منجر به مصرف بیشتر می شدتد شناسایی و ضمن تذکر جهت رفع ایرادات، به مراکز ابلاغ گردید که هزینه مصرف بیشتر از حد میانه بر عهده مسئولین مراکز می باشد.

نتایج اجرای تجربه:

این اقدامات باعث شد تا در کمترین زمان و با کمترین صرف وقت و تیروی انسانی مسائل و مشکلاتی که تأثیر بر مصرف حامل های انرژی دارد شناسایی و مرتفع شود با شناسایی و رفع این موارد به صورت چشمگیری شاهد کاهش هزینه ها بودیم. به طور کلی و بر اساس داده های به دست آمده از نتایج کل مصرف برق خاتمه های بهداشتی و مراکز بهداشتی شهرستان خرم آباد در سال ۱۴۰۰ برابر با ۲۶۷۵۷۶ کیلووات ساعت و در سال ۱۴۰۱ به میزان ۲۸۲۴۲۵ کیلووات ساعت می باشد که

نمودار مقایسه ای میزان مصرف کلی کنتورهای آب خانه های بهداشت شهرستان خرم آباد
(بر حسب متر مکعب)



نمودار مقایسه ای میزان مصرف کلی کنتورهای برق خانه های بهداشت شهرستان خرم آباد
(بر حسب کیلو وات)





مدیریت مصرف آب شرب و تاثیر آن در کاهش هدررفت آب و جلوگیری از هزینه های سربار در شبکه بهداشت و درمان مه ولات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تربت حیدریه

دانشکار:

مصطفی علی محمودی؛ واحد امور عمومی

سیما عسکری جنت آبادی؛ شبکه بهداشت و درمان مه ولات
فرزاد رضایی؛ گروه توسعه سازمان و تحول اداری

مهدی احمدی؛ بیمارستان ۳۲ تختخوابی مه ولات
محمد محسنی؛ محولاتی؛ واحد امور عمومی

مقدمه:

رفع دومورد تشنگی در مراکز درمانی، جذب پانزده میلیون ریال از خیرین جهت پرداخت قبض و پرداخت هزینه آب یک خاتمه بهداشت به صورت دائم، شناسایی بیش از ده مورد کنتور معیوب و اقدام در جهت تعویض، شناسایی دومورد 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 دهیاری ها و همچنین کاهش در مصرف آب در خاتمه های بهداشت و مراکز گردید.

بیان مسئله:

با عنایت به تامتعارف بودن مبلغ قبض آبهای صادره برای خاتمه بهداشت شماره یک شادمهر شبکه بهداشت و درمان مه ولات، علاوه بر اسراف حجم قابل توجهی از آب شرب، موجب تحمیل

با توجه به اهمیت روزافزون مصرف بهینه آب شرب و کاهش هزینه های غیر ضروری ناشی از مصرف غیر منطقی آن در برخی خاتمه های بهداشت و مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت و درمان مه ولات، کارگروهی 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 تشنگی سیستم لوله کشی و تعویض کنتورهای معیوب آب، تعیین سطح حداکثر مصرف هر مرکز با توجه به وسعت خدمات، تعداد کارکنان و آریاب رجوع و فضای فیزیکی آن مرکز و تیز اصلاح شیوه آبیاری فضای سبز مراکز پرداخت. در طی این فرایند این مجموعه موفق به دریافت بالغ بر یک میلیارد و دویست میلیون ریال تخفیف از اداره آب، شناسایی و





رفع تشکی و تعویض کنتورهای معیوب، پیگیری جهت خرید اتشعاب 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 اتشعابات 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 اتشعابات پائین‌ها از مراکز و افزایش ظرفیت کنتور در دستور کار قرار گرفت.

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

هزینه بالایی به شبکه بهداشت گردیده بود، از این رو موضوع جهت بررسی در کارگروه مدیریت سبز مطرح شد، که مشاهدات حاکی از آبیاری غیر اصولی فضای سبز بوده به تحوی که مصرف سالانه آب در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ نسبت به دوره‌های مشابه سال‌های گذشته افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

شرح تجربه:

کارگروه مدیریت سبز شبکه بهداشت و درمان مه‌ولات در گام نخست، ضمن بررسی منابع تامتعارف 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 عملکرد کنتورها، شناسایی تشکی‌های احتمالی، ابلاغ دستورالعمل‌های مربوطه در خصوص مدیریت مصرف به پرسنل و آرایه گزارش در کارگروه مدیریت سبز، شناسایی خیرین آب جهت مشارکت در پرداخت هزینه‌ها، رایزنی با شوراهای دهیاری ها جهت آبیاری فضای سبز،



کف مراکز با آب، روشن گذاشتن کولرهای آبی در ساعات غیر کاری و یا در زمان عدم حضور در پاتسین، بازماندن شیرآلات خصوصاً 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 خاتمه‌های 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 اتشعابات، موجب پرداخت مبالغی به مراتب بالاتر از مصرف واقعی شده بود. لذا نسبت به تعویض کنتورهای معیوب و رفع موانع قرائت کنتور اقدام گردید.

نتایج اجرای تجربه:

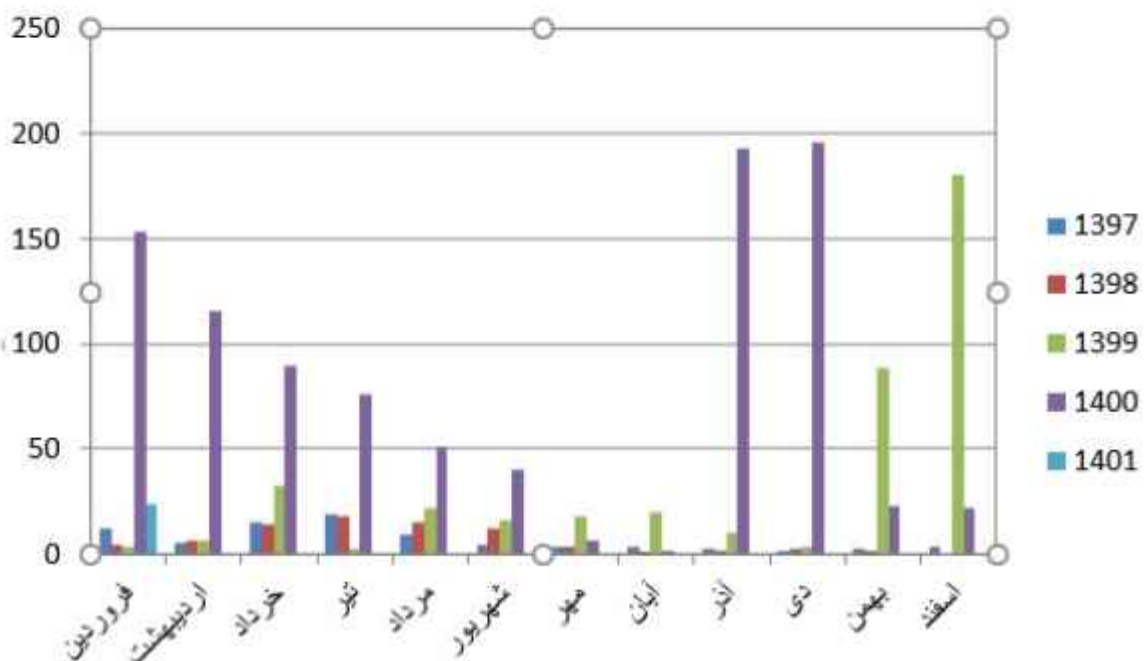
این مجموعه با اجرای این فرآیند موفق به دریافت بالغ بر یک میلیارد و دویست میلیون ریال تخفیف از اداره آب، شناسایی و رفع دومورد

صورت پذیرفت. همچنین واگذاری، نگهداری و آبیاری فضای سبز با آب غیرشرب به دهیاری‌ها به عنوان یک راهکار مناسب در کنار اجرا و نگهداری سیستم‌های آبیاری قطره‌ای صورت گرفت.

۲ به منظور جلوگیری از برداشت غیرمجاز آب توسط عوامل داخلی و بیرونی جهت ساخت و ساز در املاک مجاور، تامین آب تانکرهای سم پاشی و زمین‌های کشاورزی، وصل اتشعاب 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 اتشعابات جدید به سیستم‌های فرسوده در طی زمان و عدم شناسایی تشریحی‌ها، هزینه هدر رفت آب تیز 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 پرستل از قبیل شستشوی



نمونه قبل از اقدام

نمونه بعد از اقدام

پیشنهادهای و توصیه‌های حاصل از تجربه

- محول نمودن وظیفه‌ی بررسی صحت عملکرد سیستم توزیع و تیز 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 کنسور و تعرفه آب بهابرای کاربری‌های متفاوت (درمائی، مسکوتی) و واقع شدن پاتسین‌های سرایداری و پزشکی در ساختمان اصلی و تغذیه آب از تشعاب مرکز، تفکیک ساختمان‌های مسکوتی از ساختمان‌های درمائی در جهت مدیریت و پایش مصرف انرژی و دریافت تشعابات مجزا و مزایای حاصله در طراحی‌های بعدی پتیه‌ی مورد تیز از شبکه پیشنهاد می‌گردد.

تشکی در مراکز درمائی و پیگیری از تخریب احتمالی سازه‌ها جذب پانزده میلیون ریال از خیر جهت پرداخت قبض و پرداخت هزینه آب یک ختله بهداشت به صورت دائم، شناسایی بیش از ده مورد کنسور 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، و گذاری آپباری فضای سبز به برخی دهیاری‌ها و همچنین کاهش در مصرف آب در خانه‌های بهداشت و مراکز گردد.

بالاجرای 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 صرفه‌جویی گردید. به عنوان نمونه مصرف آب شرب ختله بهداشت شماره یک شادمهر، از رقم ۷۴ مترمکعب به رقم ۴ مترمکعب 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
حشمت‌ا.. مردانیان - یاسر نصیری - زهرابزرگر: 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 بوده، 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 روزافزون 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:

استقرار کاربران در کلیه بخش‌های بیمارستان؛ طبق مشاهدات و بررسی‌های موجود در بخش‌های مختلف بیمارستان، کار ثبت خدمات مطابق کدهای کتاب ارزش تبیی انجام نمی‌گرفت و اکثر تیروها از بین تیروهای خدماتی بیمارستان بودند که حتی توانایی کار با سیستم را هم نداشتند. با همکاری معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی دانشگاه و مدیریت مالی؛ ۱۲ نفر تیروی متخصص تجهیزات پزشکی به صورت طرحی در اختیار بیمارستان قرار گرفتند و به آنها آموزش‌های لازم ارائه گردید، منشی‌هایی با سابقه و عملکرد مناسب نیز انتخاب شدند. پزشکان، سرپرستاران، مترین و ریاست بیمارستان نیز جلسات متعددی برگزار گردید و برای استقرار این پرسنل در بخش‌ها هماهنگی‌های لازم صورت گرفت.

طبق بررسی‌های موجود علی‌رغم افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی مطابق کتاب ارزش تبیی 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

اعلامی از طرف بیمه خدمات درمانی از ۱۰ درصد به زیر ۲ 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 پایش های موجود، میزان درآمد های 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 تعرفه ها و افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی بودیم. با توجه به اینکه جایگاه و شرح وظایف منشی های بخش قبل از اجرای مداخلات به صورت کامل مشخص نبود، بسیاری از خدمات ارائه شده در بخش ها به صورت کامل در پرونده بیماران ثبت نمی شد که بعد از استقرار کاربران جدید و ابلاغ شرح وظایف و انجام آموزش های لازم و پیگیری های مداوم شاهد افزایش درآمد بیمارستان آیت ا. کاشانی شهرکرد بودیم.

پیشنهادهای حاصل از تجربه

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

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

نتایج اجرای تجربه:

بعد از تغییرات مطرح شده و مداخلات صورت گرفته وضعیت درآمد مرکز آموزشی و درمانی آیت ا. کاشانی با ۲۶۰ تخت فعال و ضرب اشغال تخت ۷۰ درصد از سال ۱۳۹۵ لغایت ۱۴۰۱ و همچنین ۵ ماه ابتدای سال ۱۴۰۲ به شرح ذیل می باشد:

همانگونه که مشاهده شد، درآمد بیمارستان در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰، ۴۴ 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 رشد بیشترین درصد رشد درآمدین بیمارستان های استان بوده است و وضعیت درآمد بیمارستان های استان از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۰۰ علی رغم افزایش تعرفه ها و افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، مقدار ثابتی بوده است. با عنایت به افزایش سرسام آور هزینه های ناشی از افزایش وضعیت ارز در جامعه، درآمد دستگاه مقدار ثابتی بوده که باعث افزایش سنگین بدهی های دانشگاه طی سالیان گذشته گردیده است.

بعد از انجام مداخلات و آموزش های لازم به پرسنل درگیر در فرایند، علاوه بر رشد درآمد دستگاه در بیمارستان آیت ا. کاشانی شهرکرد، شاهد کاهش میزان کسورات اعلامی از طرف سازمان های بیمه گر در این مرکز بودیم بدین صورت که کسورات

وضعیت درآمدی بیمارستان های استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۹۵ تا کنون

بیمارستان کاشانی	بیمارستان هاجر	بیمارستان بروجن	بیمارستان لردگان (بجز کلینیک تخصصی)	بیمارستان فارس
۱۳۹۵	۸۱۶,۳۰۸,۸۳۱,۴۱۷	۸۶۹,۴۴۴,۹۳۵,۶۱۷	۳۷۴,۲۲۶,۰۲۸,۴۸۸	۴۵۳,۰۰۲,۸۲۶,۰۷۵
۱۳۹۶	۸۸۷,۵۰۹,۱۷۷,۴۵۱	۹۵۷,۵۵۰,۳۲۰,۴۳۰	۳۷۶,۷۱۰,۴۶۷,۰۹۴	۵۱۱,۲۴۰,۲۲۵,۶۰۲
۱۳۹۷	۸۱۹,۲۳۲,۷۴۱,۲۳۶	۸۹۸,۵۲۱,۳۱۸,۳۷۵	۴۱۲,۱۰۹,۲۴۸,۷۶۸	۶۶۸,۸۸۲,۵۰۸,۲۵۶
۱۳۹۸	۸۲۸,۴۵۹,۸۶۱,۲۰۰	۱,۰۰۷,۹۰۴,۹۰۴,۲۹۹	۳۸۱,۵۷۷,۴۷۴,۳۵۲	۶۶۷,۶۸۰,۸۳۶,۳۳۲
۱۳۹۹	۸۳۵,۳۵۵,۴۹۱,۵۵۴	۱,۲۷۶,۳۲۴,۴۰۹,۴۷۵	۴۲۸,۷۵۴,۶۴۷,۰۶۰	۶۸۶,۴۱۹,۴۸۸,۹۱۴
۱۴۰۰	۱,۶۲۳,۷۲۹,۵۲۶,۲۳۹	۲,۲۶۹,۴۱۹,۲۵۳,۰۱۱	۸۳۰,۳۸۸,۱۵۰,۷۵۴	۸۵۴,۷۷۰,۹۳۱,۰۵۵
۱۴۰۱	۲,۳۴۱,۳۶۰,۵۰۹,۷۹۳	۲,۶۴۷,۰۷۵,۳۳۵,۶۵۶	۱,۰۸۳,۱۳۴,۱۵۵,۲۱۲	۱,۲۰۱,۷۷۴,۸۲۴,۷۹۰
چهار ماهه ابتدای سال ۱۴۰۲	۱,۰۵۸,۱۳۹,۳۰۱,۲۲۲	۱,۰۹۸,۱۰۸,۳۵۳,۴۵۹	۵۲۴,۷۱۵,۷۷۴,۵۶۹	۵۴۵,۴۱۲,۱۱۰,۲۳۱



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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اردبیل

دانشکار:

دکتر حسن قیادی؛ معاونت آموزشی

محسن محمدی؛ واحد رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

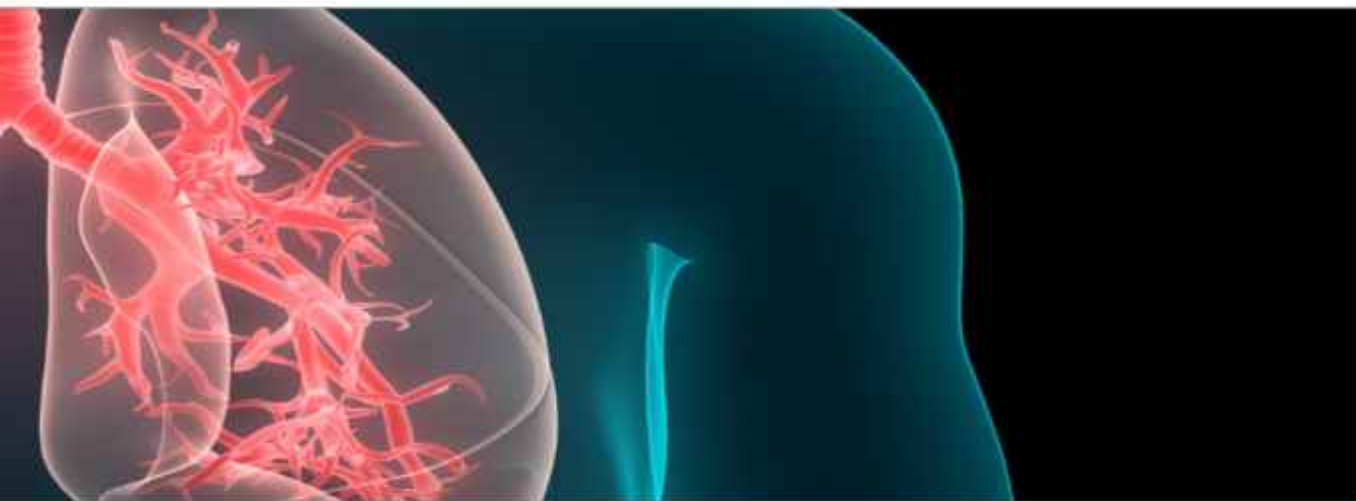
مهندس جعفر عبداللہی؛ شرکت فناوریان داده پرداز هوش گستر پارک علم و فناوری اردبیل

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 متناسب 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 به عنوان محل ذخیره سازی داده ها و بازیافت 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



نمونه را در خود دارد و جزئیات هیچ کدام را هرگز قramوش نمی‌کند، 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 نمی‌شود و استراحت لازم ندارد و هزاران نمونه از آن را می‌توان 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 بخش‌های 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 فایل 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 متناسب داشت.

کتیم تا توانایی تحلیل تصاویر سی تی اسکن گرفته شده از بیماران را داشته باشند و مشکلات و بیماری‌های 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 نمونه‌های بعدی را با رجوع به بانک اطلاعاتی وجود در مغزش تشخیص دهد که در بیشتر موارد ممکن است، دچار تردید شود و با اطلاعات کافی برای تشخیص حتمی و دقیق نداشته باشد پس در اینجا با توجه به قدرت ذخیره‌سازی و توان محاسباتی بسیار زیاد کامپیوترها نرم افزاری را طراحی کرده‌ایم که می‌تواند تصاویر پزشکی بیماران را تحلیل کند و ضمن اعلام نتایج به صورت مکتوب، این بار اضافی را از روی پزشکان برداریم.

بعضی نمونه یک پزشک در طول دوران تحصیل و آموزش مثلاً تعداد ۱۰۰۰ نمونه بیماری را از نزدیک دیده است و طبیعتاً نمی‌تواند همه این نمونه‌ها را در مغز خود با جزئیات ثبت کرده باشد در مقایسه با نرم افزار ما که سیصد هزار





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.

پیشنهادهای حاصل از تجربه:

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 رالغشا خواهند بود. نکته بعدی این که تیم سازی و استفاده از افراد مثبت و تلاشگر می تواند به هم 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.

با توجه به گسترش و توسعه علوم دیجیتال طبعا در آینده





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	ترم افزار تشخیص هوشمند سرطان	۲۰۰۰۰۰ 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	ترم 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 پور محمدی: مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی
هدی غیبی: پوز 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 تأمین این اهداف یاری دهد، مدیریت دانش است. یکی از مهم‌ترین مولفه 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 دریافته‌اند که هیچ چیز به اندازه دانش نمی‌تواند آن‌ها را در دنیای رقابتی نگه دارد. 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 فرهنگ سازی 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 پیشنهادهای ارائه شده برای بهبود تجربه خود استفاده کنند و در نتیجه

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

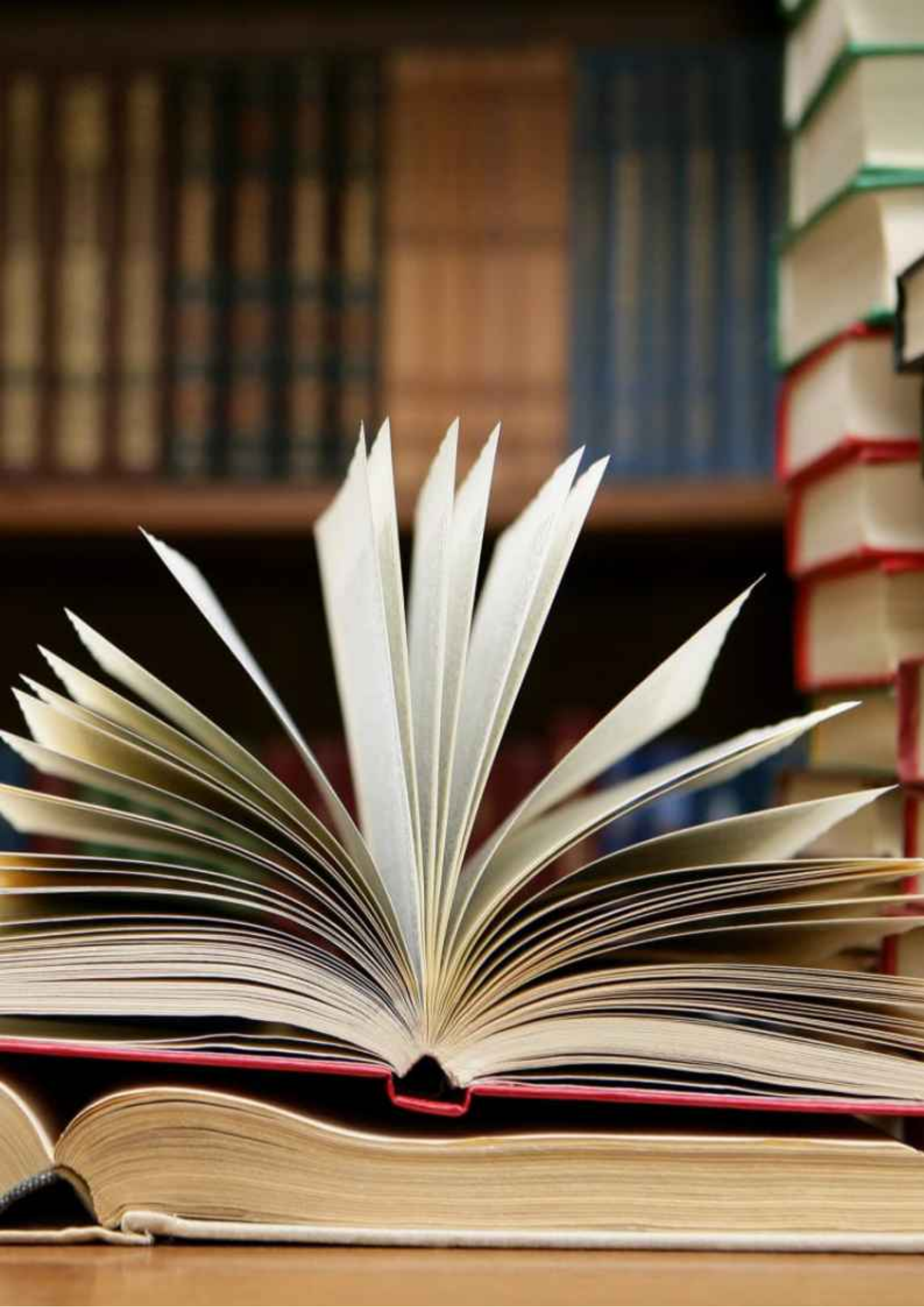
- به اشتراک گذاری و تسهیم تجارب
- ایجاد تعامل و جوشمیی بین دانشکاران با خبرگان
- افزایش تجارب ثبت شده در سامانه مدیریت دانش
- ترویج فرهنگ مدیریت دانش در سازمان‌ها

پیشنهاد حاصل از تجربه:

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

ایده‌های جدیدی برای پیشرفت و بهتر کردن تجربه به دست آوردند. این رویداد محیطی فعال برای تبادل نظر و تعامل با افراد خبره فراهم 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 اشتراک گذاری تجربه، بیشترین سامانه مدیریت دانش رجوع می‌کنند و تجارب خود را به طور فعال در آن ثبت می‌کنند. به طور کلی، برگزاری کافه تجربه تنها به افزایش دانش و بهره‌وری در دانشگاه علوم پزشکی تهران کمک کرد، بلکه فرهنگ سازی مدیریت دانش را ترویج داده،







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 ترجمه‌ای 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 چندی هستید و می‌خواهید در ک خود از مدیریت دانش و میزان موفقیت ابتکار 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

تألیف: پروفسور کلاید هلس اپل

مترجم: سید جلال موسوی، سیداحمد حسینی و ابوذکر گزاقلی

ملک خیلی

ناشر: پارسا

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...

درباره مرجع کامل مدیریت دانش

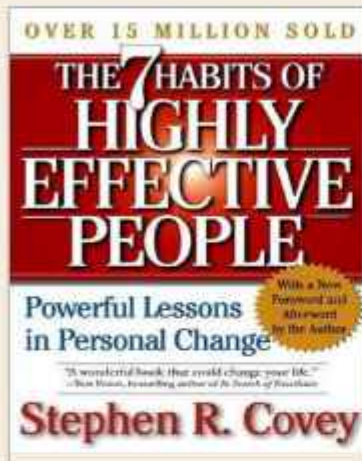
کتاب اصلی که توسط تعدادی از بزرگترین دانشمندان مدیریت دانش و با مدیریت پروفسور کلاید هلس اپل، که در دانشگاه کنتاکی آمریکا مشغول به فعالیت بوده نوشته شده است، از دو جلد تشکیل شده است، حدود ۶۰ فصل دارد. و از دیدگاه‌های مختلف به مدیریت دانش پرداخته شده است. برای هر کسی که به صورت عملیاتی، تحقیقاتی یا آموزشی 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 تأثیرگذاری دانش می‌پردازد. جلد دوم فناوری‌ها، دستاوردها، مدیریت دانش در

در بخشی از کتاب مرجع کامل دانش ما می‌خوانیم

در روند تکاملی سازمان‌ها، موسساتی پدیدار شده‌اند 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 مبتنی بر دانش ضرورتی ابتکار ناپذیر است. اصل اقتصاد دانشی مویب 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 ناکامی‌ها را در سودآوری داشتند به کارکنان و مدیران در تمام سطوح راه‌پایه‌ها و کلاس‌های آموزشی را در زندگی معرفی کردند که موفقیت در کار و تجارت را نیز ضمانت می‌کرد. این روش، تر کبی از خود احساسات و تجربه‌های کاربردی بود. این جملات را در لیست‌های گفتار نوشتند. آمریکایی در باره کتاب هفت عادت مردمان موثر گفته است: کتاب مشهوری که هر کسی که چیزهای بیشتری از زندگی می‌خواهد باید آن را بخواند به کار بیندود در نهایت از معجزه‌های که در زندگی‌اش اتفاق می‌افتد لذت ببرد»

شناسنامه

عنوان انگلیسی:

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

تویسنده: استفان کاوی

مترجم: الهام خرسندی

ناشر: هورمزد

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: توسازی

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 عادتی که معتقد است

افراد را به شخصیت‌هایی برتر از سایر هم‌توعان 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،

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 جدایی می‌کند.

پارادایمی که در خود سراغ داریم، مهم‌ترین پارادایم گذاشتن

است. این پارادایم تنها روی دیدگاه‌ها و رفتارها بماند، بلکه روی

طرز تکرار ما نسبت به دیگران نیز تأثیر 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، اختراعات، دستاوردها و اقدامات مدیریت دانش در مجموعه وزارت بهداشت تدوین شده است.





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

نویسندگان:

مسعود فردوسی، استادی 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

قابل دسترسی باشد، منتشر شوند. در انتشار فعال باید در نظر داشت که برخی از اصطلاحات فنی مورد استفاده در پژوهش (مثل اصطلاحات آماری یا فرضیات پژوهشی) شاید گنج‌کننده باشد و زمانی که می‌خواهیم مطلب را به مخاطب اصلی برسانیم، باید بدون استفاده از اصطلاحات خاص پژوهشی، مطالب منتقل شوند. در کاربست نتایج، باید به دقت بررسی شود آیا اصلاً امکان استناد به این پژوهش وجود دارد و منشأ تغییر در تصمیم‌گیری هست یا خیر؟ و نحوه استفاده از یافته‌های پژوهش چگونه باید باشد؟ بحث کاربست نتایج در ایران هنوز مهجور است و کمتر دیده می‌شود یک سیاست‌گذار یا مدیر بر اساس یک یا چند پژوهش داخلی، تغییری در روش انجام کاری صورت دهد.

رویکرد فشار-کشش^۱ 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 تمی‌خواسته یا تمی‌توانسته خود مستقیم به کسب و تحلیل اطلاعات بپردازد و بنابراین فرد یا گروه دیگری (به نام پژوهشگران) 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

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 تگرش و رویکرد به KTE از مفیدترین و کامل‌ترین رویکردها بود. در آن کارگاه بر اساس تگرش 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 ثبوت به انتشار فعال نتایج می‌رسد که مکمل انجام تحقیق و یک مرحله ضروری از آن است و پایان تحقیق با «کاربست نتایج تحقیق» اتفاق می‌افتد که در واقع تعهد دادن پژوهش است. در اینجا گفته شد عمده مشکل KTE مربوط به نحوه انتخاب مسئله است! یعنی اینکه چه موضوعی برای پژوهش انتخاب می‌شود؟ به‌طور 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 کاربست آن‌ها هم برنامه‌چنداتی 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

کاربست نتایج

انتشار فعال نتایج

انجام تحقیق

انتخاب مسئله

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؟ فرایند تبدیل مشکل به مسئله، فرایند 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: «هن 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

مسئله، حاصل همکاری «مشکل داران» و «مسئله داتان» 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 نقش هابه سفارش دهنده 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

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 سفارش دهنده	• بیان مشکل	• همکاری با پژوهشگران • در اختیار قرار دادن اطلاعات • تصویب پروپوزال	• همکاری برای دریافت پیام تحقیق و نکات کلیدی • احتمالاً چند مرحله سؤال و جواب برای درک بهتر نتایج	• بازگشت از مسئله به مشکل • به کارگیری 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 (سفارش دهنده 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 به کارگیری
رویکرد غالب (فشار-کشش)	همکاری	پژوهشگران	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

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 با تمایه‌های معتبر مانند ISI همخوانی ندارد و دورویکرد متفاوت را نشان می‌دهد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می‌کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در پی اجرای آن‌ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تازگی دارد و این نشانگر عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال‌های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود. پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش‌ها به سفارش یک سازمان باشند و با لاف‌های 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 به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فرد پژوهشگر بدهد، معاونت‌های توسعه، درمان، دارو و یا بیمارستان‌ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهند. در این صورت، این سازمان‌ها پرداخت حق التحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم‌اهمیت و کلی‌گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی‌ترین اصلاح‌ساختاری 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 متعکس‌کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سیر خود مصوب گردند. جالب آنکه در حال حاضر در ادبیات تل چهارم دانشگاه‌های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه‌ها

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 به اشتباه وجود دارد)، بلکه او باید مشکلات خود را مطرح کند و پژوهشگر آن باید در تبدیل مشکل به مسئله او را یاری کند.

مرحله دوم: انجام پژوهش، فنی و تخصصی

در طول سالیان گذشته، مرحله‌ای که به‌غایت فربه و مفصل شد، مرحله انجام پژوهش است. شاید اگر مرحله اول یعنی انتخاب مسئله با همکاری و مشارکت طرفین (مشکل‌داران و مسئله‌داتان) 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! در حالی که 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 (استراژی‌های فشار)

بعد از 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 برداشت ما از KTE بود و در پی ترویج آن بودیم، با سایر سیاست‌های معاونت پژوهشی هماهنگ نبود. برای مثال

وقتی شاخص ما چاپ مقاله ISI باشد، شاخص شفاف و صریحی است و به همان میزان ترمه و ارتقا حاصل می‌شود، اما اگر بپرسیم: «چقدر یا 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 رستای 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؛ به گونه‌ای 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 می‌طلبد. 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 دسترسی به اهداف اختصاصی مدنظر قرار می‌گیرند و کسی به اهداف کاربردی توجه ندارد و آن را مطالبه نمی‌کند؛ در صورتی که دسترسی 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 پشرفته نیز به چشم می‌خورد. در اینجا به صراحت 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؟

به صنایع مربوط و به جامعه است (۳)؛ صنعت ما هم عمدتاً استاد 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 سختن مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً مورد اهتمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت و سوی پرداختن به نیازهای کشور را پیدا کند یعنی حقیقتاً پژوهش‌هایی بکنیم که مورد نیاز 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 گران قدری در این زمینه بیان کرده‌اند؛ به ویژه اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت به صراحت 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 آیین نامه ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص‌ها تعیین کننده جهت‌گیری‌ها و رفتار ساز هستند. هر جا شاخصی پر رنگ می‌شود، عملکرد زیرمجموعه به همان سمت معطوف می‌گردد و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کم رنگ می‌شود. پس مسئله مشخص است: اگر می‌خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش‌ها معطوف به مشکلات کشور شود، 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. در واقع، 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. تا اکنون 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.



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 تشریح نتایج پژوهش» چاپ کردیم. خلاصه اجرایی از چکیده کمی طولانی‌تر است. در خلاصه 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، خلاصه 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.

نتایج تحقیق با اصطلاحی به نام RIA^۶ به معنای «ارزیابی کاربست نتایج پژوهش» آشنا شدم. برای این ارزیابی روش‌های کمی، کیفی و ترکیبی وجود دارد. این اصطلاح در آن موقع تیز 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 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 به خوبی نشان دادند که گرچه ابرادات زیادی در استراتژی‌های فشار وجود دارد، اما هنوز هم تحقیقات انجام شده بضاعت خوبی برای به کارگیری دارند که از آن‌ها به درستی بهره‌برداری نمی‌شود. اینجاست که موضوع استراتژی‌های کنش اهمیت می‌یابد.

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 تیز به ارتقا و بازنگری دارد، زیرا سیر 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، بگویید کدام بخش‌نامه وزارتی 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 به کارگیری

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 تیز وجود داشته باشد؛ یعنی اینکه سیاست‌گذار و مدیر «تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد» داشته باشد و احساست تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (و نه مبتنی بر پیش 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 دهند. 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 به موقع و به سهولت فراهم شوند، سیاست‌گذار تیز به استفاده 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



بهره‌گیری از نتایج پژوهش پایش (۱۳۸۶)، ۷(۱): ۲۵-۴۷.

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 تپی پورتدا، حیدر زاده آیتین، استوار افشین. (۲۰۲۳). شرایط مطلوب و الزامات دانشگاه‌های علوم پزشکی تل توین، با تأکید بر شبکه‌ی بهداشت و درمان کشور. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۶-۱۵.

۴. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله‌العظمی سید علی خامنه‌ای (مدظله‌العالی) - مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی (۸ 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 سلیمان. خلاصه اجرایی، راهکاری برتر برای تشریح 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

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 (به ویژه در موضوعات بالینی) نه تنها خوب نیست، بلکه خسارت بار است. پژوهش‌ها باید به حجمی برسند که بتوان از آن یافته‌های متقن و قابل اعتماد استخراج کرد و آن‌ها را مایه عمل قرار داد.

نتیجه‌گیری

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

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

۲. ساختار تخصیص بودجه به تفه 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 گرت پژوهشی مأموریت محور که در کشور‌های خارج برای پذیرش دانشجویان دکتری معمول است، در کشور مایه 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 زیلان، مجد زاده سید رضا، تجات سحر تاز، فتوحی اکبر، شهید زاده ماهانی علی، غلامی زاله، یوتسیان مسعود، رشیدیان آرش، مسگر پور بیبا، اعتمادی آرش، یزدانی کامران. طراحی مدل «ترجمه دانش» جهت

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 فصل‌نامه، همچون ۴ شماره قبلی با تأکید بر درج دیدگاه و تجارب موفق حوزه‌های استادی و دانشگاهی، با اضافه نمودن بخش‌های «معرفی کتاب» و «سرگذشت‌نامه» سعی دارد تا چراغ راهی باشد در مسیر توسعه نظام مدیریت دانش.



جمهوری اسلامی ایران
فدایت به‌داشت، علم و آموزش پزشکی
سازمان توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی