

The concept of integration in health system: A scoping review

Aida Asghari¹, Abbas Vosoogh Moghaddam², Ebrahim Jaafari-pooyan^{1*}

1. Department of Management, Policy and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Governance and health training and research group, National institute of health research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 5 May 2024

Accepted for publication: 11 May 2025

[EPub a head of print-13 July 2025]

Payesh: 2025; 24(3): 295- 314

Abstract

Objective (S): Integrated health systems are considered as a solution to maintain and improve access to health care around the world. The concept of integration in the health system is apparently vague and complex. This study thus thought to shed some light on the topic.

Methods: All articles on the integration in health were identified and collected covering the literature from 2000 to 2023 using PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar. The literature analyzed and synthesized by thematic analysis.

Results: In all 22 papers were reviewed. 63% of the articles were written since 2016, and most conducted in Sweden with six studies. The definitions of integration in health sector; its types in terms of structure, intensity and formality; integration models including Golden Beach and Luohu; and principles as being holistic, aim-oriented, evidence-based and fair were explored.

Conclusion: Integration seems to be an abstract, complex and multidimensional concept which is developing and evolving. Since health systems in the world are moving towards integration and alignment, it seems necessary that managers become more familiar with the concepts, principles, types and models of integration.

Keywords: Health System, Integration, Scoping Review

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: ejaafp@yahoo.com

مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت: یک مرور حیطه ای

آیدا اصغری^۱، عباس وثوق مقدم^۲، ابراهیم جعفری پویان^{۱*}

۱. گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲. گروه آموزشی تحقیقاتی حکمرانی و سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۱

آنشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۱ تیر ۱۴۰۴

نشریه پایش: ۳۱۴-۲۹۵: ۲۴(۳): ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: نظام‌های سلامت یکپارچه به عنوان راه حلی برای حفظ و بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در حوزه‌های متعدد در سراسر جهان در نظر گرفته می‌شوند. مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت‌های، ظاهراً مبهم و پیچیده است. هدف این مطالعه، بنابراین، تبیین مفهوم یکپارچگی در حوزه سلامت بود.

مواد و روش کار: تمامی مقالات مرتبط با یکپارچگی در نظام سلامت، با بهره‌گیری از روش مرور حیطه‌ای، در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۳، در پایگاه‌های PubMed، Scopus و Web of Science و موتور جستجوی Google Scholar شناسایی و گردآوری شد. در نهایت، تعداد ۲۲ مقاله انتخاب و با روش تحلیل موضوعی، بررسی شد.

یافته‌ها: در این مرور ۶۳ درصد مقالات بعد از سال ۲۰۱۶ نگاشته شده بودند. بیشتر مطالعات در کشور سوئد با شش مطالعه انجام شده بود. تعاریف یکپارچگی در نظام سلامت؛ انواع آن براساس ساختار، شدت و رسمیت؛ مدل‌های یکپارچگی شامل ساحل طلایی و لوهو؛ و اصول یکپارچگی از قبیل کل-نگری، هدف‌گرایی، مبتنی بر شواهد و عادلانه بودن استخراج و تبیین گردیده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد یکپارچگی، یک مفهوم انتزاعی، پیچیده و چندبعدی و در حال توسعه و تکامل است. با توجه به حرکت نظام‌های سلامت در جهان به سمت همراستایی و یکپارچگی، اهمیت شناسایی و آشنایی مدیران با مفاهیم، اصول، انواع و مدل‌های یکپارچگی از حساسیت بالایی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: نظام سلامت، یکپارچگی، مرور حیطه ای

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1402.069

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت
 E-mail: ejaafp@yahoo.com

مقدمه

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان‌ها و فعالیت‌هایی است که هدف غایی آن، ارتقای سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آن‌ها به گونه‌ای عدالت محور و حفاظت از آن‌ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها است. سازمان سلامت جهانی برای دستیابی به این اهداف چارچوبی به نام شش بلوک ساختمانی نظام سلامت را پیشنهاد می‌کند که شامل مؤلفه‌هایی مانند تدارک خدمات، رهبری و حکمرانی، تأمین مالی، تولید منابع، اطلاعات و دارو-فناوری‌های سلامت است [۲، ۱]. این مولفه‌ها برای دستیابی به اهداف نظام سلامت با هم کار می‌کنند [۳]. علاوه بر این، نظام‌های سلامت تحت تأثیر توزیع قدرت اجتماعی-سیاسی و فرهنگی هستند که می‌تواند بر ساختار، طراحی و عملکرد آنها تأثیر بگذارد [۴]. نظام سلامت پیچیده و منعطف است و ویژگی‌هایی مانند غیرقابل پیش بینی بودن رفتار و اضطراب را نشان می‌دهد که شامل سطوح متعددی از انتزاع است و نیاز به مطالعه نحوه برخورد با عدم قطعیت و زمینه‌های متغیر دارد [۵، ۶]. نظام‌های سلامت پویا هستند و توسط تعامل بین عوامل و فرآیندهای نظام هدایت می‌شوند [۷]. پیچیدگی سازمان‌های سلامت شامل مجموعه وسیعی از نقش آفرینان، تصمیم‌گیری اخلاقی و ادغام عوامل مرتبط برای اثربخشی بیشتر در تعریف و دستیابی به اهداف و مأموریت‌ها است [۸]. اجرای راهبردها برای حمایت از توسعه یک نظام سلامت می‌تواند به دلیل خودسازماندهی تطبیقی و تعاملات سیستمی در نظام‌های سازگار پیچیده چالش‌برانگیز باشد [۹]. به طور کلی، نظام سلامت با پیچیدگی، غیرقابل پیش بینی بودن، و نیاز به طرح‌های مطالعاتی انعطاف پذیر و سازگار مشخص می‌شود. در نتیجه، هماهنگی و همسویی اجزای یک نظام سلامت برای دستیابی به اهداف کارآمدی، ارتقای سلامت، پاسخگویی و انصاف مالی ضروری است. نقش آفرینان می‌توانند با همکاری یکدیگر در جهت یک چشم‌انداز مشترک یک سیستم سلامت پایدار و مؤثر ایجاد کنند که نیازهای جمعیت را برآورده کند و در عین حال مراقبت‌های با کیفیت بالا را ارائه دهد. رشد روزافزون هزینه‌ها به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت در سراسر دنیا و ایران تبدیل شده است. این افزایش‌ها، ریشه در وقایعی همانند گذارهای جمعیتی و اپیدمیولوژیک، تغییر رفتارهای سلامت و پزشکی شدن جامعه دارند که الزاماً در کنترل نظام‌های سلامت نیستند [۱۰]. تغییرات جمعیتی به همراه افزایش امید زندگی منجر

به افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن شده که در این شرایط نیاز به خدمات و مراقبت‌های سلامت افزایش می‌یابد [۱۱]. همچنین پدیده سالمندی جمعیت، در آینده‌ای نزدیک یکی از چالش‌های فراروی جامعه ایران، به صورت عام و نظام سلامت، به صورت خاص خواهد بود که در صورت عدم مدیریت و برنامه‌ریزی می‌تواند تهدیدی جدی برای جامعه باشد [۱۲]. در عین حال برخی از این عوامل همچون تکه تکه شدن نظام سلامت و گسترش دسترسی به خدمات تا حدودی در کنترل بخش سلامت هستند و لازم است شناسایی شده و مدیریت شوند [۱۰]. در حال حاضر در کشور ما نیز واحدهای گوناگون ارائه‌کننده خدمات سلامت از بخش‌های دولتی (همچون وزارت بهداشت، وزارت دفاع، وزارت آموزش و پرورش و وزارت نفت)، عمومی غیردولتی (سازمان تأمین اجتماعی، شهرداری و بنیاد شهید و امور ایثارگران)، خصوصی، خیریه‌ها و سازمان‌های مردم نهاد (سمن) در شهرها و روستاها با امکانات و شیوه‌های خاص مدیریتی و حکمرانی تشکیل شده‌اند که این پراکندگی و تکه تکه شدن، می‌تواند موجب تنوع قیمت، کیفیت، ایجاد همپوشانی در ارائه خدمات و همچنین دوباره‌کاری و اتلاف منابع شوند [۱۵-۱۳]. در دهه‌های اخیر به ویژه در کشورهای جهان سوم توجه کمتر به روستاها، سبب تمرکزگرایی خدمات و امکانات در شهرها و در نتیجه مهاجرت به شهرها شده است. نداشتن سواد، مهارت، سرمایه، شغل، پایگاه اجتماعی مناسب و زندگی در مهاجران حاشیه شهرها، مکان‌های غیررسمی و نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت که ناشی از نابرابری در دسترسی مالی، مکانی (جغرافیایی)، فرهنگی و پراکندگی در ارائه خدمات است، از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت شهروندان به شمار می‌آیند [۱۸-۱۶].

چالش‌ها و روندهای فوق ضرورت اتخاذ یک رویکرد ارتباطی قوی را که تأکید بر بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌ها و امکانات سازمان‌های مختلف را داشته باشد، نشان می‌دهد. علاوه بر این، با توجه به تأثیر عوامل متعدد خارج از بخش سلامت در سلامت افراد، اهمیت تجمیع تلاش‌ها و منابع موجود و ارتقای تعاملات بین همه حوزه‌های درگیر، بالا خواهد بود. راهبرد ارتباطی مراقبت‌ها می‌تواند به بهبود اثربخشی کلی، تجربه بیمار و پایداری منابع و خدمات کمک کند. چشم‌انداز چنین مراقبتی، قراردادن مردم و جوامع در مرکز ارائه خدمات است، تا اینکه به علت بیماری در مرکز ارائه خدمات حضور یابند [۱۹].

داده‌اند می‌توان به شبکه ارائه یکپارچه (Integrated Delivery System, IDN) خدمات و خطوط سرویس اشاره کرد. شبکه یکپارچه شامل مجموعه‌ای از مراکز بهداشتی و درمانی مانند بیمارستان‌ها، گروه‌های پزشکان، کلینیک‌ها، مراکز جراحی سرپایی و غیره هستند که با هم همکاری می‌کنند تا مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت و مقرون به صرفه را ارائه دهند [۳۰]. خط سرویس به مجموعه‌ای از خدمات مرتبط اشاره دارد که به صورت هماهنگ و یکپارچه برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی به بیماران طراحی شده‌اند. این خدمات می‌توانند شامل تشخیص، درمان، توانبخشی و پیگیری باشند و معمولاً براساس نوع بیماری یا نیازهای خاص بیماران سازماندهی می‌شوند [۳۱]. در سال ۱۳۹۳، در بند هفت سیاست‌های کلی سلامت جمهوری اسلامی ایران بر اصل تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت و تکثیر واحدهای ارائه خدمت (دولتی-عمومی-خصوصی) تأکید شده است ولی متولی که همان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مکلف به هماهنگی و ساماندهی امور فوق، مطابق با سازوکاری که قانون تعیین خواهد کرد، کرده است. همچنین در بند پنج و هشت سیاست‌های کلی سلامت بر ارائه خدمات یکپارچه در قالب نظام سطح بندی و ارجاع با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری تأکید شده است [۳۲]. از طرفی با توجه به محدود بودن منابع در دسترس باید از دوباره‌کاری و همپوشانی در ارائه خدمات برای افزایش سطح کارایی و کاهش هزینه‌های سلامت به وسیله یکپارچگی جلوگیری کرد. در یک دهه گذشته مطالعات زیادی در زمینه یکپارچگی در نظام سلامت در سراسر جهان انجام شده است. در ایران نیز مطالعات بسیاری در خصوص هماهنگی، همکاری و یا در زمینه‌های مشارکت دولتی-خصوصی انجام شده است ولی تعداد محدودی مطالعه در رابطه با ترکیب خدمات و سازمان‌ها یا همان یکپارچگی در نظام سلامت به چشم می‌خورد. و همچنین در کشور ما مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت به طور کامل شناخته، تعریف و ابلاغ نشده است تا براساس آن اقدامات ساماندهی صورت گیرد. با توجه به پیچیدگی و چند بعدی بودن مفهوم یکپارچگی، هدف مطالعه حاضر بررسی این مفهوم در نظام سلامت و شناسایی عناصر مربوط به این مفهوم بود.

مواد و روش کار

هدف اصلی این پژوهش تبیین مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت و شناسایی ابعاد مختلف آن با مرور مطالعات مختلف بود. بنابراین، از

برای برقراری و تقویت ارتباطات بین سازمانی در نظام سلامت از مفاهیم مختلفی در متون علمی و سیاستی داخلی و خارجی استفاده می‌شود. برخی از این واژگان عبارتند از ساماندهی، ادغام، یکپارچگی، محوریت، تمرکز، هماهنگی، همکاری، همسویی، همنوایی، همدلی، هم‌زمانی، شراکت، مشارکت، ائتلاف، تعاون، تداوم، وحدت، یک کاسه کردن، سطح بندی و ارجاع و سایر موارد که هرکدام معانی خاص و حد و حدودی دارند که تبیین و توافق میان سیاستگذاران و طراحان و مدیران نظام‌های سلامت است.

سازمان سلامت جهانی، یکپارچگی به مفهوم جمع‌آوری منابع و هماهنگی در ارائه، مدیریت و سازماندهی خدمات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت، توانبخشی و ارتقای سلامت را، به عنوان یک راه حل برای چالش‌های بیان شده، معرفی کرده است [۲۰]. برای اولین بار کشورهای انگلستان، کانادا و اسکانیدیناوی مانند سوئد و دانمارک از اواسط قرن بیستم با هدف بهبود هماهنگی و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی، مدل‌های یکپارچگی را در نظام سلامت توسعه دادند [۲۱]. هدف از یکپارچگی، بهتر شدن هماهنگی و تداوم مراقبت از طریق ترکیب خدمات و سازمان‌ها برای ارائه مراقبت‌های جامع است. نظام ارائه یکپارچه، یک سیستم هماهنگ شده است که خدمات سلامت مطمئن‌تر، ایمن‌تر، مناسب‌تر و مقرون به صرفه‌تری را ارائه می‌نماید [۲۳، ۲۲]. یکپارچگی دسترسی به اطلاعات با کیفیت، اقدام براساس این اطلاعات را امکان‌پذیر می‌سازد و نتیجه آن، افزایش کیفیت به علت بالا رفتن قابلیت هماهنگی است [۲۴، ۲۲]. همچنین می‌تواند با کاهش هزینه‌ها، حذف خدمات اضافی و اطمینان از عرضه خدمات و بهبود نظارت، باعث افزایش بهره‌وری گردد [۲۵، ۲۲]. یکپارچگی به سازمان‌ها این اجازه را می‌دهد که از اصل اقتصادی صرفه‌جویی در مقیاس بهره‌گیرند؛ هزینه‌های اداری را کاهش دهند و در نهایت دسترسی مشتریان را به خدمات تسهیل نمایند و ظرفیت بیشتری برای مدیریت مراقبت و افزایش کارایی داشته باشند [۲۶، ۲۷]. از طرفی با ایجاد سازمان ائتلافی که هم بهداشت و هم درمان را شامل می‌شود بیشترین تمرکز را بر پیشگیری و بهداشت خواهند داشت تا بتوانند هزینه‌های روز افزون بهداشت و درمان را کنترل نمایند. همچنین براساس این ائتلاف و یکپارچگی صورت‌گرفته بسیاری از خدمات که توسط سازمان‌های مختلف ارائه شده است و با هم همپوشانی داشتند نیز حذف می‌شود و از هدر رفت منابع جلوگیری به عمل می‌آید [۲۹، ۲۸]. از جمله اقداماتی که سایر کشورها در زمینه یکپارچگی انجام

جستجوی اولیه توسط دو محقق باتجربه در بررسی انجام شد. غربالگری عناوین، چکیده ها و متون کامل به طور مستقل توسط همان دو محقق انجام شد. تعداد کل مقالات انگلیسی یافت شده ۴۹۹۶ مورد بود که ۶۶۲ مقاله به علت تکراری بودن حذف شدند. از بین ۴۳۳۴ مقاله باقیمانده ۴۲۴۸ مقاله که عنوان و چکیده آنها با موضوع پژوهش مرتبط نبود حذف شدند و ۵۶ مقاله از بررسی فهرست منابع مقالات اضافه شدند که در مجموع ۱۳۶ مقاله باقی ماند که بعد از بررسی متن کامل مقالات ۲۲ مقاله وارد مرحله استخراج داده‌ها شدند (شکل ۱).

مرحله چهارم تحلیل و گزارش داده‌ها: پژوهشگران یک کاربرگ استخراج داده‌ها را برای خلاصه کردن یافته‌های مطالعه طراحی نمودند. الگوی استخراج داده‌ها شامل ویژگی‌های مطالعه مانند: عنوان، نویسنده/سازمان، سال، کشور، نوع مطالعه و یافته‌های اصلی بود. دو نفر از محققان مقالات را مورد بررسی قرار دادند و در صورت وجود اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام گرفت. در صورتی که بعد از بررسی مجدد نیز توافق حاصل نمی‌شد، با استفاده از نظرات محقق سوم در مورد مقاله تصمیم‌گیری نهایی انجام شده و مقاله حذف و یا در مطالعه وارد شد. پس از نهایی شدن مقالات، داده‌ها توسط دو نفر از محققان استخراج شدند و در نهایت طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل موضوعی کلارک و براون [۳۵] انجام گرفت.

یافته‌ها

در این مرور به بررسی ۲۲ مطالعه پرداخته شده است که حدود ۶۳ درصد مقالات از سال ۲۰۱۶ تاکنون نگاشته شدند که بیشترین تعداد مقالات مربوط به سال ۲۰۱۶ با پنج مقاله بود. بیشتر مطالعات در کشور سوئد با شش مطالعه انجام شده بود. سه مطالعه در هلند و سپس در چین، انگلیس و سطح اروپا هر کدام دو مطالعه انجام شده بود. مفاهیم مرتبط با یکپارچگی در نظام سلامت، در چهار گروه تعاریف، نوع، مدل‌ها و اصول یکپارچگی قابل طبقه‌بندی شدند (شکل ۲). از ۲۲ مطالعه انجام شده ۶ مطالعه به مفهوم یکپارچگی، ۵ مطالعه به انواع یکپارچگی، ۷ مطالعه به مدل‌های یکپارچگی، ۳ مطالعه به اصول یکپارچگی و یک مطالعه نیز به طور همزمان به مفهوم و انواع یکپارچگی پرداخته بودند (نمودار ۱).

تعاریف: تعریف "یکپارچگی" در نظام سلامت در هفت مطالعه بیان شده بود. در کنار کلمه یکپارچگی، مراقبت یکپارچه نیز در مطالعات ذکر شده بود (جدول ۱).

روش مرور حیطه‌ای (Scoping review) با تمرکز بر مطالعات منتشر شده در زمینه مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت استفاده گردید [۳۳]. برای انجام این مرور از دستورالعمل Arksey و O' Malley که شامل شش مرحله استفاده شده ۱- شناسایی سوالات پژوهش ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش ۳- انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول ۵- جمع‌آوری، خالص سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران در مورد یافته‌های به دست آمده [۳۴].

مرحله اول شناسایی سوال تحقیق: این مرور حیطه‌ای با توجه به سؤال پژوهشی زیر هدایت شد: مفهوم یکپارچگی و انواع آن در نظام سلامت چیست؟

مرحله دوم شناسایی مطالعات مرتبط: بررسی ما از یک بازه زمانی ۲۳ ساله، از ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۳ استفاده کرد. به منظور به دست آوردن هر چه بیشتر ادبیات مرتبط، از یک راهبرد جستجوی گسترده استفاده کردیم. مقالات از پایگاه‌های بین‌المللی داده PubMed، Scopus و Web of Science شناسایی و از موتور جستجوگر Google Scholar برای یافتن منابع علمی این مطالعه استفاده شد. کلید واژه‌های جستجو شامل اصطلاحات MESH و واژگان رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Integration, Incorporation, Alliance, Cooperation, Corporation, Coalition, Coordination, Partnership, Collaboration, Convergence, Harmonization, Connection, Communication, orchestration, Solidarity, Networking, Model, Pattern, Health, System, Sector, care, Medical, Clinical, Term, Mean, Concept, article, report, thesis, بود.

مرحله سوم معیارهای انتخاب مطالعه و استخراج داده‌ها: طی چند مرحله مقالاتی که عنوان، چکیده و متن کامل آنها مرتبط با موضوع پژوهش بود، به مطالعه وارد شدند. در هر مرحله، دو نفر از محققین مقالات را مورد بررسی قرار دادند و در صورت وجود اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام گرفت. در صورتی که بعد از بررسی مجدد نیز توافق حاصل نمی‌شد، با استفاده از نظرات محقق سوم در مورد مقاله تصمیم‌گیری نهایی انجام شده و مقاله حذف و یا در مطالعه وارد می‌شد. مطالعات براساس معیارهای زیر در بررسی محدوده گنجانده شدند ۱- تاریخ انتشار بین سال ۲۰۰۰ و ۲۰۲۳-۲ ارتباط با مفهوم یکپارچگی و انواع آن و ۳- انتشار به زبان انگلیسی.

شبکه سازی (Networking): اشتراک اطلاعات و دانش بین سازمانها انجام میشود که ممکن است منجر به ایجاد یک رابطه که بسیار غیررسمی گردد. نهادها، اطلاعات کلی در مورد برنامه‌ها، خدمات و مشتریان را به اشتراک می‌گذارند. این نوع تعامل و ارتباطات ممکن است به طور منظم رخ دهد و یا بسته به وظایف و سطوح اختیارات کارکنان درگیر متفاوت باشد [۵۲].

هماهنگی (Coordination): هماهنگی را می‌توان به عنوان شکلی از یکپارچگی با درجه بالایی از یکپارچگی عمودی اما درجه پایینی از یکپارچگی افقی تعریف کرد. این بدان معنی است که یکپارچگی عمدتاً از طریق وجود یک سلسله مراتب مدیریت مشترک حاصل می‌شود. تصمیم‌گیری در مورد یکپارچه‌سازی در سطوح بالای ساختار سلسله مراتبی گرفته می‌شود و در سطوح پایین تر اجرا می‌شود، به عنوان مثال با مکانیسم‌های بوروکراتیک نظارت و کنترل [۴۵]. در این نوع، سازمانها به تبادل اطلاعات می‌پردازند و ممکن است برای بهبود تعامل با یکدیگر برخی از فعالیت‌های خود را تغییر دهند.

همکاری (Cooperation): همکاری را می‌توان به عنوان شکلی از یکپارچگی با درجه بالایی از یکپارچگی عمودی و افقی تعریف کرد. این شکل از یکپارچگی معمولاً مبتنی بر مدیریت سلسله‌مراتبی است، اما با توافقات داوطلبانه بین سازمان‌های درگیر ترکیب می‌شود. [۴۵] در همکاری، علاوه بر اشتراک اطلاعات و تغییر در فعالیت‌های برای تعامل بهتر، منابع سازمانها نیز به اشتراک گذاشته می‌شود. ویژگی متمایز همکاری، کمک طرفین به بهبود ظرفیت‌ها و تسهیم منابع در راستای تعامل بین سازمانها، در این نوع از یکپارچگی، منافع متقابل مورد تاکید است.

مشارکت (Collaboration): مشارکت را می‌توان به عنوان شکلی از یکپارچگی با درجه بالایی از یکپارچگی افقی اما درجه پایینی از یکپارچگی عمودی تعریف کرد. این بدان معناست که بیشتر یکپارچگی از طریق توافقات داوطلبانه و متقابل بین سازمان‌های درگیر انجام می‌شود [۴۵]. علاوه بر اشتراک اطلاعات، تغییر فعالیت‌ها و تسهیم منابع در راستای تعامل بین سازمانها، در این نوع از یکپارچگی، منافع متقابل مورد تاکید است.

ادغام (Integration): یک فعالیت یا سیستم کاملاً یکپارچه دارای یک مرجع واحد است، از نظر دامنه جامع است، به طور جمعی عمل می‌کند، نیازهای مشتری را به صورت فردی برطرف می‌کند و چند منظوره و فرابخشی است. خطوط طبقه بندی شفاف هستند، فعالیت‌ها به طور کامل با هم ترکیب می‌شوند، و بودجه یکپارچه

انواع یکپارچگی: دسته‌بندی‌های مختلفی از یکپارچگی براساس معیارهای ساختار، درجه یا شدت، کارکرد، رسمیت و سطح سازمانی یکپارچگی ارائه شده است (جدول ۲).

ساختار: به منظور مرتب کردن روابط بین اشکال مختلف یکپارچگی، می‌توان بین دو بعد اصلی یکپارچگی عمودی و افقی تمایز قائل شد. یکپارچگی عمودی بین سازمان‌ها یا واحدهای سازمانی در سطوح مختلف یک ساختار سلسله مراتبی صورت می‌گیرد. یکپارچگی عمودی سازمان‌ها را در سطوح مختلف ساختار سلسله مراتبی تحت یک چتر مدیریتی گرد هم می‌آورد (مثلاً با یکپارچگی مراقبت‌های اولیه و ثانویه) [۴۸]، در حالی که یکپارچگی افقی بین سازمان‌ها یا واحدهایی که در یک سطح سلسله مراتبی قرار دارند یا وضعیت یکسانی دارند، صورت می‌گیرد. نمونه‌هایی از یکپارچگی افقی می‌تواند شامل یکپارچگی بیمارستان‌های حاد یا یکپارچگی سازمان‌های مراقبت‌های اجتماعی و سلامت باشد. اشکال مختلف یکپارچگی بین سازمانی بر یکپارچگی عمودی و افقی تأکید متفاوتی دارند [۴۹]. همچنین سازمان سلامت پان آمریکا یکپارچگی افقی را به صورت هماهنگی فعالیت‌ها در واحدهای عملیاتی که در یک مرحله در فرایند ارائه خدمات هستند و یکپارچگی عمودی را به صورت هماهنگی خدمات بین واحدهای عملیاتی که در مراحل مختلف فرایند ارائه خدمات به بیمار هستند تعریف کرده است [۵۰]. با ترکیب این ابعاد می‌توان یک طرح مفهومی ساده از اشکال اصلی یکپارچه‌سازی ساخت که در شکل ۳ نشان داده شده است.

همه این اشکال یکپارچگی، بسته به درجه تمایز، می‌توانند مؤثر باشند. به گفته لارنس و لورش، درجه پایینی از تمایز را می‌توان از طریق یکپارچگی عمودی مدیریت کرد، اما درجات بالاتر تمایز مستلزم یکپارچگی افقی بیشتری است. این بدان معنی است که هماهنگی ممکن است شکل مؤثری از یکپارچگی زمانی باشد که درجه تمایز پایینی وجود داشته باشد، در حالی که مشارکت و همکاری زمانی که درجه تمایز بالایی وجود دارد ممکن است مؤثرتر باشد [۵۱].

درجه یا شدت: براساس این معیار انواع مختلفی از یکپارچگی به شرح زیر قابل تمایز است:

قرارداد (Contracting): در این حالت یکپارچگی از طریق انعقاد قرارداد برای یک موعد مشخص بین سازمانهاست. در واقع، سازمان‌ها از هم مستقل هستند و فقط در قالب قرارداد نسبت به همدیگر تعهد دارند [۴۵].

شده است. پذیرش و ارزیابی یکپارچه، مدیریت پرونده و بسیاری از خدمات در یک مکان ارائه می‌شوند و یک نهاد تنها مسئولیت تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و عملیاتی را بر عهده دارد [۵۲].

ماهیت: در مطالعات مختلف [۵۳، ۴۶] یکپارچگی از منظر ماهیت به شش نوع متمایز می‌شوند: سازمانی، عملکردی، خدماتی، بالینی، سیستمی و هنجاری.

یکپارچگی سازمانی؛ را می‌توان از طریق ارتباط چند سازمان به صورت شبکه‌های ارائه‌دهنده هماهنگ و یکپارچه توصیف کرد.

یکپارچگی عملکردی؛ یکپارچگی عملکردهای غیر بالینی و اداری-پشتیبانی از طریق، به عنوان مثال، سوابق الکترونیکی بیمار در سازمان‌های مختلف است.

یکپارچگی خدمات؛ یکپارچگی از طریق ایجاد تیم‌های چند رشته‌ای که هدف آن ایجاد یک سیستم منسجم است که در آن خدمات مکمل یکدیگر باشند (ادغام مراقبت‌های اولیه، خدمات سلامت روان، و خدمات اجتماعی برای رفع نیازهای کلی بیمار).

یکپارچگی بالینی؛ که در آن مراقبت‌ها به بیماران در یک فرایند واحد و منسجم در درون یا بین تخصص‌های مختلف با استفاده از دستورالعمل‌های مشترک یکپارچه می‌شوند و هدف آن بهبود نتایج بیمار و کاهش شکاف در مراقبت است.

یکپارچگی هنجاری؛ به همسویی هنجارها، ارزش‌ها و فرهنگ سازمانی اشاره دارد.

یکپارچگی سیستمی؛ یکپارچگی است که با انسجام قوانین و سیاست‌ها در سطوح مختلف سازمان (خرد، میانی و کلان) مشخص می‌شود. [۵۳]

سطح: ابعاد مراقبت یکپارچه حول سه سطح که در آن یکپارچگی می‌تواند انجام شود، ساختار یافته‌اند: سطح کلان (سیستم)، سطح میانی/مزو (سازمانی) و سطح خرد (بالینی) [۳۶].

سطح کلان- (یکپارچه‌سازی سیستم): در سطح کلان، یکپارچه‌سازی سیستم برای افزایش کارایی، کیفیت مراقبت، کیفیت زندگی و رضایت مصرف‌کننده در نظر گرفته می‌شود. یکپارچگی یک نظام سلامت سلامت یک رویکرد کل‌نگر است که نیازهای مردم را در قلب سیستم قرار می‌دهد تا نیازهای جمعیت مورد خدمت را برآورده کند. یکپارچه‌سازی سیستم به ترکیبی از ساختارها، فرایندها و فنون متناسب با نیازهای افراد و جمعیت‌ها در سراسر مراقبت نیاز دارد [۴۶].

سطح میانی؛ (یکپارچگی سازمانی): یکی از اشکال مورد بحث یکپارچگی، یکپارچگی سازمانی است که در سطح متوسط یک نظام مراقبت سلامت مفهوم‌سازی شده است. یکپارچگی سازمانی به میزانی اشاره دارد که خدمات به صورت مرتبط تولید و ارائه می‌شود. روابط بین سازمانی می‌تواند کیفیت، سهم بازار و کارایی را به عنوان مثال، با تجمیع مهارت‌ها و تخصص سازمان‌های مختلف بهبود بخشد [۴۶]. برای ارائه مراقبت مبتنی بر جمعیت، یکپارچگی سازمانی مورد نیاز است [۴۶]. نیازهای یک جمعیت مستلزم اقدام جمعی سازمان‌ها در سراسر پیوستار مراقبت (یکپارچگی افقی و عمودی) است، زیرا آنها مسئولیت جمعی برای سلامت و رفاه یک جمعیت تعریف شده دارند. به ویژه در جمعیت‌های آسیب‌دیده اجتماعی، مانند آن‌هایی که دارای تنوع زیادی در ثروت، آموزش، فرهنگ و دسترسی به مراقبت‌های سلامتی هستند، نیاز به یکپارچگی زیاد است [۴۵].

سطح مزو؛ (یکپارچگی حرفه‌ای): یکپارچگی حرفه‌ای به مشارکت بین متخصصان در داخل (درون) و بین سازمان اشاره دارد و در سطح میانی یک نظام سلامت مفهوم‌سازی شده است. متخصصان از طیف وسیعی از رشته‌ها و بخش‌ها باید مسئولیت مشترکی را برای یکپارچگی خدمات برای تضمین سلامت و رفاه به عهده بگیرند. یکپارچه‌سازی به رهبری متخصصان، مسئولیت‌های ترکیبی را برای راه‌اندازی خدمات ایجاد می‌کند و مسئولیت‌پذیری مشترک، حل مشکل و تصمیم‌گیری را برای دستیابی به سلامت و رفاه مطلوب در یک جمعیت تعریف شده ارتقای می‌دهد. در نتیجه این رویکرد، استقلال حرفه‌ای تحت تأثیر قرار می‌گیرد و سلسله مراتب سنتی و نقش‌های مشخص شده واضح مبهم می‌شوند. یکپارچگی حرفه‌ای را می‌توان از طریق انواع ترتیبات از شبکه‌های حرفه‌ای تقریباً یکپارچه تا سازمان‌های کاملاً یکپارچه به دست آورد. وسعت یکپارچگی حرفه‌ای به صورت پیوستاری شبیه به یکپارچگی سازمانی (با پراکندگی، هماهنگی، مشارکت، همکاری و ادغام) بیان می‌شود. تأمین مالی و مشوق‌های تنظیمی مناسب می‌تواند این امر را تحریک کند. با این حال، فقدان زبان مشترک و پارادایم‌های درمانی متفاوت می‌تواند یکپارچگی حرفه‌ای را دشوار کند. به نظر می‌رسد شفافیت در مورد نقش‌ها، مسئولیت‌ها و اصول نوع دوستی، اخلاق، احترام و ارتباطات برای غلبه بر این مشکلات بسیار مهم است [۴۶، ۳۶].

سطح میکرو؛ (یکپارچگی بالینی): در سطح خرد یک نظام سلامت، یکپارچگی بالینی به انسجام در فرایند اولیه ارائه مراقبت به بیماران

سازمان‌ها «که در آن افراد اطلاعات یا چیزهای دیگری را، بصورت رسمی یا غیررسمی، با یکدیگر مبادله می‌کنند» [۴۷].

اصول یکپارچه‌سازی: از ۲۲ مطالعه انجام شده سه مقاله، اصولی را برای یکپارچه‌سازی اثربخش خدمات سلامت بیان کرده‌اند (جدول ۳) [۵۴-۵۶].

مدل‌های یکپارچه‌سازی: مدل‌های مختلفی برای یکپارچگی در مطالعات اشاره شده است که براساس معیارهایی در جدول زیر دسته‌بندی شده‌اند (جدول ۴) [۶۳، ۵۷].

مدل ساحل طلایی: این مدل برای سطح کلان (حکومت مشترک بین سازمان‌های مراقبتی)، مزو (وضعیت بیماری یا انواع زیرجمعیت) و سطح خرد (سازماندهی مراقبت حول نیازهای فردی بیمار) طراحی شده است. هدف این مدل یکپارچگی مراقبت‌های اولیه و خدمات بیمارستانی حاد در استرالیا است. این مدل، بیماران پرخطر با شرایط پیچیده و مزمن را هدف قرار می‌دهد. همچنین شامل یک مرکز هماهنگی است که یک نقطه تماس واحد را برای بیماران، پزشکان عمومی و کارکنان بیمارستان فراهم می‌کند. این مرکز از یک پرونده مراقبت مشترک برای دسترسی و به روزرسانی اطلاعات بیمار و تسهیل برنامه‌ریزی مراقبت و ارتباطات استفاده می‌کند و شامل یک تیم چند رشته‌ای از متخصصان سلامت است که حمایت بالینی و اجتماعی را از بیماران در خانه‌هایشان یا در محیط‌های اجتماعی ارائه می‌کنند. اجزای اصلی مدل مراقبت یکپارچه ساحل طلایی عبارتند از: ۱- هماهنگی مراقبت ۲- مراقبت بیمار محور ۳- تیم‌های چند رشته‌ای ۴- به اشتراک‌گذاری اطلاعات ۵- مشارکت‌های اجتماعی

به طور کلی، هدف مدل مراقبت یکپارچه ساحل طلایی بهبود کیفیت و کارایی مراقبت برای افراد با نیازهای پیچیده با ترویج یک رویکرد جامع و هماهنگ برای ارائه مراقبت‌های سلامتی است [۵۷].

مدل توسعه مینکمن: این مدل یکپارچه‌سازی مراقبت‌های اولیه و خدمات بیمارستانی در هلند استفاده شده است که بیشتر، بیمارانی با شرایط پیچیده و مزمن را هدف قرار می‌دهد. این مدل، شامل یک مرکز هماهنگی است که یک نقطه تماس واحد را برای بیماران، پزشکان عمومی و کارکنان بیمارستان فراهم می‌کند. این مرکز از یک پرونده مراقبت مشترک برای دسترسی و به روزرسانی اطلاعات بیمار و تسهیل برنامه‌ریزی مراقبت و ارتباطات استفاده می‌کند. همچنین شامل یک تیم چند رشته‌ای از متخصصان سلامت است که حمایت بالینی و اجتماعی را از بیماران در خانه‌هایشان یا در

فردی اشاره دارد. یکپارچگی بالینی به میزان هماهنگی خدمات مراقبت از بیمار در مرزهای مختلف حرفه‌ای، نهادی و بخشی در یک سیستم اشاره دارد. در عمل، یکپارچگی بالینی به جای رویکرد متمرکز بر شخص، رویکردی متمرکز بر بیماری است. برای مثال، بیشتر ابزارهای یکپارچگی بالینی مبتنی بر مداخلات پزشکی محدود و مبتنی بر بیماری هستند. در عمل، یکپارچگی بالینی نیاز به دیدگاهی متمرکز بر شخص دارد تا بهزیستی کلی فرد را بهبود بخشد و صرفاً روی یک وضعیت خاص تمرکز نکند. حرفه‌ای‌ها باید نیازهای افراد را به درستی در نظر بگیرند تا خدمات ارائه شده با نیازهای آنها مطابقت داشته باشد. یکپارچگی بالینی همچنین بیمار را به عنوان یک سازنده در فرآیند مراقبت در بر می‌گیرد، با مسئولیت مشترک بین متخصص و فرد برای یافتن یک زمینه مشترک در مدیریت بالینی. باید بر نیازهای یک فرد تأکید شود، و مردم مراقبت‌های خود را در صورت امکان هماهنگ کنند. به عبارت دیگر، یکپارچگی بالینی براساس دیدگاه مراقبت متمرکز بر فرد، می‌تواند ارائه مستمر، جامع و هماهنگ خدمات را در سطح فردی تسهیل کند [۴۶].

رسمیت: براساس این معیار انواع مختلفی از یکپارچگی به شرح زیر قابل تمایز است:

کنسرسیوم (Consortium): یک انجمن غیرشرکتی از سازمان‌ها، که توافق می‌کنند با هم کار کنند و کنسرسیومی را برای مناقصه برای قراردادهای خاص تشکیل دهند. کنسرسیوم شامل یک گروه سازمان یافته از سازمان‌ها است که تحت یک توافق نامه رسمی گرد هم می‌آیند تا به اهداف خاصی دست یابند یا به چالش‌های مشترک رسیدگی کنند. کنسرسیوم‌ها اغلب دارای ساختارهای حاکمیتی، فرآیندهای تصمیم‌گیری و معیارهای عضویت هستند که نحوه همکاری و کار سازمان‌های شرکت کننده را کنترل می‌کنند.

شراکت (Partnership): شراکت ممکن است شامل دو یا چند سازمان باشد که با یکدیگر در یک ترتیب کمتر رسمی، مانند همکاری، اتحاد یا سرمایه‌گذاری مشترک، برای دستیابی به اهداف مشترک کار می‌کنند. رویکردی کمتر رسمی نسبت به کنسرسیوم-ها، که در آن سازمان‌های مختلف اتحادهای راهبردی را برای ارائه خدمات ایجاد می‌کنند.

شبکه (Network): شبکه‌ها ارتباطات، اشتراک‌گذاری اطلاعات و هماهنگی مراقبت را بدون نیاز به توافق‌های رسمی یا ساختارهای حاکمیتی تسهیل می‌کنند. گروه‌های مرتبط از افراد یا

مدل نورتلیه: بسیاری از کشورها مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی را به طور جداگانه سازماندهی و تأمین مالی می‌کنند. این مدل یک ابتکار سوئدی است که بودجه و سازمان مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی را به منظور یکپارچگی بهتر مراقبت از سالمندان با نیازهای پیچیده تغییر داد. در مدل نورتلیه، این تحول امکان گرد هم آوردن تیم، انتقال مسئولیت به ارائه‌دهندگان مختلف، استفاده از هماهنگ‌کننده‌های مراقبت، و توسعه مسیرها و برنامه‌های یکپارچه را در انتقال به داخل و خارج از بیمارستان و از خانه‌های سالمندان به بیمارستان فراهم کرد. مدل نورتلیه در چارچوب تعهد سوئد به پوشش همگانی و برنامه‌های عمومی مبتنی بر منابع مالیاتی که براساس نیاز جمع شده و بین شهروندان توزیع می‌شود، عمل می‌کند. تجربه مدل نورتلیه نشان می‌دهد که یکی از راه‌های ارتقای یکپارچگی مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی، همسویی سازمان‌دهی و بودجه این دو بخش در سطوح بالا است که این تحول تغییراتی را در عملیات و مدیریت امکان‌پذیر کرده است که می‌تواند به تغییراتی در ارائه مراقبت تبدیل شود. این رویکرد "از بالا به پایین" باید در راستای اولویت‌ها و سیاست‌های ملی باشد، اما در نهایت تنها زمانی موفق است که فرهنگ، تخصیص منابع و مدیریت در سراسر سیستم محلی تغییر کند [۶۰].

مدل لوهو: مدل لوهو رویکردی برای ارائه مراقبت‌های سلامت است که هدف آن بهبود هماهنگی و تداوم مراقبت در سطوح و بخش‌های مختلف نظام سلامت در چین است. این مدل توسط گروه بیمارستانی لوهو که متشکل از پنج بیمارستان منطقه ای، ۲۳ ایستگاه سلامت اجتماع محلی و یک موسسه پزشکی در منطقه لوهو در شهر شنژن است، توسعه و پیاده‌سازی شده است. این مدل مجموعه‌ای از راهبردهای حرفه‌ای، سازمانی، سیستمی، عملکردی و هنجاری را برای مراقبت یکپارچه اتخاذ می‌کند، مانند: ایجاد یک ساختار مدیریتی و حاکمیتی واحد برای لوهو با چشم‌انداز، مأموریت، ارزش‌ها و اهداف مشترک؛ توسعه یک بودجه جهانی و یک سیستم پرداخت سرانه برای لوهو، با مشوق‌هایی برای کیفیت، کارایی و نوآوری؛ ایجاد یک سیستم جامع پرونده الکترونیک سلامت و یک زیرساخت اطلاعات سلامت برای لوهو، با قابلیت اشتراک‌گذاری و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ ترویج شخص محوری و مراقبت مبتنی بر جمعیت، با تمرکز بر سالمندان و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن؛ افزایش هماهنگی خدمات و هماهنگی حرفه‌ای، با مسیرهای مراقبت استاندارد، مکانیسم‌های ارجاع، و تیم‌های چند رشته‌ای؛

محیط‌های اجتماعی ارائه می‌کنند. همچنین متشکل از ۸۹ عنصر است که به یکپارچگی مراقبت کمک می‌کند و به ۹ خوشه گروه-بندی می‌شود: مراقبت با کیفیت، مدیریت عملکرد، کار تیمی بین حرفه‌ها، سیستم تحویل، نقش‌ها و وظایف، بیمار محوری، تعهد، کارآفرینی شفاف، یادگیری و نتیجه متمرکز. این مدل براساس یک فرآیند توسعه چهار مرحله‌ای است: مرحله ابتکار و طراحی، مرحله آزمایشی و اجرایی؛ مرحله گسترش و نظارت؛ و مرحله تحکیم و تبدیل. عناصر ضروری مراقبت یکپارچه در این مدل شامل چشم‌انداز و استراتژی، رهبری، مشارکت بیمار و مدیریت عملکرد است [۵۸].

مدل رنگین کمان: مدل رنگین کمان یک چارچوب نظری برای مراقبت یکپارچه است که توسط Valentijn و همکارانش توسعه داده شد. این مدل هشت حوزه مراقبت یکپارچه را شناسایی می‌کند که برای دستیابی به هدف سه‌گانه بهبود نتایج سلامت، افزایش تجربه بیمار و کاهش هزینه‌ها ضروری هستند. چهار حوزه اصلی عبارتند از: شخص محوری، هماهنگی خدمات، هماهنگی حرفه‌ای و هماهنگی سازمانی. چهار حوزه فرعی عبارتند از جامعه محوری، شایستگی فنی، صلاحیت فرهنگی و زمینه سیستم. این مدل همچنین ابزارهای اندازه‌گیری را برای ارزیابی سطح یکپارچگی از دیدگاه بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت فراهم می‌کند. همچنین می‌تواند به عنوان راهنمای طراحی، اجرا و ارزیابی ابتکارات مراقبت یکپارچه در محیط‌ها و جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گیرد. مدل رنگین کمان در خدمات خط مقدم مراقبت‌های اولیه پایه‌گذاری شده است. این مدل بین چهار بعد یا نوع یکپارچگی تمایز قائل می‌شود: یکپارچگی سیستمی، سازمانی، حرفه‌ای و بالینی، که هر یک نقش به هم پیوسته‌ای را در سطوح کلان، میانی و خرد ایفا می‌کند. مطابق با نام رنگین کمان مدل، در ابتدا یکپارچگی بالینی بعد حرفه‌ای، سپس بعد سازمانی و سپس یکپارچگی سیستم را شامل شده است. دو عامل کلی یکپارچگی عملکردی (فنی) و هنجاری (فرهنگی) پیوند سطوح مختلف را تسهیل می‌کنند. وسعت هر بعد ممکن است به عنوان یک پیوستار، با تفکیک در یک انتها، پیوند و هماهنگی در وسط، و ادغام در انتهای دیگر بیان شود. این مدل توجه ما را به مؤلفه‌ها، حوزه‌ها و سطوح بسیاری معطوف می‌کند که در آن‌ها موانعی برای خدمات یکپارچه پدیدار می‌شوند. همچنین به شناسایی عوامل مهمی که یکپارچه سازی خدمات را تسهیل می‌کنند کمک می‌کند [۵۹].

جوامع تمرکز دارد که شامل اجرای طرح‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت عمومی است که مسائل بهداشتی خاص یا عوامل خطر را در سطح جمعیت هدف قرار می‌دهند. مداخلات مبتنی بر جمعیت ممکن است شامل کمپین‌های سلامت جامعه، تغییر سیاست‌ها و اصلاحات محیطی با هدف ترویج رفتارهای سالم و کاهش نابرابری‌های بهداشتی در میان جمعیت باشد. مدل‌های مبتنی بر جمعیت با در نظر گرفتن سلامت کل جمعیت و رسیدگی به همکاری بین بخش‌ها برای ارتقای سلامت جامعه، چشم‌انداز گسترده‌تری دارند از جمله کایزرپرمننته و اداره بهداشت جانبازان است [۶۲].

مدل همکاری منعطف: در این مدل، ارائه دهندگان مختلف مراقبت‌های سلامتی، مانند بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز سلامت اجتماع محلی، با همکاری و هماهنگی خدمات خود، خدمات جامعی را به بیماران ارائه می‌دهند. هر ارائه دهنده مستقل باقی می‌ماند اما برای به اشتراک گذاشتن منابع، اطلاعات و تخصص برای بهبود نتایج بیمار با هم کار می‌کند. همکاری سست به انعطاف‌پذیری و استقلال بین ارائه دهندگان اجازه می‌دهد و در عین حال هماهنگی و تداوم مراقبت را ارتقاء می‌بخشد [۶۳].

مدل کنسرسیوم پزشکی: مدل کنسرسیوم پزشکی شامل ایجاد یک مشارکت رسمی یا شبکه بین موسسات مراقبت‌های سلامت، مانند بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های اولیه، برای ارائه مشترک خدمات مراقبت‌های سلامت به یک جمعیت مشخص است. در یک کنسرسیوم پزشکی، موسسات شرکت‌کننده منابع را جمع می‌کنند، زیرساخت‌ها را به اشتراک می‌گذارند و ارائه مراقبت‌های هماهنگ می‌کنند تا اطمینان حاصل شود که بیماران مراقبت‌های جامع و یکپارچه را در سطوح مختلف نظام مراقبت‌های سلامت دریافت می‌کنند. این مدل کارایی، مقرون به صرفه بودن و دسترسی بهتر به خدمات را برای بیماران ارتقاء می‌دهد [۶۳].

مدل مدیریت مستقیم: در مدل مدیریت مستقیم، یک مقام یا سازمان مرکزی مستقیماً بر ارائه خدمات مراقبت‌های سلامتی در یک منطقه یا جمعیت خاص مدیریت و نظارت می‌کند. این مدل معمولاً شامل یکپارچه‌سازی امکانات مراقبت‌های سلامتی تحت یک ساختار حکمرانی یکپارچه، با تمرکز بر استانداردسازی دستورالعمل‌های مراقبت، بهینه‌سازی تخصیص منابع و تضمین کنترل کیفیت در سراسر نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. هدف مدیریت مستقیم ساده‌سازی ارائه مراقبت‌های سلامتی، کاهش تکرار خدمات و بهبود نتایج کلی سلامت از طریق مدیریت متمرکز و هماهنگ است [۶۳].

بهبود کیفیت مراقبت و مدیریت عملکرد، با دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد، ممیزی‌های بالینی و سیستم‌های بازخورد؛ و در نهایت تقویت یادگیری متمرکز بر نتیجه و کارآفرینی شفاف، با فعالیت‌های بهبود مستمر، تحقیق و نوآوری [۶۱].

مدل مبتنی بر فرد: این مدل بر ارائه مراقبت و خدمات به بیماران به صورت تک تک و یا فردی تمرکز دارد. این برنامه بر تنظیم برنامه‌های درمانی برای برآوردن نیازها و ترجیحات خاص هر فرد، با در نظر گرفتن نوع بیماری و شرایط منحصر به فرد سلامتی آنها تأکید می‌کند. در واقع متخصصان از نزدیک با بیماران برای توسعه برنامه‌های مراقبت شخصی و ارائه پشتیبانی و راهنمایی مستمر آنها همکاری می‌کنند. مدل‌های فردی مراقبت یکپارچه از جمله مدیریت پرونده، برنامه‌های مراقبت فردی، خانه پزشکی بیمار محور، بودجه سلامت شخصی است. در این گروه از مدل‌های مراقبت یکپارچه خدمات با هماهنگی بیماران پرخطر و مراقبین آنها ارائه می‌شود. هدف این مدل تسهیل ارائه خدمات مراقبت و غلبه بر پراکندگی بین ارائه دهندگان است. هماهنگی مراقبت برای بیماران پرخطر فراتر از یک دوره مراقبت است و نیازمند هماهنگی بیشتر بین ارائه دهندگان مختلف است [۶۲].

مدل مبتنی بر گروه: در این مدل، خدمات سلامت به گروه‌هایی از افراد با نیازها یا شرایط سلامتی مشابه ارائه می‌شود. مداخلات گروه محور می‌تواند شامل گروه‌های حمایتی، جلسات گروه درمانی، کارگاه‌های آموزشی و سایر فعالیت‌های گروهی با هدف ارتقای سلامت و تندرستی باشد. این مدل امکان تبادل تجربیات مشترک، حمایت هم‌تایان و یادگیری جمعی را فراهم می‌کند، که می‌تواند برای افرادی که با چالش‌های سلامت مشابه روبرو هستند مفید باشد. مدل‌های گروهی و مختص به بیماری از جمله مدل مراقبت مزمن، مدل‌های مراقبت یکپارچه برای سالمندان و افراد کم توان و مدل‌های مراقبت یکپارچه ویژه بیماری است. برخلاف مدل فردی، مدل گروهی و مبتنی بر بیماری راهی برای یکپارچگی مراقبت‌های سلامت در شبکه‌ها است. در حالی که مدل فردی تمام مراقبت‌های بیمار را در درون یک سیستم ارائه می‌کند، مدل مبتنی بر گروه، همکاری بین چندین سیستم را تقویت می‌کند و شامل چندین زنجیره مراقبت است. مراقبت از بیمار به طور کلی با شبکه‌های بالینی مراقبت‌های سطح اول، دوم و سوم مدیریت می‌شود [۶۲].

مدل مبتنی بر جمعیت: این مدل رویکرد گسترده‌تری به یکپارچه‌سازی سلامت دارد و بر بهبود سلامت و رفاه کل جمعیت یا

جدول ۱: تعاریف یکپارچگی در نظام سلامت

تعریف یکپارچگی در نظام سلامت
یکپارچگی؛
فرایند ایجاد و حفظ ساختار مشترک بین نقش آفرینان مستقل در طول زمان [۳۶]
ارتباط بین کارکردهای بودجه، اداری، سازمانی، ارائه خدمات و بالینی برای همکاری بین بخش‌های ارائه مراقبت [۳۶]
هماهنگی و همکاری بین بخش‌ها و واحدهای مختلف برای ارائه مراقبت‌های سلامت با کیفیت بالا [۳۷، ۳۸]
مراقبت یکپارچه؛
ارائه و مدیریت به شیوه‌ای هماهنگ در سطوح مختلف و مکان‌های مراقبت در داخل و خارج از بخش سلامت [۳۹]
یکپارچگی خدمات برای گروه‌ها یا شرایط خاص بیمار، یا همکاری‌های گسترده در موسسه بین افراد مختلف ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت [۴۰]
خدمات پزشکی هماهنگ و متمرکز بر موارد مزمن، پیشگیری و بهداشت [۴۱]
تقسیم‌بندی ارائه خدمات و هماهنگی خدمات بهداشتی و اجتماعی در سراسر مرزهای سازمانی [۴۲]
مدیریت و ارائه خدمات بهداشتی برای دریافت مستمر خدمات پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان، مدیریت بیماری، توانبخشی و تسکینی در سطوح و مکان‌های مختلف [۳۶]

جدول ۲: انواع یکپارچگی در نظام سلامت

معیار	نوع یکپارچگی
ساختار	افقی / عمودی [۴۳]
درجه/شدت	قرارداد/شبکه سازی / هماهنگی / همکاری / مشارکت / ادغام [۴۴، ۴۵]
ماهیت	سازمانی / خدماتی / بالینی / عملکردی / هنجاری / سیستمی [۴۶]
رسمیت	کنسرسیوم / شراکت / شبکه [۴۷]
سطح	کلان / میانی / خرد [۳۶]

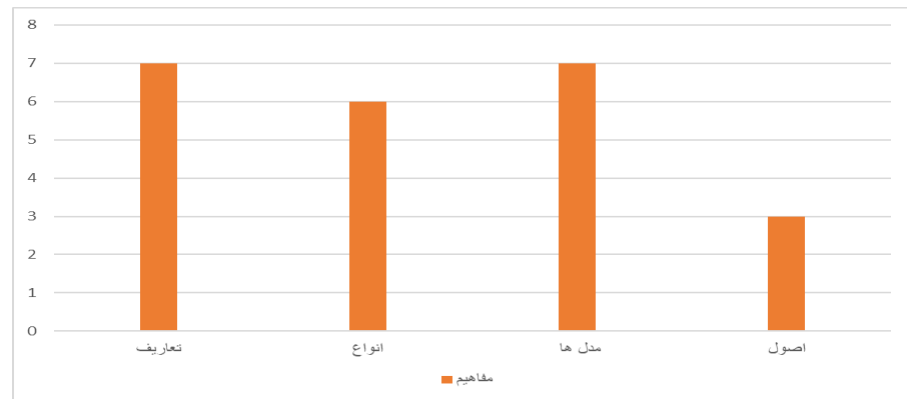
جدول ۳: اصول یکپارچه‌سازی خدمات سلامت

ردیف	اصول
۱	مشارکتی - ایجاد رابطه، کار مبتنی بر تیم و تمرین مشارکتی در مراقبت‌های اولیه، ثانویه، ثالثیه و سایر بخش‌ها
۲	توانمندساز - حمایت از همه افراد برای مدیریت سلامت خود
۳	جامع - مراقبت جامع و متناسب با نیازهای در حال تحول سلامت مردم و جمعیت
۴	مبتنی بر همکاری - مشارکت فعال با مردم و جوامع در سطح فردی و سازمانی
۵	مسئولیت‌پذیری مشترک - مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان مراقبت برای کیفیت مراقبت و نتایج بهداشتی
۶	کل نگر - تمرکز بر سلامت جسمی، اجتماعی، اقتصادی، ذهنی و عاطفی
۷	هدف‌گرا - تصمیم‌گیری افراد در مورد مراقبت‌های سلامتی، ارزیابی نتایج و سنجش موفقیت
۸	مبتنی بر شواهد - هدایت سیاست‌ها و استراتژی‌ها توسط بهترین شواهد موجود در طول زمان
۹	محترمانه - احترام به کرامت افراد، شرایط اجتماعی و حساسیت‌های فرهنگی
۱۰	عادلانه - دسترسی همگانی به مراقبت‌های سلامت
۱۱	پایدار - مراقبت کارآمد، موثر و در جهت توسعه پایدار
۱۲	سیستمی - هدایت توسط تفکر کل سیستم
۱۳	پیشگیرانه - مقابله با عوامل اجتماعی ناخوشایند از طریق اقدامات درون بخشی و بین بخشی در جهت ارتقای سلامت
۱۴	مستمر - تداوم مراقبت و خدمات در طول زندگی فرد

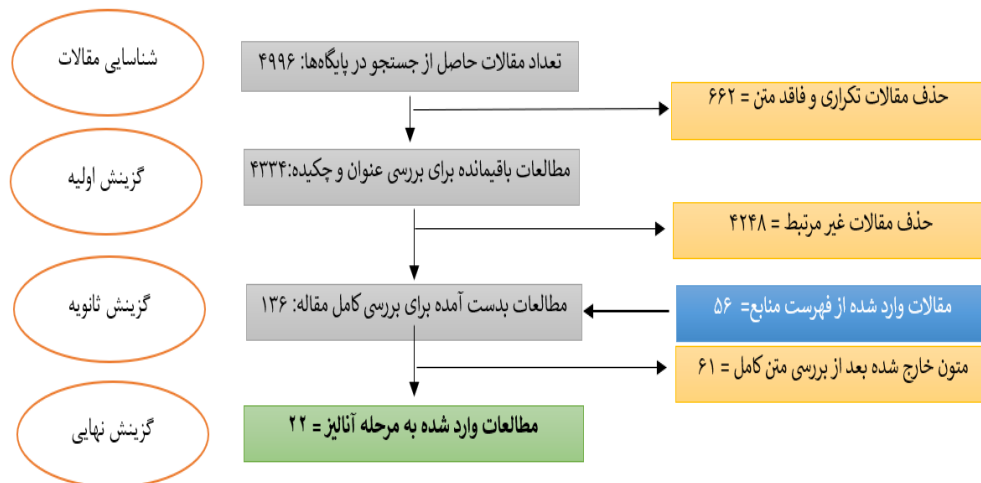
جدول ۴: مدل‌های یکپارچگی در نظام سلامت

معیارها	جمعیت هدف	پوشش جغرافیایی	دامنه خدمات	ماهیت یکپارچگی	مدیریت مالی	حاکمیت و رهبری
۱ مدل مینکمن	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی و ملی	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها	متمرکز
۲ مدل لوهو	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی (منطقه لوهو)	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها	غیر متمرکز
۳ مدل رنگین کمان	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی و ملی	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها	متمرکز
۴ مدل ساحل طلایی	کل جامعه و بیماران با شرایط مزمن و پیچیده	محلی (منطقه ساحل طلایی)	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها	غیر متمرکز

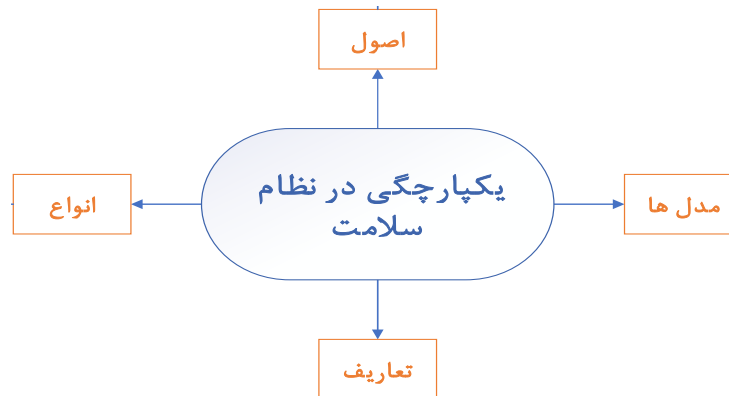
معیارها	جمعیت هدف	پوشش جغرافیایی	دامنه خدمات	ماهیت یکپارچگی	مدیریت مالی	حاکمیت و رهبری
۵ مدل نورتلپه	جمعیت عمومی، به ویژه افراد مسن با نیازهای پیچیده	محلی (منطقه نورتلپه)	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها، منابع مالی عمومی مبتنی بر مالیات	غیر متمرکز
۶ مدل مبتنی بر فرد	افراد با نیازهای خاص	محلی و ملی	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی	مدیریت مالی فردی	متمرکز
۷ مدل مبتنی بر گروه	گروه‌های خاص و بیماری‌های خاص	محلی و ملی	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی	مدیریت مالی گروهی و بیماری‌محور	متمرکز/ غیر متمرکز
۸ مدل مبتنی بر جمعیت	کل جامعه و گروه‌های پرخطر	محلی و ملی	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی	مدیریت مالی یکپارچه بین سازمان‌ها و مبتنی بر جمعیت	غیر متمرکز
۹ مدل همکاری منعطف	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی و منطقه‌ای	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	منابع مالی جداگانه	غیر متمرکز
۱۰ مدل کنسرسیوم پزشکی	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی و منطقه‌ای	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	منابع مالی مشترک و کنسرسیومی	غیر متمرکز
۱۱ مدل مدیریت مستقیم	کل جامعه و گروه‌های خاص	محلی و منطقه‌ای	افقی و عمودی	خدماتی، بالینی، سازمانی، سیستمی، عملکردی، هنجاری	منابع مالی یکپارچه و مدیریت شده توسط یک نهاد	متمرکز



نمودار ۱: فراوانی مفاهیم شناسایی شده در مطالعات



شکل ۱: نمودار پریزما



شکل ۲: مفاهیم مرتبط با یکپارچگی در نظام سلامت

یکپارچگی افقی

	-	+
+	همکاری	همانگی
-	مشارکت	قرارداد
یکپارچگی عمودی		

شکل ۳: اشکال مختلف یکپارچه‌سازی [۴۵]

بحث و نتیجه گیری

ماهیت پیوستاری خدمات و تنوع بخش‌ها و نقش آفرینان در حوزه سلامت از یکسو و لزوم فعالیت تیمی، تعامل و همکاری مستمر بین واحدهای مختلف در ارائه خدمات در این بخش، از سوی دیگر، ضرورت یکپارچگی سازمانی در نظام سلامت را نشان می‌دهد. با این وجود نگاه یکسان و شفافیت نسبت به مفهوم یکپارچگی در ادبیات موجود دیده نمی‌شود و ابعاد و اصول مرتبط با آن نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد [۶۴]. چندپارچگی احتمالی در نظام‌های سلامت، به‌ویژه در طول رویدادهایی مانند همه‌گیری‌ها، چالش‌های مربوط به هماهنگی مراقبت ارائه‌دهندگان مختلف را برجسته می‌کند [۶۵]. ادغام مراقبت‌های سلامت به عنوان وسیله‌ای برای افزایش کیفیت، هماهنگی و دسترسی بیمار به مراقبت تلقی می‌شود [۶۶]. به نحوی که، اثربخشی یک نظام ارائه مراقبت متکی به یکپارچه سازی خدمات برای مقابله با اختلالاتی است که ممکن است در هنگام کارکرد مستقل اجزا به وجود بیاید [۶۷]. بنابراین، اولویت دادن به یکپارچگی مراقبت‌های سلامتی در نظام سلامت گسترده تر برای بهبود نتایج کلی سلامت و اطمینان از مراقبت جامع و هماهنگ برای افراد در سطوح مختلف مراقبت بسیار مهم

است [۶۸]. هدف مطالعه حاضر بر همین اساس، تبیین مفهوم و شناسایی اصول یکپارچگی بود. همانطور که در یافته‌ها بیان شد ما در این مقاله به مفاهیمی همچون تعاریف، اصول، انواع و مدل‌های یکپارچگی دست یافتیم که در زیر به بحث در مورد هر یک از این مفاهیم پرداخته شده است. تعریف واحد و منسجمی در رابطه با یکپارچگی در نظام سلامت وجود ندارد و در اکثر مطالعات بر هماهنگی و همکاری در تعریف این واژه تاکید کرده بودند. در مطالعه اکسلسون و همکارانش نیز بیان کردند که شکی وجود ندارد که یکپارچگی یک مفهوم همه یا هیچ نیست، بلکه در یک طیف بوده و درجات متنوعی دارد. برای مثال، دو مؤسسه می‌توانند نهادهایی کاملاً مستقل از نظر حقوقی باقی بمانند و صرفاً مراقبت‌های بهداشتی درمانی را که ارائه می‌کنند هماهنگ کنند تا بیماران بتوانند مسیر مراقبتی هموار و استانداردتری داشته باشند. در سوی دیگر طیف، آنها همچنین ممکن است به یک همکاری رسمی و ساختارمندتر (مانند از طریق ساختارهای حکمرانی مشترک) یا حتی یکپارچگی کامل (مانند از طریق ادغام یا قراردادهای) برسند [۴۵] که مطابق با یافته مطالعه حاضر است. بنابراین مراقبت یکپارچه دارای ابهامی است که اگر

[۷۵] به طور خلاصه، در حالی که همه این عناصر (هماهنگی، مشارکت، همکاری و ادغام) به هم مرتبط هستند، ادغام به عنوان مهم ترین نوع برجسته می شود. این هماهنگی، مشارکت و همکاری را ترکیب می کند و یک رویکرد جامع و بیمار محور برای ارائه مراقبت های بهداشتی ایجاد می کند. با این حال، اجرای موفقیت آمیز به زمینه، همکاری و سازگاری در نظام سلامت بستگی دارد [۷۶]. همانطور که در مقالات مختلف بیان شده است بسته به اهداف و زمینه ممکن است انواع مختلفی از یکپارچگی با معیارهای متفاوت به کار گرفته شوند بنابراین سایر مطالعات نیز تایید کننده این امر هستند که بنابر شرایط خاص نوع خاصی از یکپارچگی مورد استفاده قرار می گیرد.

تعیین اینکه کدام یک از اصول یکپارچه سازی بیشترین تأثیر را بر موفقیت یکپارچگی دارد دشوار است؛ زیرا هر اصل نقش مهمی در موفقیت کلی یک پروژه یکپارچه سازی دارد و تمامی این اصول به نحوی تأثیر گذار می باشند در مطالعه وات و همکارانش بر اصل هدف گرایی و اهداف مشخص برای موفقیت یکپارچگی بسیار تأکید شده است. داشتن اهداف روشن به همسویی همه ذینفعان در جهت یک چشم انداز مشترک کمک می کند، نقشه راه را برای فرآیند یکپارچه سازی فراهم می کند و سازمان ها را قادر می سازد تا پیشرفت و موفقیت را بر اساس معیارهای از پیش تعریف شده اندازه گیری کنند. بدون اهداف مشخص، تلاش های یکپارچه سازی می تواند بدون تمرکز باشد و منجر به سردرگمی، تأخیر و در نهایت شکست شود [۷۷]. در مطالعه ریچل و همکارانش، اصل خدمات جامع و استاندارد از طریق تیم های بین حرفه ای برای موفقیت یکپارچه سازی در کشورهای با درآمد بالا و کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز دارای اهمیت بسیار است [۷۸]. علاوه بر این در مطالعه وان و همکارانش نیز همکاری و هماهنگی موثر بین ارائه دهندگان، کارکنان بهداشتی و ماهر نیز از اصول ضروری برای یکپارچگی موفق هستند [۷۹].

هدف یکپارچگی در نظام سلامت پاسخگویی به نیازهای افراد و جمعیت با ارائه مراقبت جامع و با کیفیت بالا در طول زندگی آنهاست. مدل های مختلفی از یکپارچه سازی وجود دارد که هر کدام یک رویکرد منحصر به فرد را ارائه می دهند. بنابراین یکپارچگی در نظام سلامت می تواند براساس بافتار منحصر به فرد هر کشور به طور قابل توجهی متفاوت باشد. عواملی مانند نظام سیاسی، منابع اقتصادی، هنجارهای فرهنگی و توسعه تاریخی همگی می توانند بر

بخواهد با موفقیت اجرا شود، می تواند و باید به اشکال ملموس تر ترجمه و تعبیر شود.

انواع یکپارچگی در نظام سلامت بسته به زمینه و اهداف نظام مراقبت سلامت شیوع و اهمیت خاص خود را دارند. همچنین شیوع نسبی و اهمیت هر نوع یکپارچگی ممکن است بسته به اهداف خاص، اولویت ها و چالش های پیش روی یک نظام مراقبت های سلامت متفاوت باشد. به عنوان مثال در مطالعه ای بیان شد که یکپارچگی عمودی یک جنبه حیاتی در نظام سلامت است، به ویژه در کشورهای بسیار توسعه یافته که با چالش هایی با بیماران مزمن مواجه هستند. این شامل ترکیب خدمات ارائه شده در مراحل مختلف، مانند خدمات بیمارستانی و عمومی، برای اطمینان از مراقبت مداوم در سراسر مرزهای سازمانی است [۶۹]؛ همانند IDN ها که شامل چندین بیمارستان، کلینیک و مراکز بهداشتی در یک منطقه جغرافیایی هستند که بصورت عمودی ادغام شده اند [۳۰]. در مقابل در مطالعه ای دیگر، بیان شده است که ادغام افقی بر خدمات ارائه شده در همان مرحله سازمانی، مانند خدمات بیمارستانی تمرکز دارد که منجر به عملکرد بهتری در مقایسه با مجموع تمامی سیستم های مستقل می شود [۷۰]. همانند خط خدمت که هدف آن بهبود کیفیت و کارایی خدمات و هماهنگی و همکاری بین تیم های کلینیکی و حرفه ای در یک خط خدماتی خاص است [۳۱]. در حالی که هر دو نوع نقش اساسی دارند، ادغام عمودی در پرداختن به پراکندگی خدمات و پاسخگویی به تقاضای فزاینده برای شرایط مزمن مهم تر است [۴۲]. علاوه بر این، ادغام عمودی در زمینه سیستم تامین اجتماعی سلامت عمومی در کلمبیا مورد بررسی قرار گرفته است که اثرات متفاوتی را بر قیمت ها و سودآوری موسسات بهداشتی و درمانی نشان می دهد [۷۱]. نوع دیگری از یکپارچگی، مشارکت شبکه های حرفه ای را تقویت می کند و همکاری منطقه ای را بهبود می بخشد، که منجر به استفاده کارآمدتر از خدمات و نتایج سلامت بهتر می شود [۷۲]. از سوی دیگر، شراکت های بین رشته ای، بعنوان شکلی از ادغام، چالش های پیش روی سالمندان در مناطق روستایی را با ترکیب پرستاری، سلامت عمومی و پیری برای ارائه مراقبت و حمایت جامع، در نتیجه کاهش نابرابری های بهداشتی برطرف می کند [۶۶].

در حالی که هماهنگی برای همسویی مراقبت در میان تنظیمات و ارائه دهندگان [۷۳، ۷۴] ضروری است، ادغام با ایجاد یک تجربه یکپارچه بیمار از طریق تجدید ساختار ارائه مراقبت و بهبود نتایج

نوآوری، بهبود نتایج بیماران و کاهش هزینه‌ها افزایش دهد. برای مثال، بیمارستان‌ها ممکن است در پروژه‌های تحقیق و توسعه همکاری کنند یا داده‌های بیمار را برای بهبود هماهنگی مراقبت‌ها به اشتراک بگذارند، در حالی که همچنان در زمینه‌های دیگر مانند جذب بیمار و ارائه خدمات رقابت می‌کنند [۸۶، ۸۵].

محدودیت‌هایی از قبیل عدم دسترسی به برخی از پایگاه‌های داده‌ای و عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات در این مطالعه قابل ذکر می‌باشد.

نظر به پیچیدگی نظام‌های سلامت و تغییر در نیازهای گیرندگان خدمت و تنوع در رویکردهای تولید و ارائه خدمات، ارائه اثربخش خدمات در عصر حاضر مستلزم اتخاذ یک رویکرد منسجم شامل ارتباط، تعامل، هماهنگی، همکاری و مشارکت فعال بین همه نهادها و ساختارهای ارائه دهنده است؛ بنحوی که بتوانند اشتراک اطلاعات، منابع و منافع خود و گیرندگان خدمت را به حداکثر برسانند. آشنایی با مفهوم، مدل‌ها و اصول یکپارچگی از اولویت‌های مدیریت نوین در حوزه سلامت است. در واقع شناخت یکپارچگی می‌تواند مسیر را برای مدیران و سیاست‌گذاران روشن و شفاف نماید تا با دانش کافی و علم به اصول اصلی و مفاهیم یکپارچگی تصمیمات صحیح و موثرتری در راستای بهبود فرایندهای ارائه خدمات بگیرند. مرور مفهومی حاضر برخی از تعاریف، انواع و مدل‌های یکپارچه‌سازی را برجسته کرده است که ممکن است به برنامه‌ریزی و شکل‌گیری ساختارهای ارائه یکپارچه خدمات سلامت کمک کند. این بررسی همچنین شکاف مهمی را در زمینه عدم وجود تعریف واحد و مشخص از یکپارچگی که حد و مرز آن را مشخص کند، نمایان کرده است. بنابراین بهتر است برای درک بهتر یکپارچگی در نظام سلامت و همچنین نحوه اجرا و عملیاتی نمودن آن در کشور مطالعات بیشتری صورت بگیرد تا بتوان مدل و الگویی برای پیاده‌سازی آن در کشور با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی آن طراحی نمود.

سهم نویسندگان

آیدا اصغری: ارائه ایده مقاله، تنظیم پیش نویس مقاله

عباس وثوق مقدم: نظارت و ویرایش نهایی

ابراهیم جعفری پویان: ارائه ایده مقاله، نظارت و ویرایش نهایی

نحوه سازماندهی، تأمین مالی و ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت تأثیر شگرفی بگذارند. در نتیجه، رویکرد یکپارچگی در نظام سلامت می‌تواند از کشوری به کشور دیگر بسیار متفاوت باشد [۸۱، ۸۰]. این تفاوت در زمینه کشورها باعث شده است که هر کشوری متناسب با شرایط سیاسی، اجتماعی، اقتصادی فرهنگی و تاریخی مدل مناسبی برای اجرای یکپارچگی در نظام سلامت خود را ارائه دهد. به طور کلی، یکپارچگی در نظام سلامت ارتباط متقابل اجزای مختلف سلامت را تشخیص می‌دهد و هدف آن ارائه خدمات جامع است که مدل‌های متنوع و انعطاف‌پذیری را در تطبیق مراقبت با زمینه‌ها و نیازهای خاص امکان‌پذیر می‌سازد. به عنوان مثال مدل مراقبت یکپارچه رنگین کمان اغلب در کشورهای با درآمد بالا استفاده می‌شود. این مدل بر اهمیت مراقبت بیمار محور، همکاری بین ارائه دهندگان مختلف مراقبت‌های سلامت و ادغام خدمات در سطوح مختلف مراقبت تأکید می‌کند. این برای رفع نیازهای پیچیده بیماران با شرایط مزمن متعدد و ارتقای تداوم مراقبت طراحی شده است [۴۶] و یا مدل مراقبت یکپارچه Luohu اغلب در کشورهای با درآمد کم و متوسط استفاده می‌شود. این مدل که نام آن از ناحیه‌ای در شزن چین گرفته شده است، بر ادغام خدمات مراقبت‌های اولیه با طرح‌های بهداشت عمومی برای بهبود نتایج سلامت و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و بر مراقبت مبتنی بر جامعه، پیشگیری و ارتقای سلامت تأکید می‌کند و آن را به ویژه برای محیط‌های محدود به منابع مرتبط می‌سازد [۸۳، ۸۲]. مدل Luohu در کشورهای مختلف در سراسر جهان به عنوان راهی برای تقویت مراقبت‌های اولیه و رفع نیازهای بهداشتی جمعیت‌های محروم اجرا شده است [۸۴].

به تازگی مفهوم دیگری تحت عنوان مشارکت رقابتی در یکپارچگی نظام سلامت ظهور پیدا کرده است که به یک رویکرد استراتژیک اشاره دارد که در آن سازمان‌های بهداشتی رقیب برای دستیابی به منافع متقابل با یکدیگر همکاری می‌کنند. این استراتژی ترکیبی عناصر رقابت و همکاری را با هم ترکیب می‌کند و به سازمان‌ها اجازه می‌دهد منابع، دانش و قابلیت‌ها را به اشتراک بگذارند و در عین حال مزیت رقابتی خود را حفظ کنند. در زمینه مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند کارایی و اثربخشی خدمات بهداشتی را با تقویت

منابع

1. Saira A, Amber A. System within System: World Health Organization Building Blocks and Public-Private Partnership in Healthcare sector of Pakistan. *Annals of King Edward Medical University* 2022; 28:1-2
2. Christian D, de L-C. A review of fundamental topics in health systems. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2018;56:295-304
3. Gaitonde R. The Role of the Health System. *Health Inequities in India: A Synthesis of Recent Evidence* 2018:189-220
4. Alaeddini F, Tavolinejad H, Esmailzadeh H. Redefining the health system: A proposed updated framework of a systems approach to health. *Frontiers in Public Health* 2022;10:1-5[in Persian]
5. Tulchinsky TH, Varavikova EA, Cohen MJ. Chapter 12 - Planning and managing health systems. In: Tulchinsky TH, Varavikova EA, Cohen MJ, editors. *The New Public Health*. 4th Edition. San Diego: Academic Press, 2023
6. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BioMed Central* 2018 ;16: 1-6
7. Rouse WB. Understanding the complexity of health. *Systems Research and Behavioral Science* 2021;38:197-203
8. Ponnala S, Valdez RS, McGuire K, Valdez JA. The Nature of Systems in Healthcare. In: Deutsch ES, Perry SJ, Gumaney HG, editors. *Comprehensive Healthcare Simulation: Improving Healthcare Systems*. 1st Edition, Cham: Springer International Publishing, 2021
9. Caffrey L, Wolfe C, McKeivitt C. Embedding research in health systems: lessons from complexity theory. *Health Research Policy and Systems* 2016;14:1-9
10. Davari M. Economic challenges of health system in Iran. *Management Health Information* 2010;8:915-8 [in Persian]
11. Shariati M. Why health system reforms? *Journal of Knowledge and Health in Basic Medical Sciences* 2015;5:20-1[in Persian]
12. Azizi Zeinalhajlu A, Amini A, Tabrizi JS. Consequences of Population Aging in Iran with Emphasis on its Increasing Challenges on the Health System (Literature Review). *Journal of Health Image* 2015;6:54-64[Persian]
13. Demari B, Trust Moghaddam A, Shadpur K, Moghimi D. Regional urban health management center in Tehran metropolis: a collaborative system to promote justice in health. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research* 2015;13:37-50 [in Persian]
14. Jafari Pooyan E, Asghari A, Babaei Aghbolagh M, Azizi F. Multiplicity and diversity of organizations providing health services in the country: confusion and discrimination or competition for quality. *Hakim Health System Research Journal* 2021;24:205-8[in Persian]
15. Damari B, Vosough Moghaddam A, Shadpoor K, Salarian zadeh MH, Moghimi D. An Urban Health Management Center in cosmopolitan Tehran: A participatory system to promote health equity. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2016;13:37-50[in Persian]
16. Ahmadi M, Hataminejad H, Pourahmad A, Ziari K, Zanganeh Shahraki S. Investigating and Analyzing the Variables of the Right to Urban Health (case study: Bojnord city). *Urban Planning Geography Researches* 2019;7:285-309[in Persian]
17. Asadilari M, Vaez mahdavi MR, Faghihzadeh S, Montazeri A, Kalantari N, MAHER A, et al. The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran. concepts and framework 2010; 2:175-185[in Persian]
18. Vaezmahdavi M, Salarianzadeh M, Sadr F. Assessment of Systematic Accountability to Citizens in Tehran. *Hakim Health Systems Research Journal* 2011;14:78-88[in Persian]
19. Nurjono M, Yoong J, Yap P, Wee SL, Vrijhoef HJM. Implementation of integrated care in Singapore: a complex adaptive system perspective. *International Journal of Integrated Care* 2018;18:4
20. Assessment TEGoHSP. *Blocks:Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe*. Luxembourg: The Expert Group on Health Systems Performance Assessment. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-03/2017_blocks_en_0_0.pdf . 2023
21. Suter, E., Oelke, N.D., Stiphout, M. (2021). *Tools and Frameworks to Measure Health System Integration*. *Handbook Integrated Care* 2021, 535-556
22. Seyedamini B, Riahi L, Farahani MMM, Tabibi SJ, Asl IM. The effect of clinical factor on the

- health system integration. *International Archives of Health Sciences* 2019;6:6[in Persian]
23. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 2009;9:1-11
24. Heiden, B. van der. (2013, July 24). The advantages and disadvantages of insurer-provider intergration: what are implications for Dutch health care policy?. *Master Health Economics, Policy and Law*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2105/16000>
25. Gaynor M. Is vertical integration anticompetitive?: Definitely maybe (but that's not final). *Elsevier* 2006;25: 175-80
26. Nasiripour AA, Alizadeh F. Merger of two hospitals: a case study. *Medicine and cultivation* 2017;21:65-70[in Persian]
27. Rezapour A, Khalaj M. The Economic Behavior of General Hospitals of Iran. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2006;8:11-6[in Persian]
28. Terniievska Y. Process of Conceptualization as an Aspect of Human Cognitive Activity. *Advanced Linguistics* 2022;23:29-37
29. Lowrie A. *The Conceptualization of Relevancerelevance*. 1st Edition, New York: Palgrave Macmillan US; 2018
30. Goldsmith J, Burns LR, Sen A, Goldsmith T. *Integrated Delivery Networks*. <https://core.ac.uk/download/pdf/75780866.pdf>. 2023
31. Charns M, Wray N, Byrne M, Meterko M, Parker V, Pucci L, Wubbenhorst W. *Service Line Management Evaluation Project Final Report*. Management Decision and Research Center. www.research.va.gov. 2023
32. General health policies 2014. <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083>
33. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation* 2015;13:141-6
34. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of Social Research Methodology* 2005;8:19-32
35. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist* 2013;26:120
36. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care* 2016;16:6
37. Dharmaratne SK, Ranaweera D. Striving for quality in healthcare services: role of integration. *Journal of the College of Community Physicians* 2020;26:1-9
38. De Carvalho IA, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, Beard JR. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization* 2017;95:756
39. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry* 2019;6:174-86
40. Raus K, Mortier E, Eeckloo K. Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care. *BMC Health Services Research* 2020;20:1-9
41. Goniewicz K, Carlström E, Hertelendy AJ, Burkle FM, Goniewicz M, Lasota D, et al. Integrated healthcare and the dilemma of public health emergencies. *Sustainability* 2021;13:4517
42. Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM. Integrated care: easy in theory, harder in practice? *Internal and Emergency Medicine* 2022;17:3-6
43. Heeringa J, Mutti A, Furukawa MF, Lechner A, Maurer KA, Rich E. Horizontal and Vertical Integration of Health Care Providers: A Framework for Understanding Various Provider Organizational Structures. *International Journal of Integrated Care* 2020;20:2
44. Åhgren B. The Art of Integrating Care: Theories Revisited. *The Open Public Health Journal* 2012;5:1
45. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management* 2006;21:75-88
46. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Buijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013;13:1-12
47. Langford K, Baek P, Hampson M. *Networks that work: partnerships for integrated care and services*. London :Nesta, 2013. <https://www.nesta.org.uk/report/networks-that-work-partnerships-for-integrated-care-and-services/>

48. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The Kings Fund; 2010
49. Axelsson R. Institutional developments in the Russian system of social security: organizational and interorganizational aspects. *Social Policy & Administration* 2002;36:142-55
50. Laugesen MJ, France G. Integration: the firm and the health care sector. *Health Economics, Policy and Law* 2014;9:295-312
51. Lawrence PR, Lorsch JW. Organization and environment: Managing differentiation and integration. 1st Edition ,Homewood, IL: R.D. Irwin; 1967
52. Konrad EL. A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Directions for Evaluation* 1996; 69:5-19
53. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS. 1st Edition, London: The Nuffield Trust, 2010
54. Minkman M. Values and principles of integrated care. *International Journal of Integrated Care* 2016;16:1-3
55. Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen RAJ, Minkman MMN. Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International journal of Integrated Care* 2018;18:9
56. Ferrer L, Goodwin N. What are the principles that underpin integrated care? *International Journal of Integrated Care* 2014;14:1-2
57. Connor M, Cooper H, McMurray A. The Gold Coast integrated care model. *International journal of Integrated Care* 2016;16:1-8
58. Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2009 ;9:1-11
59. Saltkjel T, Andreassen TA, Minkman M. Conceptualising service integration for inclusive activation: Exploring transferal and translation of models from health care. *International Journal of Social Welfare* 2023;32:149-63
60. Bäck MA, Calltorp J. The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International Journal of Integrated Care* 2015;15:1-11
61. Wang X, Sun X, Gong F, Huang Y, Chen L, Zhang Y, Birch S. The Luohu model: A template for integrated urban healthcare systems in China. *International Journal of Integrated Care* 2018;18:1-10
62. Organization WHO. Integrated care models: an overview. Geneva: World Health Organization. Integrated care models: an overview (who.int). 2023
63. Xu J, Pan R, Pong RW, Miao Y, Qian D. Different Models of Hospital-Community Health Centre Collaboration in Selected Cities in China: A Cross-Sectional Comparative Study. *Int J Integr Care* 2016;16:8
64. Lewanczuk R. Healthcare Integration-Do We Think Broadly Enough? *International Journal of Integrated Care* 2022;22:1
65. Raquel D, Silva N. Integrality in care. *Health and Society* 2023;3:638-82
66. Barrenho E, Haywood P, Kendir C, Klazinga NS. International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *International comparisons of the quality and outcomes of integrated care : Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure | OECD Health Working Papers | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)*. 2023
67. Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Competition, quality and integrated health care. *Journal of Health Economics* 2024;95:102880
68. Popescu C, Gulay K. The Need for an Integrative Approach of the Healthcare System. *Lumen Proceedings* 2019;8:17-24
69. Cifuentes E. Efecto de la integración vertical en los precios de los servicios de salud: el caso colombiano [Master's thesis]. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2018.
70. Sakala JJ, Chimatiro CS, Salima R, Kapachika A, Kalepa J, Stones W. The Integration of vertical and horizontal programmes for health systems strengthening in Malawi: a case study. *Malawi Medical Journal* 2022;34:206-12
71. Bull JA, Byrne HM. Vertical Integration. In : Bradshaw RA, Hart GW, Stahl PD, editors. *Encyclopedia of Cell Biology*. Second Edition, Oxford: Academic Press; 2023
72. Larrain N, Wang S, Stargardt T, Groene O. Cooperation Improvement in an Integrated Healthcare Network: A Social Network Analysis. *International Journal of Integrated Care* 2023;23:2
73. Sharp T, Weil J, Snyder A, Dunem K, Milbrath G, McNeill J, Gilbert E. Partnership integration for rural health resource access. *Rural and Remote Health* 2019;19:1-5

74. Asghari A, Vosoogh Moghaddam A, Mosadeghrad A M, Jaafaripooyan E. Challenges and solutions of integration in the health service delivery: a scoping review. *Tehran University Medical Journal* 2024; 82:100-113
75. Szetela P. Coordination and integration in health care. The concepts for the next reform-part I. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2017;15:207-18
76. Gooding K, Bertone MP, Loffreda G, Witter S. How can we strengthen partnership and coordination for health system emergency preparedness and response? Findings from a synthesis of experience across countries facing shocks. *BMC Health Services Research* 2022;22:1441
77. Watt N, Sigfrid L, Legido-Quigley H, Hogarth S, Maimaris W, Otero-García L, et al. Health systems facilitators and barriers to the integration of HIV and chronic disease services: a systematic review. *Health Policy Plan* 2017;32: 13-26
78. Rechel B. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies 2020. (Policy Brief, No. 34.) Policy brief. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553740>
79. Wan T.T.H. Integration of Principles in Population Health Management. 1st Edition, In: *Population Health Management for Poly Chronic Conditions*. Springer, Cham, 2018.
80. Mitonga HK, Shilunga APK. International Health Care Systems: Models, Components, and Goals. In: Haring R, Kickbusch I, Ganten D, Moeti M, editors. 1st Edition, *Handbook of Global Health*. Cham: Springer International Publishing, 2020
81. Patel G, Brosnan C, Taylor A. Understanding the role of context in health policy implementation: a qualitative study of factors influencing traditional medicine integration in the Indian public healthcare system. *Health Sociology Review* 2023;32:294-310
82. Wang X, Sun X, Gong F, Huang Y, Chen L, Zhang Y, Birch S. The Luohu Model: A Template for Integrated Urban Healthcare Systems in China. *International Journal of Integrated Care* 2018;18:3
83. Wang X, Sun X, Birch S, Gong F, Valentijn P, Chen L, et al. People-centred integrated care in urban China. *Bulletin of the World Health Organization* 2018;96:843-52
84. Tang S, Meng Q, Chen L, Bekedam H, Evans T, Whitehead M. Tackling the challenges to health equity in China. *The Lancet* 2008;372:1493-501
85. Westra D, Angeli F, Carree M, Ruwaard D. Coopetition in health care: A multi-level analysis of its individual and organizational determinants. *Social Science & Medicine* 2017;186:43-51
86. Bouncken RB, Gast J, Kraus S, Bogers M. Coopetition: a systematic review, synthesis, and future research directions. *Review of Managerial Science* 2015;9:577-601

پیوست:

کشور	روش	سال	نام نویسنده	عنوان مقاله
سوئد	مروری	۲۰۱۲	Bengt Ahgren	The Art of Integrating Care: Theories Revisited
سوئد	نامشخص	۲۰۰۶	Axelsson, R. Axelsson, S. B	Integration and collaboration in public health--a conceptual framework
سوئد	نامشخص	۲۰۱۵	Bäck, M. A. Calltorp, J	The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden
استرالیا	نامشخص	۲۰۱۶	Connor, M. Cooper, H. McMurray, A	The Gold Coast Integrated Care Model
آمریکا	مروری	۲۰۲۰	Heeringa, J. Mutti, A. Furukawa, M. F. Lechner, A. Maurer, K. A. Rich, E	Horizontal and Vertical Integration of Health Care Providers: A Framework for Understanding Various Provider Organizational Structures
انگلیس	نامشخص	۲۰۱۳	Langford, K. Baeck, P. Hampson, M	Networks That Work: Partnership for Integrated Care and Services
هلند	ترکیبی	۲۰۰۹	Minkman, M. Ahaus, K. Huijsman, R.	A Four phase development model for integrated care services in the Netherlands
نروژ	نامشخص	۲۰۲۳	Saltkjel, T. Andreassen, T.A. Minkman, M.	Conceptualizing service integration for inclusive activation: Exploring transferal and translation of models from health care
اروپا	سند	۲۰۱۶	Satyrganova, A	Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016
سوئد	کیفی	۲۰۱۳	Valentijn, P. P. Schepman, S. M. Opheij, W. Bruijnzeels, M. A.	Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care
چین	نامشخص	۲۰۱۸	Sun, X. Wang, X Gong, F. et al	The Luohu Model: A Template for Integrated Urban Healthcare Systems in China
چین	ترکیبی	۲۰۱۶	Xu, J. Pan, R. Pong, R. W. Miao, Y. et al	Different Models of Hospital-Community Health Centre Collaboration in Selected Cities in China: A Cross-Sectional Comparative Study
سوئد	لتر	۲۰۱۶	Goodwin, N	Understanding Integrated Care
هلند	لتر	۲۰۱۶	Minkman, M. M	Values and Principles of Integrated Care
سوئیس	نامشخص	۲۰۱۷	Araujo de Carvalho, I. Epping-Jordan, J. Pot, A. M. Kelley, E. et al.	Organizing integrated health-care services to meet older people's needs
انگلیس	مروری	۲۰۱۹	Thornicroft, G. Ahuja, S. Barber, S. Chisholm, D. Collins, P.Y. Docrat, S. et al.	Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries.
بلژیک	نامشخص	۲۰۲۰	Raus, K. Mortier, E. Eeckloo, K.	Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care.
سريلانكا	نامشخص	۲۰۲۰	Dharmaratne, SK. Ranaweera, D.	Striving for quality in healthcare services: role of integration.
اروپا	مروری	۲۰۲۱	Goniewicz, K. Carlström, E. Hertelendy, AJ. Burkle, FM. et al	Integrated healthcare and the dilemma of public health emergencies.
ایتالیا	نامشخص	۲۰۲۲	Garattin, i L. Badinella Martini, M. Mannucci, PM.	Integrated care: easy in theory, harder in practice?
سوئد	لتر	۲۰۱۴	Ferrer, L Goodwin, N	What are the principles that underpin integrated care?
هلند	مروری	۲۰۱۸	Zonneveld, N. Driessen, N. Stüssgen, RAJ. Minkman, MMN.	Values of Integrated Care: A Systematic Review