Volume 24, Issue 3 (May- June 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The concept of integration in health system: A scoping review

Aida Asghari[1], Abbas Vosoogh Moghaddam[2], Ebrahim Jaafaripooyan[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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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

سال بیست و چهارم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

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
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۲۱ تیر ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۳۱۴- ۲۹۵ :(۳)۲۴؛ 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 سلامت های، ظاهرا 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 بهره گیری 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 می رسد 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، سیاستگذای و اقتصاد سلامت
E-mail: ejaafp@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 آن ها 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 مولفه ها برای دستیابی به اهداف نظام سلامت با هم کار می کنند[۳]. علاوه بر این، نظام های سلامت تحت تأثیر توزیع قدرت اجتماعی-سیاسی و فرهنگی هستند که می تواند بر ساختار، طراحی و عملکرد آنها تأثیر بگذارد[۴] .نظام سلامت پیچیده و منعطف است و ویژگی هایی مانند غیرقابل پیش بینی بودن رفتار و اضطرار را نشان می دهدکه شامل سطوح متعددی از انتزاع است و نیاز به مطالعه نحوه برخورد با عدم قطعیت و زمینه‌های متغیر دارد[۶, ۵]. 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 طرح های مطالعاتی انعطاف پذیر و سازگار مشخص می شود. در نتیجه، هماهنگی و همسویی اجزای یک نظام سلامت برای دستیابی به اهداف کارآمدی، ارتقای سلامت، پاسخگویی و انصاف مالی ضروری است. نقش آفرینان می توانند با همکاری یکدیگر در جهت یک چشم انداز مشترک یک سیستم سلامت پایدار و مؤثر ایجاد کنند که نیازهای جمعیت را برآورده کند و در عین حال مراقبت های با کیفیت بالا را ارائه دهد. رشد روزافزون هزینه‌ها به یکی از دغدغه های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت در سراسر دنیا و ایران تبدیل شده است. این افزایش‌ها، ریشه در وقایعی همانند گذارهای جمعیتی و اپیدمیوژیک، 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 تامین 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 شده اند 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 موثر 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 تاکید بر بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌ها و امکانات سازمان‌های مختلف را داشته باشد، نشان می‌دهد. علاوه بر این، با توجه به تاثیر عوامل متعدد خارج از بخش سلامت در سلامت افراد، اهمیت تجمیع تلاش‌ها و منابع موجود و ارتقای تعاملات بین همه حوزه-های 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].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

برای برقراری و تقویت ارتباطات بین سازمانی در نظام سلامت از مفاهیم مختلفی در متون علمی و سیاستی داخلی و خارجی استفاده می شود. برخی از این واژگان عبارتند از ساماندهی، ادغام، یکپارچگی، محوریت، تمرکز، هماهنگی، همکاری، همسویی، همنوایی، همدلی، همزبانی، 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 تواقف میان سیاستگذاران و طراحان و مدیران نظام های سلامت است.

سازمان سلامت جهانی، یکپارچگی به مفهوم جمع‌آوری منابع و هماهنگی در ارایه، مدیریت و سازماندهی خدمات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت، توانبخشی و ارتقای سلامت را، به عنوان یک راه حل برای چالش های بیان شده، معرفی کرده است[۲۰]. برای اولین بار کشورهای انگلستان، کانادا و اسکاندیناوی 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 ارایه یکپارچه، یک سیستم هماهنگ شده است که خدمات سلامت مطمئن‌تر، ایمن‌تر، مناسب‌تر و مقرون به صرفه‌تری را ارایه 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 بهره گیرند؛ 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[۲۷, ۲۶]. 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 کشور ها در زمینه یکپارچگی انجام 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 تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت و تکثر واحدهای ارایه خدمت(دولتی-عمومی-خصوصی) تاکید 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 سیاست های کلی سلامت بر ارایه خدمات یکپارچه در قالب نظام سطح بندی و ارجاع با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری تاکید 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 هزینه های 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 زمینه های مشارکت دولتی- خصوصی انجام شده است ولی تعداد محدودی مطالعه در رابطه با ترکیب خدمات و سازمان ها 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

روش مـرور حیطـه‌ای (Scoping review) بـا تمرکـز بـر مطالعـات منتشر شـده در زمینـه مفهوم یکپارچگی در نظام سلامت اسـتفاده گردید[۳۳]. بـرای انجـام ایـن مـرور از دسـتورالعمل Arksey و O' Malley کـه شـامل شـش مرحلـه اسـتفاده شـده ۱- شناسـایی سوالات پژوهش ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با اسـتفاده از پایگـاه-های اطلاعـاتی معتبـر، بررسی متون خاکستری، پایـان نامـه‌هـا، مقـالات مـروری و رفـرنس مطالعـات در حیطـه مـورد پـژوهش۳- انتخـاب مطالعـات مـرتبط بـرای مـرور از بـین مطالعـات اولیـه ۴- استخراج داده‌ها به صـورت نمـودار و جدول ۵- جمع‌آوری، خـالص سازی و گزارش یافته‌هـا و ۶- مشاوره اختیاری با صـاحب‌نظـران در مورد یافته‌های به دست آمده[۳۴].

مرحله اول شناسایی سوال تحقیق: این مرور حیطه ای با توجـه بـه سؤال پژوهشی زیر هدایت شد: مفهوم یکپارچگی و انواع آن در نظام سلامت چیست؟

مرحله دوم شناسایی مطالعات مرتبط: بررسی ما از یک بـازه زمـانی ۲۳ ساله، از ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۳ استفاده کرد. به منظور به دست آوردن هر چه بیشتر ادبیات مـرتبط، از یـک راهبـرد جسـتجوی گسـترده استفاده کردیم. مقـالات از پایگـاه‌هـای بـین المللـی داده PubMed ،Scopus و Web of Science شناسـایی و از موتـور جسـتجوگر Google Scholarبرای یافتن منابع علمی این مطالعه استفاده شـد. کلید واژه‌های جسـتجو شـامل اصـطلاحات MESH و واژگـان رایـج مرتبط با موضوع مورد مطالعـه شـامل 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: طـی چنـد مرحله مقالاتی که عنوان، چکیده و متن کامل آنها مرتبط با موضوع پژوهش بود، به مطالعه وارد شدند. در هر مرحله، دو نفر از محققـین مقالات را مورد بررسی قرار دادند و در صورت وجـود اخـتلاف نظـر، 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 معیارهـای زیـر در بررسـی محـدوده گنجانده شدند۱- تاریخ انتشار بین سال ۲۰۰۰ و ۲۰۲۳ ۲- ارتبـاط با مفهـوم یکپـارچگی و انـواع آن و ۳- انتشـار بـه زبـان انگلیسـی. جستجوی اولیه توسـط دو محقـق باتجربـه در بررسـی انجـام شـد. غربالگری عناوین، چکیده ها و متون کامل به طـور مسـتقل توسـط همان دو محقق انجام شد. تعداد کل مقـالات انگلیسـی یافـت شـده ۴۹۹۶ مورد بود که ۶۶۲ مقاله به علت تکراری بودن حذف شدند. از بین ۴۳۳۴ مقاله باقیمانده ۴۲۴۸ مقاله که عنوان و چکیـده آنهـا بـا موضوع پژوهش مـرتبط نبـود حـذف شـدند و ۵۶ مقالـه از بررسـی فهرست منابع مقالات اضافه شدند که در مجمـوع ۱۳۶ مقالـه بـاقی ماند که بعد از بررسـی مـتن کامـل مقـالات ۲۲ مقالـه وارد مرحلـه استخراج داده‌ها شدند (شکل ۱).

مرحله چهارم تحلیل و گـزارش داده‌هـا: پژوهشـگران یـک کـاربرگ استخراج داده ها را برای خلاصه کردن یافته هـای مطالعـه طراحـی نمودند. الگوی استخراج داده‌ها شـامل ویژگـی‌هـای مطالعـه ماننـد: عنوان، نویسنده/سازمان، سال، کشور، نوع مطالعه و یافته‌های اصـلی بود. دو نفر از محققان مقالات را مورد بررسی قرار دادند و در صورت وجود اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام گرفت. در صورتی کـه بعد از بررسی مجدد نیز توافق حاصل نمی‌شد، با اسـتفاده از نظـرات محقق سوم در مورد مقاله تصمیم‌گیری نهایی انجـام شـده و مقالـه حذف و یا در مطالعه وارد شد. پس از نهایی شـدن مقـالات، داده‌هـا توسط دو نفر از محققان استخراج شدند و در نهایـت طبقـه‌بنـدی و تحلیل داده ها با روش تحلیل موضوعی کلارک و براوون [۳۵] انجام گرفت.

یافته ها

در این مرور به بررسی ۲۲ مطالعه پرداخته شده است که حدود ۶۳ درصد مقالات از سال ۲۰۱۶ تـاکنون نگاشـته شـدند کـه بیشـترین 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 نظـام سـلامت، در چهـار گـروه تعاریف، نوع، مدل‌ها و اصـول یکپـارچگی قابـل طبقـه‌بنـدی شـدند (شکل۲). از ۲۲ مطالعه انجام شده ۶ مطالعه به مفهـوم یکپـارچگی، ۵ مطالعه به انواع یکپارچگی، ۷ مطالعه به مدل‌هـای یکپـارچگی، ۳ مطالعه به اصول یکپارچگی و یک مطالعه نیز بـه طـور همزمـان بـه مفهوم و انواع یکپارچگی پرداخته بودند (نمودار۱).

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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. نمونه هایی 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 فعالیت ها 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].

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 می پردازند و ممکن است برای بهبود تعامل با یکدیگر برخی از فعالیت های 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 فعالیت های برای تعامل بهتر، منابع سازمانها نیز به اشتراک گذاشته می شود. ویژگی متمایز همکاری، کمک طرفین به بهبود ظرفیت همدیگر برای بهره‌مندی بیشتر از منافع متقابل 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 فعالیت ها 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 می کند، 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 مراقبت های اولیه، خدمات سلامت روان، و خدمات اجتماعی برای رفع نیازهای کلی بیمار).

یکپارچگی بالینی؛ که در آن مراقبت ها به بیماران در یک فرایند واحد و منسجم در درون یا بین تخصص های 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، ارزش ها 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 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 سازمان ها 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 تعریف‌شده 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 حرفه ای 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 مراقبت های 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 سازمان ها است که تحت یک توافق نامه رسمی گرد هم می آیند تا به اهداف خاصی دست یابند یا به چالش های مشترک رسیدگی کنند. کنسرسیوم ها اغلب دارای ساختارهای حاکمیتی، فرآیندهای تصمیم گیری و معیارهای عضویت هستند که نحوه همکاری و کار سازمان های شرکت کننده را کنترل می کنند.

شراکت (Partnership): شراکت ممکن است شامل دو یا چند سازمان باشد که با یکدیگر در یک ترتیب کمتر رسمی، مانند همکاری، اتحاد یا سرمایه گذاری مشترک، برای دستیابی به اهداف مشترک کار می کنند. 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 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 کرده اند (جدول ۳) [۵۶-۵۴].

مدل‌های یکپارچه‌سازی: مدل های مختلفی برای یکپارچگی در مطالعات اشاره شده است که براساس معیارهایی در جدول زیر دسته بندی شده اند (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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 حرفه ها، 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 می کنند. 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].

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، ماموریت، 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؛

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 منحصربه‌فرد سلامتی آنها تأکید می‌کند. در واقع متخصصان از نزدیک با بیماران برای توسعه برنامه های مراقبت شخصی و ارائه پشتیبانی و راهنمایی مستمر آنها همکاری می کنند. 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 پر خطر 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 می تواند شامل گروه های حمایتی، جلسات گروه درمانی، کارگاه های آموزشی و سایر فعالیت های 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 می کند، 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 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 بخش ها برای ارتقای سلامت جامعه، چشم انداز گسترده‌تری دارند از جمله کایزرپرمننته و اداره بهداشت جانبازان است[۶۲].

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

مدل کنسرسیوم پزشکی: مدل کنسرسیوم پزشکی شامل ایجاد یک مشارکت رسمی یا شبکه بین موسسات مراقبت های سلامت، مانند بیمارستان ها و مراکز مراقبت های اولیه، برای ارائه مشترک خدمات مراقبت های سلامت به یک جمعیت مشخص است. در یک کنسرسیوم پزشکی، موسسات شرکت کننده منابع را جمع می کنند، زیرساخت ها را به اشتراک می گذارند و ارائه مراقبت را هماهنگ می کنند تا اطمینان حاصل شود که بیماران مراقبت های جامع و یکپارچه را در سطوح مختلف نظام مراقبت های سلامت دریافت می کنند. این مدل کارایی، مقرون به صرفه بودن و دسترسی بهتر به خدمات را برای بیماران ارتقاء می دهد[۶۳].

مدل مدیریت مستقیم: در مدل مدیریت مستقیم، یک مقام یا سازمان مرکزی مستقیماً بر ارائه خدمات مراقبت های سلامتی در یک منطقه یا جمعیت خاص مدیریت و نظارت می کند. 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].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

جدول۱: 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 بخش ها 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[۴۵, ۴۴]
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- مسئولیت پذیری 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 مراقبت های 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

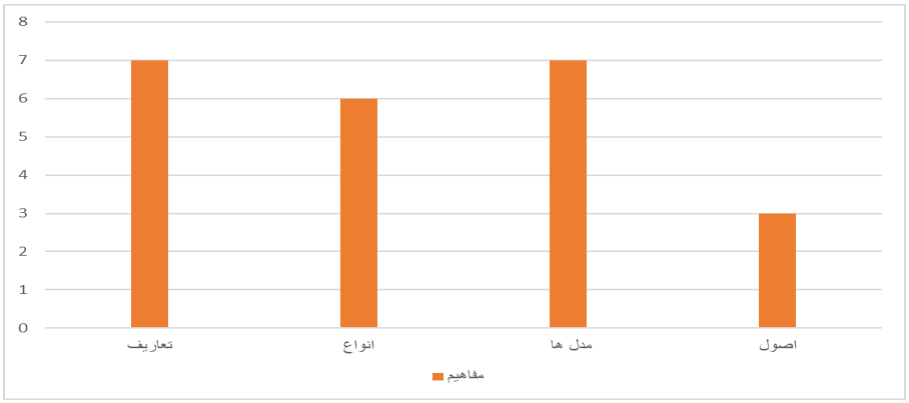
جدول ۴: مدل‌های یکپارچگی در نظام سلامت

	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**

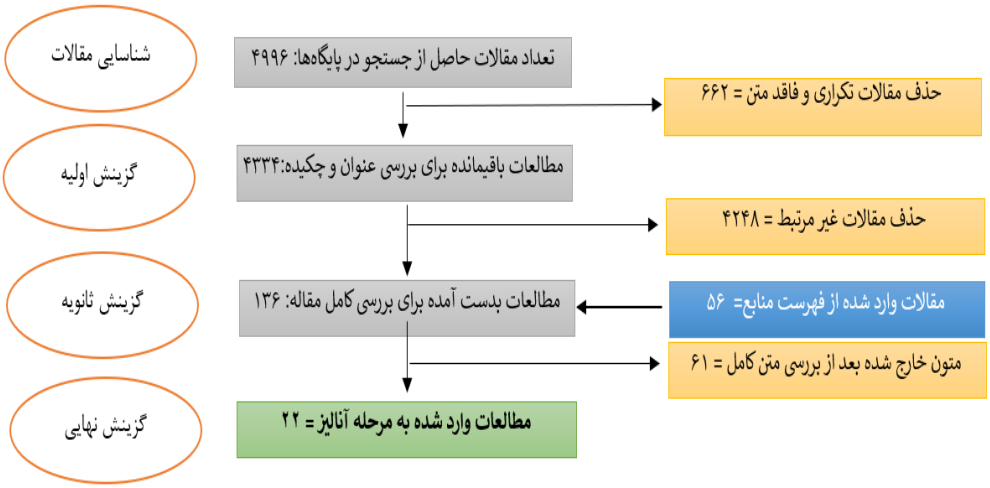
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

	معیارها	جمعیت هدف	پوشش جغرافیایی	دامنه خدمات	ماهیت یکپارچگی	مدیریت مالی	حاکمیت و رهبری
۵	**مدل نورتلیه**	جمعیت عمومی، به ویژه افراد مسن با نیازهای پیچیده	محلی (منطقه نورتلیه)	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 سازمان ها 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**



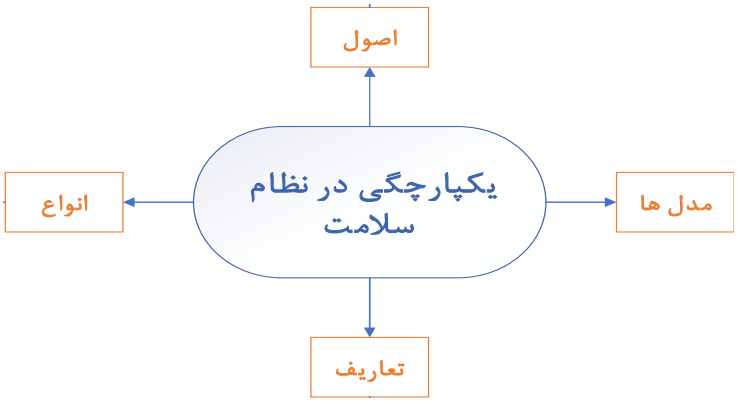
نمودار ۱: فراوانی مفاهیم شناسایی شده در مطالعات



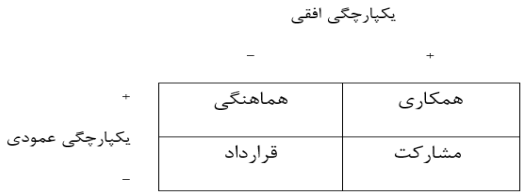
شکل ۱: نمودار پریزما

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]



شکل ۲: مفاهیم مرتبط با یکپارچگی در نظام سلامت



شکل۳: اشکال مختلف یکپارچه‌سازی [۴۵]

بحث و نتیجه گیری

ماهیت پیوستاری خدمات و تنوع بخش ها 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 می دهد. با این وجود نگاه یکسان و شفافی نسبت به مفهوم یکپارچگی در ادبیات موجود دیده نمی شود و ابعاد و اصول مرتبط با آن نیاز به بررسی های بیشتری دارد[۶۴]. چندپارچگی احتمالی در نظام های سلامت، به‌ویژه در طول رویدادهایی مانند همه‌گیری ها، چالش‌های مربوط به هماهنگی مراقبت ارائه‌دهندگان مختلف را برجسته می‌کند[۶۵]. ادغام مراقبت های سلامت به عنوان وسیله ای برای افزایش کیفیت، هماهنگی و دسترسی بیمار به مراقبت تلقی می شود[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 مراقبت های 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 هریک 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 قراردادها) برسند [۴۵] که مطابق با یافته مطالعه حاضر است. بنابراین مراقبت یکپارچه دارای ابهامی است که اگر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

بخواهد با موفقیت اجرا شود، می‌تواند و باید به اشکال ملموس‌تر 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، اولویت‌ها 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 درنظام 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 سیستم‌های مستقل می‌شود[۷۰]. همانند خط خدمت که هدف آن بهبود کیفیت و کارایی خدمات و هماهنگی و همکاری بین تیم‌های کلینیکی و حرفه‌ای 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 مهم‌تر 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 قیمت‌ها و سودآوری موسسات بهداشتی و درمانی نشان می دهد[۷۱]. نوع دیگری از یکپارچگی، مشارکت شبکه‌های حرفه‌ای را تقویت می‌کند و همکاری منطقه‌ای را بهبود می‌بخشد، که منجر به استفاده کارآمدتر از خدمات و نتایج سلامت بهتر می‌شود[۷۲]. از سوی دیگر، شراکت‌های بین رشته‌ای، بعنوان شکلی از ادغام، چالش‌های پیش روی سالمندان در مناطق روستایی را با ترکیب پرستاری، سلامت عمومی و پیری برای ارائه مراقبت و حمایت جامع، در نتیجه کاهش نابرابری‌های بهداشتی برطرف می‌کند[۶۶].

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

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 تاثیر گذار می‌باشند در مطالعه وات و همکارانش بر اصل هدف گرایی و اهداف مشخص برای موفقیت یکپارچگی بسیار تاکید 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، تلاش‌های یکپارچه‌سازی می‌تواند بدون تمرکز باشد و منجر به سردرگمی، تاخیر و در نهایت شکست شود[۷۷]. در مطالعه ریچل و همکارانش، اصل خدمات جامع و استاندارد از طریق تیم‌های بین‌حرفه‌ای برای موفقیت یکپارچه‌سازی 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. مدل‌های مختلفی از یکپارچه‌سازی وجود دارد که هر کدام یک رویکرد منحصر به فرد را ارائه می‌دهند. بنابراین یکپارچگی در نظام سلامت می‌تواند 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 می‌توانند بر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

نحوه سازماندهی، تأمین مالی و ارائه خدمات مراقبت های سلامت تأثیر شگرفی بگذارند. در نتیجه، رویکرد یکپارچگی در نظام سلامت می تواند 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 یکپاچگی در نظام سلامت خود را ارائه دهد. به طور کلی، یکپارچگی در نظام سلامت ارتباط متقابل اجزای مختلف سلامت را تشخیص می دهد 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 می شود. این مدل بر اهمیت مراقبت بیمار محور، همکاری بین ارائه دهندگان مختلف مراقبت های سلامت و ادغام خدمات در سطوح مختلف مراقبت تاکید می کند. 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 می شود. این مدل که نام آن از ناحیه ای در شنژن چین گرفته شده است، بر ادغام خدمات مراقبت های اولیه با طرح های بهداشت عمومی برای بهبود نتایج سلامت و کاهش هزینه های مراقبت های 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 مراقبت های اولیه و رفع نیازهای بهداشتی جمعیت های 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 سازمان های بهداشتی رقیب برای دستیابی به منافع متقابل با یکدیگر همکاری می کنند. 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 مراقبت های بهداشتی می تواند کارایی و اثربخشی خدمات بهداشتی را با تقویت نوآوری، بهبود نتایج بیماران و کاهش هزینه ها 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 می باشد.

نظر به پیچیدگی نظام های 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، مدل ها و اصول یکپارچگی از اولویت های مدیریت نوین در حوزه سلامت است. در واقع شناخت یکپارچگی می تواند مسیر را برای مدیران و سیاست گذاران 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 شکل گیری 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: ارایه ایده مقاله، تنظیم پیش نویس مقاله
عباس وثوق مقدم: نظارت و ویرایش نهایی
ابراهیم جعفری پویان: ارایه ایده مقاله، نظارت و ویرایش نهایی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 Health2022;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, Gurnaney HG, editors. Comprehensive Healthcare Simulation: Improving Healthcare Systems. 1st Edition, Cham: Springer International Publishing, 2021
9. Caffrey L, Wolfe C, McKevitt 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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 Congnitive 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 policies2014. 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, Bruijnzeels 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, Baeck 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/

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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, Dunemn K, Milbrath G, McNeill J, Gilbert E. Partnership integration for rural health resource access. Rural and Remote Health 2019;19:1-5

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]

پیوست:

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.295]