

چالش‌ها و راهکارهای یکپارچگی در نظام ارائه خدمات سلامت: مرور حیطه‌ای

چکیده

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۳ آنلاین: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

زمینه و هدف: تعامل و همکاری بین سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت به‌منظور یکپارچگی و بهبود کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت اهمیت پیدا کرده است و یکپارچگی به‌عنوان یک راه‌حل توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شده است. هدف از این مرور شناسایی چالش‌ها و راهکارهای یکپارچگی در خدمات سلامت بود.

روش بررسی: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای از شهریور ۱۴۰۲ تا فروردین ۱۴۰۳ انجام شده است. کلیه مقالات منتشر شده در زمینه یکپارچگی در نظام سلامت در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ میلادی در پایگاه‌های PubMed، Scopus و Web of Science و موتور جستجوگر Google Scholar با کلیدواژه‌های مناسب جستجو و جمع‌آوری شد. در نهایت، تعداد ۲۷ مقاله انتخاب و با روش تحلیل چارچوب تحلیل شدند.

یافته‌ها: تعداد ۴۶ چالش و ۲۶ راهکار استخراج شده از مقالات در حوزه یکپارچگی در خدمات سلامت، براساس چارچوب بلوک‌های ساختاری WHO در پنج حوزه حاکمیت و رهبری، تامین مالی، نیروی انسانی، نظام اطلاعاتی و ارائه خدمت دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: ادغام خدمات بهداشتی و درمانی مجموعه‌ای از چالش‌ها را متحمل می‌شود که عمدتاً شامل فقدان قوانین و مقررات برای فرآیندهای مشارکتی و ضعف در برنامه‌ریزی، کمبود منابع مالی، مقاومت ارائه‌دهندگان و کارکنان در برابر تغییرات و عدم نیازسنجی است که نیازمند راه‌حل‌های نوآورانه است. پرداختن به مسائلی مانند تجزیه و تحلیل قدرت - منفعت ذینفعان، قابلیت همکاری و به اشتراک‌گذاری داده‌ها و تنظیم برنامه‌ها و قوانین در میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند برای یکپارچگی موفقیت‌آمیز ضروری باشد.

کلمات کلیدی: چالش‌ها، نظام سلامت، یکپارچگی، مرور حیطه‌ای، راهکارها.

آیدا اصغری^۱، عباس وثوق مقدم^۲، علی محمد مصدق‌زاد^۱، ابراهیم جعفری‌پویان^{۱*}

۱- گروه مدیریت سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- گروه سلامت و جامعه، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان قدس، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت سیاستگذاری و اقتصاد سلامت.

تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۲۱۴

E-mail: ejaafp@yahoo.com

مقدمه

روزافزون این هزینه‌ها به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت در سراسر دنیا تبدیل شده است.^۱ پیری جمعیت، پیچیدگی فزاینده پزشکی، افزایش نرخ بیماری‌های مزمن و ابتلا همزمان به چند بیماری، علاوه بر افزایش هزینه‌های فناوری، همگی فشار قابل‌توجهی بر نظام‌های سلامت وارد می‌کنند. راه‌حل‌های جدیدی برای رسیدگی به این موضوع و در عین حال ارائه مراقبت‌های باکیفیت برای افرادی که نیازهای پیچیده بهداشتی

نظام سلامت هرکشور می‌تواند در برگیرنده افراد، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و غیردولتی برای ارائه خدمات سلامت فردی و عمومی با هدف ارتقاء، بازیابی و حفظ سلامتی باشد. حفظ و ارتقا سلامت مستلزم صرف هزینه‌هایی است که بعضاً بزرگترین بخش از مخارج عمومی دولت‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.^۱ رشد

یکپارچگی، دسترسی به اطلاعات با کیفیت و اقدام براساس آن را امکان‌پذیر می‌سازد و نتیجه آن، افزایش کیفیت به علت بالا رفتن قابلیت هماهنگی می‌باشد.^{۱۳} یکپارچگی می‌تواند با کاهش هزینه‌ها، حذف خدمات اضافی و اطمینان از عرضه خدمات و بهبود نظارت، باعث افزایش بهره‌وری گردد.^{۱۴} یکپارچگی افقی به سازمان‌ها این اجازه را می‌دهد که اولاً از صرفه‌جویی در مقیاس بهره‌گیرند، ثانیاً هزینه‌های اداری را کاهش دهند و ثالثاً دسترسی مشتریان را به خدمات تسهیل نمایند و ظرفیت بیشتری برای مدیریت مراقبت و افزایش کارایی داشته باشند.^{۱۵} از طرفی با ایجاد سازمان یکپارچه 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 صورت گرفته 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.

توجه بین‌المللی قابل توجهی در حال حاضر به مراقبت یکپارچه معطوف شده است، که معمولاً به‌عنوان نیاز به یافتن راهی برای ارائه مراقبت‌های هماهنگ به افرادی با نیازهای سلامت متعدد بیان می‌شود.^{۱۶} به‌عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا، خدمات سلامت و انسانی اجتماع محور اغلب توسط شبکه‌هایی از ارائه‌دهندگان مستقل فراهم می‌شود. افزون‌براین، سازمان‌های مراقبت پاسخگو (Accountable care organizations) که گروه‌هایی از پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت هستند که به‌طور داوطلبانه گرد هم می‌آیند تا مراقبت‌های با کیفیت بالا را به یک گروه مشخص از بیماران ارائه دهند، در ایالات متحده و همچنین در کشورهایی مانند آلمان یافت می‌شوند که دست به همکاری بین سازمانی زده‌اند. خدمات ملی سلامت در بریتانیا (NHS) از دهه ۱۹۹۰، مانند کشورهای شمال اروپا و هلند، یکپارچگی را از طریق همکاری بین سازمانی آزمایش کرده است.^{۱۸}

اغلب اوقات، یکپارچگی مراقبت با موانعی مواجه است که ناشی از عوامل زمینه‌ای، نهادی و حرفه‌ای در حوزه‌های مختلف مراقبت یکپارچه است.^{۱۹} هدف از این مطالعه درک چالش‌های یکپارچه‌سازی خدمات سلامت که مانع توسعه روابط بین سازمانی مشترک و هماهنگی می‌شود و در نهایت راهکارهای غلبه بر آنها که می‌تواند اجرای موفقیت‌آمیز مراقبت یکپارچه را ارتقا دهد، می‌باشد.

دارند، مورد نیاز است.^{۲۰} مراقبت‌های یکپارچه (Integrated care) یکی از این راه‌حل‌ها است که توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان مفهوم گردآوری منابع، هماهنگی در ارائه، مدیریت و سازماندهی خدمات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت، توانبخشی و ارتقای سلامت تعریف شده است.^{۲۱} هدف از یکپارچگی، پرداختن به پراکندگی در خدمات برای تقویت، مراقبت هماهنگ و مستمر است. به‌طور خلاصه، یکپارچگی با برنامه‌ریزی دقیق و تامین مالی، با یک چشم‌انداز مشترک، با محوریت جمعیت بیمار هدف حاصل می‌شود. ما یکپارچه‌سازی مراقبت را به‌عنوان ایجاد پیوندهای ساختاری بین خدمات و مراقبت‌های سلامت که قبلاً مجزا از هم بودند، از جمله از فرآیند گرفته تا مکان فیزیکی مشترک می‌بینیم.^{۲۲} یکپارچگی در ادبیات به صورت افقی و عمودی توصیف شده است. یکپارچگی افقی به یکپارچگی بین ارائه‌دهندگان در همان سطح مراقبت اشاره دارد، مانند تمرکز تخصص متخصص در مراکز منطقه‌ای یا یکپارچگی مراکز مراقبت اولیه. یکپارچگی عمودی به یکپارچگی بین سطوح مختلف مراقبت، مانند پلی‌کلینیک‌های تک سایت با فرآیندهای مشترک و سوابق الکترونیکی پزشکی برای ارائه مراقبت‌های اولیه و ثانویه اشاره دارد.^{۲۳}

در یکپارچگی مجموعه‌ای از سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت با هم یکپارچه می‌شوند.^{۲۴} مراقبت از بیمار به‌ویژه در نظام مراقبت‌های سلامت توسط شبکه پیچیده‌ای از سازمان‌ها امکان‌پذیر می‌شود که هر یک ساختار و اهداف منحصر به فردی دارند. این امر حکمرانی را به وظیفه‌ای چالش‌برانگیز در میان اجزای مختلف نظام‌های مراقبت‌های سلامت تبدیل می‌کند.^{۲۵} مدل ائتلافی با درگیر کردن این سازمان‌ها و سایر بازیگران در نظام برای توسعه مشترک یک برنامه‌ریزی واحد عمل می‌کند. اعضای یک اتحاد باید به جای تمرکز بر سازمان‌ها و منافع خود، بر فرآیندهای مراقبت در سرتاسر «کل سیستم» تمرکز کنند.^{۲۶} هدف از یکپارچگی، بهتر شدن هماهنگی و تداوم مراقبت از بیمار می‌باشد. نظام ارابه خدمات یکپارچه، یک نظام هماهنگ شده است که خدمات سلامت مطمئن‌تر، ایمن‌تر، مناسب‌تر و مقرون به صرفه‌تری را ارابه می‌نماید که از ساختار سازمانی، روش‌های مدیریتی، شیوه‌های تامین مالی، نظام‌های اطلاعات بالینی و ابزارهای دیگر به‌منظور تسهیل و اطمینان از ارابه مراقبت مناسب و ایمن، استفاده می‌کند. یکپارچگی نظام سلامت منافع زیادی برای بیماران، ارائه‌دهندگان و نظام سلامت دارد.^{۲۷}

روش بررسی

اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام می‌گرفت. در صورتی که پس 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 محدودده گنجانده شدند، ۱- تاریخ انتشار بین سال ۲۰۰۰ و ۲۰۲۳ فراگیر بود، ۲- مرتبط با چالش‌ها و راهکارهای یکپارچگی باشد، ۳- به زبان انگلیسی منتشر شده باشد، ۴- کلیه مقالات پژوهشی، گزارش‌ها و مقالات کوتاه و ۵- مقالاتی که از طیفی از یکپارچگی از جمله هماهنگی (Co-ordination) // همکاری (Cooperation) // مشارکت (Collaboration) // ادغام (Integration) صحبت کرده‌اند، وارد مطالعه شدند درحالی‌که فصل کتاب‌ها و مقالاتی که دسترسی به متن کامل آنها نداشتیم از مطالعه حذف شدند. جستجوی اولیه توسط دو نویسنده با تجربه در بررسی انجام گردید. غربالگری عناوین، چکیده‌ها و متون کامل به‌طور مستقل توسط دو نویسنده انجام شد. تعداد کل مقالات انگلیسی یافت شده ۴۹۹۶ مقاله بود که ۶۶۲ مقاله به‌علت تکراری بودن حذف شدند. از بین ۴۳۳۴ مقاله باقیمانده ۴۲۴۹ مقاله که عنوان و چکیده آنها با موضوع پژوهش مرتبط نبود حذف شدند که در مجموع ۸۵ مقاله باقی ماند که پس از بررسی متن کامل مقالات ۲۷ مقاله وارد فاز استخراج داده‌ها شدند. پژوهشگران یک فرم استخراج داده‌ها را برای خلاصه کردن یافته‌های مطالعه طراحی نمودند. الگوی استخراج داده‌ها شامل ویژگی‌های مطالعه مانند: عنوان، نویسنده/سازمان، سال، نوع مطالعه، مجله، کشور و یافته‌های اصلی بود (نمودار ۱).

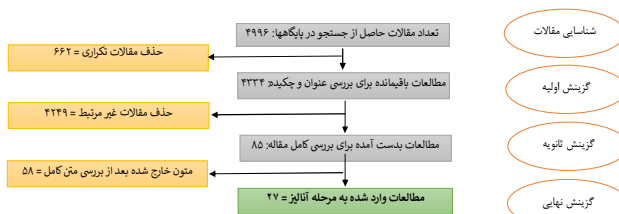
مرحله چهارم: تحلیل و گزارش داده‌ها: در نهایت در طی چند مرحله مقالاتی که عنوان، چکیده و متن کامل آنها مرتبط با موضوع پژوهش بود، در مطالعه وارد شدند. در هر مرحله، دو نفر از محققین مقالات را مورد بررسی قرار می‌دادند و در صورت وجود اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام می‌گرفت. در صورتی که پس از بررسی مجدد 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. پس از نهایی شدن مقالات، داده‌ها توسط دو نفر از محققین استخراج شدند و در نهایت طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل چارچوب (Framework analysis method) براساس مدل شش بلوک ساختاری WHO انجام گرفت.^{۲۴و۲۳}

این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای (Scoping review) براساس پروتکل آرسکی (Arksey) و اومالی (O'Malley) به ترتیب گام‌های زیر انجام گردید.^{۲۲و۲۱}

مرحله اول: شناسایی سوال تحقیق: این مرور حیطه‌ای با توجه به سؤال پژوهشی زیر انجام شد: چالش‌ها و راهکارهای یکپارچگی در نظام خدمات سلامت چیست؟

مرحله دوم: شناسایی مطالعات مرتبط: بررسی در یک بازه زمانی ۲۳ ساله، از ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ میلادی انجام شد. به‌منظور به‌دست آوردن هرچه بیشتر ادبیات مرتبط، از یک استراتژی جستجوی گسترده استفاده کردیم. از پایگاه‌های بین‌المللی داده PubMed، Scopus و Web of Science و موتور جستجوگر Google Scholar برای یافتن مقالات و منابع علمی این مطالعه استفاده شد. کلید واژه‌های جستجو شامل اصطلاحات MeSH و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل: Incorporation, Alliance, Coordination, Cooperation, Collaboration, Consolidation, Connection, Solidarity, Convergence, Harmonization, Unified, Integration, Solution, Practice, Policy, Recommendation, Model, Pattern Management Health, Care, Medical, Clinical, Problem, Obstacle, Barrier, Challenge بود.

مرحله سوم: معیارهای انتخاب مطالعه و استخراج داده‌ها: در طی چند مرحله مقالاتی که عنوان، چکیده و متن کامل آنها مرتبط با موضوع پژوهش بود، در مطالعه وارد شدند. در هر مرحله، دو نفر از محققین مقالات را مورد بررسی قرار می‌دادند و در صورت وجود



نمودار ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

یافته‌ها

گروه متمرکز اسمی استفاده کرده بودند، پنج مقاله به‌صورت مروری انجام شده بودند. کشورهای انگلیس با پنج مقاله و استرالیا با سه مقاله بیشترین مقالات را در حوزه یکپارچگی در نظام خدمات سلامت داشتند. با تحلیل محتوای ۲۷ مقاله، ۴۶ چالش و ۲۶ راهکار شناسایی شدند در پنج حوزه دسته‌بندی گردیدند (جدول ۲).

از میان ۲۷ مقاله مرور شده (جدول ۱)، تعداد ۱۶ مورد بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۳ و بیشترین تعداد مقالات در سال ۲۰۲۲ (چهار مقاله) نگارش شده بودند. ۱۴ مقاله کیفی بودند که از ابزار مصاحبه و

جدول ۱: جدول اطلاعات ۲۷ مقاله نهایی انتخاب و تحلیل شده

نام نویسنده	عنوان مقاله	سال	روش	مجله	کشور
Auschra C. و همکاران ^{۱۸}	Barriers to the Integration of Care in Inter-Organizational Settings: A Literature Review	۲۰۱۸	مروری	IJIC	آلمان
Ling T. و همکاران ^{۱۹}	Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots	۲۰۱۲	کیفی	IJIC	انگلیس
Ahgren B. و همکاران ^{۲۰}	A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010	۲۰۱۱	نامشخص	IJIC	سوئد
Gongora-Salazar P. و همکاران ^{۲۱}	Commissioning (Integrated) Care in England: An Analysis of the Current Decision Context	۲۰۲۲	کیفی	IJIC	انگلیس
Heenan D. و همکاران ^{۲۲}	The integration of health and social care: the lessons from Northern Ireland	۲۰۰۶	کیفی	Social Policy & Administration	ایرلند
Callaly T. و همکاران ^{۲۳}	Forming and sustaining partnerships to provide integrated services for young people: an overview based on the headspace Geelong experience	۲۰۱۱	کیفی	Early Interv Psychiatry	استرالیا
Davies G.P. و همکاران ^{۲۴}	Integrated primary health care in Australia	۲۰۰۹	نامشخص	IJIC	استرالیا
de Bruin SR. و همکاران ^{۲۵}	Different Contexts, Similar Challenges. SUSTAIN's Experiences with Improving Integrated Care in Europe	۲۰۲۰	نامشخص	IJIC	اروپا
Delnoij D. و همکاران ^{۲۶}	Integrated care in an international perspective	۲۰۰۲	نامشخص	IJIC	هلند
Flexa R.G.C. و همکاران ^{۲۷}	Public Health consortia: a literature review	۲۰۱۹	مروری	Cien Saude Colet	برزیل
Glinos I.A. و همکاران ^{۲۸}	Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe	۲۰۱۴	کیفی	Soc Sci Med	اروپا
Hu L. و همکاران ^{۲۹}	Integrating Health and Care in China: Lessons Learned and Future Outlook	۲۰۲۱	نامشخص	IJIC	چین
Kozłowska O. و همکاران ^{۳۰}	Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: a narrative literature review	۲۰۱۸	مروری	Future Healthc J	آمریکا
Lalani M. و همکاران ^{۳۱}	Co-location, an enabler for service integration? Lessons from an evaluation of integrated community care teams in East London	۲۰۲۲	کیفی	Health Soc Care Community	انگلیس
Lyngso AM. و همکاران ^{۳۲}	Interorganizational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System	۲۰۱۶	کیفی	IJIC	دانمارک
Maslin-Prothero S.E. و همکاران ^{۳۳}	Integrated team working: a literature review	۲۰۱۰	مروری	IJIC	انگلیس
Park J. و همکاران ^{۳۴}	Service integration in early intervention determining interpersonal and structural factors for its success	۲۰۰۳	مروری	Infants & Young Children	کره
Qiu W. و همکاران ^{۳۵}	Collaboration and Cooperation of Public Health Service Management in China	۲۰۲۱	کیفی	Disaster Med Public Health Prep	چین
Trane K. و همکاران ^{۳۶}	Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams	۲۰۲۰	کیفی	IJIC	نروژ
Uchimura L.Y.T. و همکاران ^{۳۷}	Integration between Primary Health Care and Emergency Services in Brazil: Barriers and Facilitators	۲۰۱۸	کیفی	IJIC	برزیل
Van Eyk H. و همکاران ^{۳۸}	Learning about interagency collaboration: trialling collaborative projects between hospitals and community health services	۲۰۰۲	کیفی	Health and Social Care in the Community	استرالیا
Van Kemenade E. و همکاران ^{۳۹}	How Different Quality Paradigms Undermine a Shared Value Base for Integrated Care: The Need for Collective	۲۰۲۲	نامشخص	IJIC	هلند
Wihlman U. و همکاران ^{۴۰}	Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation	۲۰۰۸	کیفی	IJIC	سوئد
Steele Gray C. و همکاران ^{۴۱}	Integrated Care's New Protagonist: The Expanding Role of Digital Health	۲۰۲۱	نامشخص	IJIC	کانادا
Pant K. و همکاران ^{۴۲}	Integrated care with digital health innovation: pressing challenges	۲۰۲۲	نامشخص	Journal of Integrated Care	هند
Bamber H. و همکاران ^{۴۳}	Barriers and challenges to integrated care	۲۰۲۳	کیفی	Clinics in Integrated Care	انگلیس
Patel G. و همکاران ^{۴۴}	Understanding the role of context in health policy implementation: a qualitative study of factors influencing traditional medicine integration in the Indian public healthcare system	۲۰۲۳	کیفی	Health Sociology Review	هند

جدول ۲: چالش‌ها و راهکارهای یکپارچه‌سازی در نظام خدمات سلامت ۱۳۹۸:۱۹۹-۲۰

حوزه‌ها	ابعاد	چالش‌های یکپارچگی	راهکارهای بهبود یکپارچگی
حاکمیت و رهبری ۱۶-۲۶	قوانین و سیاست‌ها ۶-۱۰	۱. فقدان قوانین و مقررات ۲. پیچیدگی قوانین و سیاست‌های ۳. فقدان چشم‌انداز و ارزش‌های مشترک ۴. فقدان خط‌مشی روشن و منسجم ۵. عدم شفافیت در اهداف ۶. تفاوت‌های فرهنگی بین سازمان‌ها ۷. بروکراسی بالا ۸. عدم وجود استانداردهای کیفی	۱. سیاستگذاری ۲. وضع قوانین ۳. ایجاد اهداف مشترک ۴. ایجاد هنجارها و ارزش‌های مشترک ۵. اصلاح سیستم (از جمله اصلاحات در سطح ساختار) ۶. ایجاد سیاست مبتنی بر شواهد
مدیریت ۵-۱۰		۱. ضعف در برنامه‌ریزی ۲. تمرکز بر منافع درون سازمانی ۳. عدم تعهد مدیران ۴. عدم شفافیت در مورد نقش‌های مدیریتی ۵. ضعف در مسئولیت‌پذیری و رهبری مدیران	۱. تصمیم‌گیری مشترک ۲. اشتراک‌گذاری چشم‌انداز با کارکنان ۳. اولویت‌بندی و تخصیص زمان برای یکپارچگی ۴. برگزاری جلسات اشتراک‌گذاری دانش ۵. برگزاری جلسات غیررسمی بین مدیران
هماهنگی و همکاری ۵-۶		۱. عدم توازن قدرت بین سازمان‌ها ۲. مشکلات در هماهنگی بین بخشی ۳. عدم تعامل بین سازمان‌ها ۴. فقدان اهداف مشترک بین سازمان‌ها ۵. عدم توافق در مورد نتایج مشارکت	۱. ایجاد مکانیسم هماهنگی بین‌وزارتی ۲. تعیین نقش مسئول هماهنگ کننده ۳. ایجاد سازمان‌های منطقه‌ای ۴. بهبود سیستم هماهنگی و ایجاد مکانیسم همکاری
تأمین مالی ۳-۷	بودجه ۱-۳ روش پرداخت ۲-۴ ارائه‌دهندگان ۶-۲۲	۱. کمبود منابع مالی ۱. فقدان مدل‌های پرداخت مناسب ۱. مقاومت ۲. اضطراب و ترس ۳. عدم درک نقش‌های کاری و مسئولیت‌ها ۴. فقدان تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها ۵. عدم تعهد ۶. عدم مشارکت ۷. بی‌نگیزگی ۸. صنف و حرفه‌گرایی ۹. کمبود نیروی متخصص ۱۰. عدم اعتماد به سایر سازمان‌ها ۱۱. نگرش منفی نسبت به روابط بین سازمانی ۱۲. از دست دادن هویت قبلی	۱. ارائه رویکردهای انعطاف‌پذیر ۱. بهبود سیستم پرداخت ۱. مشارکت کارکنان ۲. حمایت، توجیه و آموزش
نظام اطلاعاتی ۸-۱۰	سیستم‌های مدیریت اطلاعات ۲-۴ توزیع و استفاده از داده‌ها ۳-۲ جمع‌آوری اطلاعات ۱-۲	۱. عدم وجود نظام‌های ارتباطی و اطلاعاتی یکپارچه ۲. کمبود زیرساخت برای اشتراک‌گذاری داده‌ها ۱. عدم پیوستگی و ارتباط بین فناوری‌های مختلف سلامت ۲. تبادل ضعیف اطلاعات بیمار ۱. کمبود دانش مرتبط ۲. جریان ضعیف اطلاعات	۱. وجود سیستم‌های اطلاعاتی مشترک و یکپارچه ۱. توافق اشتراک‌گذاری داده‌ها ۲. استفاده از فناوری‌های پیشرفته برای تبادل اطلاعات ۱. استفاده از رابطان دیجیتال
امنیت اطلاعات ۲-۲		۱. ضعف در حفظ امنیت داده‌ها ۲. نبود نظارت بر استفاده از فناوری‌های سلامت دیجیتال	۱. ایجاد قوانین و مقررات نظارتی جهت اجرای سلامت دیجیتال ۲. وضع مقررات و استانداردهای حفاظت از اطلاعات بیمار
گیرنده خدمت ۲-۳		۱. عدم نیازسنجی از بیماران ۲. عدم تطبیق خدمات با نیازها ۳. سردرگم کردن بیماران	۱. توانمندسازی بیماران ۲. نیازسنجی از بیماران
محیط فیزیکی ۲-۵		۱. تفاوت در مرزهای جغرافیایی و مکانی سازمان‌ها ۲. عدم امکان هماهنگی خدمات در مکان‌های مختلف ۳. کمبود فضا برای یکپارچه‌سازی خدمات	۱. ایجاد فضاهای فیزیکی مشترک

توسط مدیران، جلسات اشتراک‌گذاری دانش با نمایندگان و جلسات غیررسمی بین مدیران از هر محیط اشاره کرد.^{۳۰،۳۷} یکی دیگر از راهکارها اشتراک‌گذاری دیدگاه یکپارچگی با کارکنان توسط مدیران به صورت مداوم است، چرا که برگزاری جلسات منظم با مدیران و کارکنان هر بخش می‌تواند بسیار مفید و ترغیب‌کننده در جهت افزایش مشارکت کارکنان باشد.^{۳۷} علاوه بر موارد ذکر شده ایجاد یک مکانیسم هماهنگی بین‌وزارتی در سطح بالا باعث تقویت همکاری‌های بین بخشی برای ارتقای یکپارچگی در نظام سلامت می‌شود.^{۳۴} سیاست‌گذاری و وضع قوانین، اصلاح سیستم (از جمله اصلاحات در سطح ساختار)، تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها برای حمایت از ارزیابی و تدوین سیاست مبتنی بر شواهد تعیین نقش مسئول هماهنگ‌کننده، ایجاد سازمان‌های منطقه‌ای برای هماهنگی برنامه‌ریزی خدمات و بهبود نظام هماهنگی خدمات و ایجاد مکانیسم همکاری مؤثر برای چندین بخش از جمله سایر راهکارهای بیان شده در این حوزه بودند.^{۲۹،۳۴ و ۳۹-۴۱}

تامین مالی: از جمله چالش‌های حوزه مالی و بودجه، کمبود منابع مالی و روش‌های نادرست پرداخت است که در این حوزه بیان شده‌اند.^{۲۶، ۲۷ و ۳۰، ۳۴ و ۳۵ و ۳۹ و ۴۰ و ۴۱} گاهی سازمان‌ها فاقد منابع مالی مورد نیاز برای شروع و توسعه همکاری بین سازمانی هستند و مدیران اغلب قادر به سرمایه‌گذاری منابع لازم برای توسعه همکاری نیستند، زیرا در امور دیگر مورد نیاز است که منجر به عدم اطمینان و اعتماد ذی‌نشان مایل به همکاری می‌شود.^{۱۸} از طرفی نیز ترکیبی از افزایش تقاضا برای مراقبت و هزینه‌ها، دستیابی به اهداف جدید، مقابله با کاهش بودجه و تامین مالی مراقبت یکپارچه را دشوار کرده است.^{۲۶} در مطالعه‌ای که Hu و همکارانش انجام داده‌اند دریافتند که سیستم تامین مالی و پرداخت برای یکپارچگی مراقبت سلامت نامناسب بوده است و توسعه یک سیستم تامین مالی و پرداخت مناسب ضروری است چرا که بیمه‌ها برخی از خدمات را تحت پوشش قرار داده‌اند و برخی را تحت پوشش قرار نداده‌اند. از طرف دیگر بازپرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پس از حاد بسیار محدود است.^{۳۴} منابع یکی از مهمترین مسائل برای پایداری بالقوه پروژه‌های مشارکتی است.^{۴۴} Davies و همکارانش نیز برای غلبه بر این چالش‌ها، اتخاذ رویکردهای انعطاف‌پذیر برای پرداخت به ارائه‌دهندگان متناسب با شرایط و زمینه را توصیه کرده‌اند.^{۲۹} در مطالعه دیگری نیز بر بهبود طراحی سیستم

حاکمیت و رهبری: فقدان قوانین و مقررات برای فرآیندهای مشارکتی مانع از همکاری، تبادل و اشتراک‌گذاری اطلاعات و یکپارچگی می‌شود.^{۳۹ و ۴۱} یکی دیگر از موانع حوزه مذکور بروکراسی بالا در فرآیندهای اداری، به‌ویژه الزامات مستندسازی است که بسیار زمان بر و مانع از عمل‌گرایی و انعطاف‌پذیری می‌شود.^{۴۱} عدم وجود ابزار واحد نیازسنجی و استانداردهای کیفی، مطابقت با نیازهای واقعی مردم و اندازه‌گیری کیفیت مراقبت در بین مؤسسات را دشوار کرده است. همچنین ابزارهای ارزیابی باید براساس سیستم خدمات کشور و طرح بیمه توسعه یابد.^{۳۴} یکی دیگر از چالش‌های این حوزه عدم تعهد مدیران ارشد می‌باشد چرا که عدم تعهد آنها به هنگام گردهم آمدن سازمانهایی با فرهنگ‌های متفاوت باعث عدم تمایل کارکنان به قبول مسئولیت در راستای ارتباط، همکاری و مشارکت می‌شود.^{۳۷} برنامه‌ریزی ضعیف خدمات یکپارچه نیز، تا حدی منجر به سیستم‌های ناسازگار بودجه، پاسخگویی ضعیف و فقدان ساختارهای مؤثر می‌شود.^{۱۸ و ۲۹} همچنین عدم شفافیت در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌های مدیریت می‌تواند منجر به تضاد بین مدیران تیم شود.^{۳۸} داشتن اهداف مشترک از الزامات افزایش همکاری و مشارکت بین سازمان‌های دخیل در یکپارچه‌سازی می‌باشد که از جمله مسائل کلیدی که باید مورد توجه قرارگیرد مشارکت همه ذی‌نشان در تدوین اهداف می‌باشد تا از وجود اهداف مشترک مورد مذاکره و توافق اطمینان حاصل شود.^{۴۳} از جمله سایر چالش‌های این حوزه می‌توان به فقدان چشم‌انداز مشترک، پیچیدگی قوانین و سیاست‌های مرتبط، فقدان خط‌مشی روشن و منسجم، عدم وجود ارزش‌های مشترک عدم شفافیت در اهداف یکپارچگیو تفاوت‌های فرهنگی بین سازمان‌ها اشاره کرد. عدم توافق در مورد نتایج مشارکت، عدم توازن قدرت بین سازمان‌ها، عدم تعامل بین سازمان‌ها و مشکلات در همکاری بین بخشی از جمله چالش‌های دیگر این حوزه می‌باشند.^{۲۶، ۳۰ و ۳۸ و ۴۵}

ایجاد هنجارها و ارزش‌های مشترک از جمله راهکارهای این حوزه هستند چرا که این ارزش‌ها می‌توانند به‌عنوان پایه‌ای برای هدایت فرآیندهای همکاری و حکمرانی در مراقبت یکپارچه باشند.^{۴۴} از جمله راهکارهای شناسایی شده می‌توان به اشتراک‌گذاری چشم‌انداز توسط مدیران با کارکنان، تصمیم‌گیری مشترک، اولویت‌بندی و تخصیص زمان برای اقدامات یکپارچگی

تامین مالی و پرداخت تایید شده است.^{۳۴}

نیروی انسانی: این حوزه از جمله مهمترین حوزه‌های دارای چالش می‌باشد. یکی از چالش‌های این حوزه انگیزه کم پزشکان عمومی و پرستاران به علت عدم قیمت‌گذاری و تحت پوشش قراردادن برخی از خدمات است که یک سیستم دستمزد غیرقابل انعطاف، برای یکپارچگی در مراقبت سلامت آن را تشدید می‌کند.^{۳۴، ۴۹} در مطالعه‌ای در ایرلند شمالی بیان شده است که حرفه‌گرایی و تحکیم حس هویت حرفه‌ای اقدامات در جهت یکپارچگی را با شکست مواجه می‌کند.^{۳۷} در مطالعه دیگر نیز بیان شده اغلب اوقات همکاری افراد با پیشینه‌های حرفه‌ای متفاوت منجر به مختل شدن یکپارچگی می‌شود.^{۱۸} علاوه بر موارد بیان شده کمبود نیرو، استخدام و حفظ کارکنان ماهر به‌ویژه در مناطق روستایی به‌طور مداوم یک چالش بوده است که باعث نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود.^{۳۶} فقدان و یا عدم درک نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان به ویژه متخصصان از جمله چالش‌های پرتکرار در مطالعات مختلف بود.^{۲۸، ۳۰، ۳۹، ۵۰} در یکی از مطالعات بیان شده است که کارکنان در مورد مسئولیت‌ها و اختیارات خود نامطمئن بودند، بنابراین به تنهایی کار می‌کردند و این عدم قطعیت در نقش‌ها و مسئولیت‌ها مانع از انجام کار تیمی و همکاری بیشتر بین سازمان‌های درگیر شده است.^{۴۵} یکی دیگر از چالش‌های این حوزه مقاومت کارکنان و ارائه‌دهندگان در برابر تغییر است چرا که این تغییرات و تحولات از طریق یک رویکرد از بالا به پایین پیاده‌سازی شده است.^{۲۵، ۳۰، ۳۹} در مطالعه Kozłowska, Park و همکارانشان از مقاومت کارکنان در برابر تغییر به‌عنوان یکی از موانع یکپارچه‌سازی سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت یاد کرده‌اند.^{۳۵، ۳۹} چرا که این تغییرات باعث ایجاد ترس و اضطراب در کارکنان می‌شود.^{۲۸} در برنامه‌ای در چین کمبود نیروی متخصص و نیروی کار هم در ارائه خدمات و هم در مدیریت یکپارچه موجب فشار کاری بالا می‌شود و از طرفی دستمزد کم با مزایای اندک نیز این وضعیت را تشدید می‌کند.^{۳۴} عدم تعهد کارکنان، عدم اعتماد کارکنان به کارکنان سایر سازمان‌ها، نگرش منفی نسبت به روابط بین سازمانی عدم مشارکت کارکنان و از دست دادن هویت قبلی از دیگر چالش‌های نام برده در این حوزه می‌باشند. با وجود تعدد چالش‌های ذکر شده در این حوزه راهکارهای پیشنهادی بسیار محدود بوده است. مشارکت کارکنان

متعهد و ذی‌نقشان درگیر در این فرایند و حمایت، توجیه و آموزش کارکنان ۴۹ از جمله راهکارهای کلیدی نام برده در این حوزه می‌باشند.^{۲۸، ۳۴، ۳۰، ۳۹، ۵۰، ۴۹}

نظام اطلاعاتی: یک مانع عمده برای انتقال موثر مراقبت در یک نظام سلامت یکپارچه، فقدان یک سیستم مشترک برای تسهیل انتقال اطلاعات و ضعف در فناوری اطلاعات است.^{۳۷، ۴۹} یکی دیگر از چالش‌ها تبادل ضعیف اطلاعات در مورد سوابق سلامت بیمار بین متخصصان است که ناشی از مشکل در دسترسی به اطلاعات از مراقبت ثانویه، عدم استفاده از پرونده بیمار به دلیل مشکلات فنی، مشکلات سازگاری و مشکلات حاکمیتی برای دسترسی به پرونده بیمار می‌باشد.^{۱۸، ۳۰، ۳۵، ۴۳} در حالی که فناوری‌های دیجیتال می‌توانند از هماهنگی بیشتر پشتیبانی کنند، در بسیاری از حوزه‌ها هنوز با کمبود زیرساخت برای به اشتراک گذاشتن داده‌های سلامت بین سازمان‌ها مواجه هستند که می‌تواند منجر به انتقال ضعیف، ناکارآمدی و در نهایت چندپارگی بیشتر شود.^{۴۱} عدم قابلیت همکاری بین سیستم‌های دیجیتال مختلف، از جمله سیستم‌های مختلف پرونده پزشکی، به عنوان مانعی برای مراقبت یکپارچه عمل می‌کنند.^{۴۱} فناوری اطلاعات موسسات پزشکی و بهداشتی در چین توسعه یافته است، اما ایجاد یک سکوی اطلاعات سلامت منطقه‌ای و توسعه مکانیزم به اشتراک‌گذاری داده‌ها نسبتاً کند است و همکاری بین فناوری‌ها و سیستم‌های مختلف سلامت دیجیتال وجود ندارد.^{۴۱} ضعف در تضمین حفظ حریم خصوصی و امنیت داده‌های بیمار، نبود چارچوب‌های نظارتی بر استفاده از فناوری‌های سلامت دیجیتال و کمبود دانش و جریان ضعیف اطلاعات از دیگر چالش‌های این حوزه بودند. استفاده از رابطان دیجیتال برای کمک به کاربران، ایجاد قوانین و مقررات نظارتی به‌جهت اطمینان از اجرای ایمن و موثر راه‌حل‌های سلامت دیجیتال، وضع مقررات و استانداردهای سختگیرانه برای حفاظت از اطلاعات بیمار در برابر نقض و دسترسی غیرمجاز و وجود نظام‌های اطلاعاتی مشترک و یکپارچه از جمله راهکارهای پیشنهادی در جهت ارتقا اطلاعات و ارتباطات سازمان‌های درگیر در یکپارچه‌سازی بودند.^{۱۸، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۴۷}

ارائه خدمت: تمرکز ناکافی بر نیازها و خواسته‌های بیماران هنگام برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت و عدم تطبیق خدمات با نیازها و خواسته‌های بیماران موجب می‌شود که آنها فعالیت‌های مرتبط با

سلامت در متون بررسی شده در شش حوزه حاکمیت و رهبری، تامین مالی، نیروی انسانی، نظام اطلاعاتی و ارائه خدمت دسته‌بندی شدند. یکپارچه‌سازی در نظام خدمات سلامت به دلیل بافتار منحصر به فرد هر کشور می‌تواند به‌طور قابل توجهی متفاوت باشد. عواملی مانند نظام سیاسی و حاکمیتی، منابع اقتصادی، هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، زمینه تاریخی و جغرافیایی و زیرساخت‌های فناوری همگی می‌توانند بر نحوه سازماندهی، تامین مالی و ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت تأثیر بگذارند. در نتیجه، رویکرد ادغام، هماهنگی و همکاری در خدمات سلامت می‌تواند از کشوری به کشور دیگر بسیار متفاوت باشد. این تنوع نشان‌دهنده نیاز به راه‌حل‌های متناسب با چالش‌ها و فرصت‌های خاص موجود در چشم‌انداز مراقبت‌های سلامت هر کشور است.^{۴۹، ۵۰}

حاکمیت و رهبری: فقدان پایه‌های قانونی برای نهادهای مشارکتی مانند نظام‌های مراقبت یکپارچه مسئولیت‌پذیری و اعتماد را با مشکل مواجه می‌کند و همچنین فرایندهای مشارکتی را برای یکپارچگی در نظام سلامت دچار چالش می‌کند.^{۵۱} تحقیقات نشان می‌دهد که ترتیبات حاکمیتی نقش مهمی در همکاری‌های موفق دارند.^{۵۲} در بریتانیا، موانع نظارتی مانند الزامات برای رقابت در خدمات، اشتراک‌گذاری محدود داده‌ها، و ساختارهای پاسخگویی غیرشفاف، مانع تلاش‌های مشترک در نظام خدمات ملی سلامت (NHS) می‌شود.^{۵۳} افزون‌براین، همه‌گیری COVID-19 از هم‌گسیختگی نظام‌های مراقبت سلامت را که ناشی از هماهنگی ضعیف بین بیمارستان‌ها و محیط‌های اجتماعی بزرگ‌تر بود برجسته کرد و بر نیاز حیاتی به اهداف شفاف و کاملاً تعریف‌شده تأکید کرد.^{۵۴} تضادهای ارزشی در قوانین و سازمان‌های دولتی مانع یکپارچگی مراقبت‌های سلامت می‌شود، زیرا مقامات مختلف توسط ارزش‌های عمیقاً نهادینه شده اداره می‌شوند در نتیجه این تضادها مانع ایجاد اهداف و هنجارهای مشترک می‌شوند.^{۵۵} چالش‌های فرهنگی در دو سطح ملی و سازمانی مانند فردگرایی، میل به فاصله گرفتن از قدرت، مدارک تحصیلی، عدم تحمل نقد، کار تیمی ضعیف، رواج چاپلوسی، انگیزه پایین، عدم اعتماد متقابل و تمایل به کسب نتایج کوتاه‌مدت به‌عنوان چالش‌های مهم در رهبری بیمارستان‌های ایران برجسته می‌شود که بر یکپارچگی و اثربخشی سازمانی در نظام سلامت تأثیر می‌گذارد.^{۵۵} ضعف در برنامه‌ریزی در ملبورن استرالیا چالش‌هایی را برای

خودشان را یکپارچه ندادند، درک نکنند و یا آن اقدامات را به‌عنوان یک بهبود درک نکنند.^{۳۰، ۳۵} یکی دیگر از چالش‌ها درگیری بیشتر بیماران از طریق ارائه خدمت توسط چند ارائه دهنده می‌باشد که موجب سردرگمی و عدم رضایت آنها می‌شود.^{۴۸} تفاوت در مرزهای جغرافیایی و مکانی سازمان‌های درگیر در یکپارچگی یک مانع در این حوزه می‌باشد که نیاز به غلبه بر محدودیت‌ها و مرزها جهت اجرا و نظارت بهتر می‌باشد.^{۳۸} کمبود فضا برای یکپارچه‌سازی خدمات و عدم هماهنگی اقدامات و خدمات در مکان‌های جغرافیایی مختلف از سایر چالش‌های این حوزه بودند.^{۱۸، ۳۲، ۳۸} و همکارانش بیان کردند که مشارکت بیماران به‌صورت فعال و توانمندسازی آنها یک عامل بسیار مهم در جهت بهبود مراقبت یکپارچه می‌باشد چرا که تصمیم‌گیری با بیماران، استفاده از منابع آنها و فعال‌سازی و مسئولیت‌پذیری بیمار تأثیری حیاتی بر پیامدهای سلامتی، تجربیات بیمار و سطح یکپارچگی دارد.^{۳۷} از طرفی یکپارچگی در محیطی پاسخگو است که براساس نیاز واقعی جامعه شکل گرفته باشد، که در این صورت است که ذی‌نقشان داخلی فعال و برانگیخته می‌شوند و یکپارچگی را برای ذی‌نقشان خارجی توجیه می‌کنند.^{۳۳} فضاهای فیزیکی مشترک برای سازمان‌های درگیر در یکپارچگی بوروکراسی را کاهش می‌دهد و از این‌رو، کارایی زمان را در ارائه خدمات ارتقا می‌دهد.^{۱۹، ۳۶} هم‌مکانی به‌عنوان پیش‌شرط توانمند برای مدیریت یک نظام یکپارچه مورد توجه قرار گرفته است. همچنین بر اهمیت هم‌مکانی برای اعمال رهبری مشترک، کارگروهی تأکید شده است.^{۳۶}

بحث

ماهیت خدمات و تنوع بخش‌ها و نقش‌آفرینان 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 خدمات سلامت را نشان می‌دهد. از طرفی افزایش روزافزون انتشار مقالات در خصوص یکپارچگی نیز اهمیت روزافزون این مساله را در نظام خدمات سلامت خاطر نشان می‌کند. مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها و راهکارهای یکپارچه‌سازی در نظام خدمات سلامت با مرور متون مرتبط انجام گردید. چالش‌ها و راهکارهای یکپارچگی در نظام

خدمات سلامت ایجاد می‌کند. در آمریکای لاتین و دریای کارائیب، نیاز به افزایش منابع عمومی برای سلامت به منظور افزایش دسترسی و کارایی وجود دارد.^{۶۴} در چین، بار مالی نظام سلامت بر عهده بیمارانی است که به خدمات مراقبت‌های سلامت دسترسی دارند و برای ساخت یک نظام خدمات سلامت یکپارچه بر آن تکیه می‌کنند.^{۶۵} روش‌های فعلی پرداخت برای مراقبت سلامت مانع هماهنگی در شبکه‌های یکپارچه می‌شود. ارائه‌دهندگان عمدتاً از طریق مدل‌های پرداخت سنتی مانند کارانه یا پرداخت به ازای خدمت (FFS) یا گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG) به‌طور جداگانه بازپرداخت می‌شوند. به‌طور گسترده فرض می‌شود که اکثر مدل‌های سنتی حجم را افزایش می‌دهند، پیشگیری را دلسرد می‌کنند، مانع هماهنگی مراقبت می‌شوند و ارائه سودآورترین خدمات را تحریک می‌کنند. در اصل، مدل‌های سنتی به‌عنوان ناتوانی در ایجاد انگیزه‌های مناسب برای یکپارچگی مراقبت در نظر گرفته می‌شوند و در عوض منجر به مجموعه‌ای از انگیزه‌های ناهمسو می‌شوند.^{۶۶} بهبود سیستم‌های تامین مالی و پرداخت مانند اجرای طرح‌های بیمه سلامت، تجمع وجوه و تعیین علمی حق بیمه برای غلبه بر موانع مراقبت یکپارچه بسیار مهم است، زیرا مدل‌های تامین مالی پراکنده اغلب مانع از ارائه خدمات جامع و بیمار محور می‌شود.^{۶۷ و ۶۸} رویکردهای انعطاف‌پذیر برای تامین مالی نقش مهمی در یکپارچه‌سازی نظام‌های سلامت، به‌ویژه در رسیدگی به چالش‌های جهانی بهداشت مانند سرطان، بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های عفونی و آمادگی در برابر بلایا ایفا می‌کنند.^{۶۹} این مکانیسم‌های تامین مالی انعطاف‌پذیر می‌توانند یکپارچگی منابع در سراسر بخش‌ها را برای جذب کل ارزش چندبخشی مداخلات، که منجر به دستیابی کارآمدتر به اهداف مشترک می‌شود، امکان‌پذیر کند.^{۷۰}

نیروی انسانی: مقاومت در برابر تغییر در میان ارائه‌دهندگان و کارکنان یک چالش مهم در یکپارچه‌سازی مراقبت‌های سلامت است.^{۷۱ و ۷۲} تغییر در محیط به دلیل یکپارچگی باعث می‌شود افراد تمایلی به تغییر و پذیرش با فناوری جدید نداشته باشند. این رفتار یکی از واکنش‌های رفتاری طبیعی افراد است.^{۷۱} افزون‌براین، افراد تصور می‌کنند که نقش آنها حذف می‌شود و با به اشتراک گذاشتن هر چیزی که دارند، کنترل خود را از دست می‌دهند.^{۷۱} این مقاومت می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی مانند پیچیدگی یکپارچه‌سازی

یکپارچه‌سازی نظام خدمات سلامت ایجاد کرد که نیاز به استراتژی‌ها و رهبری روشن و شفاف دارد.^{۶۶} در لهستان نیز فقدان سازمان رسمی برای برنامه‌ریزی منابع انسانی در نظام سلامت منجر به چالش‌هایی در یکپارچگی موثر کارکنان پزشکی می‌شود.^{۶۷} ترویج همکاری و یکپارچگی ممکن است به منابع قابل توجهی نیاز داشته باشد، که نگرانی‌هایی را در مورد میزان سرمایه‌گذاری مورد نیاز و چگونگی ارزیابی موفقیت سیاست‌ها ایجاد می‌کند. بنابراین، تمرکز بر منافع سازمانی با اهداف گسترده‌تر یکپارچگی، چالش مهمی را در نظام سلامت ایجاد می‌کند.^{۶۸}

هماهنگی بین بخشی مراقبت‌های سلامت مستلزم همسویی فناوری اطلاعات با ساختارهای سازمانی، پرسنل ماهر و فرآیندهای کاری اصلاح شده است.^{۶۹} چالش‌های هماهنگی بین بخشی در یکپارچگی مراقبت‌های سلامت شامل همسویی فناوری با ساختارهای سازمانی، مهارت‌های پرسنلی و فرآیندهای کاری به دلیل پیچیدگی‌های یکپارچه‌سازی اطلاعات و مسائل مربوط به استقلال حرفه‌ای است.^{۶۹} فقدان تعامل بین سازمان‌ها می‌تواند مانع اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های مراقبت یکپارچه شود.^{۷۲ و ۷۳} عواملی مانند فواصل طولانی فیزیکی، قوانین و مقررات، تغییرات در وضعیت، توان مالی و قدرت حرفه‌ای می‌توانند مانع همکاری بین سازمانی شوند.^{۷۳}

همانند شبکه ذی‌نقشان در سیاست‌گذاری سلامت ایران، ایجاد اهداف و ارزش‌های مشترک بین ذی‌نقشان در سیاست‌گذاری سلامت تصمیم‌گیری مشترک برای ایجاد یک نظام مراقبت سلامت تلفیقی بسیار مهم است و می‌تواند یکپارچگی در نظام سلامت را افزایش دهد که به‌عنوان راه‌حلی ضروری برای یکپارچه‌سازی نظام‌های سلامت است.^{۷۱ و ۷۲} از طریق تصمیم‌گیری‌های غیرمتمرکز ایمن، هماهنگی در نظام‌های بیمارستانی افزایش می‌یابد.^{۷۲} بهبود نظام هماهنگی خدمات و ایجاد یک مکانیسم همکاری موثر جنبه‌های حیاتی، راه‌حل یکپارچه‌سازی در نظام سلامت است.^{۷۳ و ۷۴} هماهنگی خدمات مراقبت‌های سلامت برای مقابله با اختلالاتی که ممکن است زمانی که اجزای نظام به‌طور مستقل عمل می‌کنند ایجاد شود، ضروری است.^{۷۱} افزون‌براین، مفهوم مراقبت‌های سلامت هماهنگ و یکپارچه نقش مهمی در افزایش اثربخشی و کارایی نظام‌های سلامت ایفا می‌کند.^{۷۳}

تامین مالی: محدودیت‌های مالی چالش مهمی برای یکپارچگی

محلی و نظام خدمات ملی سلامت (NHS) مانع یکپارچگی می‌شود.^{۵۳} افزون‌براین، در همه‌گیری COVID-19 هماهنگی ضعیف بین بیمارستان‌ها و محیط‌های جامعه به دلیل سیستم‌های پراکنده برجسته و بر تأثیر مرزهای جغرافیایی بر ارائه مراقبت تأکید شد.^{۵۲} تلاش برای متحد کردن بخش‌های متفاوت سازمان‌های مراقبت‌های سلامت برای ایجاد هم‌افزایی در بین فعالیت‌هایی که در داخل و بین آنها اتفاق می‌افتد، بسیار مهم است.^{۵۹}

مراقبت بیمار محور و درک بیمار، از اجزای اساسی مراقبت یکپارچه است. با تمرکز بر تجربیات، نتایج و دیدگاه‌های بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌توانند خدمات را برای برآورده کردن نیازهای فردی، بهبود هماهنگی و ارتقای کلی ارائه مراقبت تنظیم کنند. ارزیابی نیازهای بیمار در طراحی و اجرای خدمات مراقبت‌های سلامت می‌تواند منجر به اتصال، همسویی و همکاری بهتر در داخل و بین سطوح مختلف مراقبت شود.^{۳۳} فضاها و فیزیکی نقش مهمی در یکپارچگی خدمات مراقبت‌های سلامت ایفا می‌کنند و به‌عنوان یک زمینه مشترک برای سازمان‌های مختلف درگیر در این فرآیند عمل می‌کنند.^{۳۶} ابتکار مرکز بریزین جنوبی برای یکپارچه‌سازی خدمات با استفاده از یک استراتژی تجمیع برای یکپارچگی ارائه خدمات محلی در سازمان‌های مختلف سلامت، که منجر به افزایش ارتباطات، همکاری و مشارکت بین تیم‌های کاری مختلف می‌شود، نمونه‌ای از این امر است.^{۳۶}

نظام اطلاعاتی: درک محدود پزشکان از اتصالات فناوری چالش‌هایی را برای جریان اطلاعات در نظام‌های یکپارچه سلامت ایجاد می‌کند و بر تلاش‌های یکپارچه سازی و قابلیت همکاری موفقیت‌آمیز تأثیر می‌گذارد.^{۳۷} در واقع جریان ضعیف اطلاعات و شکاف دانش است که مانع هماهنگی مؤثر بین خدمات سلامت می‌شود.^{۳۱} تکه‌تکه شدن در ارائه مراقبت در میان تنظیمات و ارائه‌دهندگان، که به دلیل هماهنگی ضعیف در طول رویدادهایی مانند همه‌گیری COVID-19 تشدید می‌شود، به‌علت فقدان نظام ارتباطی و اطلاعاتی یکپارچه، چالش مهمی را برای یکپارچگی نظام‌های سلامت ایجاد می‌کند که مانع ارائه یکپارچه مراقبت ایمن و کارآمد می‌شود.^{۳۸} در زمینه مراقبت‌های بهداشت عمومی در برزیل، فقدان برنامه‌ریزی آینده محور منجر به توسعه سیستم‌های منزوی و قدیمی می‌شود که برای برقراری ارتباط با پلتفرم‌های موجود تلاش نمی‌کنند.^{۳۹} پرداختن

مراقبت در حوزه‌های مختلف، ترس از دست دادن مالکیت دانش تخصصی و عدم توافق در مورد چگونگی اندازه‌گیری موفقیت یکپارچه‌سازی باشد.^{۵۲} همچنین مقاومت در برابر تغییر، خود شامل عدم مشارکت کارکنان می‌شود و آنان را به‌عنوان یک مانع مهم برای یکپارچگی در نظام سلامت برجسته می‌کند.^{۶۱} فقدان اهداف روشن برای یکپارچگی ارائه‌دهندگان در روسیه به چالش‌هایی در یکپارچگی مراقبت‌های سلامت، از جمله تعهد ناکافی ارائه‌دهندگان و کارکنان منجر می‌شود.^{۶۲} عدم تعهد در میان ارائه‌دهندگان و کارکنان یک چالش در یکپارچگی مراقبت‌های سلامت است که بر اهمیت خرید، رهبری قابل مشاهده و روابط کاری قوی برای همکاری موفق تأکید می‌کند.^{۵۹} در تنظیمات مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) قزاقستان، عدم درک نقش‌های مددکاران اجتماعی و روانشناسان مانع یکپارچگی بالینی موفق شد.^{۶۳} در واقع فقدان شاخص‌های مناسب و به اشتراک‌گذاری داده‌ها مانع درک نقش‌ها و مسئولیت‌ها می‌شود و بر یکپارچگی موفق در نظام‌های خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد.^{۴۸} بیمارستان‌ها و وزارت بهداشت نیاز به آموزش، توجیه و توانمندسازی نیروی انسانی دارند تا چالش یکپارچگی را به حداقل برسانند و در نتیجه احتمال موفقیت یکپارچگی را به حداکثر برسانند.^{۶۱} در زمینه سیاست‌های مراقبت‌های سلامت نیز، مشارکت همه جانبه ذی‌نقشان برای رسیدگی به نیازهای جامعه، کاهش نابرابری‌های سلامت و افزایش پاسخگویی دولت ضروری است.^{۶۴} یکپارچگی خدمات مراقبت‌های سلامت به همکاری و مشارکت ذی‌نقشان مختلف برای مقابله با ناکارآمدی‌های نظام سلامت متکی است.^{۶۵}

ارائه خدمت: اغلب یک چالش مهم برای سازمان‌هایی که به دنبال اجرای هرگونه تغییر در مقیاس بزرگ هستند، ارتباط بین چشم‌انداز و انتظارات مردم است. اگر همه در جهت یک نتیجه مشترک توافق شده نباشند، ممکن است افراد ناامید و ناراضی شوند و این احتمال وجود دارد که تغییر ناموفق باشد.^{۴۸} از طرفی سردرگمی بیماران به هنگام دریافت مراقبت از چندین ارائه‌دهنده توسط چندین سازمان علت عمده نارضایتی بیماران از یکپارچه‌سازی در خدمات سلامت باشد.^{۴۸} مرزهای جغرافیایی و فضایی سازمان‌ها چالش مهمی برای یکپارچگی در نظام خدمات سلامت است. این چالش در تجارب سه شهر لندن که برای ایجاد یک سازمان مراقبت پاسخگو کار می‌کنند مشهود است، جایی که تفاوت در اولویت‌های عملیاتی و استقلال بین شوراهای

متعدد و ارائه راهکارهای مناسب است. در این مطالعه چالش‌های مهمی از قبیل کمبود قوانین و مقررات، محدودیت منابع مالی، مقاومت سازمان‌ها و کمبود نیروی کار متخصص شناسایی شد که ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت، افزایش هزینه‌ها و کاهش رضایت بیماران شوند. بنابراین، راهکارهایی نظیر تدوین خط‌مشی مناسب، توسعه و بکارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات، تسهیل همکاری و تعامل بین ارائه‌دهندگان، بهبود روش‌های پرداخت و آموزش، توسعه و توجیه نیروی انسانی می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و مدیران در این راستا قرار بگیرد. با این وجود پیچیدگی مفهوم یکپارچگی و تنوع بازیگران موفقیت راهکارهای شناسایی شده را می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "طراحی الگوی یکپارچه مدیریت خدمات سلامت در منطقه ۱۷ شهرداری تهران" در مقطع دکتری در سال ۱۴۰۱ و کد طرح ۶۵۷۴۱ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال اجرا می‌باشد.

به این چالش‌ها مستلزم اجرای شیوه‌های مراقبت یکپارچه است که برای خدمات سلامت و مراقبت اجتماعی مدرن بسیار حیاتی است.^۸ اطلاعات می‌تواند در سراسر نظام‌ها به منظور ادامه مراقبت به اشتراک گذاشته شود. عدم یکپارچگی این نظام‌ها منجر به جریان ناکافی داده بین آنها می‌شود. سیستم‌های اطلاعات سلامت (HIS) سیستم‌های اطلاعاتی مناطق مختلف جغرافیایی را پوشش می‌دهند، دسترسی سریع و راحت به خدمات مراقبت‌های سلامت را فراهم می‌کنند و هزینه‌ها را کاهش می‌دهند.^۸

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

نتیجه‌گیری: با نظر به پیامدهای نامطلوب چندپارچگی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت، نظام‌های سلامت در حال افزایش تلاش‌ها برای تقویت یکپارچگی در ارائه مراقبت‌های سلامت هستند. حرکت به سمت یکپارچگی در حوزه سلامت در راستای شش بلوک ساختاری سازمان جهانی بهداشت نیازمند توجه ویژه به چالش‌های

References

1. Folland S, Goodman A, Stano M. Health Economics and Health Care. first ed. Tehran: *Asare Sobhan* 2016.
2. Davari M. Economic challenges of health system in Iran. *Management of Health Information* 2010;8:915-8.
3. Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Health Systems & Reform* 2015;1(4):250-6.
4. Hamilton K. E, Sullivan F. M, Donnan P. T, Taylor R, Ikenwilo D, Scott A, et al. A managed clinical network for cardiac services: set-up, operation and impact on patient care. *International journal of integrated care* 2005;5(3).
5. Assessment TEGoHSP. Blocks:Tools and Methodologies to Assess Integrated Care in Europe. Luxembourg: *The Expert Group on Health Systems Performance Assessment* 2017.
6. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management* 2006;21(1):75-88.
7. Gauld R. The theory and practice of integrative health care governance: the case of New Zealand's alliances. *Journal of Integrated Care* 2017;25(1):61-72.8.
8. Billings J, De Weger E. Contracting for integrated health and social care: a critical review of four models. *Journal of Integrated Care* 2015;23(3):153-75.
9. Akmal A, Gauld R. What components are important for effective healthcare alliance governance? findings from a modified Delphi study in New Zealand. *Health Policy* 2021;125(2):239-45.
10. Cousins K, Gauld R, Greatbanks R. Understanding the diversity of alliance governance in OECD healthcare settings: A structured narrative review. *Journal of Integrated Care* 2020;28(2):183-195
11. 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(1):6.
12. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care* 2009; 28(2): 183-195.
13. Heiden, B. van der. The advantages and disadvantages of insurer-provider intergration: what are implications for Dutch health care policy? [Internet]. *Master Health Economics, Policy and Law* 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/2105/1600014>
14. Gaynor M. Is vertical integration anticompetitive?: Definitely maybe(but that's not final) first ed. Elsevier; 2006. p. 175-80.
15. Jaafaripooyan 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 Research Journal* 2021;24(3):205-8
16. Rezapour A, Khalaj M. The Economic Behavior of General Hospitals of Iran. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2006;8(3):11-6.
17. Rezapour A, Khalaj M. The Economic Behavior of General Hospitals of Iran. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2006;8(3):11-6
18. Sweeney L, Halpert A, Waranoff J. Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *Methods* 2004.
19. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International journal of integrated care* 2018;18(1).
20. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International journal of integrated care* 2012;12:e129.
21. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care* 2002;2. e12.

21. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence Based Healthc* 2015;13(3):141-6.
22. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005;8(1):19-32.
23. Gale N, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology* 2013;13(1):1-8.
24. INDICATORS, A. H. O. Monitoring the building blocks of health systems. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services 2010.25.
25. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International journal of integrated care* 2011;11 :e007.
26. Gongora-Salazar P, Glogowska M, Fitzpatrick R, Perera R, Tsiachristas A. Commissioning(Integrated) Care in England: An Analysis of the Current Decision Context. *International journal of integrated care* 2022;22(4):3.
27. Heenan D, Birrell D. The integration of health and social care: the lessons from Northern Ireland. *Social Policy & Administration* 2006;40(1):47-66.
28. Callaly T, Von Treuer K, Van Hamond T, Windle K. Forming and sustaining partnerships to provide integrated services for young people :An overview based on the headspace Geelong experience. *Early Intervention in Psychiatry* 2011;5(1):28-33.
29. Davies GP, Perkins D, McDonald J, Williams A. Integrated primary health care in Australia. *International journal of integrated care* 2009;9:e95.
30. de Bruin SR, Billings J, Stoop A, Lette M, Ambugo EA, Gadsby E, et al. Different Contexts, Similar Challenges. SUSTAIN's Experiences with Improving Integrated Care in Europe. *International journal of integrated care* 2020;20(2):17.
31. Delnoij D, Klazinga N, Glasgow IK. Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care* 2002;2:e04.
32. Flexa RGC, Barbastefano RG. Public Health consortia: a literature review. *Cien Saude Colet* 2019;25(1):325-38.
33. Glinos IA, Baeten R. Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. *Social Science and Medicine* 2014;117:18-24.
34. Hu L, Glavin YW, Yan R, Pei C, Yan M, Zhang Y, Liu Y. Integrating Health and Care in China: Lessons Learned and Future Outlook. *International journal of integrated care* 2021;21(4):18.
35. Kozłowska O, Lumb A, Tan GD, Rea R. Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: a narrative literature review. *Future Healthc Journal* 2018;5(1):64-80.
36. Lalani M, Marshall M. Co-location, an enabler for service integration? Lessons from an evaluation of integrated community care teams in East London. *Health Soc Care Community* 2022;30(2):e388-e96.
37. Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Frølich A. Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International journal of integrated care* 2016;16(1):4.
38. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *International journal of integrated care* 2010;10:e043.
39. Park J, Turnbull AP. Service integration in early intervention determining interpersonal and structural factors for its success. *Infants and Young Children* 2003;16(1):48-58.
40. Qiu W, Chu C, Wang K, Meng Y, Yang Y, Mao A. Collaboration and cooperation of public health service management in China. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2021 Apr;15(2):191-7.
41. Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *Int J Integr Care* 2022;22(2):17.
42. Uchimura LYT, da Silva ATC, Viana ALD. Integration between Primary Health Care and Emergency Services in Brazil: Barriers and Facilitators. *International journal of integrated care* 2018;18(4):8.
43. van Eyk H, Baum F. Learning about interagency collaboration: trialling collaborative projects between hospitals and community health services. *Health & social care in the community* 2002;10(4):262-9.
44. van Kemenade E, de Kuiper M, Booij M, Minkman M. How Different Quality Paradigms Undermine a Shared Value Base for Integrated Care: The Need for Collective Reflexivity. *International journal of integrated care* 2022;22(1):5.
45. Wihlman U, Lundborg CS, Axelsson R, Holmström I. Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation. *International Journal of Integrated Care* 2008;8(2).
46. Steele Gray C. Integrated Care's New Protagonist: The Expanding Role of Digital Health. *Int J Integr Care* 2021;21(4):1.
47. Pant K, Bhatia M, Pant R. Integrated care with digital health innovation: pressing challenges. *Journal of Integrated Care* 2022;30(4):324-34.
48. Bamber H, Marshall K. Barriers and challenges to integrated care. *Clinics in Integrated Care* 2023;18:100148.
49. 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(3):294-310.
50. Mitonga HK, Shilunga APK. International Health Care Systems: Models, Components, and Goals. In: Haring R, Kickbusch I, Ganten D, Moeti M, editors. *Handbook of Global Health*. Cham: Springer International Publishing 2021. p. 1-20.
51. Aunger JA, Millar R, Rafferty AM, Mannion R. Collaboration over competition? Regulatory reform and inter-organisational relations in the NHS amidst the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2022;22(1):640.
52. OECD, Union E. *Integrated care* 2022.
53. Prasad B. "One Nation, One Health System": The need, the challenges, and the way forward. *Journal of Research in Ayurvedic Sciences* 2023;7(1):26-9.
54. Hellberg A-S, Grönlund Å, editors. Health care integration in practice: an institutionalized dilemma. Electronic Government and the Information Systems Perspective: Second International Conference, EGOVIS 2011, Toulouse, France, August 29–September 2, 2011 Proceedings 2; 2011: Springer.
55. Ghiasipour M, Mosadeghrad AM, Arab M, Jaafari-pooyan E. Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2017;31:96.
56. Lowe M, Whitzman C, Giles-Corti B. Health-Promoting Spatial Planning: Approaches for Strengthening Urban Policy Integration. *Planning Theory & Practice* 2018;19(2):180-97.
57. Domagała A. Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego-potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013;11(2):148-58.
58. Shand J, Turner S. System wide collaboration? Health and social care leaders' perspectives on working across boundaries. *Journal of Integrated Care* 2019;27(1):83-94.
59. Sherer, S. · Meyerhoefer, C. · Levick, D.Challenges to aligning coordination technology with organizations, people, and processes in healthcare. *Proceedings of the 50th Hawaii International Conference on System Sciences* 2017.
60. Damari B, Moghadam AV, Rostamigooran N. Stakeholders' network in Iranian health policy-making: A model for participatory policy-making. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2017;31:106.
61. Mercer S, Henderson D, Huang H, Donaghy E, Stewart E, Guthrie B, Wang H. Integration of health and social care: necessary but challenging for all. first ed. *British Journal of General Practice* 2021. p. 442-3.
62. Badré A, Mohebbi S, Soltanisehat L. Secure decentralized decisions to enhance coordination in consolidated hospital

- systems. *IISE Transactions on Healthcare Systems Engineering* 2020;10(2):99-112.
63. Poku MK, Kagan CM, Yehia B. Moving from care coordination to care integration. *Journal of General Internal Medicine* 2019;34:1906-9.
 64. Pedraza CC. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020;44:e121.
 65. Pei X, Wang B, Yang X, Feng W, Sun Y, Wang H, et al. Analysis of the changing trend of economic burden of patients with chronic diseases under the Integrated Medical and Health Service System. *BMC Public Health* 2023;23(1):731.
 66. Reindersma T, Sülz S, Ahaus K, Fabbriotti I. The effect of network-level payment models on care network performance: a scoping review of the empirical literature. *International Journal of Integrated Care* 2022;22(2).
 67. Abolhallaje M, Bastani P, Monazam K, Abolhasani N, Ramezani M. Health system financing from experts' point of view. *Middle East Journal of Scientific Research* 2012;12(10):1386-90.
 68. van der Hijden, E. and van der Wolk, J. (2021), "Financing Care Integration: A Conceptual Framework of Payment Models That Support Integrated Care", Kaehne, A. and Nies, H. (Ed.) How to Deliver Integrated Care (European Health Management in Transition), Emerald Publishing Limited, Leeds, pp 15-37.69
 69. McGuire F, Vijayasingham L, Vassall A, Small R, Webb D, Guthrie T, Remme M. Financing intersectoral action for health: a systematic review of co-financing models. *Globalization and health* 2019;15:1-18.
 70. Lesiewicz E. The Flexible Integration in the European Integration Process. Selected Issues. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Acta Politica* 2015;31(1):27-44.
 71. Pinem AA, Fajrina HR, Shandyaduhita PI, Handayani PW, Hidayanto AN, editors. Barriers for integration between hospitals and the Ministry of Health in Indonesia. Managing Intellectual Capital and Innovation for Sustainable and Inclusive Society: *Proceedings of the Make Learn and TIIM Joint International Conference* 2015.
 72. Sheiman I, Shevsky V. Concentration of health care providers: does it contribute to integration of service delivery? *Risk Management and Healthcare Policy* 2019:153-66.
 73. Ryapolova N, Galea JT, Greene KY. Perceptions towards integrated care through the narrative of practicing social workers and psychologists in PHC: a cross-case analysis. *Journal of Integrated Care* 2022;31(1):75-85.
 74. Masefield SC, Msosa A, Chinguwo FK, Grugel J. Stakeholder engagement in the health policy process in a low income country: a qualitative study of stakeholder perceptions of the challenges to effective inclusion in Malawi. *BMC Health Services Research* 2021;21:1-14.
 75. Gondal FK, Shahzad SK, Jaffar MA, Iqbal MW. A Process Oriented Integration Model for Smart Health Services. *Intelligent Automation & Soft Computing* 2023;35(2).
 76. Stan, S., & Erne, R. Towards an integrated European healthcare space? (Working Paper). University College Dublin.2020. <https://researchrepository.ucd.ie/handle/10197/11713>
 77. Meaker R, Bhandal S, Roberts CM. Information flow to enable integrated health care: integration or interoperability. *British Journal of General Practice* 2018;68(668):110-1.
 78. Stooke T, Huq J-L, Bear R, MacKean G. Overcoming Hidden Barriers to Health System Integration. *International Journal of Integrated Care* 2022; 22(S2):47
 79. Simões LL, Neto A, editors. A hospital information system for integration of public health systems um sistema de informacao hospitalar para integracao de sistemas de saude publica .19th *contecsi-international conference on information systems and technology management* 2023.
 80. Brunner M, Jauk F, Canden N, Cancio A, Luna D, Benitez S. Building a genome archiving and communication system integrated into a health information systems. MEDINFO 2021: One World, One Health—Global Partnership for Digital Innovation: *IOS Press* 2022. p. 1036-7.
 81. Shahmoradi L, Habibi-Koolae M. Integration of Health Information Systems to Promote Health. *Iran Journal of Public Health* 2016;45(8):1096-7.

Challenges and solutions of integration in the health service delivery: a scoping review

Aida Asghari Ph.D. Student¹
 Abbas Vosough Moghaddam M.D.²
 Ali Mohammad Mosadeghrad Ph.D.¹
 Ebrahim Jaafari-pooyan Ph.D.^{1*}

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

2- Department of Health and Society, Secretariat of the Supreme Council of Health and Food Safety, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Department of Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Ghods Ave., Keshavarz Blvd., Tehran, Iran.
 Tel: +98-21-42933214
 E-mail: ejaafp@yahoo.com

Abstract

Received: 21 Jan. 2024 Revised: 30 Jan. 2024 Accepted: 11 Apr. 2024 Available online: 20 Apr. 2024

Background: Communication and cooperation among health care organizations have become nowadays crucial for improving the quality and equity in providing health services, and integration has been expressed as a solution by the World Health Organization. The purpose of this review was to identify the challenges and solutions of integration in health services.

Methods: This research was carried out from September 2023 to April 2024. All articles on the challenges and solutions of integration in health, using scoping review, were identified and used in the PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar search engines in the period from 2000 to 2024. The total number of English articles found was 4996, of which 662 were removed due to repetition. Among the remaining 4334 articles, 4249 articles whose titles and abstracts were not related to the research topic were removed, left a total of 85 articles, and after reviewing the full text of the articles, 27 articles entered the data extraction phase, which were finally analyzed using the framework analysis method.

Results: Finally, 27 articles were selected from which, 46 challenges and 26 solutions were extracted as to the integration in health services and categorized based on the framework of WHO six building blocks in five areas of governance and leadership, financing, human resources, information system and service delivery. The most important challenges of integration include; weakness in planning, imbalance of power between organizations, differences in geographical and spatial boundaries of organizations, weakness in maintaining data security, workforce resistance and the lack of laws and regulations, needs assessment from patients, related knowledge, financial resources, suitable payment models, integrated communication and information systems and interoperability between technologies.

Conclusion: Integration of health service endures a series of challenges such mainly as the lack of rules and regulations for collaborative processes and resistance from providers and employees requiring innovative solutions. Addressing issues such as stakeholder power-benefit analysis, interoperability and data sharing among the providers could be essential for successful integration.

Keywords: challenges, health system, integration, review, solutions.

