

## تطابق اهداف ابتدایی و ساختار سازمانی فعلی در نظام ارائه مراقبت بهداشتی اولیه در ایران: مطالعه مروری نظام مند

دکتر مهدی زنگنه بایگی<sup>۱</sup>، دکتر سید حسام سیدین<sup>۲</sup>، فاطمه رجبی فرد مزرعه نو<sup>۳</sup>، دکتر عباس کوهساری خامنه<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** در سالهای اخیر، اصلاحات نظام سلامت ایران در حوزه بهداشتی در قالب طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در حال انجام می‌باشد. با توجه به تغییرات اساسی در اهداف و راهبردهای کلان، لزوم تغییر در ساختار سازمانی که متناسب با این اهداف باشد، بیش از گذشته احساس می‌شود. در این مطالعه مروری تلاش خواهد شد به کلیه موارد در زمینه ساختار سازمانی و چالش‌های آن در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی ایران که در طی پانزده سال اخیر منتشر شده است، اشاره شود و نتایج آنها جمع‌بندی گردد.

**روش بررسی:** این مقاله یک مطالعه مروری نظام مند می‌باشد. فهرست کاملی از شواهد مرتبط، از طریق جستجوی نه پایگاه داده‌ای الکترونیکی، فهرست منابع مقالات یافت شده، پایگاه‌های اطلاعاتی نظام سلامت و تماس با کارشناسان، جمع‌آوری شد.

**یافته‌ها:** در بررسی ۱۴ مورد مقاله و گزارش نهایی که در دو گروه مقالات و خط‌مشی‌های بالادستی و قوانین تقسیم شده‌اند، نتایج به دست آمده نشان‌دهنده اثربخشی پایین ساختار سازمانی نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سطوح مختلف می‌باشد. اغلب مطالعات، به اصلاح ساختار سازمانی موجود، متناسب با اهداف کلان و راهبردهای نظام سلامت توصیه کرده‌اند. از بین ابعاد مختلف ساختار سازمانی، بعد تمرکز و فرایند تفویض اختیار بیشتر از بقیه مورد توجه قرار گرفته است.

**نتیجه‌گیری:** در شرایط فعلی، با توجه به تغییر اهداف و راهبردهای نظام سلامت در کشور ایران، اصلاح ساختار سازمانی حوزه بهداشتی به ویژه در سطوح محیطی امری ضروری و غیر قابل اجتناب است.

**واژه‌های کلیدی:** نظام مراقبت بهداشتی اولیه، ساختار سازمانی، ایران

\* نویسنده مسئول :

دکتر سیدحسام سیدین؛

مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد

سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران

Email :  
h.seyedin@iums.ac.ir

- دریافت مقاله : شهریور ۱۳۹۴ پذیرش مقاله : آذر ۱۳۹۴

### مقدمه

سلامت، حق همگانی و جزو تکالیف تمامی دولتها برای عموم مردم به شمار می‌رود. اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصریح می‌کند که "برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی" (۱). پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ در ایران و به دنبال کنفرانس آلماتا در ۱۹۷۸ با شعار بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، و با رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) یا Primary Health Care (۲)، سیاست‌گذاران عرصه سلامت برای رسیدن به این هدف بزرگ اقدام به تصویب و اجرای قوانین مختلف در این زمینه کردند

استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس برنامه ریزی روستایی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۴</sup> پزشک عمومی، دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۱</sup> استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

زاهدان، زاهدان، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس برنامه ریزی روستایی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۴</sup> پزشک عمومی، دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پردیس بین الملل،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

و با ایجاد تغییرات وسیع در ساختار سازمانی نظام سلامت در این راه قدم برداشتند (۳). ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی و تشکیل "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" در سطح ملی و راه‌اندازی "دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی" در سطح استانها از مهمترین تغییرات این دوره بود (۴). هم‌چنین در سطح محلی، "شهرستان" به عنوان معیار اداری جهت گسترش واحدهای بهداشتی درمانی پذیرفته شد (۵). در این سطح، شبکه بهداشت و درمان شامل: مرکز بهداشت و بیمارستان و در سطح اول نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به همراه پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت ایجاد گردید (۵). در سال‌های اخیر وزارت بهداشت اقدام به اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۴ در روستاها و در سال ۱۳۹۱ در برخی از مناطق شهری کرده است (۶). علیرغم این مهم، ساختار سازمانی در این بخش، بدون تغییر و به شکل سه دهه قبل باقی مانده است (۷).

اغلب مطالعات انجام شده در مورد نظام PHC در ایران، دستاوردهای مختلف این نظام در بخش‌های مختلف را بررسی کرده‌اند. لیکن، با وجود دستیابی به موفقیت‌های فراوان، نقاط ضعف و چالش‌های این طرح، از جمله در حوزه ساختاری قابل تامل است. نکویی مقدم و همکاران در مقاله مروری خود با عنوان "نقاط ضعف و چالش‌های نظام مراقبت‌های اولیه در ایران" به دو دسته ضعف‌های عملکردی و نظام‌مند اشاره کرده‌اند. از ضعف‌های عملکردی و مرتبط با ساختار سازمانی، می‌توان به ضعف نظام در مناطق شهری و وجود مراکز متعدد با ارایه‌دهندگان خدمات متفاوت اشاره کرد (۷). نویسندگان این مقاله، علت ناکارایی نظام در مقابله با چالش‌های جدید را تغییر چهره بیماری‌ها، تغییر در الگوی تقاضا و تغییر

علل اصلی مرگ و میر در ایران می‌دانند. بانک جهانی نیز در گزارش خود در مورد نظام سلامت ایران در سال ۲۰۰۷، ضمن برشمردن دستاوردهای فراوان این نظام پس از گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی، به برخی از مشکلات موجود، از جمله در زمینه ساختار اشاره می‌کند که از جمله این موارد می‌توان به، تمرکز شدید در تصمیم‌گیری و تعدد نظام‌های ارایه خدمات و تکه‌تکه شدن این نظام به ویژه در شهرها اشاره کرد. در این گزارش تصریح شده است که: "ساختار سازمانی فعلی PHC در ایران به صورت قابل ملاحظه‌ای ناکارآمد می‌باشد" (۸).

روند تغییرات اساسی در حوزه بهداشتی در ایران که منجر به اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع شده است، نشان‌دهنده تغییر در اهداف و راهبردهای وزارت بهداشت در سطح کلان است. از دیدگاه مدیریت راهبردی، اولین و اساسی‌ترین مرحله پس از تصویب یا تغییر اهداف و راهبردهای کلان یک سازمان، "طراحی سازمان" می‌باشد (۹). در واقع، طراحی سازمان نشان‌دهنده‌ی راهی است که هدف‌ها و راهبردهای سازمان را به انجام می‌رساند. ساختار سازمانی از موضوعات مرتبط با طراحی سازمانی است که در نمودار سازمانی نمایش داده می‌شود (۱۰). ساختار سازمانی مناسب و کارآمد، اولین و مهم‌ترین عامل برای رسیدن به اهداف کلان در تمامی نظام‌ها از جمله نظام سلامت است. بنابراین، وجود ساختار سازمانی مناسب برای هر سازمان، از جمله نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اولین گام در انجام طراحی سازمانی جهت رسیدن به اهداف عالی و راهبردهای مصوب می‌باشد (۱۱).

ساختار سازمانی موجود در حوزه بهداشتی در کشور ایران، جهت رسیدن به اهدافی طراحی شده است که در سه دهه قبل در کشور مدنظر بودند (۵).

با توجه به تغییر در اهداف و راهبردهای نظام سلامت در قالب طرح پزشک خانواده، هدف این پژوهش شناسایی هرگونه نقص در ساختار سازمانی موجود و جمع‌بندی آنهاست. اگرچه تاکنون تغییر در ساختار سازمانی در قسمت‌های مختلف نظام سلامت، مانند ادغام حوزه آموزش در وزارت بهداشت (۴)، و یا تغییرات ساختاری به دنبال اجرای طرح خودگردانی در بیمارستان‌ها انجام شده است (۱۳)، اما این پژوهش تنها به مواردی که مربوط به ساختار سازمانی در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در ایران می‌باشد خواهد پرداخت. در واقع، حوزه‌ی بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، مشتمل بر شبکه‌های بهداشت و درمان، مراکز بهداشت شهرستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت، محدودی مورد بررسی در این مطالعه است.

### روش بررسی

هدف از این مطالعه، ارزیابی نظام‌مند تمامی مطالعات و مستندات و نیز مجموعه قوانین و دستورالعمل‌های موجود مرتبط با ساختار سازمانی نظام ارائه خدمات بهداشتی در ایران در ۱۵ سال اخیر، یعنی از ابتدای سال ۱۹۹۷ میلادی یا ۱۳۷۶ هجری شمسی تاکنون است. علت انتخاب این بازه زمانی، پی‌بردن به ضرورت اصلاحات از سوی سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور در این سالها و متعاقب آن، انجام طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال‌های اخیر می‌باشد. اغلب چالش‌ها و تغییرات که منجر به آغاز اصلاحات در این حوزه گردید در طی ۱۵ سال اخیر شروع شده است. ملک افضل‌ی از این طبقه‌بندی در مطالعه خود استفاده نموده است (۱۴).

لیکن با تغییر در اهداف و راهبردهای نظام سلامت در سالیان اخیر به دلیل تغییرات گسترده در حوزه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، و دگرگونی در نیازهای سلامت جامعه، این نظام نیازمند ساختاری مناسب و متناسب با این شرایط می‌باشد (۱۲). اینگونه نیازمندی‌ها در سطوح محیطی که ارتباط مستقیم با مردم دارند و نقش اصلی را در رسیدن نظام سلامت به اهداف به عهده می‌گیرند، بیش از سطوح دیگر احساس می‌شود. در صورت انجام این مهم، نظام سلامت با قابلیت و سرعت بیشتری قادر به ارائه خدمات مختلف به مردم خواهد بود. علاوه بر این، رضامندی بدنه نظام به ویژه کارکنان بهداشتی در نقاط مختلف کشور نیز افزایش خواهد یافت. بدیهی است، بدون انجام این مهم، نظام سلامت با مشکلات متعددی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی روبرو خواهد شد. نارسایی در عملکرد، ارائه خدمات موازی و فقدان هماهنگی درون بخشی و بین بخشی، از جمله مشکلاتی خواهد بود که در نهایت باعث کاهش کیفیت و فقدان رضایت مردم از نظام سلامت خواهد گردید (۷و۸).

ساختار سازمانی راه و یا شیوه‌ای است که به وسیله آن فعالیت‌های سازمان تعیین، سازمان‌دهی و هماهنگ می‌گردد. در واقع ساختار سازمانی تعیین‌کننده روابط رسمی و گزارش‌گیری، نشان‌دهنده سطوح سلسله مراتب سازمانی، و مشخص‌کننده جایگاه افراد در هر سطح می‌باشد (۹). بر این اساس، این مطالعه قصد دارد به نکات اشاره شده در زمینه‌ی ساختار سازمانی نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سطح مراکز بهداشتی-درمانی ایران و چالش‌های پیش روی آن که در مطالعات پانزده ساله اخیر منتشر شده اند، توجه نموده و اقدام به نتیجه‌گیری در این زمینه نماید.

اطلاعات استخراج شده شامل: روش مطالعه، اهداف، چارچوب مفهومی، روایی و پایایی، نتایج کلیدی و پیشنهادهای مرتبط با ساختار سازمانی نظام سلامت ایران بود. جهت هر مطالعه یک برگه اطلاعات در مورد ارزیابی کیفیت توسط هر دو نفر به صورت جداگانه تکمیل گردید. تمامی مطالعات در سه گروه: ضعیف (امتیاز ارزیابی کمتر از ۳۵ درصد)، متوسط (امتیاز ارزیابی بین ۳۵ و ۷۰ درصد) و قوی (امتیاز ارزیابی بالای ۷۰ درصد) تقسیم بندی شد. در این قسمت نیز اختلاف نظر بین دو نفر با بحث و تبادل نظر برطرف گردید. در نهایت تمامی مطالعاتی که واجد متن کامل بود و ارتباط مستقیم با هدف مطالعه داشتند، انتخاب گردیدند.

پس از حذف موارد مشابه، نتیجه‌ی جستجوی ساختارمند این مطالعه، یافتن ۵۲ مورد مقاله و گزارش بود. در مرحله اول، عناوین و خلاصه مطالب بررسی شد و تمامی مواردی که واجد احتمالی ورود به مطالعه بودند، تعیین گردیدند. بر این اساس، ۳۰ مقاله جهت مرحله‌ی دوم انتخاب شدند. با انجام ارزیابی کیفیت و با در نظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه، در نهایت ۱۴ مورد مقاله، گزارش، قانون و سیاست‌های بالادستی که به طور مستقیم متناسب با اهداف مطالعه و دارای متن کامل بودند، جهت بررسی نهایی انتخاب گردیدند.

### یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در دو گروه کلی شامل: مقالات و قوانین و خط‌مشی‌های بالادستی تقسیم‌بندی شدند: گروه مقالات شامل ده مورد بود (جدول ۱). اغلب آنها مطالعات توصیفی، مروری، مقایسه‌ای و کیفی بود که وضعیت نظام PHC در ایران را مورد بررسی قرار داده و نکات و یا پیشنهادهایی در مورد ساختار سازمانی

بانک‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی شامل: SID Ovid Proquest Elsevier Iranmedex Magiran Google Scholar، پورتال اطلاعات پژوهشی پزشکی کشور و نیز مجموعه قوانین و دستورالعمل‌های موجود در سایت وزارت بهداشت در فاصله زمانی ۱۵ سال اخیر بررسی شدند. به منظور جستجوی مقالات، از کلمات کلیدی شامل ساختار سازمانی، نظام سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ابعاد ساختاری، ابعاد محتوایی، و کشور ایران به زبان فارسی استفاده شد. هم چنین، کلمات انگلیسی مورد استفاده عبارت بودند از: Contextual dimensions Iran Primary health care Structural dimensions Organizational structure Health system. کلمات کلیدی شامل MESH و غیره بود. جهت جستجو، راهبردهای مناسب با هر پایگاه انتخاب گردید. علاوه بر جستجوی بانک‌های اطلاعاتی، بررسی منابع مقالات، جستجوی دستی و مکاتبه با برخی پژوهشگران به منظور دریافت متن کامل مقالات ایشان نیز انجام گردید. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده با زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، موارد منتشر شده قبل از ۱۹۹۷ و نداشتن متن کامل بود.

پس از جمع‌آوری تمام نتایج مرتبط، عناوین و خلاصه‌ی آنها بررسی شدند و موارد نامرتب و تکراری حذف گردید. در مرحله‌ی بعد با استفاده از چک لیست‌های ارزیابی کیفیت (CASP یا Critical Appraisal Skills Programme)، و با در نظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه، تمامی موارد باقی‌مانده بررسی گردید. به منظور افزایش اعتبار و کاهش سوگیری مرور، کیفیت مقالات به وسیله‌ی دو نفر به صورت مستقل ارزیابی شد و اختلاف نظر بین دو نفر با بحث و تبادل نظر برطرف گردید.

بیان کرده‌اند. بقیه موارد، مطالعات کاربردی و پژوهش‌های عملی بود که شاخص‌هایی را قبل و بعد از تغییر در ساختار، در قسمت‌هایی از حوزه بهداشتی ایران مطالعه کرده است.

اولین مقاله مربوط به نکویی مقدم و همکاران می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ در مورد چالش‌های نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران، نقاط ضعف موجود را به دو گروه عملکردی و ساختاری تقسیم کرده است. بدین ترتیب که در گروه مشکلات ساختاری، به تمرکز در تصمیم‌گیری و ساختار نامناسب ارایه‌دهندگان خدمت در شهرها اشاره شده است که به رغم وجود ساختار مناسب PHC در روستاها با وجود خانه‌های بهداشت، غالب خدمات در شهرها توسط بخش خصوصی ارایه می‌شود. این در حالی است که جهت رفتار و ظرفیت بخش خصوصی در شهرها، قوانین مناسبی وجود ندارد. از دیدگاه این پژوهشگران، سایر اشکالات فعلی در حوزه ساختار PHC عبارتند از: تعدد نظام‌های مالی، ضعف نظام اطلاعات و ضعف نظام‌های پرداختی به کارکنان (۷).

جباری بیرامی و همکاران در مطالعه‌ی مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۶، تمرکززدایی در نظام‌های سلامت ده کشور در حوزه بهداشت را مورد مطالعه قرار داده‌اند. با توجه به فرایندهای تفویض شده به سطوح پایین‌تر در این کشورها، نویسندگان با انجام تکنیک دلفی معیارهای منتخب جهت تفویض اختیار به سطوح پایین‌تر در ایران را تعیین کرده‌اند. از جمله این معیارها می‌توان به: واگذاری ارایه‌ی خدمات، طراحی و اجرای برنامه‌های خاص و توسعه انسانی و تجهیزاتی به دانشگاه‌ها اشاره نمود (۱۵).

مقاله‌ی سوم مطالعه‌ای توصیفی مربوط به صدری زاده می‌باشد که در سال ۱۳۸۳ نظام PHC ساختار سازمانی و وظایف قسمت‌های مختلف را در ایران به

تفصیل بیان نموده و در ادامه به دستاوردها و مشکلات نظام فعلی اشاره کرده است. از نظر نویسنده مقاله، برخی از توصیه‌ها جهت رفع چالش‌های موجود ساختار سازمانی نظام PHC در ایران عبارتند از: بهبود نظام اطلاعات به منظور تمرکززدایی در تصمیم‌گیری، تمرکززدایی در نظام فعلی به منظور افزایش انعطاف‌پذیری، پاسخگویی به تغییرات محیطی، و بهبود نظام ارجاع به ویژه در سطح دوم ارایه خدمات (۱۶).

در پژوهش دیگری که در سال ۱۳۸۰ توسط صدری زاده انجام شده است، شاخص‌های بهداشتی در ابتدای تشکیل شبکه‌های بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۳ با سال ۱۳۷۹ (۱۹۸۴ و ۲۰۰۰ میلادی) مقایسه شده است. به رغم دستیابی به موفقیت‌های فراوان و ارتقای شاخص‌ها، یکی از توصیه‌های اساسی جهت نظام PHC ایران در زمینه ساختار سازمانی، "نیاز به استقرار نظام مدیریت و ساختار سازمانی کارآمد به منظور ایجاد توسعه در شرایط فعلی" می‌باشد. این راه حل می‌تواند باعث "بهبود نیروی انسانی و منابع مالی و ایجاد فرصت‌های مناسب جهت بخش‌های دولتی و خصوصی در ارایه خدمات بهداشتی به جامعه گردد" (۱۷).

در مطالعه‌ی پنجم در سال ۱۳۸۷، مطلق و همکاران تمرکززدایی را به عنوان اصلی‌ترین فرایند اصلاح نظام سلامت در ایران دانسته و پنج پروژه‌ای که تاکنون در این راستا در کشور انجام شده است را از لحاظ موفقیت و یا فقدان موفقیت ارزیابی نموده‌اند. این موارد شامل: طرح ارائه خدمات PHC، تشکیل هیات‌های امانا در دانشگاه‌های علوم پزشکی، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، قانون خصوصی‌سازی و افزایش اختیارات مالی در سطوح محیطی است. در این مطالعه‌ی توصیفی، نویسندگان ضمن برشمردن مزایا و معایب تمرکززدایی در این طرح‌ها نتیجه

بی‌توجهی به پیش‌نیازها، می‌تواند عوارضی برای نظام PHC به بار آورد" (۱۸).

بهداشت و درمان بروجن انجام شده است. در این مطالعه‌ی کاربردی، نویسندگان با بررسی سه شاخص: بوروکراسی اداری، اعمال مدیریت پزشک در مراکز و شاخص هزینه‌ها در قبل و بعد از تفویض اختیار این فرایندها به سطح پایین‌تر، نتیجه گرفته‌اند که در هر سه‌ی این موارد، نتایج مثبت حاصل شده است (۲۱).

جودتی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۷ به کوچک سازی واحدهای ستادی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با هدف بهبود عملکرد اشاره کرده و شاخص‌های بهداشتی و هزینه‌های مالی، قبل و بعد از ادغام واحدهای ستادی را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که این کار نه تنها باعث افت شاخص‌ها نشده است، بلکه در بعضی موارد افزایش شاخص‌های ارائه خدمات بهداشتی نیز حاصل شده است (۲۲).

گروه قوانین و خط‌مشی‌های بالادستی شامل مجموعه‌ای از نتایج مربوط به خط‌مشی‌های بالادستی، گزارش‌های خارجی و یا قوانین مربوط به وزارت بهداشت که به ساختار سازمانی نظام سلامت و اهمیت تغییر در آن پرداخته که شامل چهار مورد است (جدول ۱). چشم‌انداز سلامت در ۱۴۰۴ که متعاقب سند چشم‌انداز کلی تدوین شده است، بیان می‌دارد که "در سال ۱۴۰۴، ایران باید دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در سطح منطقه باشد" (۲۳). بدون شک این مهم در تمامی بخش‌ها از جمله حوزه ارائه خدمات بهداشتی با وجود ساختار سازمانی مناسب حاصل خواهد شد. مورد دوم مربوط به خط‌مشی کلی برنامه پنج ساله پنجم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور می‌باشد که در ماده‌ی ۱۴ آن به طور صریح بر اصلاح ساختارها یعنی "اصلاح نظام اداری و قضایی در جهت افزایش تحرک و کارایی، بهبود خدمت‌رسانی"

گرفته‌اند که: "انجام مناسب این مهم در ایران، ارتقای کیفیت و تحقق عدالت را به همراه خواهد داشت. اما، در پژوهش شادپور در سال ۱۳۷۹ با عنوان "اصلاح نظام سلامت ایران"، پیش‌نیازهایی جهت اصلاحات در نظام PHC ایران ارائه شد. از دیدگاه نویسنده، یکی از این پیش‌نیازها، تعیین ساختار سازمانی موردنظر قبل از انجام اصلاحات می‌باشد. این ساختارها عبارتند از: ساختار سنتی بوروکراتیک، الگوی سازمان‌های ژاپنی همراه با تعلق سازمانی، مدیریت نوین دولتی مبتنی بر عملکرد تک تک کارکنان و یا سازمان‌های مبتنی بر تخصص، و ارزش‌های حرفه‌ای. علاوه بر این، ارزیابی جامع وضعیت موجود، تعیین نظام ارزشی و از همه مهمتر، تعهد دولت به عنوان سایر پیش‌نیازهای اصلاحات اعلام شده است (۱۲).

به دلیل اهمیت و فراوانی بلایا و بحران‌های طبیعی در ایران، سیدین و جمالی در پژوهشی کیفی، نبود واحدی مشخص جهت مدیریت بلایا را از نقاط ضعف ساختار سازمانی نظام PHC در شرایط فعلی دانستند. طبق پیشنهاد ایشان، وجود واحدی مجزا در وزارت بهداشت و نیز در سطوح استانی و محلی جهت ارائه خدمات در شرایط بحران ضروری است (۱۹).

مهرداد در مقاله‌ی توصیفی خود در سال ۱۳۸۸، نظام فعلی سلامت در حوزه‌های مختلف شامل: مراقبت‌های اولیه، آموزش پزشکی و بیمه را توصیف نموده است. در زمینه‌ی ساختار در حوزه‌ی بهداشتی، نویسنده به همگرایی نامناسب نظام اطلاعات فعلی اشاره کرده است که باعث "اشکال در تحلیل آنها و عدم استفاده مناسب از اطلاعات موجود" شده است و لزوم ارتقای این نظام را در شرایط فعلی ضروری می‌داند (۲۰).

مطالعه‌ی دیگری نیز در زمینه‌ی تمرکززدایی، توسط زاهدی و همکاران در سال ۱۳۷۹ در شبکه

شده است. در قسمتی از این گزارش، ساختار سازمانی نظام سلامت ایران در حوزه‌ی بهداشتی ارزیابی گردیده است. تمرکز بالا، تعدد مراکز ارائه خدمات در شهرها و ناهماهنگی بین بخشی و درون بخشی از مهمترین نقاط ضعف ساختار سازمانی در شرایط موجود می‌باشد. در این گزارش نظام موجود PHC در ایران تکه تکه توصیف شده که بدین سبب فاقد کارایی مناسب است (۸).

تاکید شده است (۲۴). علاوه بر این، نقشه‌ی سلامت وزارت بهداشت نیز به منظور اجرایی نمودن این برنامه، راهبردهای ۱۶ گانه‌ای را مصوب کرده است. راهبرد ششم به اصلاح ساختار سازمانی یعنی "اصلاح ساختار سازمانی شبکه ارائه خدمات سلامت در راستای پاسخ‌گویی به اولویتهای و نیازهای اساسی" اختصاص دارد (۲۵). مورد آخر مربوط به گزارش بانک جهانی در مورد نظام سلامت در ایران است که در سال ۲۰۰۷ منتشر

### جدول ۱: نتایج مطالعه مروری نظام‌مند در مورد ساختار سازمانی نظام ارائه خدمات بهداشتی ایران از

سال ۱۳۷۷ تا ۱۳۹۱

نویسنده اول	شماره	زبان	نوع مطالعه	سال	موضوع مرتبط با ساختار سازمانی
گروه اول: مقالات نکویی مقدم و همکاران	۷	انگلیسی	مطالعه مروری	۱۳۹۰	در شرایط فعلی، تمرکز در تصمیم‌گیری و زیرساخت نامناسب جهت ارائه خدمات بهداشتی در شهرها وجود دارد.
جباری بیرامی و همکاران	۱۵	فارسی	مقایسه‌ای، استفاده از تکنیک دلفی	۱۳۸۶	تمرکززدایی در کشورهای مورد بررسی رضایت‌بخش بوده است، اما در نظام PHC ایران، انتقال اختیارات به سطوح پایین‌تر ضعیف است.
صدری زاده	۱۶	انگلیسی	توصیفی، تحلیل مدارک قبلی	۱۳۸۳	ضعف در نظام اطلاعات و تمرکز در تصمیم‌گیری در حوزه بهداشتی در ایران
صدری زاده	۱۷	انگلیسی	توصیفی، تحلیل شاخص‌های قبلی	۱۳۸۰	در شرایط فعلی، طراحی ساختار سازمانی مناسب‌تر در نظام PHC ایران نیاز است.
مطلق و همکاران	۱۸	فارسی	توصیفی، مرور تجربیات گذشته	۱۳۸۷	در صورت اجرای درست، تمرکززدایی اصلی‌ترین جزء در فرایند اصلاح نظام سلامت در تمامی بخش‌ها از جمله حوزه‌ی بهداشتی است.
شادپور	۱۲	فارسی	توصیفی، تحلیل مدارک قبلی	۱۳۸۵	جهت اصلاحات، نوع ساختار موردنظر باید مشخص گردد. هم چنین، تعهد دولت برای اصلاحات ضروری است.
سیدین و جمالی	۱۹	انگلیسی	کیفی، مصاحبه و تکنیک دلفی	۱۳۸۸	در سطوح محیطی نظام PHC در ایران، واحدی برای مدیریت بلایا وجود ندارد.
مهرداد	۲۰	انگلیسی	توصیفی، تحلیل مدارک قبلی	۱۳۸۸	همگرایی ناکافی در نظام اطلاعات، از چالشهای فعلی نظام PHC در ایران است.

زاهدی و همکاران	۲۱	فارسی	کاربردی، پژوهش عملی	۱۳۷۹	تمرکززدایی در شبکه بهداشت بروجن باعث ارتقای کارایی شده است.
جودتی و همکاران	۲۲	فارسی	کاربردی، پژوهش عملی	۱۳۸۷	کوچک‌سازی واحدهای ستادی در معاونت بهداشتی تبریز باعث افزایش کارایی شده است.
گروه دوم: قوانین و خط‌مشی‌های بالادستی					
چشم‌انداز ۱۴۰۴	۲۳	فارسی		۱۳۸۴	ایران، باید عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه را داشته باشد.
برنامه پنج‌ساله پنجم	۲۴	فارسی		۱۳۸۸	اصلاح نظام اداری در جهت افزایش تحرک و کارایی سازمان‌ها انجام گردد.
نقشه سلامت	۲۵	فارسی		۱۳۸۸	اصلاح ساختار شبکه در راستای پاسخ‌گویی به اولویت‌های سازمانی انجام گردد.
گزارش بانک جهانی	۸	انگلیسی		۱۳۸۶	ساختار فعلی به دلیل تعدد مراکز و تمرکز بالا، ناکارآمد است و نیاز به اصلاح دارد.

## بحث

اصلاحات در نظام سلامت در کشورهای مختلف تاکنون با نتایج مختلفی روبرو بوده است. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۶، اصلاحات در نظام سلامت کوزوو با موفقیت اعلام شده است (۲۷). در مقابل، اجرای اصلاحات در نظام سلامت چین و برخی کشورهای آمریکای لاتین در برخی زمینه‌ها با موفقیت همراه نبوده است (۲۸ و ۲۹).

به هنگام تغییر در اهداف و راهبردهای هر سازمان، اصلاح ساختار سازمانی مناسب و متناسب با آن، اولین شرط اساسی برای افزایش کارایی و اثربخشی است (۹). نظام سلامت نیز از این قاعده مستثنی نیست. بر مبنای نگرش نظام‌مند، Daft ساختار سازمانی را به دو دسته ابعاد ساختاری که نشان‌دهنده ویژگی‌های درونی سازمان هستند و ابعاد محتوایی که معرف کل سازمان بوده و بر ابعاد ساختاری تاثیر می‌گذارند، تقسیم نموده است (۱۱). ابعاد ساختاری اصلی شامل: رسمیت، پیچیدگی، تمرکز؛ و ابعاد محتوایی شامل: اهداف و راهبردها، اندازه، فن‌آوری، محیط و فرهنگ می‌باشد. از بین ابعاد

بر اساس جستجوهای انجام شده، اغلب مقالات منتشر شده در مورد نظام سلامت ایران تاکنون، به دستاوردهای نظام PHC و یا ارزیابی برنامه‌های آن پرداخته‌اند (۲۶). در واقع، تاکنون مطالعه‌ی جامعی در زمینه‌ی ساختار سازمانی نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی در ایران انجام نشده است. بنابراین، نتایج این پژوهش می‌تواند به شناخت بهتر این حوزه کمک کند و منجر به اتخاذ تصمیمات مفید در این زمینه گردد.

تقریباً تمامی مطالعات مورد مطالعه، وجود مشکل در ساختار سازمانی فعلی به ویژه در سطوح محیطی (مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی) را واقعی دانسته‌اند (۱۷ و ۱۸). همچنین، اصلاح ساختار سازمانی موجود به منظور دستیابی به اهداف و راهبردها، در اغلب مطالعات پیشنهاد گردیده است. قوانین و خط‌مشی بالادستی نیز بر این مهم تاکید می‌کند. سند چشم‌انداز سلامت در ۱۴۰۴، خط‌مشی کلی برنامه پنج‌ساله پنجم کشور و نقشه سلامت وزارت بهداشت از جمله این موارد می‌باشد (۲۳-۲۵).



از مهمترین چالش‌های فعلی نظام سلامت که در ۴۵۴ مطالعات مورد بررسی به آنها اشاره شده است، می‌توان به هماهنگی ضعیف درون بخشی و بین بخشی اشاره نمود. بانک جهانی در گزارش جامع خود در مورد نظام سلامت در ایران که در سال ۲۰۰۷ منتشر نموده به این موضوع اشاره می‌کند؛ هر چند که، این مورد در اغلب کشورهای دنیا با مشکل همراه است (۸). بر اساس دستورالعمل جدید طرح پزشک خانواده، در سطح شهرستان، ستاد اجرایی متشکل از مدیران بهداشتی و سایر دستگاه‌های درگیر در حوزه سلامت مانند فرماندار و سازمانهای بیمه‌گر وظیفه‌ی "سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع" را به عهده دارند (۶). بنابراین، نیاز به ساختار مناسب که بتواند همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی را در سطح وسیع انجام دهد بیش از گذشته احساس می‌شود.

در شرایط فعلی، چالش‌های مرتبط با ساختار سازمانی در شهرها بیشتر از روستاهاست. وجود نیروهای بومی آموزش‌دیده (بهورز) در خانه‌های بهداشت روستایی و نبود نیروهای مشابه در شهرها، دلیل اصلی این مشکل است. نکویی مقدم و همکاران در مطالعه خود به تعدد مراکز ارائه‌دهنده خدمات در شهرها اشاره نموده‌اند (۷). بانک جهانی نیز ارایه خدمات موازی و تکه‌تکه شدن (Fragmentation) نظام را از عواقب این مشکل می‌داند (۸).

نیاز به ایجاد ساختارهای جدید در نظام سلامت به دلیل تغییرات در حوزه‌های مختلف در برخی از مقالات پیشنهاد شده است. سیدین و جمالی ایجاد ساختار مدیریت بلایا در شرایط فعلی را ضروری می‌دانند (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر نیز، سیدین و همکاران، مهندسی مجدد ساختار فعلی را جهت ایجاد مدیریت بلایا در نظام فعلی پیشنهاد کرده‌اند (۳۳).

گونگون فوق‌الذکر، بعد تمرکز و فرایند تفویض اختیار بیشتر از سایر ابعاد مورد توجه قرار گرفته و به عنوان یکی از معایب اصلی نظام موجود قلمداد شده است. نکته‌ای که در الگوهای جدید مدیریت نیز بر آن تاکید می‌شود (۹ و ۱۱). تمامی مطالعات در این زمینه نیز به نتایج رضایت‌بخش حاصل از تمرکززدایی اشاره کرده‌اند (۲۲ و ۲۱ و ۱۸ و ۱۵). سازمان جهانی بهداشت نیز نظام‌های سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه را به تمرکززدایی توصیه می‌کند (۳۰). اگرچه مطلق و همکاران اعتقاد دارند، تنها در صورت وجود شرایط مساعد جهت تمرکززدایی، نتیجه مناسب حاصل خواهد شد (۱۸). در سایر کشورها نیز تمرکززدایی با نتایج متفاوتی همراه بوده است. در مطالعه Bossert & Beauvais در سال ۲۰۰۰، تمرکززدایی در نظام سلامت در چهار کشور: غنا، زامبیا، اوگاندا و فیلیپین بررسی و به نتایج مثبت آن اشاره شده است (۳۱). لیکن در مطالعه Arrendono & Orozco اجرای این فرایند در نظام سلامت مکزیک دارای نتایج مثبت و منفی بوده است (۳۲).

در مورد سایر ابعاد ساختاری نیز به نظر می‌رسد رسمیت نظام به دلیل وجود برنامه‌ها و دستورالعمل‌های فراوان بسیار بالا بوده و قدرت خلاقیت و انگیزه نیروی انسانی را کاهش داده است. از ابتدای تشکیل شبکه‌های بهداشتی تاکنون، بر حجم این برنامه‌ها در طی سالیان متمادی افزوده شده است. این در حالی است که هیچکدام از برنامه‌های غیرضروری تاکنون حذف نشده است (۷). پیچیدگی سیستم نیز به دلیل وجود واحدهای متعدد و نیز ایجاد واحدهای جدید، بالاتر از حد معقول بوده و این مسئله باعث کاهش کارایی سیستم در رسیدن به اهداف اساسی خود شده است.

خود، نیاز به اصلاح ساختار سازمانی به ویژه در سطوح محیطی دارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ساختار پیشنهادی باید به میزان مناسبی عدم تمرکز داشته باشد تا انعطاف‌پذیری و پاسخ‌گویی به تغییرات محیطی با سرعت بیشتری انجام گردد. ضمن اینکه، نیاز به برخی واحدهای جدید و یا تقویت واحدهای فعلی امری ضروری است. به عنوان نمونه، نیاز به واحد آمار و اطلاع‌رسانی قوی و یا واحدی جهت مدیریت بلایا در شرایط فعلی احساس می‌گردد. شرط اولیه برای این کار، شناخت وضع موجود از طریق پژوهش‌های مناسب است. در نهایت، ساختار مناسب و متناسب با اهداف و راهبردها باید در سطوح مختلف طراحی و اجرا گردد. تجدیدنظر در نوع و محتوای برنامه‌های مختلف بهداشتی و تقویت برنامه‌های ضروری و حذف موارد فاقد اهمیت در دانشگاه‌های مختلف نیز ضروری به نظر می‌رسد. ضمن اینکه، توجه به ابعاد محتوایی موثر بر نظام سلامت در شرایط فعلی به ویژه بعد محیط و فرهنگ سازمانی می‌تواند بهره‌وری نظام را در رسیدن به اهداف اصلی خود یاری رساند.

مهرداد نیز تجدیدنظر در نظام مدیریت اطلاعات را جزو نیازهای فعلی نظام سلامت می‌داند (۲۰). ایجاد تغییر در نظام سلامت در کشورهای دیگر نیز به چشم می‌خورد. به عنوان نمونه می‌توان به ایجاد تغییرات در نظام سلامت برخی از کشورهای اروپایی (۳۵ و ۳۴) و یا آمریکای لاتین اشاره کرد (۳۶).

در مورد ابعاد محتوایی مهمی هم چون: محیط، فرهنگ سازمانی و اندازه نیز مطالعه خاصی صورت نگرفته است. تنها بعد محتوایی قابل اشاره در این پژوهش‌ها، مربوط به بعد فناوری است که نشان می‌دهد وضعیت موجود نظام ارائه خدمات بهداشتی در کشور فاقد نظام اطلاعات مناسب است. فناوری‌های جدید مانند، اتوماسیون و اینترنت نیز دارای اشکالات و تفاوت‌های فراوان در دانشگاه‌های مختلف کشور و نیاز به توجه جدی در این زمینه‌ها احساس می‌شود (۲۰).

### نتیجه‌گیری

نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی در ایران در شرایط فعلی به دلیل تغییر در اهداف کلان و راهبردهای

### منابع

1. Mansour J. Islamic republic of Iran's constitution, Principle 29. Tehran: Doran; 1978: 15[Book in Persian].
2. WHO. Declaration of Alma-Ata, international conference on primary health care. Available at: [www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). 2013.
3. Shadpur K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2000; 6(4): 822-5.
4. Marandi SA. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: A historical overview. Journal of Medical Education 2001; 1(1): 8-10.
5. Pilerudi S. City health network. Tehran: Razaviye; 2008: 22-40[Book in Persian].
6. Ministry of Health and Medical Education. Guideline for family medicine and referral system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012: 3[Book in Persian].

7. Nekoei Moghadam M, Sadeghi V & Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: A review. *International Journal of Health Planning and Management* 2012; 27(2): 121-31.
8. The World Bank Group. Islamic Republic of Iran health sector review, volume 1: Main report. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7960>. 2007.
9. Robbins SP. *Organizational theory: Structure, design and application*. USA: Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ; 1990: 44.
10. Arabi SM. *Organizational structure designing*. Tehran: Cultural Research Bureau; 1997: 22-31 [Book in Persian].
11. Daft RL. *Essentials of organizational theory and design*. USA: South Western, College Publishing; 1998: 28.
12. Shadpur K. Health system reform of Iran. *Hakim* 2006; 9(3): 7-20 [Article in Persian].
13. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Kazem M, Yazdani SH, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim* 2008; 11(2): 59-71 [Article in Persian].
14. Malekafzali H. Primary health care in the rural area of the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1): 69-70.
15. Jabari Beirami H, Tabibi SJ, Delgoshae B, Mahmoody M & Bakhshian F. A comparative study on decentralization mechanisms in provision of health services in health system of selected countries, and presenting a model for Iran. *Health Administration* 2007; 10(27): 33-40 [Article in Persian].
16. Sadrizadeh B. Primary health care experience in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2004; 7(1): 79-90.
17. Sadrizadeh B. Health situation and trend in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2001; 30(1-2): 1-8.
18. Motlagh ME, Rahbar MR & Kabir MJ. Health system decentralization of Iran. *Shahid Sadughi Yazd University of Medical Sciences Journal* 2008; 16(3): 67-72 [Article in Persian].
19. Seyedin SH & Jamali HR. Health information and communication system for emergency management in a developing country, Iran. *Journal of Medical Systems* 2011; 35(4): 591-7.
20. Mehrdad R. Health system in Iran. *Japan Medical Association Journal* 2009; 52(1): 69-73.
21. Zahedi MR, Nikpur B & Nikpur B. Improvement the administrative, financial and logistical in city health network through the establishment of health facilities– financial. *Pajouhesh dar Pezeshki* 2000; 24(2): 85- 93 [Article in Persian].
22. Judati AR, Jabari Beyrami H & Bakhshian F. Downsizing results in staff line of health network system, (metropolitan experience Tabriz). *Health Administration Journal* 2006; 9(23): 51-8 [Article in Persian].
23. Supreme Revolutionary Cultural Council, Special Committee on Health and Life Sciences. *Comprehensive and scientific health map*. Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009: 29 [Book in Persian].
24. Vice President of Strategic Planning and Monitoring. *Fifth five year Iran's economic, social and cultural plan*. Available at: <http://www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/barnamepanjom.pdf>. 2009.

25. Vice President of Strategic Planning and Monitoring. Iran's health map in fifth five year economic, social and cultural plan. Available at: [http://www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/barname\\_panjom.pdf](http://www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/barname_panjom.pdf). 2009.
26. Khosravi A, Motlagh ME & Emami Razavi SH. The Iranian vital horoscope; appropriate tool to collect health statistics in rural areas. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1): 74-80.
27. Buwa D & Vuori H. Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo. *European Journal of Public Health* 2007; 17(2): 226-30.
28. Ma J, Lu M & Quan H. From a national, centrally planned health system to a system based on the market: Lessons from China. *Health Affairs* 2008; 27(4): 937-48.
29. Homedes N & Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71(1): 83-96.
30. Mills A, Vaughan JP, Smith DL & Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concepts, issues and country experience. Geneva: World Health Organization; 1990: 12.
31. Bossert TJ & Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning* 2002; 17(1): 14-31.
32. Arredondo A & Orozco E. Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. *Revista de Saude publica* 2006; 40(1): 152-60.
33. Seyedin SH, Sohrabizadeh S & Zaboli R. Planning to deal with disasters, effective approach for disaster risk reduction in Iran's health organization. *Emdad va Nejat Journal* 2010; 2(4): 39-45 [Article in Persian].
34. Vallgård S, Krasnik A & Vrangbæk K. Health care systems in transition, Denmark. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/80686/E72967.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/80686/E72967.pdf). 2001.
35. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health system review. Available at: <http://dare.uva.nl/record/1/358398>. 2010.
36. Bossert T, Larrañaga O & Meir FM. Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000; 8(1-2): 84-92.

# Adaptation Of Goals And Organizational Structure In Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review

Zanganeh Baygi Mehdi<sup>1</sup> (M.D.) - Seyadin Seved Hesam<sup>2</sup> (Ph.D) - Rajabi Fard Mazrae No Fatemeh<sup>3</sup> (BSc.) - Kouhsari Khameneh Abbas<sup>4</sup> (M.D.)

1 Assistant Professor in Health Services Management, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2 Associate Professor, Health Management & Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Rural Planning Expert, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4 General Physician, Ph.D Student in Health Services Management, International Campus, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Aug 2015  
Accepted : Dec 2015

**Background and Aim:** In recent years, the family physician plan has been implemented as a main strategy of the health system in Iran. Therefore, the necessity to reform organizational structure based on new goals and strategies is felt more than before. The aim of this study is to review and summarize all cases about Iran's organizational structure and its challenges in primary healthcare system.

**Materials and Methods:** This study is a systematic review. All relevant databases, bibliography of related papers, and laws were searched using appropriate search strategies and keywords. To evaluate the quality of selected papers, CASP tool was applied by two experts, and their choices were discussed to reach a final decision.

**Results:** Fourteen final cases were categorized in two groups: papers and upstream policies and laws. The results revealed the ineffectiveness of current organizational structure at different levels. The majority of the findings suggested proper reforms in the system. Centralization and delegation processes were the main dimensions studied.

**Conclusion:** Due to fundamental changes in goals and strategies, certain reforms in the organizational structure of health system in Iran are indispensable, especially at peripheral levels.

**Key words:** Primary Health Care System, Organizational Structure, Iran

\* Corresponding Author:  
Seyadin SH;  
E-mail:  
h.seyedin@iums.ac.ir