

تحلیل گذشته‌نگر بر تدوین برنامه‌ی اصلاح ساختار ستاد دانشگاه/دانشکده‌های منتخب علوم پزشکی در ایران

فاطمه محبتی^۱، مریم تاجور^۲، بهرام محقق^۳، سید پوریا هدایتی^۱، محمد عرب^۴*

چکیده

زمینه و هدف: اصلاح ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و انطباق مستمر آن با رسالت و اهداف سازمان و نقش‌ها و کارکردهای جدید، ضرورتی غیرقابل‌انکار است. هدف از این مقاله، بررسی و تحلیل عوامل و زمینه‌های دستور کارگذاری برنامه‌ی اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. **روش بررسی:** مطالعه‌ی کیفی حاضر در سال ۱۳۹۹ به‌صورت گذشته‌نگر و بر مبنای مدل جریان‌های چندگانه کینگدان انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از دو روش مصاحبه‌های فردی و بررسی اسناد انجام گردید. نمونه‌گیری از مدیران و کارشناسان مراکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین معاونت‌های دانشگاه‌ها (۱۲ دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) به‌صورت هدفمند و به‌روش گلوله برفی تا رسیدن به اشباع داده‌ها از طریق انجام ۱۹ مصاحبه‌ی فردی انجام شد. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق و تحلیل اسناد به‌ترتیب با روش‌های تحلیل چارچوب و تحلیل محتوا و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۲۰ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه دربرگیرنده‌ی سه جریان مشکل، سیاست و جریان سیاسی می‌باشد. جریان مشکلات ساختاری شامل تغییر کمی و کیفی وظایف و فرایندهای جدید در واحدهای محیطی دانشگاه‌ها، تداخل و موازی‌کاری در وظایف برخی واحدهای ستادی دانشگاه‌ها و چانه‌زنی‌های موردی برای تغییر ساختار و اخذ تشکیلات توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی بود. جریان سیاست شامل الزام به ایجاد تغییرات ساختاری در قوانین و اسناد بالادستی از جمله برنامه پنجم توسعه، احکام دایمی و همکاری صاحبان فرایند و ذینفعان بود. جریان سیاسی شامل اجرای طرح تحول سلامت و طرح پزشک خانواده و لزوم حمایت ساختاری از این برنامه‌ها و حمایت سیاست‌گذاران ذی‌ربط، تصویب قانون هیئت‌امنایی شدن دانشگاه‌ها در قانون برنامه پنجم توسعه‌ی اقتصادی و جلب حمایت همه‌جانبه ذینفعان جهت اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها بود.

نتیجه‌گیری: دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌عنوان بازوی ستادی وزارت بهداشت در سطح استان‌ها، نیازمند داشتن ساختاری پویا و همسو با نیازهای واحدهای محیطی خود می‌باشند. عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار در سیاست‌گذاری اصلاح ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها به‌علاوه جریان مشکلات ساختاری که عمده‌ترین آن تغییر در وظایف واحدها بود، به‌همراه عزم سیاسی در وزارت بهداشت منجر به حادث شدن هم‌زمان سه جریان مشکل، سیاست و سیاسی و در نهایت بازشدن پهنجی فرصت و تغییر ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی گردید.

واژه‌های کلیدی: اصلاح ساختار، دانشگاه علوم پزشکی، تحلیل گذشته‌نگر، کینگدان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۷/۳۰

* نویسنده مسئول:

محمد عرب:

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email:

arabmoha@tums.ac.ir

۱ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۲ دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۴ استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

نظام‌های پیچیده‌ی مراقبت‌های سلامت، مستلزم فعالیت‌های هماهنگی است که باید یک ساختار سازمانی مناسب، مدیریت آن را با مقتضیات و شرایط اجتماعی و سیاسی به‌عهده بگیرد (۱). ساختار سازمانی، الگو و نقشه‌ی ارتباط و تعامل میان بخش‌ها و اجزای یک سازمان است که شامل تشکیلات تفصیلی، سطوح سازمانی، شرح وظایف واحدها، عناوین پست‌های سازمانی، نمودار سازمانی و سلسله‌مراتب فرماندهی، و نیز حدود اختیارات و مسئولیت‌های افراد می‌باشد (۲). روابط رسمی افراد، جایگاه مشاغل و سمت‌های سازمانی، میزان دسترسی به چارچوب اطلاعات، شرح وظایف، شرح شغل، قوانین و مقررات، سازوکارهای اجرای قوانین و ایجاد هماهنگی میان فعالیت‌ها، بخش‌هایی از نتایج ایجاد و طراحی ساختار سازمانی است (۳). ساختار سازمانی، همواره به سه عنصر رسمیت، پیچیدگی و تمرکز اشاره دارد (۴). ساختار سازمانی نظام سلامت نحوه‌ی گروه‌بندی و هماهنگی کارها و خطوط ارتباطی بین واحدهای مختلف سازمان را نشان می‌دهد (۵). ساختار سازمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی چارچوبی از روابط حاکم بر مشاغل، فرایندهای عملیاتی، افراد و گروه‌هایی است که برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تلاش می‌کنند. در حقیقت، این ساختار، تبیین‌کننده‌ی الگوهای روابط درونی دانشگاه، اختیار و ارتباطات است که روابط گزارش‌دهی، کانال‌های ارتباط رسمی، تعیین مسئولیت و تفویض اختیار تصمیم‌گیری را روشن می‌سازد (۶). تغییرات و پیچیدگی‌های محیط‌کاری، سازمان‌ها را وادار می‌کنند تا توانایی‌های خود را در پاسخ‌گویی به تغییرات محیطی افزایش دهند. از طرفی دگرگونی‌های اجتماعی، فناوری‌های پرشتاب و چالش‌زا و تکوین رسالت‌های جدید در سازمان‌ها، ضرورت انعطاف‌پذیری و آمادگی برای رویارویی با شرایط جدید را امری اجتناب‌ناپذیر ساخته است. Chen و Yin معتقدند که ساختار سازمانی صحیح موجب می‌شود تا هر فرد بر اساس نظر شخصی اقدام نکند؛ بلکه در چارچوب اهداف سازمانی گام بردارد (۷). ساختار سازمانی مناسب، نقش مهمی در افزایش بهره‌وری، رضایت شغلی، کارآمدی و انگیزه‌ی کارکنان سازمانی (۸)، توانمندسازی کارکنان و تعهد سازمانی (۹) ایفا می‌کند. ساختار نامناسب، تحقق اهداف سازمانی را با مشکل مواجه و افراد کارا و پرتوان را تبدیل به افراد ضعیف و ناتوان می‌کند و افزایش هزینه‌ها و ناکارایی‌های بخش‌های سازمان را به دنبال دارد (۱۰). از جمله حوزه‌هایی که دولت‌های دهه‌های اخیر، تغییرات ساختاری در آن‌ها به وجود آورده‌اند، حوزه‌ی سلامت است که از وظایف

حاکمیتی آن‌ها به شمار می‌رود (۱۱). مطالعه‌ی تجربیات جهانی در این حوزه حاکی از آن است که نظام‌های مدیریت سلامت در اکثر کشورهای توسعه‌یافته دارای برنامه‌ریزی متمرکز هستند، اما در مقام اجرا از یک نظام کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کنند (۱۲ و ۱۳). گذشته از این از نظر پیچیدگی ساختار و تشکیلات بسیار ساده و کم‌حجم هستند. در کشورهای انگلستان، سوئد، استرالیا و کره جنوبی ساختار و تشکیلاتی کاملاً غیرمتمرکز را در حوزه‌ی سلامت می‌توان دید. اما در کشوری مانند فرانسه دولت از لحاظ ساختاری متمرکز عمل می‌کند. بدین ترتیب ساختار نظام سلامت به صورت گسترده‌ای است که هر کشور در جایی از آن قرار دارد و هیچ دو کشوری را نمی‌توان کاملاً مشابه هم یافت (۱۴). در کشورهایی مانند روسیه و چین که از لحاظ ساختار تئوریتی به صورت متمرکز عمل می‌کنند، ساختار و تشکیلات ارایه خدمات سلامت به صورت استانی و شهرستانی و منطقه‌ای سازمان‌دهی شده است. بر مبنای رتبه‌بندی نظام‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت، کشورهای با ساختار غیرمتمرکز در نظام سلامت در مقایسه با کشورهای با سازماندهی متمرکز در رتبه‌ی بالاتری قرار گرفته‌اند (۱۵).

نظام بهداشتی درمانی ایران با توجه به اصلاحات دهه‌های اخیر از جمله ایجاد شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، ادغام آموزش پزشکی در حوزه‌ی سلامت و نیز شکل‌گیری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، ساختار سازمانی منحصربه‌فردی دارد که از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی، علاوه بر مأموریت آموزش و تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، متولی بهداشت و درمان جامعه است و بر واحدهای صف شامل بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های اورژانس نظارت می‌کند (۱۶). اما آسیب‌شناسی ساختار سازمانی دانشگاه‌ها، حاکی از وجود چالش‌های متعددی در این زمینه است؛ ساختار سازمانی بروکراتیک و بسیار پیچیده، تداخل وظایف و ضعف هماهنگی بین واحدهای مختلف، شفافیت کم مسئولیت‌ها و اختیارات افراد از جمله عوامل زمینه‌ساز ناکارآمدی نظام سلامت می‌باشند (۱۷ و ۱۸). به علاوه ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پاسخ‌گویی به چالش‌های جدی در حال ظهور مانند پیری جمعیت، همه‌گیری‌ها و بیماری‌های غیرواگیر موثر نیست (۱۷). در فاصله زمانی شکل‌گیری ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی در دهه‌ی ۷۰ تا دهه‌ی ۹۰ شمسی شاهد افزایش جمعیت کشور و نیز حدود دوبرابر شدن تعداد شهرستان‌های کشور بوده‌ایم (۱۹)، که علیرغم نیازهای سلامتی جدید و تغییر در مأموریت و فرایندها،

درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و چه عواملی منجر به این تغییر گردیده است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت و همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی برای بهبود ساختار سازمانی قرار می‌دهد.

روش بررسی

این پژوهش کیفی در سال ۱۳۹۹ در دو گام انجام شد. در گام اول با استفاده از روش بررسی اسناد و مستندات مبانی نظری و پژوهشی سازمان و ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی، الگوها و مدل‌های سازمانی و اسناد و مدارک مربوط به ساختار سازمانی دانشگاه‌ها، بررسی و مطالعه گردید. گام دوم با هدف شناسایی مراحل و فرایند در دستور کارگذاری سیاست اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی به روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق فردی از صاحب‌نظران مربوط انجام شد. گردآوری اسناد و مستندات به صورت هدفمند و با مراجعه حضوری به مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت و مراجعه مستقیم به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. مستنداتی چون اسناد و قوانین بالادستی، صورت‌جلسات، گزارش‌ها و اخبار منتشرشده در وب‌سایت‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی موجود در داخل کشور، از مستندات اصلی مورد استفاده در این مطالعه بود. از روش تحلیل محتوایی جهت استخراج و تحلیل داده‌های مستندات استفاده شد. داده‌های لازم از طریق انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با متخصصان جمع‌آوری شد. اشباع داده‌ها از طریق انجام ۱۹ مصاحبه‌ی فردی با ۵ نفر از مدیران مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت، ۱۱ نفر از مدیران توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه‌های علوم پزشکی (شیراز، اهواز، تهران، ایران، جیرفت، بیرجند، تبریز، یزد، شاهرود، زنجان، بوشهر) و ۳ نفر از کارشناسان مسئول اموراداری در معاونت‌های درمان، پژوهشی و بهداشتی (دزفول، زنجان و اهواز) دانشگاه‌ها انجام گردید. آشنایی با برنامه‌های اصلاح ساختار و سابقه‌ی حداقل دو سال مشارکت فعال در فرایند بازنگری ساختار دانشگاه‌ها از طریق شرکت منظم و فعال در جلسات و کمیته‌های مرتبط با بازنگری در سطح دانشگاه و وزارت بهداشت و همچنین علاقه به شرکت در پژوهش از ویژگی‌های لازم جهت انتخاب و شرکت مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش با توجه به اهداف مورد مطالعه بود. زمان انجام مصاحبه، از طریق تماس تلفنی با افراد مورد مطالعه در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و یا هماهنگی حضوری با آنان در وزارت

تشکیلات سازمانی اولیه بدون تغییر مانده است. باتوجه به ماهیت همگانی و عمومی بودن بهداشت، درمان و آموزش، این افزایش در جمعیت و تقسیمات کشوری خود دلیلی گویا بر ضرورت توسعه‌ی خدمات و تسهیلات مرتبط با آن و اصلاحات ساختاری متناسب هست. به‌علاوه نیاز به اصلاح ساختار سازمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی در قوانین بالادستی ایران نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۲۰). ازاین‌رو، در تقابل با چالش‌های یادشده، در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۲ سیاست‌گذاری بازنگری ساختار دانشگاه‌ها به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلاحات نظام سلامت، مورد توجه قرار گرفت. سیاست‌گذاری فرایندی چهار مرحله‌ای است که شامل دستور کارگذاری، تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست می‌باشد. یکی از مراحل که تأثیر زیادی بر روی دیگر مراحل سیاست‌گذاری دارد، مرحله در دستور کارگذاری است (۲۱)؛ در این مرحله چرایی و چگونگی یک موضوع و نحوه‌ی در اولویت قرار گرفتن آن موردتوجه قرار می‌گیرد. از میان مدل‌های ساده‌سازی موضوع، مدل کینگدان که به بررسی سه جریان مشکل، چگونگی برخورد با مشکل و جریان سیاسی می‌پردازد، از جمله مدل‌های معتبر محسوب می‌شود (۲۲). جریان مشکل، مشکلات دنیای واقعی و اثرات مداخلات گذشته-ی دولت را به تصویر می‌کشد (۲۳). جریان سیاست که شامل مجموعه‌ای از پژوهشگران، سیاست‌گذاران و متخصصانی است که مشکلات را تحلیل می‌کنند و گزینه‌هایی را جهت حل مشکلات پیشنهاد می‌دهند (۲۴). جریان سیاسی عمدتاً به فعالیت‌های گروه‌های ذی‌نفوذ، تغییرات مدیریتی و وضعیت ملی اشاره دارد (۲۵). این سه جریان در موقعیت‌های خاصی که پنجره‌ی فرصت نامیده می‌شود، به یکدیگر متصل می‌شوند و در چنین وضعیتی سیاست خاصی در دستور کار سیاست‌گذاران قرار می‌گیرد (۲۶). کشورهایی مانند چین، ایالات متحده آمریکا، بوتسوانا و کانادا نیز به روش‌های مختلف به دنبال اصلاحات ساختاری در نظام سلامت بوده‌اند. طراحی و اصلاح ساختار به‌منظور تأمین مالی عادلانه و افزایش پوشش همگانی (۲۷)، بازنگری ساختار سازمانی وزارت بهداشت (۲۸)، بازنگری در نحوه‌ی ارائه خدمات به‌منظور بهبود کیفیت (۲۹)، بروز همه‌گیری‌هایی چون کووید (۳۰)، تغییر در ساختار آموزش پزشکی (۳۱) از جمله تلاش‌های انجام‌شده در این زمینه بوده است.

این پژوهش باهدف به‌کارگیری چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان به دنبال بررسی این مسئله است که: چگونه برنامه اصلاح ساختار و تشکیلات دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پس از دو دهه، در دستور کار وزارت بهداشت،

بهداشت و تعیین وقت ملاقات صورت گرفت. پیش از شروع مصاحبه، به کمک راهنمای مصاحبه که از قبل تدوین شده بود، هدف از انجام مطالعه به صورت کامل برای هریک از مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته و عمیق با استفاده از سوالات باز در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب انجام شد. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. ضبط مصاحبه‌ها با اطمینان دادن به مصاحبه‌شوندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و عدم انتشار نام آنان صورت گرفت. هم‌زمان با ضبط مکالمات، یادداشت‌برداری‌های موردنیاز نیز انجام شد. سعی بر این بود که پیاده‌سازی متن مکالمات ضبط‌شده در کمترین فاصله زمانی ممکن پس از مصاحبه انجام شود. به‌منظور اطمینان از درستی نتایج داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، آدرس ایمیل و شماره تلفن مصاحبه‌شوندگان با رضایت شخصی دریافت شد و درستی نتایج با آنان بررسی گردید. برای تامین روایی و پایایی داده‌ها، از روش لینکلن و گوبا که معادل روایی و پایایی در مطالعات کمی است، استفاده گردید. این روش دربرگیرنده‌ی معیارهایی همچون مقبولیت، انتقال‌پذیری، تاییدپذیری و قابلیت اطمینان است (۳۳ و ۳۲). بر این اساس، پژوهشگران با به‌کارگیری اقدامات زیر سعی در افزایش روایی و پایایی مطالعه داشتند: استفاده از ناظر خارجی برای

بررسی درک مشابهت احتمالی او با پژوهشگر به‌منظور قابلیت اعتماد یافته‌ها؛ اختصاص دادن مدت زمان کافی به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها و چک کردن یافته‌ها با برخی از شرکت‌کنندگان، بازنگری توسط همکار پژوهش و تماس‌های مجدد با مصاحبه‌شوندگان به‌منظور افزایش اعتبارپذیری یافته‌ها؛ استفاده از نظرات پژوهشگرانی که موفق به انجام مطالعه کیفی در زمینه ساختار سازمانی شده‌اند، به‌منظور تاییدپذیری یافته‌ها و چگونگی شکل‌گیری تم‌ها و طبقات استخراج شده و ارایه نتایج به افرادی که در پژوهش شرکت نداشتند به‌منظور انتقال‌پذیری یافته‌ها. همچنین در طی مصاحبه‌ها، پژوهشگر از این مسئله آگاه بود که نظرات خود را به افراد مصاحبه‌شونده القا نکند. با استفاده از روش تحلیل چارچوب و استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۲۰ تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه انجام شد.

یافته‌ها

ارایه یافته‌های این مطالعه بر اساس اجزای چارچوب جریان‌ات چندگانه کینگدان است. در ابتدا سه جریان مشکل، جریان سیاست و جریان سیاسی بیان گردید و سپس به تشریح چگونگی تلاقی این سه جریان و بازشدن پنجره‌ی فرصت پرداخته شد (جدول ۱).

جدول ۱: دلایل در دستور کارگذاری سیاست اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

موضوع	زیر موضوع
جریان مشکل	تغییر کمی و کیفی وظایف و فرایندهای جدید در واحدهای محیطی دانشگاه‌های علوم پزشکی موازی‌کاری در وظایف برخی از واحدهای ستادی دانشگاه‌ها جداشدن تعدادی از دانشکده‌های علوم پزشکی جدیدالتاسیس از دانشگاه‌های بزرگ
جریان سیاستی	اسناد بالادستی ازجمله برنامه پنجم توسعه و احکام دایمی گنجانیدن برنامه‌ی اصلاح ساختار ستاد در دستور کار هیات‌امنا وجود سوابق موضوع و مبانی تجربی و تا حدودی علمی لازم
جریان سیاسی	تغییر دولت شروع طرح تحول سلامت و لزوم حمایت ساختاری از این برنامه تصویب قانون هیات‌امنایی شدن دانشگاه‌ها در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی جلب حمایت همه‌جانبه‌ی ذینفعان جهت اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها اجرای آزمایشی طرح پزشک خانواده در برخی استان‌ها و لزوم حمایت ساختاری از این طرح

• جریان مشکل

بود. طی دو دهه از آخرین بازنگری و اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها، تغییرات کمی و کیفی زیادی در شرح وظایف و فرایندهای واحدهای محیطی دانشگاه‌ها به وجود آمد که این امر منجر به عدم تناسب صف و ستاد شده بود. «ساختار قبلی ستاد دانشگاه هیچ تناسبی با واحدهای محیطی‌مون نداشت. ما در طی سالیان سال (۲۰ سال) هم بیمارستان‌ها مون رو زیاد کردیم و هم مراکز

پیشنهاد اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی، به دلیل ضرورت حل برخی مشکلات اساسی در این حوزه مطرح شد تا با ایجاد تغییراتی، مشکلات مذکور حل شود. بررسی‌ها و روندها نشان دادند که با توجه به گذشت دو دهه از آخرین بازنگری رسمی ساختار ستاد دانشگاه‌ها، این مشکلات ریشه‌دار شده

● جریان سياست

حوالی سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۸ شمسی) و بعد از آن، حرکتی با عنوان «اصلاحات نظام سلامت» با کمک مالی و فنی بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی در ایران آغاز شد. این اصلاحات، در تمام ابعاد نظام ارایه خدمات سلامت از قبیل ساختار ارایه خدمات، تامین مالی و تولید، صورت پذیرفت. در تمام این سال‌ها، تاثیر اصلاحات بر اهداف و رسالت واحدهای ارایه خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی در دانشگاه‌ها، منجر به تغییرات ساختاری در واحدهای محیطی گردید. به منظور حمایت ساختاری از این اصلاحات، لازم بود تا تغییراتی در ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجاد شود. در سال ۱۳۹۰، با نگاه متمرکزی به مقتضیات درونی و با استفاده از شاخص‌های عملکردی معاونت‌های دانشگاه‌ها، نمودار سازمانی بر مبنای تیپ‌بندی A-2، B-2، A-3 و B-3 تدوین گردید، اما به مرحله اجرا نرسید. با توجه به سوابقی که در خصوص اصلاح و بازنگری در ساختار سازمانی دانشگاه‌ها تا سال ۱۳۹۰ وجود داشت، انجام بازنگری به عنوان تکلیفی بود که در راستای چابک‌سازی، متناسب‌سازی و منطقی‌سازی تشکیلات نظام اداری در جهت تحقق اهداف چشم‌انداز (بند ۱۰ سیاست‌های کلی نظام اداری) و سیاست‌های کلی نظام سلامت و توجه به اسناد بالادستی از جمله برنامه پنجم توسعه، سند تحول در نظام سلامت، نقشه‌ی جامع علمی کشور و سیاست‌های اجرایی اصل ۴۴ قانون اساسی و نیز انطباق تشکیلات تفصیلی با ضوابط و آیین‌نامه‌های مربوط، می‌بایست انجام می‌شد. در نهایت، در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۲، با همکاری کلیه صاحبان فرایند و ذینفعان از معاونت‌های تخصصی وزارت متبوع، دفاتر ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی، کارگروه‌های تخصصی برای امر تدوین ساختار سازمانی تشکیل گردید و جریان سیاست را به سمت ورود به پنجره فرصت و قرار گرفتن در دستور کار جلو برد (۲).

● جریان سیاسی

تصویب قانون هیات‌امانی شدن دانشگاه‌ها در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، مقدمه‌ای بر استقلال دانشگاه‌ها در زمینه‌ی تغییرات ساختاری-تشکیلاتی به شرط داشتن آیین‌نامه‌های اجرایی مصوب هیات امنا بوده است. بنابراین، این قانون، می‌توانست منجر به ایجاد زمینه‌ای مناسب جهت اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها باشد.

«به نظر من در این دو دهه‌ی اخیر که از آخرین بازنگری ساختار و تشکیلات

بهداشتیمون رو. به آدم رو در نظر بگیرین که ستاد، مغز اون باشه و واحدهای محیطی هم دست و پاهاش. در این مدت ما دست و پاهای اون آدم رو زیاد کردیم اما مغزش همون طور کوچیک مونده بود. از لحاظ کیفی هم پست‌هامون با شرح وظایف و هدف‌های دانشگاه‌ها هم‌خوانی نداشت. پست‌های زیادی در تشکیلاتمون داشتیم که عملاً در حال حاضر نمی‌تونستیم اونو پر کنیم. خلاصه که مشکلاتمون هم کیفی و هم کمی بود» (مدیر وزارت).

پس از آخرین بازنگری رسمی ستاد دانشگاه‌ها، تغییراتی در نمودار سازمانی آن‌ها، با تصویب داخلی و بیشتر با اصلاحات جزئی و بر اساس اختیارات تفویضی از سوی وزارت بهداشت، به هیات امنای دانشگاه‌ها برای انجام برخی از امور تشکیلاتی ایجاد شده بود که نتیجه‌ی آن ایجاد واحدهایی با وظایف مشابه در معاونت‌های مختلف دانشگاه‌ها بود.

«خب شما اینو در نظر بگیرید که وقتی ساختار مصوب از وزارت /بلاغ بشه احتمال این‌که وظایف موازی در واحدها در نظر گرفته نشن بیشتره. ولی خوب در طی این سال‌ها دانشگاه‌ها خودتون تغییرات جزئی دادن که خوب این موازی کاری‌ها هم پیش میاد. وزارتخونه می‌تونست برای همه دانشگاه‌ها دستورالعمل‌هایی رو برای بازنگری بفرسته. مشکلی که هست این‌که وزارتخونه اشراف کافی به وظایف واحدهای دانشگاه نداره. حتی با این بازنگری اخیر هم، باز واحدهای موازی کم نیستن. دانشگاه ما تا الان ۵۰ وظیفه موازی شناسایی کرده. بهتره این جزییات به خود دانشگاه‌ها تفویض بشه و وزارت خودشو درگیر امور اجرایی نکنه» (مدیر ستادی دانشگاه).

رشد قارچ‌گونه‌ی دانشکده‌های علوم پزشکی که در ابتدای تاسیس وابسته به دانشگاه‌های مادر در سطح استان بودند، به عنوان یکی از مشکلات جدی ساختاری در نظام سلامت ذکر گردید. با انتزاع دانشکده‌های جدیدالتاسیس از دانشگاه مادر و تشکیل دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی مستقل، لزوم بازنگری در ساختار سازمانی ستاد دانشگاه‌ها کاملاً مشهود بود.

«تشکیل دانشکده‌های اقماری یکی از اشتباهات بزرگ ساختاری در نظام سلامت ایران است. این دانشگاه‌ها باعث گسترده‌تر شدن و افزایش نیروهای ستادی در سطح کل کشور شده است و ما بدنه ستادی را فربه کرده‌ایم. چرا باید در یک استان نه چندان پهناور شش دانشگاه و دانشکده داشته باشیم. خوب الان که این دانشکده‌ها را تاسیس کردیم، چرا در ساختار ستاد دانشگاه‌های مادر تا الان بازنگری نکردیم» (معاون پژوهشی دانشگاه).



دانشگاه‌ها گذشته، جهت تمامی جریان‌های سیاسی به سمت و سوی اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها بوده. قانون هیأت‌امنا مسئله‌ای هستش که در برنامه پنجم بهش اشاره شده و در برنامه ششم در قالب احکام دایمی درآمده؛ خوب به‌نظر می‌رسید که این مسئله هیأت‌امنایی شدن به‌عنوان نقطه عطفی در استقلال دانشگاه‌ها برای اصلاح ساختار و تشکیلات باشه» (مدیر توسعه و تحول دانشگاهی).

اجرای برنامه‌هایی چون طرح تحول سلامت و اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده در واحدهای محیطی دانشگاه‌های علوم پزشکی، نیازمند وجود تشکیلات ستادی بود که بتواند از این برنامه‌ها، حمایت ساختاری نماید.

«طرح تحول سلامت در بیمارستان‌هایی کلید خورد و برنامه‌ی پزشکی خانواده و نظام ارجاع هم در مناطق روستایی و شهرهای کوچک در حال اجرا بود. تمام این تغییرات در واحدهای ارایه خدمات و صف ایجاد شده بود و این درحالی بود که ما هیچ تغییر و بازنگری در ساختار ستاد دانشگاه‌ها نداشتیم» (کارشناس معاونت درمان دانشگاهی).

جدیت و تلاش سیاست‌گذاران وزارت بهداشت منجر به پیش بردن برنامه و همکاری کلیه صاحبان فرایند گردید. ذینفعان فرایند بازنگری ساختار دانشگاه‌ها، دارای نقش‌های متفاوتی بودند؛ برخی از آن‌ها مانند سازمان‌های قانونی بالادستی، نقش کنترلی داشته و برخی همچون نمایندگان معاونت‌ها و ادارات وزارت متبوع نقش فنی و نظارتی دارند. در این میان نقش مدیریت ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی، اجرایی و امور ساختارهای سازمانی وزارت بهداشت، نقش کارشناسی بوده است. بدیهی است که هماهنگ کردن ذینفعانی با نقش‌های متفاوت برای رسیدن به دیدگاهی مشترک در ارتباط با ساختار دانشگاه‌ها، فرایندی پیچیده و زمان‌بر بود؛ اما جلب حمایت همه‌جانبه‌ی ذینفعان جهت اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها با هدف پذیرش ساختار جدید از سوی دانشگاه‌ها و سازمان‌های قانونی بالادستی از اقدامات مهمی بود که توسط مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت انجام شد.

«ما بسته به موضوع موردبررسی، هیأت‌رئیس‌های متخصصان که ترکیبی از کارشناسان خبره‌ی حوزه‌های تخصصی را از معاونت‌ها، ادارات تخصصی حوزه‌ی ستادی وزارت متبوع، ادارات ستادی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، کارشناسان و متخصصان امور سازمان‌دهی و ساختارهای سازمانی، صاحبان فرایندهای تخصصی در حوزه‌های ستادی و عملیاتی-اجرایی، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران

مرتبط بوده است، گرد هم آوردیم و طی ۱۶۰ جلسه به نتیجه رسیدیم. این تاب چارت و تشکیلاتی رو که شما ملاحظه می‌فرمایید خیلی براش وقت گذاشته شده» (مدیر توسعه و تحول وزارت).

● باز شدن پنجره‌ی فرصت

زمانی که این سه جریان به هم وصل شدند، فرصت مناسبی برای تغییر در برنامه‌ی ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌ها ایجاد شد. عمده‌ترین مشکلاتی که نظر سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران حوزه‌ی تغییر ساختار را به خود جلب کرده بود از طریق شاخص‌های آماری و پژوهش‌های انجام گرفته شناسایی شده بودند. ساختار سازمانی بروکراتیک و بسیار پیچیده، تداخل وظایف و ضعف هماهنگی بین واحدهای مختلف، شفافیت کم مسئولیت‌ها و اختیارات افراد (۹ و ۱۰) از جمله این شاخص‌ها بود. اکثر خط‌مشی‌گذاران در این حوزه از افرادی بودند که دارای تجربیات چندساله در زمینه‌ی تشکیلات و ساختار ستاد دانشگاه‌ها بودند و مشکلات موجود را می‌شناختند. تغییر کمی و کیفی وظایف و فرایندهای جدید در واحدهای محیطی دانشگاه‌های علوم پزشکی، موزی کاری در وظایف برخی از واحدهای ستادی دانشگاه‌ها و جداسدن تداخل تعدادی از دانشکده‌های علوم پزشکی جدیدالتاسیس از دانشگاه‌های بزرگ، به‌ترتیب با بیشترین فراوانی در تکرار، از مشکلات مطرح شده در این زمینه بود. همراه با جریان سیاستی که به گفته‌ی اکثر افراد موردپژوهش از مدت‌ها قبل در قالب تصویب قوانین و اسناد بالادستی همچون قانون پنجم برنامه توسعه و برنامه‌هایی چون برنامه جامع اصلاح نظام اداری و وجود سوابق موضوع و مبانی تجربی و علمی لازم در کشور آغاز شده بود، جریان سیاسی رقم خورد که به‌زعم صاحب‌نظران منجر به بازشدن پنجره‌ی فرصت و ابلاغ برنامه‌ی اصلاح ساختار به دانشگاه‌ها شد. با بیشترین فراوانی عوامل زیر به‌ترتیب در زمره‌ی جریان سیاسی قرار گرفتند: تغییر دولت؛ اجرای طرح تحول در نظام سلامت؛ تصویب قانون هیأت‌امنایی شدن دانشگاه‌ها در برنامه پنجم توسعه و جلب حمایت ذینفعان به‌منظور حمایت ساختاری از طرح پزشک خانواده (جدول ۱). فرصت فراهم آمده موجب شد تا دانشگاه‌ها بتوانند با تجدید ساختار سازمانی و تشکیلات خود از لحاظ کمی و کیفی تا حدودی جوابگوی نیازهای سازمان در محیط متغیر کنونی باشند.

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و تحلیل عوامل و زمینه‌های دستور

کارگذاری برنامه اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با استفاده از رویکردی کیفی انجام گردید. در همین راستا، از نظریه جریان‌های چندگانه کینگدان در راستای تبیین تغییرات ساختاری ستاد دانشگاه‌ها استفاده شد. با وجود زیرساخت‌های فیزیکی همچون شبکه ارایه خدمات بهداشتی-درمانی از سه دهه‌ی گذشته و حاکمیت رویکرد ادغام نظام آموزش عالی علوم پزشکی و نظام ارایه خدمات بهداشتی و همچنین وجود برخی اختیارات ساختاری، تشکیلاتی، اداری، استخدامی، مالی و معاملاتی و وجود اختیارات شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی و شورای گسترش دانشگاه‌ها، نقاط قابل‌بهبودی همچون توزیع نامتناسب نیروی انسانی بین واحدها متناسب با سطح فعالیت، نامتناسب بودن شرح وظایف واحدها و مشاغل تخصصی بر اساس نقش‌ها و مسئولیت‌ها و نبود معیارها و استانداردهای مناسب شغلی، ضابطه‌مند نبودن انتخاب، انتصاب و تغییر مدیران در ساختار قبلی ستاد دانشگاه‌ها وجود داشت.

ابلاغ «سیاست‌های کلی نظام اداری» از سوی مقام معظم رهبری و به استناد مصوبه‌ی شماره ۲۰۶/۹۳/۱۱۸۵۲ مورخ ۱۳۹۳/۹/۵ شورای عالی اداری کشور، منجر به تشکیل شورای راهبری توسعه‌ی مدیریت وزارت بهداشت گردید. این شورا، وظیفه‌ی تصویب و نظارت بر برنامه‌های مرتبط با چابک‌سازی و منطقی‌نمودن اندازه‌ی ساختار سازمانی وزارت بهداشت و واحدهای تابع را عهده‌دار شد. از نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۲، بازنگری و اصلاح ساختار سازمانی ستاد دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی در اولویت برنامه‌های مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت قرار گرفت و هیات امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، عهده‌دار تصویب تشکیلات تفصیلی اصلاح شده گردید.

طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، چگونگی انتخاب و انتصاب افراد در سازمان، تدوین سیاست‌ها و مقررات، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیریت منابع برای اجرای سیاست‌ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است (۳۴). توسعه‌ی نیروی انسانی موردنیاز نظام ارایه خدمات سلامت با تمرکز ویژه بر ساختار و تشکیلات خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده در نقشه علمی سلامت کشور مورد تأکید قرار گرفته که ایجاد ساختار و تشکیلات منطقی و مناسبی را طلب می‌کند.

جریان مشکلات ساختاری ستاد دانشگاه‌ها، شامل تغییر کمی و کیفی وظایف و فرایندهای جدید در واحدهای محیطی، تداخل و موازی‌کاری در وظایف

برخی از واحدهای ستادی و جداشدن تعدادی از دانشکده‌های علوم پزشکی جدیدالتاسیس از دانشگاه‌های بزرگ بود. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نیز تاییدکننده‌ی این مشکلات ساختاری در نظام سلامت است. به‌نحوی که در مطالعه‌ی دماري (۳۵)، به عدم تطابق ساختار خدمات سلامت چه در سطح ستاد و چه در واحدهای محیطی با برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع پرداخته شده است. چنین وجود همپوشانی واحدهای موازی در ساختار سازمانی ستادی که منجر به افزایش هزینه‌ها می‌شود، از جمله چالش‌های مطرح‌شده در این مطالعه است. در میان کشورهای همسایه، ترکیه در برنامه‌ی تحول خود در حوزه‌ی ساختار به تقویت مراقبت‌های بهداشتی عمومی و معرفی طرح پزشک خانواده پرداخت و اقدامات مهمی را در راستای غیرمتمرکز کردن ساختار و تشکیلات واحدهای محیطی بخش سلامت انجام داد (۳۶). زنگنه‌بیگی و سیدین (۱۸) به عدم‌بازنگری در ساختار ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های سه دهه‌ی اخیر و ایجاد فرایندها و وظایف جدید به‌دنبال اجرای برنامه‌هایی همچون پزشک خانواده و نظام ارجاع اشاره کردند. دماري و همکاران در مطالعه‌ای دیگر به نامناسب بودن ساختار سازمانی و سازمان‌دهی و تداخل وظایف و همچنین عدم تناسب ساختار تشکیلاتی با وظایف محوله به‌عنوان مشکلات ساختاری ستاد دانشگاه‌ها پرداخته است (۳۷). گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۰۸ ساختار سازمانی نظام سلامت ایران را بسیار نامناسب و پراکنده می‌داند (۳۸). درحالی که نظام سلامت کوبا با وجود منابع بسیار محدود و تأثیر چشمگیر ناشی از تحریم‌های اقتصادی برای بیش از نیم‌قرن، موفق به تضمین دسترسی به مراقبت برای جمعیت و به‌دست آوردن نتایج مشابه توسعه‌یافته‌ترین کشورها گردیده است. ساختار و تشکیلات نظام سلامت کوبا خدمات را به‌صورت دولتی و رایگان ارایه کرده و پزشکان و نیروهای تخصصی در بخش دولتی به‌کار گرفته شده‌اند (۳۹). همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، جریان مشکلات ساختاری دانشگاه‌ها و جریان سیاست اصلاح ساختار از مدت‌ها قبل شکل گرفته بود و این دو جریان در طول زمان تأثیر متقابلی بر یکدیگر داشتند. به مرور زمان مشکلات ساختاری از زوایای گوناگون بررسی گردید و مقدمه‌ای بر زمینه‌سازی قانونی این سیاست فراهم آمد. باتوجه به محتوای قوانین بالادستی کشور، به‌ویژه برنامه‌ی سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور و قانون احکام دائمی برنامه‌ی ششم توسعه، می‌توان دریافت که بحث اصلاح ساختار و تشکیلات دانشگاه‌ها و متولیان انجام آن به‌صورت پرنرنگ در مواد و لوایح قانونی دیده شده است (۲۰). اهمیت فراهم بودن شرایط



و بستر قانونی مناسب به منظور تدوین و اجرای موفقیت آمیز سیاست‌های مرتبط با اصلاحات بخش سلامت نیز موضوعی است که مطالعات گذشته بر روی آن توافق نظر دارند (۴۱ و ۴۰). جریان‌ات سیاسی، گویای تاثیر گذاری فضای سیاسی حاکم بر کشور و نیز نشانگر خواست و استقبال سیاست‌گذاران و مدیران بخش سلامت و علایق آن‌ها بر سیاست اصلاح ساختار و تشکیلات دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. با وجود آن‌که مشکلات ساختاری دانشگاه‌ها همیشه وجود داشته‌اند، اما جریان سیاسی، باعث پررنگ تر شدن این مشکلات، توجه به برخی شاخص‌های و مطرح شدن برخی ایده‌های و راه‌حل‌ها گردید. موضوع تاثیر گذاری جریان‌ات سیاسی بر اصلاحات سلامت به انحای مختلف، در سایر کشورها نیز وجود دارد (۴۴-۴۲). شادپور اصلاحات ساختاری را از اصلاحات نظام سلامت جدا نمی‌داند (۴۵). یافته‌های حاصل از مطالعه جباری و بخشیان نشان می‌دهد که اصلاحات ساختاری نظام سلامت کشورهای فرانسه، فیلیپین، انگلستان و مکزیک مبتنی بر ایجاد دواير و تشکیلات خاص در راستای تمرکززدایی بوده است. واگذاری اختیارات اداری تسهیلات بهداشتی به استانداری‌ها در ترکیه نیز نمونه‌ای از تغییرات ساختاری انجام شده می‌باشد (۴۶). وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت در کشور، در سال ۱۳۹۳ با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران و بهبود کیفیت خدمات طرح تحول سلامت را با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی به ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت و مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه، به مرحله‌ی اجرا در آورد (۴۷).

به دنبال تدوین و اجرای طرح تحول سلامت، ابلاغ برنامه‌ی اصلاح ساختار ستاد دانشگاه‌ها، به عنوان راه‌حلی برای تقابل با مشکلات ساختاری تلقی گردید (۱۶). با توجه به سوابق موضوع، اصلاح ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌ها همواره به عنوان تکلیفی برای مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت مطرح بوده است. در نهایت این مسئله‌ی مهم در قالب قوانین بالادستی مانند ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه و قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه‌ی کشور آورده شده است؛ اما به دلیل فقدان شرایط زمینه‌ای و توافق ذینفعان، علی‌رغم نیاز و ضرورت بازنگری ساختار و تشکیلات دانشگاه‌ها، به صورت جدی در دستور کار قرار نگرفت. اما در دهه‌ی ۱۳۹۰ با تغییر شرایط کلان کشور و اصلاحات انجام شده در نظام سلامت در قالب طرح تحول سلامت، بازنگری ساختار و تشکیلات در دستور کار قرار گرفت. نمونه‌ی چنین تغییر

سیاست‌هایی را می‌توان در برخی مطالعات دیگر مشاهده نمود (۵۰-۴۸). در این میان نقش بازیگران و ذینفعان کلیدی بازنگری ساختار دانشگاه‌ها به ویژه مرکز توسعه و تحول اداری و معاونت‌های وزارت بهداشت، همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی در به نتیجه رسیدن تلاش‌های به منظور در اولویت قرار گرفتن ایده‌ی اصلاح ساختار و بازنگری تشکیلات ستادی دانشگاه‌ها در اولویت انجام اصلاحات، نباید از نظر دور بماند. نقش بازیگران کلیدی و ذینفعان در جلب توجه سیاست‌گذاران به این مشکلات و همچنین مطرح کردن ایده‌ها و طرح‌های پیشنهادی مرتبط با رویکرد خاص خودشان و نیز پیوند سه جریان بسیار مهم بود. در قالب جریان سیاسی، کینگدان معتقد است که جابجایی‌ها و تغییرات مدیریتی تاثیر زیادی بر تغییر دستور کارها دارند. در مورد دستور کار بازنگری ساختار دانشگاه‌ها نیز تغییرات درون دولت و به تبع آن درون وزارت بهداشت، نظیر جابه‌جایی افراد کلیدی، نقش مهمی در پیگیری و حمایت از بازنگری ساختار و تشکیلات دانشگاه‌ها داشت. مدیریت جدید در حوزه‌ی مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت، باعث شد تا این مسئله در دستور کار وزیر بهداشت قرار گیرد. به عقیده‌ی Kingdon، نقش آفرینان کلیدی ساختار افرادی هستند که تمایل دارند منابع، زمان، انرژی و موقعیت خود را برای دستیابی به یک نتیجه یا موقعیت خاص سرمایه‌گذاری کنند (۲۲). در این مورد نیز نقش آفرینان کلیدی بازنگری ساختار، وزیر و برخی معاونان و مدیران وزارت و همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند. موقعیت این افراد در درون جامعه دانشگاهی و همچنین تجارب مدیریتی آنان در سطح دانشگاه‌ها و وزارت به آنان توانایی مذاکره با سایر متخصصان و سیاست‌گذاران را برای جلب حمایت از ایده‌های خود می‌داد. بسیاری از افراد مطالعه، بر این باور بودند که نقش برخی از افراد کلیدی در جلب اعتماد مخالفان و کاهش تنش و چالش‌های پیش آمده در روند تصویب خط‌مشی بسیار مهم بود.

از مهم‌ترین دستاوردهای برنامه‌ی بازنگری ساختار و تشکیلات ستاد دانشگاه‌ها، برآورد تعداد پست‌های سازمانی ستاد دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها برای اولین بار بر مبنای شاخص و پارامترهای کارکردی بود. شناسایی وظایف مشابه در ساختار تشکیلاتی قدیم و بررسی و تعیین تکلیف آن‌ها با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها، تهیه شرح وظایف برای همه واحدهای طراحی شده در ساختار تشکیلاتی جدید، ایجاد پایگاه داده‌ای مشترک دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح وزارت بهداشت با عنوان سیستم جامع تشکیلات و شناسایی

در آن دخالت دارد؛ بنابراین شکل‌گیری ساختاری که بتواند این اهداف را محقق سازد، کاری دشوار اما امکان‌پذیر است. بازنگری ساختار و تشکیلات دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان یکی از تحولات اساسی در ساختار و تشکیلات آن‌ها و نوعی تغییر مهم محسوب می‌شود. هرچند که به‌نظر می‌رسد با بازنگری اخیر نیز همه مشکلات در این حوزه رفع نشود؛ اما انتظار بر این است که این فرایند با توجه به مقتضیات، به فرایندی پویاتر مبدل شود.

در همین راستا پیشنهادهایی نظیر ایجاد زمینه‌ی حمایت سیاسی، جهت متناسب‌سازی گسترش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سطح کشور با نیاز جامعه از طریق تدوین برنامه عملیاتی بازنگری ساختار و تشکیلات تفصیلی ستاد دانشگاه‌ها با مشارکت ذینفعان کلیدی، همچنین زمینه‌سازی لازم برای انجام اصلاحات ساختاری به وسیله هیأت امنای دانشگاه‌ها از طریق تدوین استانداردهای ساختار و تشکیلات، بدون اعمال سلیقه‌ی شخصی برخی افراد خاص و نظارت بر چگونگی اجرا از سوی وزارت بهداشت با تامین منابع مالی پایدار ارایه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از همه افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند و از داوران محترمی که با نظرات ارزشمندشان در ارتقای کیفی مطالعه تاثیرگذار بودند، اعلام می‌نمایند. این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان «تحلیل سند بازنگری ساختار و تشکیلات تفصیلی ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور»، در مقطع دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۶ با کد اخلاق به شماره IR.TUMS.SPH.REC.1396.4138 است.

References

1. Ebadi Fard Azar F, Rezapour A, Abbasi Broujeni P, Safari Palangi H & Moeeni Naeeni M. Utilization of health care services in the state of Isfahan. Journal of Hospital 2011; 10(3): 23-32[Article in Persian].
2. Vaezi R & Sabzikaran E. Relationship between organizational structure and personnel empowerment in NIOPDC-Tehran area. Transformation Management Journal 2010; 2(3): 153-78[Article in Persian].
3. Ergeneli A, Arı GS & Camgoz SM. Psychological empowerment and its relationship to trust in immediate managers. Journal of Business Research 2007; 60(1): 41-9.
4. Martinez-Leon IM & Martinez-Garcia JA. The influence of organizational structure on organizational learning. International Journal of Manpower 2011; 32(5/6): 537-66.
5. Salarianzadeh MH. Civil service reform: A government policy. Tehran; 2018: 76[Book in Persian].

و واگذاری امور قابل تفویض به واحدهای محیطی، تفکیک و ادغام برخی واحدها به‌منظور رفع موازی‌کاری و تداخل وظایف بین واحدهای ستادی از دیگر دستاوردهای این برنامه محسوب می‌شود. در این راستا، تفکیک ساختار معاونت دارو و درمان دانشگاه، به صورت دو معاونت جداگانه‌ی «درمان» و «غذا و دارو» از جمله اقدامات انجام شده در این خصوص می‌باشد (۱۶).

در خصوص محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به دشواری در بازیابی مطالعات مشابه داخلی اشاره کرد که علت آن می‌تواند جدید بودن اجرای این سیاست، بعد از قریب به سه دهه از آخرین بازنگری رسمی باشد. برای حل این مشکل، سعی پژوهشگر بر آن بود که با استفاده از یک جستجوی جامع بتواند مطالعات مرتبط را بازیابی نماید. برخی از مطالعات انجام‌شده، در پایگاه‌های اطلاعاتی قابل‌دستیابی نبوده و تنها از طریق مراجعه به واحد مربوط در وزارت بهداشت در دسترس قرار گرفتند. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه، دشواری در دسترسی به نمودار سازمانی و تشکیلات تفصیلی دانشگاه‌ها جهت تحلیل بود که جزو اسناد محرمانه‌ی دانشگاه‌ها و مرکز توسعه‌ی مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت محسوب می‌شد و در اختیار پژوهشگران قرار داده نمی‌شد. برای حل این موضوع تلاش شد با رایزنی، اعتماد افراد جلب شده و با همکاری آنان، استخراج یافته‌ها انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

شاخص‌های سلامت مردم، جز با هدایت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارتقا نخواهد یافت. بدون تردید اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای در بخش سلامت در سطح استان‌ها نیازمند بستر ساختاری مناسب است. بدیهی است که مدیریت برنامه‌های مرتبط با سلامت، همه‌جانبه بوده و عوامل زیادی



6. Yusefi AR, Kavosi Z, Keshvari M & Mehrabi M. The relationship between organizational structure and organizational strategy: Case study of Shiraz University of medical sciences. *Sadra Medical Sciences Journal* 2017; 5(4): 217-26[Article in Persian].
7. Yin G & Chen Y. IT organizational transformation, knowledge integration, and IT assimilation: A case study. *Tsinghua Science and Technology* 2008; 13(3): 400-7.
8. Funminiya AK. Impact of organisational structure on employee engagement: Evidence from North Central Nigeria. *International Journal of Advanced Engineering, Management and Science* 2018; 4(8): 579-89.
9. Hatami S, Sobhani Y & Beyrami Igder J. The effect of organizational structure on empowerment of staff of sport and youth general office of Lorestan province. *Sport Management Journal* 2015; 7(4): 533-546[Article in Persian].
10. Mugambi HK & Kimani JM. Effects of organizational culture adoptability to organizational structure and its impact on employee job performance in Thika level 5 hospital, Kenya. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)* 2015; 17(4): 60-5.
11. Mosadeghrad AM, Akbari-Sari A & Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A Delphi study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2020; 17(4):317-36[Article in Persian].
12. Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2015; 13(1): 1-16[Article in Persian].
13. Danesh-Dehkordi N & Tabibi SJ. Comparative study of research and development management i health systems of developed countries and presenting a model for Iran. *Journal of Health Administration* 2002; 5(12-13): 5-14[Article in Persian].
14. Masoudi-Asl I, Nosrati-Nejad F, Akhavan-Behbahani A & Mousavi-Khatat SM. Proposed model for integrating health and social welfare system in Iran (a comparative study). *Payesh* 2011; 10(1): 115-21[Article in Persian].
15. Gusmano MK. The role of the public and private sectors in China's health care system. *Global Social Welfare* 2016; 3(3): 193-200.
16. Salarianzadeh MH, Yousefian Sh & Mosavi SM. A way toward civil service reform; The ministry of health and medical education experience. Iran: MOHME Publication; 2017: 38[Book in Persian].
17. Bahmanziari N & Takian A. Health system stewardship in Iran: Far from perfect! *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2020; 34(1): 996-8.
18. Zanganeh-Baygi M & Seyedin H. Imbalance between goals and organizational structure in primary health care in Iran- a systematic review. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(7): 665-72.
19. Fathi E. A look at the past, present and future of Iran's population. Available at: <https://srtc.ac.ir/Portals/0/%DA%AF%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%B4%20%D8%AC%D9%85%D8%B9%DB%8C%D8%AA%20%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86.pdf?ver=K4ts7oTV3GK4pLWIK7zufw%3d%3d>. 2020.
20. Khodayari-Zarnaq R, Kabiri N & Alizadeh G. Health in first to Sixth economic, social, and cultural development plans of Iran: A document analysis. *Journal of Research and Health* 2020; 10(1): 1-10.
21. Robinson SE & Eller WS. Participation in policy streams: Testing the separation of problems and solutions in subnational policy systems. *Policy Studies Journal* 2010; 38(2): 199-216.
22. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Longma; 2003: 33.
23. Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshaei B, Ravaghei H, Jafari N, Heidari AR, et al. Determinant criteria for designing health benefit package in selected countries. *Life Science Journal* 2013; 10(3): 1392-403.
24. Tavakoli F, Nasiripour AA, Riahi L & Mahmoudi M. Design of a model for management of referral system in the Iranian urban family physician program. *Iranian Journal Public Health* 2020; 49(11): 2144-51.

25. Moshiri E, Takian A, Rashidian A & Kabir MJ. Expediency and coincidence in the formation of family physician and universal rural health insurance in Iran. *Hakim Health Systems Research Journal* 2013; 15(4): 288-99[Article in Persian].
26. Babazadeh-Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari AR, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians' performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2016; 25(132): 23-32[Article in Persian].
27. Joarder T, Chaudhury TZ & Mannan I. Universal health coverage in Bangladesh: Activities, challenges, and suggestions. *Advances in Public Health* 2019; 2019(1): 1-12.
28. Seitio-Kgokgwe O, Gauld RDC, Hill PC & Barnett P. Redesigning a ministry of health's organizational structure: Exploring implementation challenges through Botswana's experiences. *International Journal of Health Planning and Management* 2016; 31(2): 191-207.
29. Roder-DeWan S, Nimako K, Twum-Danso NAY, Amatya A, Langer A & Kruk M. Health system redesign for maternal and newborn survival: Rethinking care models to close the global equity gap. *BMJ Global Health* 2020; 5(10): e002539.
30. Moussa G, Mushtaq F, Mandal P, Mathews N, Royal B, Manjunatha N, et al. Restructuring emergency eye services during COVID-19 in a tertiary referral centre. *British Journal of Hospital Medicine* 2020; 81(12): 1-8.
31. Spickard A, Ahmed T, Lomis K, Johnson K & Miller B. Changing medical school IT to support medical education transformation. *Teaching and Learning in Medicine* 2016; 28(1): 80-7.
32. Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry* 1995; 1(3): 275.
33. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Technology Research and Development* 1981; 29(2): 75-91.
34. Davies C, Anand P, Artigas L, Holloway JA, Mc-Conway KJ, Newman J, et al. Links between governance, incentives and outcomes: A review of the literature. London, UK: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO); 2005: 18-50.
35. Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2015; 13(1): 1-16[Article in Persian].
36. Karimi I, Salarian A & Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2010; 12(4): 92-104[Article in Persian].
37. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Shadpour K & Zinaloo AK. Provincial health policy secretariate: Coordinating and brokering structure for comprehensive health. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014; 11(4): 15-36[Article in Persian].
38. The World Bank Group. Islamic republic of Iran - Health sector review: Volume 1: Main report. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7960>. 2008.
39. Spiegel J, Alegret M, Clair V, Pagliccia N, Martinez B, Bonet M, et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *International Journal of Public Health* 2012; 57(1): 15-23.
40. Mohammadi E. Policy analysis, problem identification and proposing policy options for health insurance benefit package in Iran health system [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2017.
41. Yousefvand M, Olyaeemanesh A, Arab M & Jaafari-pooyan E. The behavior of basic health insurance organizations after the implementation of relative value of health services book in Iran: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2018; 32(110): 1-7.
42. Do-Rosario-Costa N, Engstrom EM & De-Siqueira SAV. Public policy and the institutional role of the ministry of health in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva* 2017; 22(5): 1395.



43. Mwisongo A, Nabyonga-Orem J, Yao T & Dovlo D. The role of power in health policy dialogues: Lessons from African countries. *BMC Health Services Research* 2016; 16(213): 337-66.
44. Mc-Gowan AK, Kramer KT & Teitelbaum JB. Healthy people: The role of law and policy in the nation's public health Agenda. *The Journal of Law Medicine and Ethics* 2019; 47(S 2): 63-7.
45. Shadpur K. Health sector reform in Islamic republic of Iran. *Journal of Inflammatory Diseases* 2006; 10(3): 7-20[Article in Persian].
46. Jabbari H & Bakhshian F. Decentralization in function of stewardship of health systems in different countries and propose appropriate model for Iran. *Medical Journal Tabriz University of Medical Sciences* 2007; 29(1): 7-8[Article in Persian].
47. Mosaddeghrad AM. Futurology of Iran health transformation plan: Letter to the editor. *Tehran University Medical Journal* 2019; 77(3): 207[Article in Persian].
48. Fathi B, Khodayari-Zarnaq R, Pourazavi S, Nadrian H & Kousha A. Agenda-setting policy analysis on Iranian physical activity promotion policies: An application of kingdon's multiple streams framework. Available at: <https://www.researchsquare.com/article/rs-1613271/v1>. 2022.
49. Khodayar-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad AM, Sedaghat A, Fallahi H, Naghi ASA, et al. HIV/AIDS policy making process in Iran: Analysis of HIV/AIDS agenda setting based on kingdon's framework. *Depiction of Health* 2016; 7(3): 1-14.
50. Kabir MJ, Heidari AR, Honarvar MR & Khatirnamani Z. Analysis of electronic referral system agenda setting based on kingdon multiple streams framework. *Payesh* 2022; 21(1): 25-33[Article in Persian].

Retrospective Analysis on the Development of the Program for Reforming the Structure of the Headquarters of Selected Medical Sciences Universities in Iran

Fatemeh Mohabati¹ (Ph.D.), Maryam Tajvar² (Ph.D.), Bahram Mohaghegh³ (Ph.D.),
Seyed Pouria Hedayati¹ (Ph.D.), Mohammad Arab^{4*} (Ph.D.)

1 Assistant Professor, Department of Healthcare Services Management, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

2 Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: 5 Jul. 2022

Accepted: 22 Oct. 2022

Background and Aim: Reforming the structure of medical universities and its continuous adaptation to the mission of the organization and new functions is an undeniable necessity. The purpose of this article was to explain how to implement this policy.

Materials and Methods: The current qualitative study was conducted in 2020 retrospectively based on Kingdon's multiple streams model. Data collection was done using two methods: individual interviews and document review. Sampling of the managers and experts of the administrative development and transformation centers of the Ministry of Health and 12 universities of Medical Sciences as well as vice-chancellors of the universities was done in a purposeful and snowball method until data saturation was reached by conducting 19 individual interviews. Data analysis were done with framework and content analysis methods, and using MAXQDA 2020 software.

Results: The low of structural problems included quantitative and qualitative changes in new tasks in the environmental units of universities, interference and parallel work in the tasks of university units, and bargainings for restructuring by universities. The policy low included the obligation to make structural changes in the upstream laws and documents, including the Fifth Development Plan, and the cooperation of all stakeholders. The political process included the implementation of the Health Transformation and the Family Physician Plan, and the support of relevant policymakers and the approval of the law of becoming a university trustee in the law of the fifth plan of economic development and also gaining the all-round support of the stakeholders.

Conclusion: The medical sciences universities, as the headquarters arm of the Ministry of Health at the provincial level, need to have flexible structure in line with the needs of their surrounding units. In luential context factors in policy-making the reform of the structure of the headquarters of universities/colleges, in addition to the stream of structural problems, the main of which was the change in the duties of the units, along with the political determination created in the Ministry of Health, led to the simultaneous occurrence of three streams of problems, Politics and politics and finally opening the window of opportunity and changing the structure and organization of the headquarters of medical sciences universities.

Keywords: Structure Reform, University of Medical Sciences, Retrospective Analysis, Kingdon

* Corresponding Author:

Arab M

Email:

arabmoha@tums.ac.ir