



برنامه استراتژیک

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی به

۱۴۰۵-۱۴۰۱

نسخه بازنگری ۱۴۰۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شرح بازنگری:

از مدل STEEPV که یک ابزار تحلیلی است و برای بررسی و تحلیل محیط استفاده می‌شود، برای بررسی محیط از ابعاد مختلف اجتماعی، فناوری، اقتصادی، بوم‌شناختی، سیاسی و ارزشی استفاده شد. این تحلیل به برنامه‌ریزی راهبردی برای مواجهه با فرصت‌ها و تهدیدهای احتمالی کمک می‌کند.



در بیانیه رسالت دانشکده پزشکی تغییرات پیشرفت های علمی و فناوری و دستاوردهای نوین پزشکی در حوزه تجهیزات، روش ها، دانش و آموزش پزشکی، تغییرات اجتماعی مشتمل بر تغییرات جمعیتی، تغییر سبک زندگی و تغییر در ارزشها و باورهای جامعه، تغییرات اقتصادی مشتمل بر افزایش هزینه های مراقبت های سلامت، تغییر در نظام تامین مالی هزینه های سلامت، تغییر در اولویت های اقتصادی دولت ها از جمله میزان بودجه اختصاص یافته به آموزش پزشکی، تغییرات فرهنگی همچون تغییر نگرش مردم به سلامت و بیماری، تغییر در نقش پزشکان در جامعه، تغییر در فناوری های ارتباطی و به ویژه تغییر در نسل های اجتماعی، تامین و تضمین اولویت ها و ضروریات تشخیص داده شده و اعلام شده از سوی نظام سلامت و داشتن انعطاف لازم برای رعایت التزام طراحی و تدریس مسائل نوظهور و جدید در دنیای پزشکی در قالب پزشکی اجتماعی، پزشک خانواده و پیشگیری سطح چهارم مورد توجه قرار گرفته است.

پیشگفتار

سازمان‌های بهداشتی درمانی در عصر امروز در مقابل روندهای در حال تغییر در حوزه‌های جمعیتی، اقتصادی، سیاسی و تکنولوژیک در پیرامون خود هستند. علاوه بر این تحولات درونی این سازمان‌ها تغییراتی را در منابع فیزیکی، مالی، انسانی و اطلاعاتی ایجاد کرده است. این روندهای متغیر پیرامونی و درونی، همیشه با خود فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و حوزه‌های بهبود یا نقاط ضعف جدیدی را برای مدیران و برنامه‌ریزان به همراه دارند. از سوی دیگر سازمان‌های بهداشتی درمانی با عنایت به محیط درونی و بیرونی خود بایستی دائماً در حال آفرینش و بازسازی باشند.

برنامه‌ریزی راهبردی، امروزه به‌عنوان یکی از کارآمدترین رویکردهای مدیریتی در سازمان‌ها بوده و راهی است برای کمک به سازمان‌ها و جوامع برای روبرو شدن با تغییرات سریع و مدلی است برای شناخت و حل مهم‌ترین معضلات موجود، شناسایی نقاط قوت و ضعف سازمان و استفاده بهینه از فرصت‌ها و موقعیت‌ها و تسلط بر ضعف‌ها و تهدیدهایی که موجودیت سازمان را به خطر می‌اندازند. با در نظر گرفتن سیر تغییرات و تحولات عظیم در نظام سلامت که به‌عنوان چالشی عمومی بوده، داشتن رویکرد هوشمندانه و منطقی تعهد ارائه خدمات نظام سلامت را در پاسخ‌گویی مناسب و حرکت در جهت تحلیل صحیح از مبانی دینی و کاربرد صحیح روش‌های نوین علمی را ضروری می‌سازد.

با توجه به ضرورت تدوین برنامه راهبردی به دلیل وجود عوامل مهمی از جمله تغییر و تحولات فناوری، اجتماعی و سیاسی، پیچیدگی محیط خارجی سازمان‌ها، ارتباط گسترده سازمان با محیط و گسترش اغلب برنامه‌ها و درازمدت بودن آن‌ها، دانشکده پزشکی بم با عنایت به اهمیت و جایگاه برنامه‌ریزی راهبردی، اقدام به تدوین برنامه راهبردی خود نموده است.

در پایان اعضای کمیته برنامه‌ریزی راهبردی دانشکده بر خود لازم می‌دانند که از ریاست محترم دانشکده که با حمایت‌های ارزنده ایشان زمینه تکمیل برنامه فراهم گردید، قدردانی نمایند. همچنین از ریاست محترم دانشگاه و تمامی معاونین دانشگاه، کارشناسان و کسانی که ما را در تدوین برنامه راهبردی دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بم صمیمانه همراهی کردند، کمال سپاسگزاری را داریم. امیدواریم برنامه پیش رو بتواند زمینه‌ساز گامی مؤثر در راستای اهداف متعالی این دانشکده باشد.

کمیته برنامه‌ریزی راهبردی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم

معرفی کمیته برنامه ریزی استراتژیک

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و محل کار	سمت در کمیته
1	دکتر زهره سرحدی نژاد	ریاست دانشکده پزشکی	رئیس کمیته
2	دکتر صدیقه امیراسماعیلی	معاونت آموزشی دانشکده پزشکی	دبیر کمیته
3	دکتر لیلی عابدی	معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی	عضو کمیته
4	دکتر راحیل قربانی نیا	عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت	عضو کمیته
5	دکتر رضا دهقانی	مدیر دفتر توسعه مطالعات دانشکده پزشکی	عضو کمیته
6	دکتر محمدحسین سبحانی پور	مدیر فرهنگی دانشکده پزشکی	عضو کمیته
7	آقای سید مجتبی مرتضوی	مدیر کمیته تحقیقات دانشجویی	عضو کمیته
8	خانم دکتر نوشین هاشمی	مدیر گروه علوم آزمایشگاهی	عضو کمیته
9	خانم دکتر محمدرضا عرب	مدیر گروه جراحی	عضو کمیته
10	دکتر میثم روحانی	مدیر گروه داخلی	عضو کمیته
۱۱	دکتر ماریا نظام نیا	مدیر گروه زنان و زایمان	عضو کمیته
۱۲	دکتر عباس جهان آرا	مدیر گروه اطفال و کودکان	عضو کمیته
۱۳	آقای دکتر علی صمدی	عضو هیات علمی دانشکده پزشکی	عضو کمیته
۱۴	خانم اسما شجاعی مهر	کارشناس دفتر توسعه مطالعات دانشکده پزشکی	عضو کمیته

افرادی که در تهیه و تنظیم مطالب همکاری داشته‌اند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت اجرایی در دانشگاه علوم پزشکی بم	آدرس
۱	خانم دکتر سارا اژدری	دبیر امور هیات علمی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۲	آقای دکتر امین حسن شاهی	هیات علمی دانشکده پزشکی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۳	آقای دکتر محمد حسن نژاد	هیات علمی دانشکده پزشکی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۴	آقای دکتر مجید عسکری پور	هیات علمی دانشکده پزشکی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۵	آقای سام خرازی	هیات علمی دانشکده پزشکی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۶	آقای مهندس رضا غلام پور	مسئول فناوری اطلاعات	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۷	خانم سودابه چهار دانگی	مسئول آموزش بالین	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۸	خانم نسرين عسکری نژاد	کارشناس آموزش علوم پایه	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۹	خانم مریم حافظ آبادی	مسئول آموزش علوم پایه	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۰	آقای مهندس محمد علی ابوذری	کارشناس فناوری اطلاعات	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۱	خانم سمانه حسین شاهی	کارشناس امور اداری(مسئول کارگزینی)	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۲	خانم سیمین احسانی	مسئول آزمایشگاه	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۳	خانم فاطمه جلالی	مسئول دبیر خانه	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۴	خانم سوده اندیشمند	کارشناس آزمایشگاه	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۵	خانم زینب جهان آرا	کارشناس حسابداری	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۶	آقای حمید جان احمدی	مسئول حسابداری	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۷	خانم زهرا رهبان	کارشناس پژوهشی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۸	خانم طاهره کیوانی	کارشناس آموزش	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۱۹	آقای صدیق دریجانی	کارشناس حسابداری	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی
۲۰	خانم نازنین زهرا مظاهری راینی	دانشجوی رشته مدیریت خدمات بهداشت درمان	بم- ابتدای بلوار خلیج فارس-پردیس دانشگاه علوم پزشکی بم- دانشکده بهداشت
۲۱	آقای علی دریجانی	دانشجوی رشته پزشکی	بم- ابتدای جاده بم زاهدان-ارگ جدید- دانشکده پزشکی

۲۲	آقای متین محمدی	دانشجوی رشته پزشکی	بم - ابتدای جاده بم زاهدان - ارگ جدید - دانشکده پزشکی
۲۳	آقای عرفان عزیزی	دانشجوی رشته پزشکی	بم - ابتدای جاده بم زاهدان - ارگ جدید - دانشکده پزشکی
۲۴	آقای علی حمزه نژاد	دانشجوی رشته پزشکی	بم - ابتدای جاده بم زاهدان - ارگ جدید - دانشکده پزشکی

اهمیت و ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک

برنامه‌ها مجموعه‌ای از هدف‌ها، خط‌مشی‌ها، روش‌های انجام کار، دستورها، کارهای ویژه، گام‌هایی که باید برداشته شود، منابعی که باید به کار بسته شود و دیگر عناصر لازم برای اجرای یک کنش شناخته شده و معلوم هستند.

برنامه‌ریزی مهم‌ترین بخش از وظایف مدیریت می‌باشد که انجام گرفتن و اجرای آن باید با توجه به بقیه وظیفه‌های مدیریت یعنی سازماندهی، استخدام، هدایت و کنترل صورت گیرد؛ به عبارت دیگر برنامه‌ریزی به مدیران اجازه می‌دهد که منابع را به منظور نیل به اهداف، تلفیق و هماهنگ نمایند. بسیاری معتقدند که برنامه‌ریزی از اولویت اول در وظایف مدیران برخوردار است و نبود برنامه‌ریزی به ضایعات و عدم کار آیی منجر می‌شود و لذا برای به حداکثر رسانیدن نتایج یا منابع موجود باید برنامه‌ریزی مقدم بر عمل باشد.

برنامه‌ریزی فرایند مستمری است از تصمیمات سیستماتیک با در دست داشتن بهترین اطلاعات ممکن نسبت به آینده، ساماندهی منظم کوشش‌های لازم برای انجام این تصمیمات و سنجش و مقایسه نتایج به دست آمده با انتظارات از طریق فراگرد بازخورد.

به‌طور کلی برنامه‌ریزی فرآیندی است که مدیران به‌وسیله آن اقدامات آینده را طوری پیش‌بینی و تعیین می‌کنند که منجر به تحقق هدف‌های مطلوب گردد. برنامه‌ریزی همانند پلی زمان حال را به آینده مرتبط کرده و هدف اساسی آن تقلیل میزان قبول خطر نسبت به اتفاقات احتمالی و اتخاذ تدابیر هماهنگ برای دستیابی به موقعیت‌های سازمانی است و در نهایت برنامه‌ریزی به آن دسته از اقداماتی اطلاق می‌شود که مشتمل بر پیش‌بینی هدف‌ها و اقدامات لازم برای رویارویی با تغییرات و مواجه شدن با عوامل نامطمئن، از طریق تنظیم عملیات آینده است. هدف اصلی برنامه‌ریزی، تقلیل میزان قبول خطر نسبت به اتفاقات احتمالی و اتخاذ تدابیری هماهنگ برای دستیابی به موفقیت‌های سازمانی است.

یکی از انواع برنامه‌ریزی‌ها در علم مدیریت، برنامه‌ریزی استراتژیک است که فرایندی است شامل مرور بر شرایط محیطی، نیازهای سازمان و ارباب‌رجوع، توانایی‌ها و نقاط ضعف سازمان، با هدف تصمیم‌گیری روی رسالت سازمانی، اهداف، راهبرد و در نهایت تهیه برنامه مبتنی بر اطلاعات کسب شده.

برنامه‌ریزی استراتژیک

مدیریت استراتژیک یک فرایند مرتب، خطی و مرحله‌ای نیست. روندی است بی‌نظم و تکراری که به سخت‌کوشی و ایثار اکثر کارکنان یک سازمان نیاز دارد تا بتوانند آن را به‌سوی آینده به حرکت در آورند. در مدیریت استراتژیک، اولین قدم یافتن انگیزه برای آغاز کردن است و مقدمه آن نیز برنامه‌ریزی است.

تغییر پر شتاب در نیازهای اساسی انسان، سرعت روزافزون توسعه علمی و فناوری‌های نوین ایجاب می‌کند سازمان‌های پویا برای بقا و رشد خود، این تغییرات را به سرعت شناسایی و به آن پاسخ دهند. سازمان‌های آموزشی، بهداشتی درمانی در مقابل روندهای در حال تغییر در حوزه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تکنولوژیکی محیط اطراف خود هستند. افزون بر آن تحولات درونی این سازمان‌ها تغییراتی را در منابع و سرمایه‌های انسانی، فیزیکی، مالی و اطلاعاتی به وجود آورده است. این روندهای متغیر بیرونی و درونی، همیشه با خود فرصت‌ها، تهدیدها، قوت‌ها، ضعف‌ها و حوزه‌های بهبود یا ضعف جدیدی را برای مدیران و برنامه‌ریزان به همراه دارند. از سوی دیگر سازمان‌های بهداشتی درمانی با عنایت به ماهیت انحصاری خود باید به‌طور مداوم در حال آفرینش و بازسازی و ایجاد تغییر در محیط داخلی و بیرونی خود باشند.

امروزه، غالب سازمان‌های پیشرفته به‌نوعی برای پیشرفت سازمان خود به برنامه‌ریزی استراتژیک می‌پردازند. مدیران ارشد این سازمان‌ها برای تحقق اهداف خویش، به اولویت‌های مهمی قائل هستند. اول آن که تصمیمات استراتژیک را به‌صورت مدون و جامع در قالب برنامه‌ریزی استراتژیک اتخاذ می‌کنند و دوم آنکه این تصمیمات استراتژیک را به نحو مطلوب از طریق مدیریت استراتژیک به کار می‌بندند. پیچیدگی روزافزون فعالیت‌ها و در حال تغییر و متلاطم، باعث شده است تا دیگر محیط شدیداً برنامه‌ریزی به شکل سنتی قادر و حل مشکلات مدیران سازمان نباشد؛ بنابراین بهره‌گیری از برنامه‌ریزی استراتژیک به‌عنوان یک ضرورت در سازمان‌ها مطرح است. برنامه‌ریزی استراتژیک منتهی به مشخص کردن مسئولیت‌ها و تعیین وظایف، مهم‌ترین مسائل سازمان تعیین اهداف و تدوین استراتژی‌های موفقیت‌آمیز برای سازمان می‌شود. یکی از ضرورت‌های مهم نظام‌های مراقبت سلامت در ارائه خدمات باکیفیت و ایمن، تدوین استراتژی‌های مناسب و اجرای مؤثر این استراتژی‌ها و کنترل نتایج حاصل از اجراست.

برنامه استراتژیک شامل بستر یا چارچوبی است که برای عملی ساختن تفکر استراتژیک و هدایت عملیات برای حصول نتایج مشخص و برنامه‌ریزی‌شده، می‌باشد. این نوع برنامه‌ریزی تلاشی است سازمان‌یافته و منظم برای اتخاذ تصمیمات بنیادی و انجام اقدامات اساسی که سرشت و سمت‌گیری فعالیت‌های یک سازمان با دیگر نهادها را در چارچوب قانونی شکل می‌دهد.

برنامه‌ریزی استراتژیک یک نوع بینش یا فلسفه برنامه‌ریزی برای حل مسائل و مشکلات سازمان در ارتباط با محیط بیرون و وسیله‌ای برای کسب موفقیت در آینده می‌باشد و در واقع فرآیندی است که ضمن آن اهداف و محور کلی فعالیت‌ها و مأموریت‌های سازمان در دراز مدت تعیین می‌شود و تشخیص اولویت‌ها و اقدامات اصلی برای نیل به اهداف سازمان نیز ضمن آن انجام می‌گیرد. اگرچه این برنامه‌ریزی در سطوح عالی شکل می‌گیرد ولی یک فعالیت تیمی است. به‌عنوان یک قانون سرانگشتی می‌توان گفت: افرادی که مسئولیت دستیابی به بخشی از برنامه استراتژیک را بر عهده می‌گیرند باید در طراحی بخش مربوط مشارکت نمایند. مدیر، مدیران میانی، مدیران مالی یا بودجه، مدیران منابع انسانی، مدیران فناوری اطلاعات و سایر مدیران ممکن است بر مبنای اندازه سازمان، تیم برنامه‌ریزی را تشکیل دهند.

تدوین برنامه استراتژیک و ارائه چشم‌انداز و دیدگاه آینده‌نگر توسط مدیران ارشد و جلب مشارکت کارکنان و گروه‌های ذی‌ربط، توافق بر رسالت و اهداف استراتژیک و اعلام ارزش‌های بنیادی که با رعایت آن‌ها سازمان بتواند مأموریت خود را تحقق بخشیده و به جایگاه مطلوب در طی برنامه برسد، بازنگری در اهداف برنامه‌ها و پایش و ارزشیابی مداوم برای مدیران و برنامه ریزان بخش بهداشت درمان کشور بخصوص دانشگاه‌های علوم پزشکی از ضرورت‌های پیش رو می‌باشد.

مزایای برنامه‌ریزی استراتژیک

- ارائه تحلیل علمی مناسب از محیط و مسائل و نیازها
- مشارکت افراد در تعیین اهداف و تحلیل درون سازمان
- توسعه همکاری بین واحدهای مختلف سازمان
- ایجاد تناسب بین فعالیت‌های سازمان و محیط بیرون
- مشخص کردن جهت‌گیری‌های آینده و هدایت سازمان
- ارائه مبنایی برای تصمیم‌گیری‌های آینده و هدایت سازمان
- ایجاد کنترل استراتژیک و تفکر استراتژیک.

مفاهیم و ادبیات مشترک برنامه‌ریزی استراتژیک

چشم‌انداز یا دورنما (Vision): چشم‌انداز یا دورنما که از این پس در برنامه پیش رو دورنما عنوان می‌گردد، تصویری از آینده است که در صورت تحقق اهداف و مقاصد سازمانی به آن دست خواهیم یافت. دورنما آرزویی روشن برای آینده، چالش‌برانگیز، معنی‌دار برای ذینفعان و مایه شوق و امید و کوتاه و به یاد ماندنی می‌باشد. اجزای دورنما شامل مقصود، توجیه و فایده است (نوشتن دورنما هنر دیدن چیزهای نادیدنی است. جاناتان سوئیت) .

رسالت یا مأموریت (Mission): رسالت یا مأموریت که از این پس در برنامه پیش رو رسالت عنوان می‌گردد، بیانیه‌ای است که مشروعیت ایجاد، ادامه حیات و بقاء سازمان را تعیین می‌کند و به عبارتی مشخص‌کننده فلسفه وجودی سازمان و وجه تمایز آن سازمان از سایر سازمان‌ها می‌باشد. اجزاء اصلی رسالت، شامل اهداف، فعالیت و ارزش‌ها و فلسفه حاکم بر آن می‌باشد.

ارزش‌ها (Values (V): ارزش‌ها نحوه انجام رسالت را نشان می‌دهند و عواملی هستند که به رفتار سازمان جهت داده و توسعه و اجرای کلیه اقدامات و خط‌مشی‌ها را هدایت می‌کنند.

نقاط قوت (Strengths (S): به مجموعه مهارت‌ها، وظایف، عملکرد و منابع سازمانی اطلاق می‌شود که با تحلیل محیط داخلی به آن دست می‌یابیم و سازمان را در نیل به اهداف یاری می‌رساند.

نقاط ضعف (Weaknesses (W): به مجموعه‌ای از ضعف‌ها و کمبودهای موجود در ساختار و منابع درون سازمانی اطلاق می‌شود که در تحقق اهداف سازمان به‌عنوان مانع محسوب می‌گردند و می‌تواند در رابطه با معضلات مربوط به نیروی انسانی، کمبود منابع، مقررات و آئین‌نامه‌های داخلی مشکل‌ساز و دست و پاگیر باشد.

فرصت‌ها (Opportunities (O): به مجموعه نقاط و امکانات بالقوه در بیرون از سازمان اطلاق می‌شود و با شناسایی و بهره‌گیری از آن‌ها توانمندی سازمانی افزایش یافته و امکان تحقق اهدافش بیش از پیش فراهم می‌گردد. با تحلیل و ارزیابی محیط خارجی می‌توان مجموعه نقاط، امکانات و منابع بالقوه خارج از سازمان را شناسایی و از آن‌ها در جهت تحقق به اهداف سازمان بهره‌گیری نمود.

تهدیدها (Threats (T): به مجموعه عوامل مؤثر و مداخله‌گر خارج از سازمان اطلاق می‌شود که به‌عنوان عوامل مزاحم عمل نموده و مانع از اجرای برنامه‌ها و در نتیجه تحقق اهداف سازمان می‌شود.

راهبرد یا استراتژی (Strategy) : تعیین آماج و هدف‌های دراز مدت در سازمان و تخصیص منابع مورد نیاز و آماده نمودن برنامه‌های فعالیتی مناسب جهت تحقق‌پذیری این آماج را استراتژی یا راهبرد تعریف می‌کنند.

– راهبرد SO: به راهبردهایی اطلاق می‌گردد که با استفاده از توانمندی‌های موجود سازمان، بهره‌گیری از فرصت‌ها را به حداکثر برسانند.

– راهبرد WO: به راهبردهایی اطلاق می‌گردد که سازمان با بهره‌گیری از فرصت‌ها به کمبودها و ضعف‌های خود غلبه می‌نماید.

– راهبرد WT: به راهبردهایی اطلاق می‌شود که با هدف کاهش حتی‌الامکان نقاط ضعف و تهدیدها می‌باشد و توانمندی سازمان را برای غلبه بر ضعف‌ها و تبدیل تهدیدها به فرصت‌ها شامل می‌شود.

– راهبرد ST: به راهبردهایی گفته می‌شود که با استفاده از توانمندی‌های موجود بر تهدیدهای خود غلبه نماید.

اهداف کلان (Objectives) : اهداف غایی و نهایی سازمان هستند که در چارچوب رسالت سازمان می‌باشند و تغییرپذیری کمی نسبت به سایر اهداف در طول زمان دارند و قلمرو فعالیت‌های سازمان را نشان می‌دهند.

اهداف راهبردی (Strategic Objectives) : اهدافی که مبتنی بر افق زمانی برنامه هستند و برگرفته از مسائل راهبردی مورد طرح در قلمرو برنامه‌ریزی می‌باشند و اشاره به مسائل ساختاری و محیطی سازمان دارند.

مقاصد Targets: اهدافی هستند که از اهداف راهبردی حاصل و از نظر ویژگی دارای ۵ خصوصیت (SMART) مشخص و اختصاصی بودن، قابل اندازه‌گیری، چالشی و دست‌یافتنی، مبتنی بر نتیجه و مرتبط با هدف راهبردی و دارای محدوده زمانی می‌باشند. این اهداف معمولاً سالیانه و مبتنی بر سال مالی سازمان تدوین می‌گردند.

شاخص‌های سنجش و پایش عملکرد : شاخص‌هایی که برای اندازه‌گیری فعالیت‌ها و نتایج حاصل از تحقق اهداف به کار می‌روند و معمولاً در پنج طبقه شاخص‌های ورودی (Input)، خروجی (Output)، کارایی (Efficiency)، نتیجه (Outcome) و کیفیت (Quality) می‌باشند.

مراحل برنامه‌ریزی استراتژیک

اگرچه برای تدوین برنامه استراتژیک مراحل مختلفی وجود دارد ولی آنچه همگان بر آن توافق نظر دارند شامل 4 مرحله زیر است:

- تدوین برنامه استراتژیک (برنامه‌ریزی مقدماتی و برنامه‌ریزی استراتژیک)
- استقرار
- اجرا
- سنجش و ارزیابی

بعد از فعالیت‌های برنامه‌ریزی مقدماتی که معمولاً توسط تسهیل‌گرها و با یاری هماهنگ‌کننده رهبری کیفیت جامع در سازمان انجام می‌شود فعالیت برنامه‌ریزی استراتژیک توسط تیم رهبری ارشد، آغاز می‌شود.

وظایف تیم رهبری ارشد عبارت است از:

- ایجاد دور نمای آینده سازمان
 - تدوین اصول راهنما (هنجارهای رفتاری لازم برای رسیدن به دورنما)
 - قابل درک نمودن قصد و رسالت سازمان
 - تدوین اهداف کلان استراتژیک و تدوین استراتژی و اهداف ویژه
- تیم رهبری ارشد همچنین مسئول تکمیل، استقرار و تدوین نظام‌های اجرایی برنامه استراتژیک است.
- در این تیم، مدیران ارشد همواره باید بر مصلحت کل سازمان تمرکز یابند نه اینکه فقط به حوزه‌های عملکرد خود بپردازند.

برنامه استراتژیک متشکل از اجزای زیر است:

- دورنما
- رسالت
- اصول راهنما (ارزش‌های بنیادی)

- اهداف کلان استراتژیک

- استراتژی‌ها

- اهداف ویژه

اعلام برنامه تا سطح اهداف ویژه، علاوه بر آشکار بودن قصد برنامه استراتژیک به‌طور واضح، انگیزه کارکنان برای فعالیت را بیشتر خواهد کرد.

یکی از محسنات برنامه‌ریزی استراتژیک ایجاد انعطاف پذیری است؛ به‌گونه‌ای که با پذیرش اندیشه‌های استراتژیک و اجرایی کردن آن‌ها به‌وسیله سازمان‌های رسمی «صف» هم‌ردیف واحدهای نظامی، آن‌ها را به اجرا درآورد.

داشتن برنامه استراتژیک برای سازمان‌های آموزشی (دانشگاه‌ها) از ضرورت‌های دنیای امروز است زیرا استراتژی ابزاری پیچیده و بالقوه قدرتمندی است که با کمک آن یک دانشگاه مدرن می‌تواند در برابر محیط دائماً در حال تغییر مقاومت کند. با استفاده از چنین ابزاری، دانشگاه می‌تواند در عرصه‌های علمی و آموزشی بین‌المللی اعتبار، موقعیت‌های برتر و اعتبار کسب کند؛ بنابراین، داشتن استراتژی و برنامه‌ریزی استراتژیک به‌عنوان یک ابزار حاکمیت آموزش عالی، نه‌تنها برای یک دانشگاه علوم پزشکی بلکه برای طیف گسترده‌ای از انواع دیگر سازمان‌های اجتماعی، شایسته توجه دقیق است. ارزش‌گذاری به آموزش، اولویت سیاست هر دولتی است و سطح توسعه اجتماعی -اقتصادی مدرن دولت را تعیین و نیروی کار مولد ایجاد می‌کند. کیفیت منابع انسانی در درجه اول به سیستم آموزش عالی بستگی دارد. تجربه کشورهای دنیا نشان می‌دهد که سعادت دولت و جامعه بدون یک ملت سالم غیرممکن است. بهبود کیفیت زندگی مردم به‌ویژه به آموزش سلامت بستگی دارد، بر اساس همین دیدگاه نظام آموزش پزشکی کشور ما با بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سال 1364 ادغام و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد -بنابراین «حاکمیت آموزش پزشکی» نحوه آماده سازی کارکنانی است که باید به درستی آموزش دیده و واجد شرایط باشند تا خدمات مراقبت بهداشتی با کیفیت بالا ارائه کنند.

امروزه، مدیریت هوشمند سازمانی به‌ویژه در سازمان‌های بهداشتی درمانی، به چیزی بیش از برنامه‌های سنتی نیاز دارد. مفروضات برنامه‌ریزی تجربی در دنیای کنونی پاسخگوی نیازهای در حال تغییر و نظام‌های پیچیده مدیریت در بخش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نیست.

ماهیت نظام های سلامت حساسیت و پویایی و تغییرات سریع محیط داخل و خارج از سازمان، ناپایداری شرایط لازم برای تصمیم‌گیری‌های از پیش برنامه‌ریزی شده و فراوانی عوامل مداخله‌گر است. تدوین و اجرای استراتژی در مراقبت های بهداشتی چالش‌برانگیز است.

الگوی برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان‌های آموزشی بهداشتی درمانی اختصاصی و با توجه به ادغام انواع مدل‌های برنامه‌ریزی توسط سازمان‌های متولی از جمله سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است که در هر کشور با توجه به عواملی مختلف محیط داخل و پیرامون سازمان قابل تغییر و تطابق است؛ بنابراین از لحاظ نظری ارائه یک الگوی ملی متناسب با نیازهای منطقه‌ای کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان و مسئولان و مدیران نظام سلامت خواهد بود.

فرآیند اجرایی و روش‌شناسی تدوین برنامه

برنامه‌ریزی برای روش‌شناسی تدوین برنامه

پس از تشکیل تیم کمیته برنامه‌ریزی راهبردی دانشکده، بررسی‌ها برای روش‌شناسی تدوین برنامه استراتژیک دانشکده شروع گردید و طی چند روز با انجام مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه با نخبگان و بررسی گزارش‌های اجرایی اسناد بالادستی مانند سند چشم‌انداز، برنامه‌های توسعه، نقشه جامع علمی سلامت، اسناد مرتبط با نظام سلامت، نهایتاً طی چند جلسه گروه کاری متمرکز ساختار، فرایند و روش تدوین برنامه استراتژیک دانشکده علوم پزشکی بم با توجه به اهداف اولیه و انتظارات تعیین گردید.

دیدگاه و چارچوب حاکم بر سند

با انجام بررسی اسناد بالادستی مرتبط با حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دیدگاه حاکم و چارچوب اجرایی حاکم بر برنامه استراتژیک دانشکده تعیین گردید. دیدگاه "ارتقا سطح سلامت جامعه با تاکید بر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت" به‌عنوان دیدگاه حاکم بر برنامه استراتژیک دانشکده انتخاب گردید. چارچوب و مدل اجرایی برای تدوین این برنامه نیز بعد برگزاری جلسات مکرر کمیته برنامه‌ریزی راهبردی دانشکده، مدل اختصاصی برنامه‌ریزی استراتژیک دانشکده پزشکی بم به‌عنوان چارچوب اجرایی حاکم بر برنامه انتخاب گردید و از مراحل این مدل برای نوشتن برنامه استفاده گردید.

ارتقا سلامت

در سال 1978 در کنفرانس سلامت، بیانیه آلماتا تأکید کرد که مردم و جوامع باید به صورت فعال در برنامه‌های مرتبط با سلامت مشارکت داشته باشند و لذا مشارکت در مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک اصل کلیدی در نظر گرفته شد. اگرچه در بیانیه آلماتا مباحثی مبنی بر توجه بیشتر به ارتقای سلامت در سطح دنیا مطرح شد، اما نقطه عطف توجه کاربردی به علم ارتقای سلامت مربوط به کنفرانس بین‌المللی اتاوا کانادا در سال 1986 بود که منجر به تدوین منشور اتاوا شد. این سند اساسی، ارتقاء سلامت را به عنوان فرآیند توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل و بهبود سلامت تعریف نمود. این امر بدون موفقیت در جلب مشارکت مردم و ذینفعان، ممکن نخواهد بود. بحث مشارکت جوامع و مردم نه تنها در حوزه سلامت بلکه در مباحث توسعه پایدار نیز مورد توجه است. در واقع مشارکت به مفهوم ایجاد فرصت‌هایی است که همه اعضای یک اجتماع محلی و جامعه بزرگ‌تر را قادر به مشارکت فعال و مؤثر در فرآیند توسعه و بهره‌برداری نماید. اساساً رویکرد جامعه‌محوری از اقدامات توسعه‌ای منشأ گرفته است. طراحان دیدگاه‌های نوین در برنامه‌های ارتقاء سلامت، در جستجوی مشارکت جامعه به عنوان شریکی فعال در تمام برنامه‌های مرتبط با ارتقاء سلامت هستند. باید توجه داشت که مشارکت افراد تنها در جوامع کوچک و محلی کاربرد ندارد و امروزه مشارکت اجتماعی به عنوان جزء اساسی سلامت جامعه و برنامه‌های توسعه‌ای سلامت محسوب می‌شود. در مطالعه‌ای که در سال 2013 توسط دپارتمان ارزشیابی نروژ با عنوان چارچوبی برای آنالیز نقش مشارکت در توسعه انجام شده است، میزان بالایی از ارتباط بین مشارکت جامعه و توسعه گزارش شد.

استفاده از کانال‌های ارتباطی متنوع و متناسب با فرهنگ مردم، درگیرکردن مستقیم جوامع، ایجاد محیط حامی مشارکت، ارائه مشوق‌های اقتصادی، استفاده از روش‌های جدید و خلاقانه در جلب مشارکت جامعه در برنامه‌ریزی‌های مرتبط برای ارتقاء سلامت مؤثر هستند. ایجاد تعامل بین جوامع، انتخاب تسهیل کننده‌ها و مشاوران اجتماعی از بین افراد محلی، انجام مداخلات آسان، سریع و زود بازده و ارائه ی فوری نتایج و دستاوردهای هر مرحله به جامعه، حفظ توازن قدرت بین ذینفعان از روشهایی هستند که می‌تواند در جلب مشارکت جامعه برای اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت مؤثر باشند.

توجه به اصول مشارکت می‌تواند در جلب مشارکت جامعه مؤثر بوده و منجر به توانمندسازی، کاهش تبعیض و رفع بی‌عدالتی در ارائه خدمات و ارتقاء سلامت شود. همچنین یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در مشارکت، استفاده ابزاری از جامعه است. تعهد سیاسی دولت برای اجرای موفق برنامه‌ها و توجیه مردم و کلیه ذینفعان، در پیشبرد مؤثر و تداوم برنامه تأثیر به سزایی دارد.

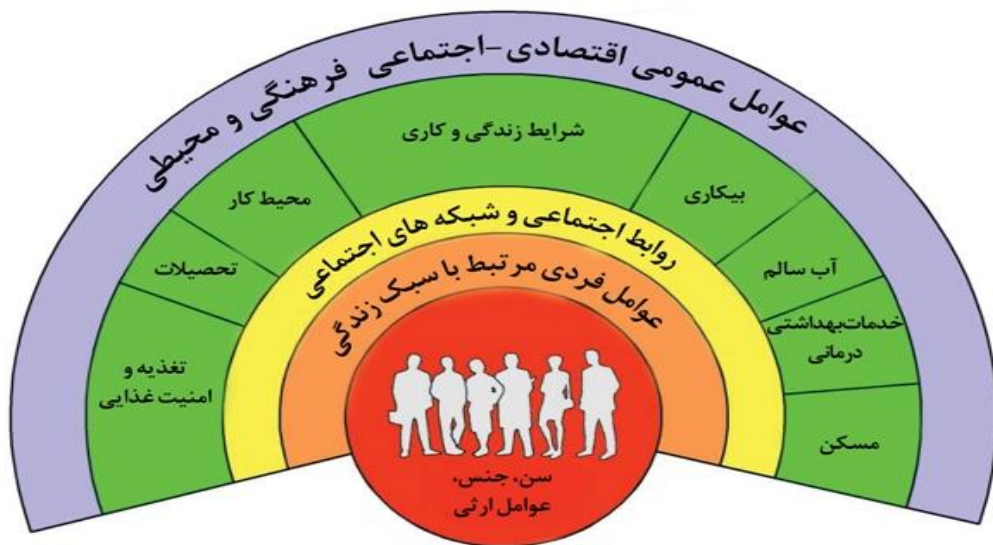
بسیج منابع محلی، ایجاد یک چشم‌انداز از پروژه، پیروی از هنجارهای عملیاتی، اصول و ارزش‌های اصلی مشارکت، تعهد در انتقال یافته‌ها به مداخلات و سیاست‌ها و تعهد سیاسی دولت برای اجرای موفق برنامه‌ها، سرمایه‌گذاری برای ایجاد تیم همکاری جهت

پروژه‌های بعدی مشارکت اجتماعی، توجیه ذینفعان در پیشبرد مؤثر و تداوم برنامه، سپردن مسئولیت‌های اجرایی و مدیریتی به ذینفعان اصلی برنامه و آموزش‌های هم‌زمان، در افزایش مشارکت جوامع در دستیابی به اهداف برنامه‌های ارتقا سلامت تأثیر بسزایی دارند. ضعف دانش نظری در مورد روش‌ها و چگونگی جلب مشارکت مؤثر مردم در برنامه‌های ارتقای سلامت از مهم‌ترین مسائلی است که در مطالعات انجام شده، چالش موفقیت برنامه‌ریزی در نظر گرفته شده بود.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که عوامل اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه نشینی، تنش، تکامل دوران ابتدای کودکی، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل، شهرنشینی، مهاجرت و جهانی شدن، تأثیرات بسیاری بر سلامت دارند. در صورت عدم توجه به مفهوم عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نمی‌توان انتظار داشت که صرفاً با ارایه مراقبت‌های بهداشتی بتوان به بهبود و ارتقای سلامت جامعه دست یافت. برای از بین بردن علت نابرابری‌های سلامتی، باید ارتباط بین عوامل اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت مشخص شود. بر اساس مستندات کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نابرابری سلامت در کشورها به عنوان ترکیب نامتوازن سیاست‌های اجتماعی، برنامه‌های اقتصادی و سیاست گذاری نامناسب بهداشتی درمانی مطرح می‌باشد.

در سال ۲۰۰۸ کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت چارچوبی را برای اقدام و عمل کشورهای عضو ارائه داد. هدف اساسی از ارائه چارچوب عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، جلوگیری از اتخاذ سیاست‌هایی است که تأثیر منفی بر سلامت دارند. این گزارش تأکید می‌نماید که یک الگوی جامع عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت باید نقش عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت را تعیین نموده، ارتباط و چگونگی تأثیر عوامل اجتماعی عمده بر یکدیگر را نشان دهد.



با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴ جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد. در این سالها اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به منظور کاهش تفاوت های سلامت و ارتقاء عدالت در سلامت به عنوان یکی از پنج اولویت اعلام شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. در اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور در تاریخ ۱۳۸۹ / ۱ / ۲۷ ورود این رویکرد در سیاست ها و برنامه های دانشگاه ها مورد تاکید قرار گرفت.

مدل برنامه ریزی استراتژیک دانشکده پزشکی بم

به منظور تدوین برنامه استراتژیک دانشکده پزشکی بم، پس از تشکیل کمیته برنامه راهبردی دانشکده، اولین اقدام این کمیته انتخاب یک مدل و چارچوب برای تدوین برنامه استراتژیک بود. به همین منظور اعضای کمیته پس از بررسی و ارزیابی مدل های مختلف برنامه استراتژیک که در دنیا مطرح می باشند و در بخش های صنعت و بهداشت و درمان به وفور از آنها استفاده شده است، یک مدل اختصاصی برای دانشکده پزشکی بم تدوین کردند که مورد تایید اعضای کمیته قرار گرفت. مراحل این مدل در شکل زیر نشان داده شده است.

برای تنظیم اهداف کلان دانشکده از اسناد بالادستی استفاده شد:

-نخست اسناد بالادستی است که شامل سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور، نقشه جامع علمی سلامت، «سیاست‌های کلی ابلاغی رهبر معظم انقلاب» که عیناً به‌عنوان پیش‌نویس سیاست سلامت‌های کلی برنامه هفتم توسعه در نظر گرفته شده است، سیاست‌های راهبردی اسلامی شدن دانشگاه‌ها، «طرح عدالت و تعالی نظام سلامت» به‌عنوان سیاست‌های کلی دولت در حوزه سلامت و به‌نوعی جانشین طرح تحول نظام سلامت می‌باشد.

-در وهله بعد مقایسه شاخص‌های کلان یکی از بهترین راه‌ها برای فهمیدن جایگاه فعلی دانشکده در بین دانشکده‌های هم‌تراز در سطح کشور است. این شاخص‌ها می‌توانند بخش مهمی از نقاط قوت و ضعف دانشکده را مشخص کنند.

-آخرین بخش این مجموعه شامل استراتژی‌هایی است که در سال جاری برای دانشکده تنظیم شده است.

بررسی اسناد بالادستی

یکی از عوامل اصلی برای موفقیت یک برنامه، هم‌راستایی برنامه با اسناد بالادستی مرتبط با آن حوزه می‌باشد. در برنامه استراتژیک دانشکده علوم پزشکی بم نیز به منظور هم‌راستایی و هماهنگی بودن برنامه با اهداف کلان نظام سلامت کشور اسناد بالادستی مهم کشور مورد بررسی قرار گرفته و مهم‌ترین نکات و بخش‌های مرتبط با حوزه علوم پزشکی از این اسناد استخراج گردید تا به‌عنوان اهدافی کلان پیش روی تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، در تعیین اهداف این برنامه مورد توجه قرار گیرند.

سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور

با ارزیابی و تحلیل سیر تاریخی و توانمندی‌های کشور و با عنایت به تحولات کنونی جهان در تمامی ابعاد، با تدوین تصویر آینده ایران در افق 20 ساله که تصویری شفاف، امیدبخش و روشن از آنچه که می‌خواهیم به آن برسیم و تبیین روشنی از نیات استراتژیک، ارزش‌ها و اهداف عالی جامعه است، می‌توان اولویت‌ها، اهداف، جهت‌ها، ابزار و فرایندهای اجرایی را در بین تمامی اقشار جامعه، سازمان‌ها، نهادها و مراکز علمی و دانشگاهی تعیین کرد.

در راستای تحقق این هدف، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران تصویری از آینده ایران را به‌صورت شفاف، مطلوب و در عین حال واقعی، قابل اجرا و انعطاف پذیر و متناسب با نیازها و قابلیت‌های اصلی کشور، با توجه به آرمان‌ها و بهره‌گیری از منابع ملی و توانمندی‌های کشور نمایان می‌کند.

در چشم‌انداز بیست‌ساله ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل.

ویژگی جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز:

برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، متکی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی در تولید ملی دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه آسیای جنوب غربی (شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه) با تاکید بر جنبش نرم افزاری و تولید علم، رشد پر شتاب و مستمر اقتصادی، ارتقاء نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.

در تهیه و تدوین برنامه راهبردی دانشکده پزشکی بم، این نکته مورد توجه قرار می‌گیرد که اهداف کلان باید متناسب با سیاست‌های توسعه و اهداف و الزامات چشم‌انداز، تنظیم و تعیین گردد و این سیاست‌ها و هدف‌ها به صورت کامل مراعات شود.

نقشه جامع علمی سلامت

وقتی محتوای این نقشه شامل اولویت‌ها، سیاست‌ها، راهبردها، اقدامات و الزامات مرور می‌شوند، مشخص است جهت‌گیری‌های کلی وجود دارد که برای به دست آوردن روح کلی حاکم بر نقشه، امکان پذیری ارجاع به آن‌ها و شفافیت برای اجرایی کردن مفاد نقشه در شش بند تحت عنوان «جهت‌گیری‌های کلی» تلخیص شده‌اند و در این قسمت ارائه می‌شوند. توضیح این که دو مورد نخست این جهت‌گیری‌های کلی، توجه به موضوع و مقصد حرکت دانشی کشور دارند؛ یعنی در واقع نشان می‌دهند که توسعه دانشی در بدو نخست برای تحقق جامعه سالم صورت می‌گیرد و در وهله بعد برای تحقق جایگاه چشم‌اندازی جمهوری اسلامی ایران در عرصه بین‌المللی و در افق بیست‌ساله است. دو مورد سوم و چهارم به تعریف مسیر ایده تا عمل می‌پردازد که بایستی همراه با صیانت از منابع و شفافیت انجام پذیرد. بالاخره جهت‌گیری‌های پنجم و ششم به سرمایه‌های انسانی و بستر توسعه دانشی کشور توجه خاص می‌نماید.

اولویت دادن به علم و فناوری پاسخگو به نیازهای سلامت جامعه؛ شامل بسیج منابع برای توسعه علم و فناوری سلامت، سرمایه‌گذاری در برنامه‌های بلندمدت و برنامه‌هایی که نیاز جامعه را پاسخ می‌دهند ولی الزاماً تقاضای بالایی برای آن‌ها وجود ندارند مانند توجه به پیشگیری و ارتقای سلامت بیماری‌ها، ایجاد و نقش آفرینی عناصر سیاست‌گذار، حمایت‌کننده، ارزیابی‌کننده و به روز رسان نقشه جامع علمی، پایش علوم و فناوری‌ها در سطح منطقه و جهانی، تخصیص منابع منطبق با اولویت‌های توسعه نظام سلامت و آمایش علم و فناوری به نحوی که جمهوری اسلامی ایران منطبق با چشم‌انداز دارای مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه باشد.

حضور مؤثر در عرصه بین‌المللی: استانداردسازی فعالیت‌ها، ارتقای کیفیت و تحقق شاخص‌های هدف با تراز جهانی، همراه با تعامل بین‌المللی توأم با عزت و مصلحت به نحوی که کشور به کسب جایگاه‌های برتر جهانی در آموزش علوم پزشکی، مرجعیت علمی، ارائه خدمات نوین سلامت و خلق ثروت از طریق صادرات محصولات سلامت نائل گردد.

تکمیل چرخه نوآوری سلامت: کاهش تصدی‌گری دولت از طریق تقویت استقلال دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی (همراه با توسعه نظام اعتباربخشی، تخصیص بر مبنای عملکرد)، تمام وقت نمودن اعضای هیئت‌علمی و سایر سرمایه‌های انسانی مسئول علم، فناوری و نوآوری، مشخص بودن ارتباط فعالیت‌ها با ارتقای سلامت آحاد مردم در نهادهای عمومی. توانمندسازی، تسهیل حضور بخش غیردولتی (از جمله اعتباربخشی، سفارش و خرید خدمات شرکت‌های دانش‌بنیان)، سرمایه‌گذاری خطرپذیر، تصویب قوانین لازم و مشارکت

آن‌ها در تولید و بهره‌برداری خردمندانه از دانش و فناوری‌های سلامت، تکمیل زنجیره ایده تا عمل با تعامل مناسب کلیه نهادهای نظام نوآوری سلامت کشور مانند شکل‌گیری شهر دانش سلامت، خوشه‌های علم و فناوری.

صیانت از منابع، شفافیت و پاسخگویی: ایجاد رویکرد رقابتی بین مجریان و وجود شفافیت در بهره‌برداری از منابع ملی علم و فناوری. تقویت فرآیندهای نظارت بر بهره‌برداری هزینه - اثربخش و عادلانه از فناوری‌ها مانند ارائه سالانه فهرست اقلام وارداتی، انجام ارزیابی فناوری سلامت پیش از بهره‌برداری از کلیه فناوری‌ها، تقویت پژوهش‌های ثانویه، ترجمان دانش پژوهش‌های انجام شده و کنترل کیفیت طرح‌ها و ارزیابی اثرات و بازدهی اقتصادی - اجتماعی برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و فناوری در کلان و به تفکیک و ارائه گزارش دوره‌ای آن به‌صورت عمومی.

تحول نظام آموزش سلامت: تعالی سرمایه انسانی و حمایت از نخبگان و نوآوران به نحوی که ارائه خدمات سلامت توسط انسان‌هایی عالم، توانمند و کارآمد، پاسخگو به نیازهای سلامت جامعه، معتقد به اخلاق حرفه‌ای و اجتماعی متناسب با فرهنگ اسلامی - ایرانی و نوآور انجام گیرد.

تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه: از طریق توسعه عمومی فرهنگ پژوهش در مردم، توجه به جایگاه علم و فناوری، جلب مشارکت مردم در تعیین اولویت‌ها، مشخص کردن انتظارات و کمک به بهره‌برداری از برنامه‌های علم و فناوری، کسب سواد سلامت، افزایش مهارت‌های ارتقای سلامت، بهره‌برداری از فناوری اطلاعات در سطح عمومی و وجود پیوست فرهنگی برای توسعه‌های علم و فناوری سلامت.

سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده از سوی مقام معظم رهبری

۱ - ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی -اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه.

۱-۱ -ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.

۱-۲ -آگاهسازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

۲ -تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

۲-۱ -اولویت پیشگیری بر درمان.

۲-۲ -روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.

۲-۳ -کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.

۲-۴ -تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

۲-۵ -ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.

۲-۶ -اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

۳ -ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی -ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.

۴ -ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.

۵ -ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۷-۱- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادهای.

۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.

۷-۴- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.

۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق:

۱- ۸- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

۲- ۸- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها. ۳- ۸- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان.

۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.

۲- ۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۳- ۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

۹-۴ - تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.

۹-۵ - تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۹-۶ - تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.

۹-۷ - اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

۱۰ - تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱-۱۰ - شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.

۲-۱۰ - افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.

۳-۱۰ - وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت.

۴-۱۰ - پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به افشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

۱۱ - افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۲ - بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.

۱-۱۲ - ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲-۱۲ - استاندارد سازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.

۳-۱۲ - تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.

۴-۱۲ - نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.

۵-۱۲ - برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی.

۱۲-۶ - اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.

۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.

۱۴ - تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

سیاست‌های راهبردی اسلامی شدن دانشگاه

1. استاد

- 1-1. فراهم آوردن زمینه‌های مساعد قانونی و اجرایی برای جذب و گزینش استادان شایسته از نظر علم، ایمان، تقوا، تعهد و آگاهی و پایبندی به مبانی و آرمان‌های نظام جمهوری اسلامی ایران.
- 1-2. جذب و گزینش استادان و مدرسان دروس معارف اسلامی به منظور گزینش استادان و مدرسانی با توانایی‌ها و شایستگی‌های بالای علمی، معنوی و اخلاقی.
- 1-3. فراهم کردن زمینه‌های مناسب مادی و معنوی برای شناسایی و تبیین و تکریم مقام استادان در دانشگاه و جامعه از دیدگاه اسلام به منظور تشویق و ترغیب آنان و افزایش نشاط و تحرک علمی و اجتماعی.
- 1-4. برنامه‌ریزی به منظور توأم ساختن فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی اعضای هیئت‌علمی با نقش تربیتی و اخلاقی آنان در مراکز آموزشی و سطح جامعه.
- 1-5. ارتقای سطح دانش و معرفت دینی، سیاسی و اجتماعی استادان متناسب با رشته تخصصی، علایق و تجارب آنان.
- 1-6. قانونمند کردن فعالیت‌های سیاسی و فرهنگی استادان به منظور فراهم آوردن محیطی سالم، آزاد و مطمئن برای بحث و گفتگو، تحرک و فعالیت و ارتقای اندیشه دینی.
- 1-7. نظارت و ارزیابی مستمر علمی اعضای هیئت‌علمی.

2. دانشجو

- 2-1. ارتقاء سطح بینش اسلامی و اعتقادی دانش آموزان برای ورود به آموزش عالی با توجه به پیوستگی و تلازم میان نظام آموزش عالی با نظام آموزش و پرورش.
- 2-2. گسترش و تقویت ایمان و اعتقاد اسلامی، تهذیب و تزکیه نفس و اعتلای عقلانی و علمی دانشجویان.
- 2-3. تقویت روحیه آرمان‌گرایی، کمال‌جویی، نقّادی، آزادگی، ایثارگری، مشارکت‌جویی، حقیقت‌جویی و تشویق و تقویت احساس مسئولیت اجتماعی دانشجویان.
- 2-4. ارتقاء سطح دانش و بینش سیاسی و اجتماعی دانشجویان و تجهیز آنان با توانایی‌ها و قابلیت‌های مورد نیاز برای تحلیل مسائل جامعه و جهان در جهت تحقق آرمان‌های اسلامی.
- 2-5. تشویق و زمینه‌سازی به منظور مادام‌العمر تلقی کردن تحصیل علم به‌عنوان یک ارزش و فریضه اسلامی.
- 2-6. قانونمند کردن فعالیت‌های فرهنگی و سیاسی دانشجویان به منظور فراهم آوردن محیطی سالم و آزاد و مطمئن برای بحث و گفتگو و تحرک و فعالیت و ارتقای اندیشه‌های دینی.

7-2. حل مشکلات اجتماعی و معشیتی دانشجویان به منظور فراهم آوردن بستر لازم برای فعالیت‌های علمی، فرهنگی و دینی.

8-2. نظارت و ارزیابی هدفمند و مستمر علمی و اخلاقی دانشجویان و توصیه و تأکید بر خودارزیابی آن‌ها.

3. نظام برنامه‌ریزی فرهنگی

1-3. احیاء حفظ و ترویج فرهنگ اصیل اسلام در محیط‌های علمی با استفاده از روش‌های کارآمد و هماهنگ با محیط‌های علمی.

2-3. توجه به مبانی اسلامی در تدوین نظام برنامه‌ریزی فرهنگی به منظور تحقق آرمان‌ها و ارزش‌های انقلاب اسلامی.

3-3. توجه و تأکید بر توأم بودن نظام برنامه‌ریزی فرهنگی با نظام برنامه‌ریزی درسی، آموزشی، پژوهشی، مدیریتی، اداری و مالی.

4-3. توجه به ملازمات و پیوستگی نظام آموزش و پرورش با نظام آموزش عالی در برنامه‌ریزی‌های فرهنگی.

5-3. زمینه‌سازی به منظور ایجاد توانایی بحث و گفتگو و نقد و ارزیابی سایر فرهنگ‌ها و تمدن‌ها.

6-3. توجه به مقتضیات زمان و نیازها، علایق و رشته‌های تحصیلی دانشجویان. در برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و ارائه چهرهای متین و جذاب از آرمان‌ها و ارزش‌های اسلامی.

7-3. رعایت ویژگی‌های معماری اسلامی و ملی در طراحی فضاهای کالبدی دانشگاه.

8-3. توجه و اهتمام ویژه به احداث مساجد و نمازخانه در مراکز آموزشی و اختصاص امکانات و تسهیلات درخور شأن به آن.

9-3. توجه به حفظ عفاف در مراکز آموزشی بویژه تنظیم روابط بین دانشجویان دختر و پسر و تلاش در جهت فراهم کردن زمینه‌های مناسب برای این منظور و کاهش اختلاط آن‌ها.

10-3. هماهنگی در سیاست‌گذاری فرهنگی مراکز علمی با رعایت مقتضیات اجرایی.

11-3. نظارت و ارزیابی هدفمند و مستمر برنامه‌ریزی فرهنگی.

4. متون و برنامه‌ریزی درسی

1-4. طراحی نظام آموزشی، تدوین متون و برنامه‌های درسی در تمامی شاخه‌های علوم بر اساس جهان‌بینی الهی و پژوهش در پدیده‌های هستی به منظور شناخت و شناساندن آیات الهی در جهان.

2-4. توجه به هماهنگی و همسویی علم و دین در طراحی و تدوین برنامه‌ها و متون درسی.

3-4. بازنگری نظام برنامه‌ریزی درسی و اصلاح و تدوین متون درسی با استفاده از روش‌های نوین و کارآمد علمی و مفاهیم و ارزش‌های اسلامی.

4-4. طراحی و تدوین متون و برنامه‌های درسی بر اساس مبانی اسلامی بویژه در رشته‌های علوم انسانی.

4-5. هدایت نظام برنامه‌ریزی درسی به سمت تقویت فضایل اخلاقی و اجتماعی، پرورش قدرت ابداع و ابتکار و اعتماد به نفس و ایجاد باور به مبانی دینی و التزام به مسئولیت‌های اجتماعی.

4-6. توجه و تأکید بر هماهنگی و تناسب متون اخلاق و معارف اسلامی با نیازهای جدید و رشته‌های تحصیلی.

4-7. بازشناسی و معرفی موارث و مفاخر علمی، فرهنگی، تاریخی و معاصر و بهره‌گیری از آن‌ها در تدوین برنامه‌ها و متون درسی برای تقویت روحیه خودباوری و استقلال خواهی.

4-8. تدوین نظام جامع نظارت و ارزیابی هدفمند و مستمر متون و برنامه‌های آموزشی و درسی.

5. نظام برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشی

5-1. اصلاح و تدوین نظام برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشی با توجه به نیازهای جامعه و تحولات روزافزون علوم، با تأکید بر گسترش مرزهای دانش و بر اساس مبانی اسلامی.

5-2. توجه ویژه به اهمیت رشته علوم انسانی در تربیت و انسان سازی و تأثیرات مثبت و منفی آن‌ها در تحولات فرهنگی با عنایت به وجود قابلیت‌ها و ظرفیت‌های فراوان در کشور.

5-3. ایجاد هماهنگی و تناسب بین نظام آموزشی و پژوهشی آموزش و پرورش و آموزش عالی با توجه به ملازمت و پیوستگی آن‌ها.

5-4. افزایش انعطاف پذیری به منظور پاسخگویی به نیازها و تحولات علمی و اجتماعی.

5-5. بهره‌گیری از تجارب علمی در سطوح ملی و بین‌المللی بویژه تجارب حوزه‌های علوم دینی.

5-6. توجه به هماهنگی و همسویی علم و دین در بینش اسلامی در طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی و پژوهشی.

5-7. تقویت روحیه تحقیق و تتبع، تفکر منتقدانه، استفاده از فناوری‌های نوین آموزشی و ارائه الگوهای جدید به منظور ایجاد تحول و اصلاح در روش‌های تدریس و پژوهش.

5-8. برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشی بر اساس پژوهش‌های علمی و ایجاد تعادل و تناسب میان آموزش و پژوهش در برنامه‌ها و متون.

5-9. نظارت و ارزیابی هدفمند برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشی.

6. مدیریت

6-1. توجه و تأکید بر تقویت ارزش‌های اسلامی و انقلابی، تعهد اجتماعی، زمان‌شناسی، قانونمندی، تفاهم و احتراز از خودمحوری در طراحی و هدایت نظام مدیریتی.

- 6-2. اصلاح و طراحی نظام جامع و هماهنگ مدیریت بر اساس ایجاد تعادل در فعالیتهای آموزشی، پژوهشی و اجتماعی با توجه و تأکید بر حذف مراکز موازی تصمیم‌گیری، رایزنی و مشورت با مسئولان و دست‌اندرکاران و جلب مشارکت دانشگاهیان.
- 6-3. اعتماد به مدیران و ایجاد زمینه‌های ضروری استقلال عمل در حوزه‌های مدیریتی برای افزایش توان رقابت سالم و رشد پیشرفت.
- 6-4. تربیت و انتخاب مدیرانی متعهد و متخصص با تأکید بر شایسته‌سالاری.
- 6-5. توجه به نقش الگویی استادان در رفتارسازی دانشجویان و الگوسازی بر اساس آن نقش از طریق شناسایی و معرفی و تشویق مدیران، استادان، دانشجویان و کارمندان شایسته بر اساس شاخص‌های مدیریت در نظام اسلامی.
- 6-6. تقویت زمینه‌های نظری و عملی برای اصلاح مداوم روش‌های مدیریتی و افزایش کارآمدی آن‌ها به منظور تحقق ارزش‌های اسلامی و معیارهای انقلابی.
- 6-7. نظارت و ارزیابی هدفمند و مستمر به منظور تقویت ابعاد علمی و اسلامی مدیریت مراکز آموزشی و علمی.

طرح عدالت و تعالی نظام سلامت

چشم‌انداز طرح عدالت و تعالی نظام سلامت

«دستیابی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در پرتو ارائه خدمات عادلانه و با کیفیت مطلوب و متعالی در تمام ابعاد ماموریتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با پاسخگویی موثر جهت نیل به جامعه‌ای سالم، توانمند و با نشاط با توانایی بهره‌مندی از سواد سلامت با رعایت شیوه زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی-ایرانی و دستاوردهای نوین بشری در حوزه سلامت و دستیابی به سطحی توسعه یافته از شاخص‌های سلامت.»

طرح عدالت و تعالی نظام سلامت، و سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴

رسالت نظام سلامت در افق ۱۴۰۴، ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و افزایش مستمر طول عمر سالم تک تک ساکنین و شهروندان ایران از طریق تأمین عادلانه و گسترش منطقی خدمات سلامتی، آموزشی و پژوهشی علوم پزشکی مبتنی بر آخرین شواهد معتبر، بیشترین کارایی در بهره‌گیری از منابع، مشارکت منطقی ذینفعان و همکاری بین بخشی برای برخورداری از سالم‌ترین جامعه در سطح کشورهای منطقه و دستیابی به توسعه پایدار بیان شده است.

در چشم‌انداز ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران، کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه.

بر اساس اهداف کلی این چشم‌انداز، ایران کشوری توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقره فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب توصیف می‌شود. که مبتنی بر ارزش‌های، تأمین و حفظ کرامت اسلامی، انسانی؛ مشارکت ذی-النفعان و همکاری بین بخشی در تأمین عدالت؛ و عدالت است.

بند ۱۲: تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقا سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد.

هدف کلی طرح:

توسعه عدالت و تعالی در نظام سلامت کشور

اهداف ویژه طرح:

توسعه عدالت آموزشی، درمانی، پژوهشی توزیع عادلانه و متوازن نیروی انسانی تقویت نظام بیمه پایه سلامت

تقویت و ارتقای کمی و کیفی پژوهش‌های کاربردی مبتنی بر نیاز مردم تأمین منابع پایدار

اصلاح و باز مهندسی ساختار وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پاسخ‌گویی مؤثر به نیازهای جامعه اجتماعی کردن

سلامت با تقویت نقش مردم، همکاری و هماهنگی تمامی نهادها و سازمان‌های دخیل در سلامت

استفاده حداکثری از ظرفیت خیرین سلامت توجه ویژه به طب ایرانی، سنتی و مکمل

حرکت به سمت خودکفایی کشور در تأمین دارو، واکسن، ملزومات و تجهیزات پزشکی حمایت از شرکت‌های دانش بنیان تقویت،

بازسازی و نوسازی اورژانس پیش بیمارستانی افزایش بهره‌وری خدمات در نظام سلامت

تغییر رویکرد نظام سلامت از درمان محوری به پیشگیری محوری تقویت، بازآرایی و گسترش نظام شبکه سلامت کشور هوشمندسازی

و یکپارچه سازی نظام ارائه خدمات سلامت ارتقای سواد سلامت جامعه در راستای افزایش خودمراقبتی فعال اصلاح سبک زندگی

محرومیت زدایی اجرای نظام پزشک خانواده

پیشگیری و مبارزه با فساد و تعارض منافع کاهش خدمات کاذب و القایی در نظام سلامت

موارد فوق الذکر از جمله مهم‌ترین اهداف این طرح می‌باشند که امید است به حول و قوه الهی با اجرای آن‌ها، بتوانیم شاهد ارتقای

عدالت و تعالی در نظام سلامت کشور باشیم.

اهداف کلان

- 1- تقویت، بازسازی و گسترش نظام شبکه بهداشت و درمان کشور
- 2- دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت
- 3- تأمین رضایت مندی گیرندگان خدمت و تعالی خدمات بالینی در مراکز درمانی و پیش بیمارستانی
- 4- ارتقا وضعیت رفاهی و معیشتی دانشجویان و دستیاران رشته‌های تخصصی علوم پزشکی
- 5- ارتقا و اعتلای سطح فرهنگی دانشجویان، دستیاران، کارکنان و اعضای هیئت علمی
- 6- پیاده‌سازی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
- 7- مراکز دانشگاهی و بومی‌گزینی با هدف استقرار عدالت آموزشی و توجه به مناطق کمتر برخوردار توسعه کمی و کیفی
- 8- پژوهش‌های کاربردی و بنیادی در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه در عرصه سلامت و ارتقا عدالت پژوهشی ارتقا کمی و کیفی
- 9- دستیابی به فناوری‌های نوین در علوم پزشکی؛ حمایت از شرکت‌های دانش بنیان، مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری؛ نهادینه سازی و توسعه فناوری‌های سلامت و هدایت طرح‌های تحقیقاتی به سمت نیازهای جامعه و خلق ثروت از دانش
- 10- خودکفایی کشور در تأمین دارو، واکسن، ملزومات و تجهیزات پزشکی با حفظ استانداردها و کیفیت مطلوب
- 11- امنیت تغذیه، ارتقای ایمنی و سلامت غذا
- 12- ارتقا بهره‌وری خدمات نظام سلامت
- 13- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه سازی طب سنتی-ایرانی
- 14- شفاف‌سازی اطلاعات، مبارزه با فساد و تعارض منافع در نظام سلامت
- 15- تأمین منابع مالی پایدار نظام سلامت
- 16- استفاده حداکثری از ظرفیت مشارکت‌های اجتماعی و تقویت همکاری‌های درون و برون بخشی در نظام سلامت

برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره‌وری در آموزش علوم پزشکی اولویت‌های راهبردی معاونت آموزشی با رویکرد عدالت، تعالی و بهره‌وری

1. تربیت نیروی انسانی متعهد، متخصص، کارآفرین و پاسخگو به نیازهای جامعه

۲. دستیابی به مرجعیت علمی و سرآمدی در منطقه

۳. بین‌المللی سازی آموزش عالی حوزه سلامت

۴. نهادینه کردن نظام مدیریت جامع کیفیت آموزش علوم پزشکی

۵. توسعه و گسترش عادلانه و نیاز محور آموزش علوم پزشکی

۶. توسعه روش‌های نوین و فناوری‌های پیشرفته در آموزش علوم پزشکی

ارزش‌های حاکم در عدالت، تعالی و بهره‌وری

تعالی سازمانی و کیفیت گرایی

پاسخگویی اجتماعی

اخلاق گرایی و تعهد حرفه‌ای

عدالت آموزشی و محرومیت‌زدایی

همگرایی و مأموریت گرایی

اصول و تفکر حاکم در برنامه‌های عدالت، تعالی و بهره‌وری

اتکا به اسناد بالادستی و خرد جمعی

روشنمندی و برنامه محوری

بهره‌گیری از رویه‌های دوسویه پایین به بالا و بالا به پایین

تفکر سیستمی و تفکر نقاد

بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

مأموریت آموزش عالی در حوزه سلامت

تأمین و تربیت منابع انسانی متعهد، متخصص، کارآمد و کارآفرین مبتنی بر نیازهای بومی و ملی از مجرای نظام آموزش ادغام یافته در نظام ارائه خدمات سلامت چشم‌انداز آموزش عالی در حوزه سلامت

کسب مرجعیت علمی در حوزه علوم سلامت در منطقه در افق ۱۴۰۴ بینش‌ها و ارزش‌های حوزه آموزش عالی سلامت رعایت و ترویج ارزش‌های اسلامی و معنوی و اخلاق پزشکی با تکیه بر حفظ کرامت انسانی و نقش محوری نیروی انسانی در تمامی ابعاد

رعایت عدالت در کلیه شئون آموزش عالی در حوزه سلامت

اهتمام به رعایت اخلاق حرفه‌ای در سطوح مختلف مدیریتی، اجرایی و اداری

تفکر راهبردی در حل مسائل مطرح در حوزه آموزش عالی سلامت

شفافیت در پاسخگویی در قبال جامعه، اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارکنان

حفظ و رعایت مالکیت فکری در کلیه سطوح حوزه آموزش عالی سلامت

تأکید بر کیفیت و به روز رسانی امکانات در کلیه سطوح آموزش عالی در حوزه سلامت

ارتقای روحیه کار گروهی در تمامی سطوح ستادی و محیطی

سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلی

نهادینه‌سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت

گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت

توسعه دانش‌های نوین با تأکید بر حیطه‌های میان رشته‌ای و تمرکز بر علوم و فناوری‌های نوین

حضور در عرصه‌های آموزشی منطقه‌ای و جهانی

شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت

ساماندهی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی

نهادینه‌سازی اخلاق حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی

بهره‌مندی از فناوری‌های نوین در آموزش عالی سلامت

ارتقای منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت

تمرکززدایی در نظام آموزش عالی سلامت

خلق ثروت دانش‌بنیان در عرصه آموزش عالی سلامت

تولید و بومی‌سازی شواهد معتبر علمی برای ارتقای آموزش عالی سلامت (آموزش پژوهی)

اهداف کلی و کمی بخش سلامت در هفتمین برنامه توسعه کشور

ماده ۶۸ -در اجرای بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه و به منظور تحقق اهداف کمی زیر مطابق با احکام فصل ارتقا نظام سلامت اقدام می‌شود.

اهداف کمی سنجه‌های عملکردی ارتقا نظام سلامت

سنجه عملکردی	واحد متعارف	هدف کمی در پایان برنامه
پوشش کامل بیمه سلامت برای کلیه آحاد جمعیت ایرانی کشور	درصد	۱۰۰
نسبت تخت‌های بیمارستانی به جمعیت	به هزار نفر	۲
سرانه پزشک به جمعیت	به هزار نفر	۲/۳

برای ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی بیماران:

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، وزارتخانه‌های ارتباطات و فناوری اطلاعات و تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان نظام پزشکی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط تا پایان سال اول برنامه نسبت به تکمیل و یکپارچه‌سازی سامانه‌های تشکیل‌دهنده پرونده الکترونیک سلامت اقدام نماید. تبادل اطلاعات و خدمات سامانه‌های مذکور صرفاً بر بستر درگاه مرکز ملی تبادل اطلاعات کشور خواهند بود.

ب -شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان مکلف‌اند تا پایان سال اول برنامه، دسترسی به سوابق پزشکی توسط فرد و پزشک را از طریق درگاه پرونده الکترونیک) مبتنی بر نسخ الکترونیک و پرونده‌های بستری و سرپایی بیمار (مطابق دستورالعمل ابلاغ‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌صورت برخط ایجاد نمایند.

تبصره -سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و کلیه ذی‌نفعان مکلف‌اند ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ برنامه، ضمن انجام وظایف و تکالیف مندرج در ضوابط اجرایی طرح نسخه الکترونیک، سامانه‌های موجود خود در تطابق با استانداردهای مربوط به نسخه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تکمیل و گواهی‌نامه مربوطه را اخذ نمایند.

پ- از سال اول برنامه، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به‌صورت الکترونیکی می‌باشند. بیمه‌های پایه و تکمیلی موظف هستند تا با اتصال به سامانه پرونده الکترونیک سلامت نسبت به دریافت اسناد درمانی بیمه‌شدگان اقدام و از ابتدای سال دوم برنامه، سهم خود در هزینه‌های درمانی را به‌صورت برخط و آنی بر مبنای اسناد بیمه پایه پرداخت نمایند.

تبصره -بیمه‌های درمانی پایه مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف مدت یک ماه از زمان دریافت اسناد الکترونیکی می‌باشند.

ت- به‌منظور تکمیل داده‌های پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و مدیریت مصارف و منابع، اجتناب از همپوشانی بیمه‌ای؛ کلیه شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی و نیز دستگاه‌های اجرایی از جمله سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی مکلف‌اند نسبت به ارسال برخط اطلاعات بیمه‌شدگان خود به سازمان بیمه سلامت و به‌روزرسانی پایگاه مذکور به‌صورت رایگان و مستمر اقدام نمایند. مراکز تشخیصی درمانی موظف‌اند جهت ارائه کلیه خدمات به مراجعین صرفاً از سامانه (سرویس) استحقاق سنجی سازمان بیمه سلامت ایران استفاده کنند. سازمان بیمه سلامت موظف است امکان استفاده از سامانه مذکور را به‌طور متقابل برای سازمان‌های بیمه‌گر فراهم نماید.

ث -کلیه دستگاه‌های مجوز دهنده مرتبط موظف‌اند هرگونه تمدید پروانه مسئول فنی، تمدید پروانه مطب پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت و همچنین تمدید پروانه تأسیس بهره‌برداری و گواهی‌نامه اعتباربخشی در بخش‌های سرپایی و بستری کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت در تمامی بخش‌های دولتی و غیردولتی منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان نمایند.

تبصره- کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان و مشمولین قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت که در استخدام رسمی، پیمانی و قراردادی دستگاه‌های اجرایی شاغل در ستاد و یا مراکز و مؤسسات ارائه خدمات سلامت موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در مراکز تشخیصی آموزشی درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل (مصوب ۱۳۷۳) و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش

خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند، مسئولیت اجرای این حکم حسب مورد بر عهده وزرای مربوطه و رئیس سازمان نظام پزشکی است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص و اصلاح نظام پرداخت کارانه در چارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید.

ج- به‌منظور توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار، ایجاد آمادگی برای مواجهه با بحران سالمندی جمعیت، جلوگیری از فرسودگی کادر درمان، ضمن هدف‌گذاری افزایش سالیانه ظرفیت پزشکی تخصصی با اخذ تعهد خدمت در مناطق موردنیاز به نحوی برنامه‌ریزی کند که تا پایان برنامه نسبت دستیاران تخصصی و متخصصین بالینی به پزشکان عمومی حداقل به یک برسد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برنامه افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با اولویت رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی داروسازی و رشته‌های حد واسط را ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ برنامه به تصویب هیئت‌وزیران برساند.

چ -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به ساماندهی خدمات طب سنتی -ایرانی بر اساس استانداردهای ابلاغی در نظام سلامت و تهیه فهرست داروهای سنتی و گیاهی کشور و نظارت بر توزیع آن در مراکز و اماکن مجاز اقدام نماید.

راهبری نظام سلامت

ماده ۷۰ -به‌منظور ارتقای بهره‌وری و ایجاد فضای رقابتی بین واحدهای ارائه خدمات با هدف جلب رضایت خدمت‌گیرندگان، اقدامات زیر انجام می‌پذیرد:

الف -امور سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت صرفاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌گیرد.

ب -سازمان مکلف است، مدیریت منابع سلامت را صرفاً از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها تخصیص دهد.

پ -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است خدمات بهداشتی و درمانی را از طریق واحدهای بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در فضای رقابتی ارائه کند.

ت- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی درمانی پزشکی را از شیوه «به‌ازای خدمت «به شیوه» پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات «تبدیل نماید، به‌گونه‌ای که شیوه تعرفه‌گذاری حداقل ۵۰۰ خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی به شیوه پرداخت جدید (پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی) خرید خدمت شود.

ث- کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظف‌اند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهند بود. تعرفه خدمات دارویی مانند سایر خدمات سلامت، بر اساس بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به‌طور سالانه تعیین می‌گردد.

تبصره -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در خصوص مراکز و مؤسسات و شرکت‌هایی که از قوانین، مقررات و ضوابط ابلاغی آن وزارت تخلف نمایند و موجب اختلال در زنجیره تأمین خدمات و کالاهای سلامت‌محور از ابتدا تا انتها گردند در صورت تذکر قبلی، نسبت به لغو مجوز مراکز و مؤسسات و شرکت‌های مذکور به‌صورت موقت یا دائم اقدام نماید.

ج -وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با مشارکت سازمان، در اجرای اسناد آمایش سرزمین، نسبت به انجام موارد زیر اقدام نماید:

۱- نیازسنجی، جانمایی و اولویت‌بندی پروژه‌های توسعه‌ای و پیاده‌سازی اسناد ملی و استانی آمایش سرزمین در حوزه بهداشت و درمان و تهیه نظام تجهیز منابع با تأکید بر مشارکت خیرین، کمک‌های مردمی، مولدسازی دارایی‌ها و استفاده از منابع بودجه عمومی تا پایان سال اول برنامه؛

۲- تهیه و پیشنهاد سند سطح‌بندی خدمات درمانی مشتمل بر تأمین فضای فیزیکی، تجهیزات سرمایه‌ای پزشکی و نیروی انسانی با لحاظ حداقل و حداکثر تعهد دولت و بخش عمومی غیردولتی در پهنه جغرافیایی با لحاظ جمعیت و عدالت در دسترسی به خدمات ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ برنامه جهت تصویب در هیئت‌وزیران؛

۳- طراحی و استقرار نظام ارائه خدمات بهداشت، اورژانس، درمان سرپایی، بستری موقت و اعزام به سطوح بالاتر در شهرستان‌های

کمتر از ۵۰ هزار نفر جمعیت فاقد بیمارستان در قالب ایجاد، تکمیل و یا تجهیز مراکز خدمات سلامت شبانه‌روزی به‌عنوان حلقه واسطه بخش بهداشت و درمان) سطح یک و دو (و اعلام فهرست خدمات قابل ارائه و نظام پرداخت نیروی انسانی مستقر در این مراکز متناسب با عملکرد آن‌ها به نحوی که این مراکز با استفاده از ظرفیت موجود شبکه بهداشتی، درمانی و پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به ارائه خدمات مورد نظر اقدام نمایند.

تبصره ۱- از زمان ابلاغ این برنامه ساخت توسعه و تجهیز کلیه واحدهای درمانی و بیمارستان‌های دولتی و عمومی غیردولتی کشور و توسعه شبکه اورژانس صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی مصوب خواهد بود. اعمال نظام سطح‌بندی مصوب دولت در خصوص بخش‌های خصوصی و خیریه با تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

تبصره ۲- به‌منظور تکمیل زنجیره تأمین خدمات درمان دولتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطقی که امکان ارائه خدمات درمانی دولتی نبوده و یا کافی نباشد، مجاز است نسبت به خرید خدمت از بیمارستان‌های غیردولتی با لحاظ سهم پرداخت بیمه پایه سلامت و صرفه و صلاح دولت بر حسب ضرورت، بر اساس تعرفه مصوب دولت مبتنی بر الگوی مالی مورد تأیید سازمان و از محل اعتبارات خرید راهبردی خدمات تا سقف اعتبارات مصوب قوانین بودجه سنواتی اقدام نماید. الگوی مالی مذکور ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ برنامه، تعیین و هرساله مورد بازنگری قرار می‌گیرد.

دارو و تجهیزات پزشکی

ماده ۷۱ - به‌منظور اطمینان از تأمین پایدار ذخایر راهبردی باکیفیت دارو، پیش‌بینی و پیشگیری از کمبود دارو و کاهش سهم واردات فوریتی از تأمین نیاز کشور، اقدامات زیر در طول برنامه انجام می‌شود:

الف- سازمان غذا و دارو مکلف است به‌گونه‌ای تنظیم‌گری نماید که ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی به میزان حداقل چهار ماه نیاز کشور با اولویت تولید داخلی و واردات رسمی باشد. این امر بایستی به‌گونه‌ای صورت پذیرد که سهم واردات فوریتی از تأمین نیاز کشور به کمتر از یک درصد (۱٪) از نظر ارزش ریالی کاهش یابد.

ب - تا پایان سال اول برنامه، وزارت امور اقتصادی و دارایی با همکاری سازمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به ایجاد سازوکار پرداخت سهم یارانه دولت از طریق تسویه الکترونیکی و اعتباری مطالبات در زنجیره تأمین دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی در وجه داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، شرکت‌های پخش و تأمین‌کننده اقدام نماید.

پ- سازمان غذا و دارو مکلف است نسبت به تکمیل سامانه ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت کالاهای سلامت‌محور برای دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی اقدام نماید، به‌نحوی که تا پایان سال سوم برنامه کل بازار را از نظر ارزش ریالی تحت پوشش این سامانه قرار دهد. بیمه‌های پایه و تکمیلی درمان در بخش سرپایی و بستری، صرفاً در صورتی مجاز به پرداخت دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی تحت پوشش این سامانه هستند که از طریق سامانه رهگیری، ردیابی و کنترل اصالت فرآورده‌های سلامت‌محور گواهی تأیید اصالت دریافت کرده باشند.

ماده ۷۲- به‌منظور تبدیل جمهوری اسلامی ایران به قطب تأمین سلامت منطقه جنوب غرب آسیا، دستیابی به صادرات سالانه بیش از یک میلیارد یورو دارو و واکسن و صادرات سالانه بیش از یک میلیارد یورو تجهیزات پزشکی، افزایش درآمد سالانه کشور از گردشگری سلامت به شش میلیارد یورو و افزایش درآمد سالانه حاصل از جذب دانشجویان خارجی در رشته‌های علوم پزشکی به بیش از ۷۰۰ میلیون یورو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به انجام اقدامات زیر است:

الف- جهت افزایش ضریب خودکفایی در تأمین مواد اولیه دارو و تجهیزات پزشکی تا پایان سال اول برنامه، با همکاری وزارت صنعت، معدن و تجارت نسبت به راه‌اندازی سامانه ثبت قراردادهای صادراتی و تضمین حقوق و امنیت این قراردادها اقدام نماید. سازمان غذا و دارو مکلف است، جز در موارد ضرورت نسبت به اعلام ممنوعیت‌های صادراتی حداقل شش ماه پیش از اعمال آن‌ها اقدام نماید. در صورت اتخاذ ممنوعیت‌های صادراتی، قراردادهایی که در سامانه مذکور ثبت شده باشند مشمول این ممنوعیت‌ها نمی‌باشند. موارد ضرورت، در هر مورد با تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

ب -تا پایان سال دوم برنامه، با انجام مذاکرات دوجانبه و چندجانبه با اولویت کشورهای منطقه، حوزه تمدنی و اعضای اتحادیه اقتصادی اوراسیا اقدامات لازم را جهت پذیرش داروهای ثبت شده در ایران توسط این کشورها و صدور گواهی‌نامه‌های مشترک کیفیت تولید به عمل آورد.

بیمه سلامت

ماده ۷۳- به‌منظور تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقدامات زیر انجام می‌گردد:

الف - پوشش بیمه پایه برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه) شامل سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل (از طریق ارزیابی وسع بر اساس آیین نامه ای خواهد بود که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیئت وزیران می رسد.

ب - حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد خانوار خواهد بود:

۱ - خانواده روستائیان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد) ۷ (% حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صد درصد) ۲۱۱ (% آن بر مبنای بند) الف (این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می شود.

۲ - کارکنان دستگاه های اجرایی معادل هفت درصد) ۷ (% حقوق و مزایای مستمر آنان که بخشی از آن از محل بودجه عمومی دولت تأمین می شود.

۳ - بیمه شدگان و مشترکان سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴ - سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه های درآمدی معادل هفت درصد) ۷ (% درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت.

پ- در راستای حفاظت مالی از مردم، کاهش هزینه های کمرشکن و فقرزا، شورای عالی بیمه سلامت مکلف است نسبت به تعیین میزان استطاعت پذیری مالی (مبتنی بر داده های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان) و در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام و مراتب را به تصویب هیئت وزیران رساند. سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار به صورت سالانه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه تعیین می گردد.

ت - در مورد کلیه اشخاصی که از بیمه تکمیلی تجاری برخوردار می باشند، خدمات بیمه پایه و تکمیلی سلامت تجمیع می شود به نحوی که مجموع هزینه های قابل پرداخت بیمه های پایه و تکمیلی مذکور در بیمارستان یک جا به ارائه دهنده خدمت پرداخت شود.

بانک مرکزی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مکلف است سازوکار پرداخت حق پرداخت) فرانشیز (یا هزینه خدمات درمانی افراد مشمول این بند در قالب تسهیلات با نرخ مصوب شورای پول و اعتبار با امکان تضمین در قالب کسر حقوق و یا کسر از حساب های بیمه شده نزد بانک های عامل از جمله حساب دریافت یارانه نقدی را فراهم نماید.

ث - اشخاصی که از بیمه تکمیلی تجاری برخوردار نمی‌باشند به صورت اختیاری و پس از احراز شرایط بر اساس آزمون وسع مشمول بیمه تکمیلی بر اساس ضوابط زیر خواهند بود:

۱ - حق بیمه سرانه تکمیلی مذکور حداکثر معادل پنجاه درصد (۵۰٪) پایین‌ترین نرخ حق بیمه سرانه تکمیلی تجاری می‌باشد .
۲ - خرید خدمات درمانی برای دارندگان بیمه موضوع این حکم از طریق بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی اعم از دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه که استانداردهای تعیین شده از جمله بسته خدمتی و تعرفه (در سقف تعرفه عمومی غیردولتی) را رعایت می‌نمایند، صورت می‌گیرد.

۳ - بخشی از سرانه بیمه تکمیلی موضوع جزء (۱) فوق از محل منابع بودجه عمومی در سقف بودجه سنواتی و مابقی توسط فرد یا از محل یارانه نقدی پرداختی با درخواست وی به صورت اقساط، قابل تأمین است.

۴ - تجمیع خدمات بیمه پایه و تکمیلی و نیز پرداخت حق پرداخت (فرانشیز) در قالب تسهیلات و غیر آن در مورد اشخاص مشمول این بند با رعایت بند (ت) این ماده انجام می‌شود.

۵ - در مناطقی که نظام ارجاع و پزشک خانواده اجرا می‌شود، اعمال این ماده با رعایت ضوابط نظام ارجاع می‌باشد.

سیمای شهرستان بم

تاریخ، فرهنگ و معماری از مهم‌ترین ویژگی‌های شهر بم در جنوب شرقی استان کرمان در ایران است. این شهر دومین شهر به لحاظ وسعت بعد از کلان‌شهر کرمان در استان است. شهر بم تنها شهر ایران، ثبت شده در میراث جهانی است. مرکز این شهرستان شهر بم است. جمعیت شهرستان بم بنا بر سرشماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران برابر ۲۷۷۸۳۵ نفر بوده است.

یکی از جاذبه‌های بی‌نظیر بم بخش خوش آب‌وهوا و توریستی گردشگری دهبکری است. دهبکری زیباترین منطقه سرسبز و چشم‌نواز است که در شهرستان کویری بم خودنمایی می‌کند و به همین دلیل نزد مردم بم بسیار محبوبیت دارد. علاوه بر مردم بم در همه فصول سال دهبکری پذیرای مسافران بی‌شماری است. دهبکری دارای ارتفاعات بکر و دست نخورده ی بسیاری است به‌طوری که همه ساله گروه‌های کوه نوردی و گردشگری بسیاری در استان کرمان به ارتفاعات دهبکری قدم می‌گذارند. از جمله این ارتفاعات می‌توان به کوه شیر و منطقه زیبای مرغک اشاره کرد .

یکی دیگر از جاذبه‌های زیبا و دست نخورده بم منطقه مرغک از توابع دهبکری است که همه این مناطق دارای جنگل‌های پسته وحشی-بادام وحشی و سرسبزی بسیاری است. در مرغک نیز در گذشته موسیقی سنتی ایرانی اصیلی رواج داشته. از منطقه دهبکری از گذشته‌های دور در نوشته‌های نویسندگان و ادیبان به‌عنوان بهشت میان جهنم یاد شده است و همه در وصف سر سبزی آن سخن رانده‌اند.

یکی از مسائل گردشگری و مدرن مورد بحث درباره دهبکری ساختن تله کابین در دهبکری است که البته این طرح همواره با بی‌توجهی مسئولین همراه بوده.

بم یکی از شهرهای تاریخی ایران و استان کرمان است طوری که اگر بخواهند به یک جهانگرد دو سه عکس تاریخی از ایران نشان دهند حتماً یکی از آن‌ها ارگ بم است. ارگ بم بزرگ‌ترین بنای خشتی جهان است که از لحاظ عظمت و زیبایی با دیوار چین مقایسه می‌شود. همچنین بم در گذشته به پاریس ایران شهرت داشت. شهر بم به فاصله تقریبی ۱۲۰۰ کیلومتری پایتخت قرار دارد، این شهر به لحاظ تاریخی و محصولات کشاورزی (به‌ویژه خرما)، معروفیت جهانی دارد. شهر قدیم بم یکی از پنج کوره ایالت فارس بود و به دروازه شرق ایران شهرت داشته است. بم در مقطع حساسی از تاریخ (اواخر پادشاهی لطفعلی‌خان زند در زمان فرار او به بم) حتی از طرف لطفعلی‌خان پایتخت ایران نیز اعلام شد و برای مدت کوتاهی هم که شده پایتخت ایران بود.

وقتی پاتی نجر جهانگرد انگلیسی در حدود ۱۱۸۹ خورشیدی وارد بم شد، قلعه آن را مستحکم دیده و ذکر می‌کند: به‌قدری آن را مستحکم کرده‌اند که شاید در همه ایران از این حیث بی‌نظیر باشد.

بنوشته بارتولد: بم مرکز صنعتی کرمان بوده و پارچه‌های نخی که در بم می‌بافته‌اند به همه جا حتی تا مصر می‌رفت...»

جغرافی نویسان عرب قرن دهم به‌ویژه مقدسی شرح خوبی درباره اهمیت اقتصادی بم به دست ما می‌دهند و مقدسی می‌نویسد: بم یک مرکز ولایتی با اهمیت و دلکش و بزرگ است مردم آن کارشناس و دارای مهارت‌اند. این شهر بازارگاهی است و مردم را از راه دور به خود می‌کشاند و پارچه‌ای که در اینجا تولید می‌شود در کشورهای بسیاری شهرت دارد و آوازه بم در همه جهان اسلام پیچیده و مایه سرفرازی کشور می‌باشد و بیشتر اهالی شهر بافندگان‌اند و بیشتر رخت‌های صادراتی بم در دهکده بزرگی نزدیک آن فراهم می‌شود و در خاور و باختر جهان اسلام این رخت‌ها را به عالی‌ترین همه لباس‌ها می‌دانند و علاوه بر این‌ها دستار و پیراهن و لباس‌های فاخر که طالب بسیار دارد و البسه‌ای که از مرو بیرون می‌آید در بم تولید می‌گردد.

دکتر مظاهری ...» :پرورش کرم ابریشم و کارگاه‌های ابریشم‌بافی متعددی از قرن ششم میلادی در نواحی یزد، بم، شوشتر و خوزستان شروع بکار کرده‌اند و احتمال بسیار دارد که صنعتی نساجی قدمت بیشتری در ناحیه بم داشته باشد.

در کتاب بدایع الزمان آمده :ولایت بم حکایت از بهشت می‌کرد، خطه‌ای مشتمل بر الوان نعیم...

اطلاعات ساکنان نخستین بم به‌درستی شناخته نیست اما از روی سکونتگاه‌های دسته‌جمعی به‌ویژه ایجاد برج و باروهای مستحکم در اطراف آن‌ها، می‌توان حدس زد که این شیوه فرهنگ آریائی باشد (زیرا بومیان ایران چنین استحکاماتی را لازم نمی‌دانستند) و با توجه به سکونت مداوم مردم در ارگ از هزاره‌های گذشته تا ۱۵۰ سال پیش می‌توان حدس زد مردم کنونی بم از نژاد آریایی نسبتاً اصیل باشند. تیره‌ای آریائی‌نژاد که بر بم تاختند با بومیان مقاوم روبرو شدند و چون بر آنان پیروز گشتند بساختن برج و بارو و استحکاماتی پرداختند. همچنین چندی پیش تحقیق و پژوهش یک محقق در مورد مردم بخش دهبکری و روستاهای تابع آن و آزمایش از آن‌ها نشان داد DNA مردم دهبکری و توابع آن با DNA اجساد مدفون در ارگ بم یکی است و این موضوع به این معنا است که مردم دهبکری و توابع آن همان مردم قدیم ارگ بم هستند که صدها سال قبل به دلایل نامعلومی مثل خشک‌سالی یا گرمی هوا و غیره. به مرور زمان و طی سالیانی از داخل ارگ بم به این منطقه پر آب و خوش آب‌وهوا نقل مکان کرده‌اند که عده بیشتر آن‌ها در همان ارگ مانده‌اند. بنای این شهر قدیمی را در اساطیر ایرانی به بهمن ابن اسفندیار نسبت می‌دهند.



هفتواد اسطوره بمی شاهنامه

به استناد داستان هفتواد در شاهنامه و کتاب کارنامک اردشیر بابکان می‌توان دریافت که با نام کجاران یا کوزران، که اکنون محله‌ای به همین نام در شمال غربی بم می‌باشد که به‌طور حدس و گمان آن را می‌توان به‌عنوان نخستین هسته شهر بم پنداشت. در روزگار ساسانیان هفتواد مرد فقیر ساکن در شهر کجاران سروسامانی یافته و حاکم را از میان برمی‌دارد و برای خود برج و بارویی بر بالای تپه مجاور قلعه حاکم قبلی می‌سازد که همین ارگ کنونی بم است. بنابراین هفتواد شهر را توسعه نداد، بلکه محل تجمع سکونتگاهی را تغییر داد و مردم را از شهر کجاران به پای تپه کشانید و خود بر بالای تپه و در برج به حکمرانی پرداخت.

بم در گذشته‌های دور از جمیع لحاظ حتی از کرمان (مرکز کنونی استان کرمان) نیز با اهمیت‌تر و پرنورتر بوده و بر جنوب شرق فلات ایران مرکزیت داشته است.

بم بعد از شهر کرمان به لحاظ تاریخی -فرهنگی و اقتصادی بااهمیت‌ترین شهر استان کرمان است و از حیث صنعت توریسم جز اولین شهرهای ایران است که وجود منطقه زیبا و مدرن ارگ جدید در کنار ارگ تاریخی بم به شکوفایی این صنعت در بم کمک کرده. بم در تمام فصول سال میزبان توریست‌های داخلی و خارجی بسیاری است.

تقسیمات کشوری

بخش مرکزی شهرستان بم

دهستان حومه (بم)

دهستان دهبکری

دهستان کرک و نارتیج

شهرها: بم و بروات

شهرستان ریگان؛ که در گذشته بخشی از شهرستان بم بود و امروزه جدا و مستقل شده است.

بخش مرکزی

دهستان چاهدگال

دهستان ریگان

دهستان گنبکی

دهستان گاوکان

شهر: محمدآباد

شهرستان گنبکی که در گذشته بخشی از شهرستان ریگان بود و امروزه جدا و مستقل شده است.

شهرستان نرماشیر؛ که در گذشته بخشی از شهرستان بم بود و امروزه جدا و مستقل شده است.

دهستان پشت رود

دهستان عزیزآباد

شهر: نرماشیر

شهرستان فهرج؛ که در گذشته بخشی از شهرستان بم بود و امروزه جدا و مستقل شده است.

دهستان برج اکرم

دهستان فهرج

شهر: فهرج

بخش روداب؛ تا چندی پیش بخشی از شهرستان بم بود اما اکنون یکی از بخش‌های شهرستان نرماشیر می‌باشد.

دهستان روداب شرقی

دهستان روداب غربی

شهر: نظام شهر

طبق آخرین تغییرات در تقسیمات کشوری؛ هم‌اکنون (در زمستان ۸۹) شهرستان بم دارای دو بخش به نام‌های: بخش مرکزی: به مرکزیت شهر بم، بخش بروات: به مرکزیت شهر بروات می‌باشد و بخش‌های سابق نرماشیر و روداب از شهرستان بم جدا شده‌اند.

میراث فرهنگی شهرستان بم

شهرستان بم یکی از مناطق تاریخی ایران و شهر بم تنها شهر ایران است که منظر فرهنگی آن ثبت جهانی شده است. بیش از ۱۴۴ اثر تاریخی در این شهرستان شناسایی شده که از این آثار ارگ بم و بخش جنوبی کویر لوت و برخی قنوات که در محدوده جغرافیایی شهرستان بم است در فهرست میراث جهانی (یونسکو) به ثبت رسیده است.

موقعیت جغرافیایی

مرکز این شهرستان از نظر جغرافیایی در ۵۸ درجه و ۲۱ دقیقه درازای خاوری و ۲۹ درجه و ۶ دقیقه پهناي شمالی از نصف‌النهار گرینویچ واقع شده است و در ارتفاع ۱۰۶۰ متری از سطح دریا قرار دارد. شهر بم در ۲۰۰ کیلومتری جنوب خاوری کرمان و در مسیر راه کرمان - زاهدان واقع است.

این شهرستان از شمال و غرب به شهرستان کرمان و از شرق به نرماشیر و محمدآباد و از جنوب شرق به شهرستان ریگان و از غرب به دشت پاپکویی راین و جنوب غرب به شهرستان جیرفت و از جنوب به شهرستان عنبرآباد و جنوب به خط الراس کوه‌های شاهسواران جبالبارز و کوه هزار و رودبار و از شرق به شهرستان نرماشیر، فهرج و ریگان منتهی می‌گردد. این شهرستان دارای ۲ مرکز شهری، ۲ بخش، ۴ دهستان، ۲۴۲ آبادی دارای سکنه و ۲۳ آبادی خالی از سکنه می‌باشید شهرستان بم از سمت غرب، شمال غرب و شمال توسط ارتفاعات جبالبارز و دهبکری و از شمال شرقی و شرق توسط کویر لوت محصور شده و شامل انواع عوارض فرسایشی در این ناحیه است.

همچنین مهم‌ترین رودخانه این شهرستان، آستارا رود پشت رود می‌باشد که از کوه‌های شمال غربی سرچشمه می‌گیرد از نظر آب و هوایی شهرستان بم به دو منطقه تقسیم می‌شود آب‌وهوای صحرایی: که منطقه وسیع پست کویری را در برمی‌گیرد بارندگی کم و اختلاف درجه حرارت شب و روز زیادی دارد. آب‌وهوای کوهستانی که شامل نواحی راین و دهبکری است. در تابستان، ییلاق اهالی شهرستان بم محسوب می‌شود.



آب‌وهوای بم گرم و خشک است اما به علت مجاورت با کویر آب‌وهوای متغیری دارد، به‌طوری‌که گاهی اوقات در تابستان‌ها گرم‌ترین و در زمستان‌ها سردترین نقطه کشور گزارش شده است. میزان بارندگی سالانه به‌طور متوسط ۶۸ میلی‌متر است.

شهرستان بم دارای اقلیم بیابانی گرم و حداکثر دمای مطلق ثبت شده (بازه آماری ۳۸ ساله) در این شهرستان ۴۷/۶ درجه سانتی‌گراد و حداقل دمای مطلق ثبت شده ۸/۶- درجه سانتی‌گراد هست. میانگین بلندمدت رطوبت نسبی ۳۱٪ می‌باشد. حداکثر بارندگی ثبت

شده در طول سال به میزان ۱۳۸ میلی‌متر (سال ۱۳۷۴) و حداقل بارندگی در طول سال به میزان ۴/۱۰ میلی‌متر (سال ۱۳۸۶) و میانگین بارندگی بلندمدت ۵۳ میلی‌متر می‌باشد. میانگین بلندمدت سالیانه ساعات آفتابی به میزان ۲/۳۴۶۸ ساعت در سال و میانگین بلندمدت روزانه ساعات آفتابی به میزان ۹ ساعت در روز می‌باشد؛ بنابراین از خصوصیات بارز این شهرستان به‌صرفه بودن استفاده از نیروگاه‌های خورشیدی می‌باشد. باد غالب در این شهرستان شمالی تا شمال غربی با سرعت متوسط ۵ متر بر ثانیه می‌وزد. به‌طور یکه این شهرستان در غالب طول سال دارای وزش باد می‌باشد بنابراین این شهرستان دارای تابستان گرم و خشک و زمستان سرد و خشک می‌باشد.

مشخصات عمومی شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بم

شهرستان‌ها	مساحت (Km ²)	تعداد بخش	تعداد شهر	تعداد دهستان
بم	۵۱۷۵	۲	۲	۴
فهرج	۴۴۵۹	۲	۱	۴
نرماشیر	۲۹۹۴	۲	۲	۴
ریگان	۳۹۰۰	۲	۱	۴
گنبدکی	۴۵۰۰	۲	۱	۴

جمعیت و نیروی انسانی

شهرستان‌های جنوب شرق استان کرمان (شامل شهرستان‌های بم، فهرج، ریگان، گنبدکی و نرماشیر) تقریباً نیم میلیون از جمعیت استان را تشکیل می‌دهند.

بازسازی

شهر بم در اثر زلزله ۵ دی‌ماه ۱۳۸۲ به‌کلی تخریب شد پس‌ازاین سانحه ستاد راهبری بازسازی بم با عضویت وزیر مسکن و شهرسازی، رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، سه نفر نماینده رئیس‌جمهور، وزیر کشور، دادگستری، امور اقتصادی و دارایی، فرهنگ

و ارشاد اسلامی، رئیس جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، رئیس بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و استاندار کرمان تشکیل شد. این ستاد با برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته و جمعاً با اعتباری حدود ۱۸۰۰۰ میلیارد ریال در زمینه‌های زیر اقدام به بازسازی نمود.

عمران شهری

بازسازی منازل مسکونی شهری و روستایی

بازسازی بازار

بازسازی ارگ قدیم

تجهیز توسعه و بازسازی مدارس

بازسازی مساجد و تکایا

بازسازی ادارات دولتی

بازسازی شبکه آب و برق

تکمیل بیمارستان و احداث فضاهای درمانی

اقتصاد شهرستان بم

باغداری، کشاورزی، دامداری و قالی‌بافی پایه و اساس اقتصاد بم را تشکیل می‌دهند. کشاورزی و باغداری در شهرستان بم صد درصد آبی بوده و آب کشاورزی از کاریز و رودخانه تأمین می‌شود. محصولات عمده کشاورزی این شهرستان گندم، جو، پنبه، تره‌بار، مرکبات و از همه مهم‌تر خرما بوده که بهترین نوع خرما در دنیا شناخته شده و به «مضافتی» مشهور است. دامداری شهرستان بم بسیار کم، و بیش تر در بخش راین رواج دارد. به‌طور کلی دامداری در این شهرستان شامل پرورش گوسفند، گاو، طیور و شتر است. معادن سرب و روی در ارتفاعات جنوب باختری بم وجود دارد.

در گذشته نه‌چندان دور اقتصاد شهرستان بم بر پایه کشاورزی و تک‌محصول خرماي مضافتي استوار بود با دوراندیشي قابل تقدیر مسئولین وقت و با تأسیس ارگ جدید سمت‌وسوی اقتصاد شهرستان بم به سمت صنعت گرایش پیدا کرد و زمینه فعالیت‌های صنعتی عمدتاً صنایع مرتبط با خودرو در این منطقه ویژه اقتصادی فراهم گردید.

وجود ارگ قدیم و شهرت جهانی‌اش بم را به‌عنوان مقصد گردشگری معرفی کرده است ولی گردشگری از منظر یک صنعت اخیراً مورد توجه جدی بوده بطوریکه در یک برنامه منسجم به نام سند توسعه گردشگری شرق استان کرمان در دستور کار مقامات محلی می‌باشد.

به‌طور کلی صنعت، کشاورزی و گردشگری رؤس اقتصاد بم را تشکیل داده است علاوه بر این وجود زیرساخت‌هایی مانند قرار گرفتن در مسیر جاده ترانزیت بین‌المللی، اتصال به ریل آهن سراسر و وجود فرودگاه بم گویای اهمیت ویژه این منطقه است.

کشاورزی

سطح زیر کشت محصولات زراعی و باغی شهرستان بم معادل ۲۵۰۰۰ هکتار با میزان تولید ۱۳۰۰۰۰ تن هست. ۳/۳۳ درصد از اراضی زیر کشت شهرستان بم به محصولات زراعی و ۷/۶۶ درصد از اراضی زیر کشت این شهرستان به محصولات باغی اختصاص یافته است از مهم‌ترین محصولات این شهرستان می‌توان به گندم و جو، یونجه، خرما، مرکبات اشاره نمود در گذشته در منطقه بم با توجه موقعیت آب و هوایی و حاصلخیزی زمین تمامی محصولات از جمله برنج، سویا، وسمه، حنا، نوغان (کرم ابریشم) کشت می‌شده است.

خرما با تولید حدود ۱۰۰ هزار تن در سال بیشترین تولید این شهرستان را به خود اختصاص داده به‌طوریکه رتبه اول را در استان حائز می‌باشد و سالیانه بیش از ۴۰ هزار تن خرما از این منطقه به خارج از کشور صادر می‌شود. شهرستان بم از نظر سطح زیر کشت مرکبات با ۵۶۰۰ هکتار رتبه سوم را در استان به خود اختصاص داده است. قابل ذکر است که مرکبات استان به‌ویژه گریپ‌فروت و لیموشیرین آن بسیار ممتاز می‌باشد. گریپ‌فروت تولیدی استان از بهترین نوع خود در جهان است.

شهرستان بم از نظر سطح زیر کشت محصولات باغی ۳۵/۷ درصد از سهم استان رتبه پنجم و از نظر سطح زیر کشت محصولات زراعی با ۶۷/۹ درصد از سهم استان رتبه هفتم را به خود اختصاص داده است. شهرستان بم از نظر کشت یونجه، سبزیجات، نباتات علوفه‌ای، نباتات صنعتی، حنا و وسمه، پنبه، خرما، نارنج، گریپ‌فروت، نارنگی، پرتقال، رتبه‌های اول تا سوم را دارا می‌باشند.

صنعت و معدن

تعداد شاغلین بخش صنعت این شهرستان ۱۵۱۸۰ گزارش شده است. این شهرستان دارای ۱۵۰ کارگاه صنعتی دارای جواز تأسیس و ۱۸۰ کارگاه صنعتی پروانه بهره‌برداری با میزان اشتغال ۱۲۱۲۴ نفر و سرمایه ۳۴۵۶۷ میلیون ریال در سال ۱۳۹۱ گزارش شده است. مساحت کل شهرک صنعتی شهرستان بم ۱۰۰ هکتار گزارش شده است. در این شهرستان یک شهرک صنعتی فعال و منطقه ویژه اقتصادی ارگ جدید آماده پذیرش سرمایه‌های تولیدکنندگان می‌باشند و همچنین شهرک صنعتی بروات در حال پیگیری است.

تعداد کارخانجات واحدهای تولیدی بزرگ: ۳۳ واحد

تعداد معادن: ۱ واحد معدن سنگ مرمر فعال و ۶ واحد معدن شن و ماسه فعال

دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی

بم شهری دانشگاهی است. دانشگاه‌های این شهر به شرح ذیل است:

دانشگاه علوم پزشکی بم

دانشگاه پیام نور واحد بم

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بم

مجتمع آموزش عالی بم

دانشکده فنی علی بن ابیطالب بم

دانشگاه جامع علمی کاربردی بم

دانشگاه علوم بهزیستی بم

مرکز مخاطرات زمین شناختی بم

تاریخچه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بم

در راستای توسعه بخش علمی و آموزشی در منطقه شرق استان کرمان و مصوبه هیئت محترم وزیران مورخ ۸۹/۵/۳ در دور سوم سفرهای استانی، مجوز ارتقای دانشکده پرستاری بم به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بم با تأییدیه شورای گسترش وزارت متبوع صادر و با صدور ابلاغ ریاست دانشگاه از سوی مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تعامل و همکاری مسئولین استانی و شهرستان‌های منطقه در مورخ ۹۰/۴/۱ به‌طور رسمی افتتاح و آغاز به کار نمود. از مهرماه سال ۱۳۹۰ با پذیرش دانشجو در دو رشته جدید، مامایی و علوم آزمایشگاهی علاوه بر رشته پرستاری فعالیت خود را ادامه داده و در سال ۱۳۹۱ نیز با تأسیس دانشکده‌های پزشکی و بهداشت و راهاندازی رشته‌های پزشکی، بهداشت عمومی، مهندسی بهداشت حرفه‌ای، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، فوریت‌های پزشکی (کاردانی)، بهداشت محیط، جمعاً پذیرش تعداد ۱۹۲ دانشجوی جدید در ۹ رشته انجام پذیرفت.

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم از بدو تأسیس تاکنون با رشد چشمگیری در تعداد و تنوع دانشجویان مواجه بوده است. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم با هدف تربیت پزشکان عمومی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به جامعه تأسیس شد. این دانشکده با پذیرش دانشجویان در رشته پزشکی عمومی در سال ۱۳۹۱ فعالیت خود را آغاز کرد.

در جدول زیر، تعداد دانشجویان رشته پزشکی عمومی در سال‌های مختلف ارائه شده است :

سال ورود	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳
تعداد کل دانشجویان	۳۲	۱۸	۲۳	۳۵	۳۲	۳۷	۲۲	۳۸	۵۵	۴۴	۴۹	۷۷	۱۰۰

این جدول نشان‌دهنده روند افزایشی تعداد دانشجویان در سال‌های اولیه تأسیس دانشکده است. با توجه به روند رو به رشد تعداد دانشجویان و تنوع رشته‌های ارائه‌شده، می‌توان پیش‌بینی کرد که دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم در آینده‌ای نزدیک به یکی از مراکز پیشرو در حوزه آموزش پزشکی در کشور تبدیل خواهد شد.

در حال حاضر دانشکده پزشکی مجهز به واحدهای آموزشی، آزمایشگاه‌ها، موزه آناتومی، کتابخانه الکترونیک، سایت رایانه، سلف سرویس می‌باشد. وجود یک بیمارستان دولتی (پاستور بم) در شهرستان بم و سه بیمارستان ۳۲ تختخوابی در شهرهای ریگان، نرماشیر و فهرج، مرکز MRI رادیولوژی و ماموگرافی، مرکز سنگ‌شکن، مرکز بیماری‌های خاص و تعداد ۲۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و ۱۱۰ خانه بهداشت روستایی و مرکز EOC شرق استان، ۱۰ پایگاه جاده‌ای و ۲ پایگاه شهری مرکز فوریت‌های پزشکی (اورژانس ۱۱۵) کار خدمات‌رسانی در امر بهداشت و درمان منطقه در سطح دانشگاه علوم پزشکی بم در حال انجام است و دانشکده پزشکی با تفاهم نامه هایی که تنظیم شده است از مزایای این مراکز برای آموزش دانشجویان استفاده می کند.

تحلیل وضعیت دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم

در جداول این فصل، وضعیت موجود دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم به طور خلاصه نشان داده شده است.

تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشکده پزشکی بم به تفکیک رشته-۱۴۰۳

ردیف	دانشکده	رشته	مقطع	تعداد
	پزشکی	پزشکی ورودی ۹۶	دکترای عمومی	۱۱
۱		پزشکی ورودی ۹۷		۲۲
۲		پزشکی ورودی ۹۸		۳۸
۳		پزشکی ورودی ۹۹		۵۵
۴		پزشکی ورودی ۴۰۰		۴۴
۵		پزشکی ورودی ۴۰۱		۴۹
۶		پزشکی ورودی ۴۰۲		۷۷
۷		پزشکی ورودی ۴۰۳		۱۰۰
	جمع کل			۳۹۶

تعداد اعضا هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بم-۱۴۰۳

نوع استخدامی	تعداد
رسمی	علوم پایه ۳ نفر
	بالین -
پیمانی	علوم پایه ۱۳ نفر
	بالین ۲۱ نفر
متعهد به خدمت	علوم پایه ۳ نفر
	بالین ۱ نفر
سرباز هیئت علمی	علوم پایه ۲ نفر
	بالین -
جمع کل	۴۳ نفر
تمام وقت جغرافیایی	تمام وقت جغرافیایی بالین ۷ نفر
	تمام وقت جغرافیایی علوم پایه ۱۴ نفر

بیمارستان‌های شهرستان بزم

نام بیمارستان	نوع وابستگی	تعداد تخت در سال ۱۴۰۳	
		مصبوب	فعال
پاستور بزم	دولتی	۳۴۱	۳۲۳
افلاطونیان بزم	خصوصی	۵۳	۷۰
علی ابن ابی الطالب فهرج	دولتی	۷۰	۱۹
جوادالائمه نرماشیر	دولتی	۶۴	۱۲
آیت‌الله هاشمی رفسنجانی ریگان	دولتی	۸۰	۳۰

مراکز جامع ارایه خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بزم

مراکز جامع خدمات بهداشتی درمانی	تعداد
بزم	۱۵
نرماشیر	۸
فهرج	۶
ریگان	۸

ذی نفعان دانشکده پزشکی بر اساس ماتریس قدرت و علاقه:

برای تحلیل ماتریس قدرت و علاقه ذی نفعان دانشکده پزشکی، ابتدا باید مفهوم این ماتریس و سپس ذی نفعان مرتبط با دانشکده پزشکی را بررسی شود. ماتریس قدرت و علاقه (Power-Interest Matrix) ابزاری است که ذی نفعان را بر اساس میزان قدرت (تأثیرگذاری) و علاقه (درگیری یا اهمیت موضوع برای آنها) دسته‌بندی می‌کند. این تحلیل به شناسایی استراتژی‌های مناسب برای مدیریت ذی نفعان کمک می‌کند.

مراحل تحلیل ماتریس قدرت و علاقه :

• شناسایی ذی نفعان

ذی نفعان کلیدی دانشکده پزشکی می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- ۱- دانشجویان پزشکی: علاقه زیاد به کیفیت آموزش و امکانات و فرصت‌های بالینی، اما قدرت کم به دلیل جایگاه غیرتصمیم‌گیر
- ۲- اساتید و هیئت علمی: علاقه و قدرت بالا به دلیل نقش کلیدی مستقیماً در آموزش، پژوهش و تصمیم‌گیری‌های آکادمیک در آموزش و تصمیم‌گیری
- ۳- مدیریت دانشکده (رئیس و معاونان): علاقه و قدرت بسیار بالا، زیرا تصمیم‌گیرندگان اصلی هستند. مسئول سیاست‌گذاری و مدیریت منابع محدود.
- ۴- کارکنان اداری: علاقه متوسط تا بالا (به ثبات شغلی و شرایط کاری)، اما قدرت کمتر نسبت به مدیریت.
- ۵- وزارت بهداشت یا نهادهای نظارتی: علاقه متغیر (بسته به اولویت‌های ملی و تمرکز کلان منطقه آمایشی)، اما قدرت بالا (به دلیل سیاست‌گذاری و بودجه).
- ۶- بیمارستان‌های آموزشی (مدیران و کادر درمان): علاقه و قدرت بالا، زیرا شریک استراتژیک و کلیدی در آموزش بالینی و ارائه خدمات درمانی هستند.
- ۷- دانشجویان غیرپزشکی یا سایر دانشکده‌ها: علاقه و قدرت کم.
- ۸- جامعه محلی و بیماران: علاقه بالا (به خدمات درمانی و آموزشی)، اما قدرت کم (فاقد نفوذ مستقیم).
- ۹- حامیان مالی یا خیرین: علاقه متغیر (بسته به انگیزه‌های خیرخواهانه)، قدرت بالا (به دلیل منابع مالی).
- ۱۰- مراکز جامع سلامت (مدیران و کارکنان): علاقه بالا به هماهنگی با دانشکده برای آموزش و خدمات، قدرت متوسط (به دلیل وابستگی به دانشکده).

• دسته‌بندی ذی نفعان در ماتریس

ماتریس قدرت و علاقه ذی نفعان را به چهار ربع تقسیم می‌کند:

- ✓ قدرت بالا، علاقه بالا (مدیریت فعال): این گروه نیاز به مشارکت نزدیک و مدیریت فعال دارند. شامل مدیریت دانشکده، اساتید، بیمارستان‌های آموزشی و وزارت بهداشت.
- ✓ قدرت بالا، علاقه کم (راضی نگه داشتن): این گروه باید راضی نگه داشته شوند، اما نیازی به درگیری مداوم نیست. مانند حامیان مالی یا برخی نهادهای نظارتی، وزارت بهداشت.

✓ قدرت کم، علاقه بالا (اطلاع‌رسانی): این گروه باید به‌خوبی مطلع شوند تا حمایت آن‌ها حفظ شود. شامل دانشجویان و جامعه محلی، مراکز جامع سلامت.

✓ قدرت کم، علاقه کم (نظارت حداقلی): این گروه نیاز به توجه کمتری دارند. مانند دانشجویان غیرپزشکی یا کارکنان غیرمرتبط.

- تحلیل و استراتژی‌های پیشنهادی

✓ مدیریت فعال (قدرت بالا، علاقه بالا): بین مدیریت و اساتید و بیمارستان‌ها، به دلیل مواجهه با کمبود منابع انسانی و ناکارآمدی ساختاری، باید جلسات منظم، به منظور شفافیت در تصمیم‌گیری و مشارکت در برنامه‌ریزی‌های استراتژیک، بهبود، هماهنگی و اولویت‌بندی منابع، اولویت‌بندی منابع با تمرکز بر نیازهای فوری (مثل تعمیر تجهیزات موجود یا به‌روزرسانی حداقل زیرساخت‌ها)، صورت گیرد. بازنگری چارت سازمانی از وزارت بهداشت برای افزایش کارایی باید صورت گیرد. می‌توان برای اساتید، فرصت‌های تحقیقاتی و برای بیمارستان‌ها، هماهنگی در برنامه‌های بالینی در نظر گرفت.

✓ اساتید و هیئت علمی که نقش کلیدی در آموزش و پژوهش دارند، باید با ایجاد انگیزه از طریق فرصت‌های پژوهشی، حتی با منابع محدود، و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها نقش داشته باشند. با توجه به وجود تنها یک بیمارستان آموزشی، هماهنگی نزدیک با دانشکده برای برنامه‌های کارآموزی و کارورزی حیاتی است که با قراردادهای مشخص و تفاهم‌نامه برای استفاده بهینه از امکانات بیمارستان و جلسات مشترک برای رفع موانع آموزشی ضروری است.

✓ راضی نگه داشتن (قدرت بالا، علاقه کم): برای نهادهای نظارتی یا خیرین، گزارش‌های دوره‌ای و شفاف از عملکرد دانشکده و تأثیر بودجه آن‌ها ارائه شود. این نهادها بودجه و سیاست‌های کلان را تعیین می‌کنند، که با ارائه گزارش‌های منظم و شفاف از عملکرد و نیازها برای جلب حمایت مالی و سیاستی می‌توان استفاده کرد. خیرین می‌توانند نقش مهمی در تأمین تجهیزات یا زیرساخت‌ها داشته باشند که با ارائه طرح‌های جذاب (مثل ارتقای مراکز سلامت یا بیمارستان) و گزارش تأثیر کمک‌های آن‌ها می‌توان جذب بیشتری را انجام داد.

✓ اطلاع‌رسانی (قدرت کم، علاقه بالا): دانشجویان باید از تغییرات برنامه‌های آموزشی و امکانات از طریق اطلاعیه‌ها و جلسات توجیهی مطلع شوند. به دلیل محدودیت‌های ساختاری (مثل چارت قدیمی و وجود تنها یک بیمارستان آموزشی)، ممکن است نگرانی‌هایی در خصوص کیفیت آموزش بالینی وجود داشته باشد که با اطلاع‌رسانی شفاف درباره برنامه‌های آموزشی، جلسات توجیهی و ایجاد کانال‌های ارتباطی (مثل انجمن‌های دانشجویی) می‌توان این موضوع را مدیریت نمود. برای جامعه محلی و بیماران، برنامه‌های آموزشی یا خدمات درمانی رایگان می‌تواند ارتباط را تقویت کند. به خدمات درمانی بیمارستان و مراکز سلامت وابسته‌اند، لذا برگزاری برنامه‌های آموزشی عمومی یا خدمات درمانی رایگان برای تقویت ارتباط می‌تواند کمک کند. مراکز جامع سلامت برای آموزش جامعه‌محور و ارائه خدمات اولیه حیاتی‌اند، اما قدرت تصمیم‌گیری کمی دارند. بنابراین هماهنگی منظم با دانشکده برای برنامه‌های آموزشی و ارائه گزارش عملکرد می‌تواند استراتژی موثری باشد.

✓ نظارت حداقلی (قدرت کم، علاقه کم): تعامل کمی با دانشکده دارند. برای این گروه، اطلاعات عمومی و به‌روز از طریق وبسایت یا خبرنامه کافی است.

ملاحظات خاص دانشکده پزشکی

کیفیت آموزش و پژوهش: اساتید و دانشجویان به عنوان ذی نفعان اصلی، باید در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با برنامه‌های آموزشی و پژوهشی مشارکت داده شوند. تمرکز بر آموزش آفلاین و پژوهش‌های محلی (بیماری‌های گرمسیری) نیز باید در دستور کار قرار گیرد.

منابع مالی: با توجه به هزینه‌های بالای آموزش پزشکی، خیرین و حامیان مالی باید با گزارش‌های شفاف و جذاب راضی نگه داشته شوند. ارائه گزارش‌های دقیق به وزارت بهداشت درباره نیازها (تجهیزات، فضا) و طرح‌های جذاب برای خیرین (مثل تأمین دستگاه‌های تشخیصی).

ارتباط با بیمارستان‌ها: هماهنگی با بیمارستان‌های آموزشی برای کارآموزی و آموزش بالینی حیاتی است و نیاز به قراردادهای مشخص و همکاری نزدیک دارد.

مقررات وزارت بهداشت: الزامات قانونی و نظارتی باید به دقت رعایت شوند تا از مشکلات بودجه‌ای یا اعتبارسنجی جلوگیری شود.

بازنگری چارت سازمانی با کمک وزارت بهداشت یا مشاوران برای بهبود ساختار و افزایش کارایی می‌تواند کندی تصمیم‌گیری‌ها و ناکارآمدی در مدیریت منابع را اصلاح کند.

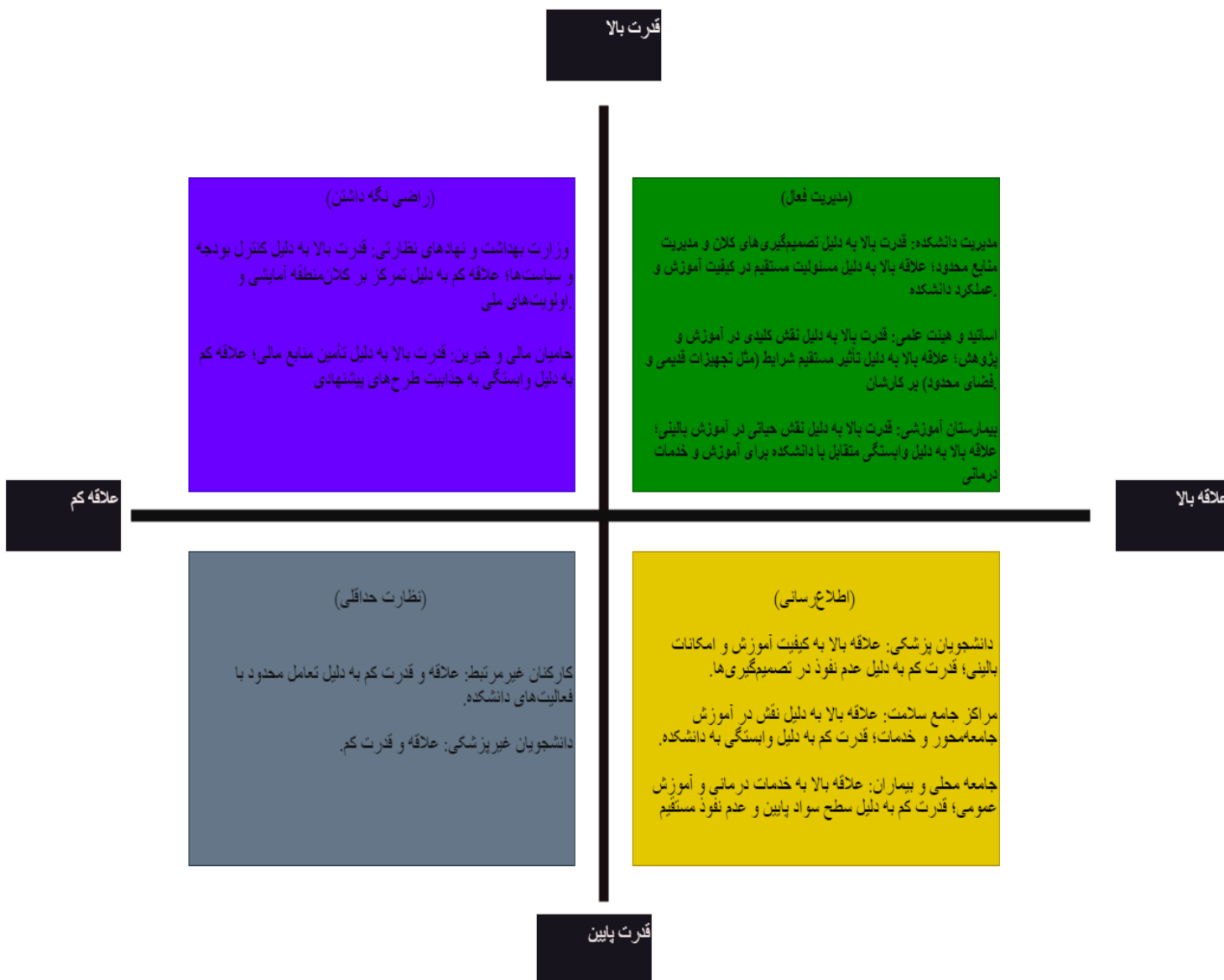
وجود یک بیمارستان آموزشی، فشار زیادی بر هماهنگی بین دانشکده و بیمارستان وارد می‌کند که با تقویت همکاری با مراکز جامع سلامت برای جبران کمبود فرصت‌های بالینی می‌توان بر این موضوع فایز آمد.

مراکز جامع سلامت می‌توانند در آموزش جامعه‌محور و پژوهش‌های محلی نقش مهمی ایفا کنند. بنابراین طراحی برنامه‌های آموزشی مشترک و استفاده از داده‌های محلی برای پژوهش در این راستا کمک کننده است.

فشار بر مدیریت، اساتید و بیمارستان برای استفاده بهینه از فضا، دانشجویان و مراکز سلامت نیز تحت تأثیر این محدودیت قرار دارند.

جامعه محلی نیاز به آموزش‌های ساده و متمرکز بر بیماری‌های منطقه دارد.

اطلاع‌رسانی شفاف به دانشجویان درباره برنامه‌های آموزشی، همکاری با مراکز سلامت برای آموزش جامعه‌محور، و کمپین‌های ساده برای جامعه محلی، ارائه اطلاعات عمومی از طریق تابلوهای اعلانات نیز باید مد نظر قرار گیرد.



تحلیل ماتریس قدرت و علاقه برای دانشکده پزشکی به مدیریت بهتر ذی‌نفعان و اولویت‌بندی منابع کمک می‌کند. تمرکز اصلی باید روی ذی‌نفعان با قدرت و علاقه بالا (مدیریت، اساتید، بیمارستان‌ها) باشد تا با هماهنگی نزدیک مدیریت شوند و منابع محدود بهینه استفاده شوند. در حالی که اطلاع‌رسانی منظم به دانشجویان و جامعه و راضی نگه داشتن حامیان مالی و خیرین و جلب رضایت وزارت بهداشت برای بهبود زیرساخت‌ها و کیفیت آموزش نیز ضروری است.

تحلیل محیط داخلی و خارجی

در این فصل، به منظور شناسایی عوامل داخلی و خارجی تأثیرگذار بر عملکرد دانشکده پزشکی بم، کمیته برنامه‌ریزی راهبردی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی دانشکده پزشکی بم را از طریق برگزاری جلسات و نشست‌های تخصصی با مسئولین دانشکده و واحدهای تابعه شناسایی و سپس با طراحی پرسشنامه و انجام یک مرحله دلفی مهم‌ترین این عوامل استخراج گردیدند که در زیر هر یک از این عوامل به تفکیک آورده شده است.

تحلیل محیط داخلی

نقاط قوت (Strengths)

۱. بهره‌مندی از اعضای هیئت‌علمی جوان با انرژی، متعهد، توانمند در کنار افراد با تجربه در حوزه‌های آموزش، پژوهش، درمان
۲. تعهد و عزم مجموعه مدیریت دانشکده مبنی بر ارتقاء علمی، فرهنگی و پژوهشی
۳. وجود کمیته‌های مستمر و کانون‌های دانشجویی
۴. مجهز بودن کتابخانه به رایانه، کتب و مجلات چاپی و الکترونیک
۵. اصلاح فرایندهای آموزشی مانند گنجاندن پزشکی اجتماعی در برنامه آموزشی و ارزشیابی دانشجویان به طریق آسکی
۶. وجود دفتر مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی (EDO)
۷. توجه ویژه به توانمندسازی اعضای هیئت‌علمی، کارکنان و دانشجویان در زمینه‌های آموزشی و پژوهشی
۸. وجود تفکر برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک
۹. وجود آزمایشگاه‌ها و تجهیزات تخصصی در سطح دانشکده
۱۰. توجه به انتظارات مشتریان داخلی (کارکنان) و خارجی (دانشجویان) و تکریم ارباب رجوع
۱۱. وجود عزم و اراده قوی در دانشکده جهت توسعه کمی و کیفی خدمات و منابع
۱۲. استفاده از ظرفیت خیرین منطقه در تقویت، بازسازی و نوسازی ساختمان‌ها و تأمین ملزومات و تجهیزات

نقاط ضعف (Weakness)

۱. کمبود فضاهای آموزشی، آزمایشگاهی، آموزش بالینی و سالن‌های مطالعه و امتحانات
۲. پایین بودن انگیزه ارائه خدمات و پاسخگویی در کارکنان ارائه‌دهنده خدمات درمانی
۳. کمبود امکانات رفاهی مورد نیاز اعضای هیئت‌علمی و کارکنان و دانشجویان
۴. بهره‌برداری پایین از فناوری‌های نوین اطلاعات
۵. متناسب نبودن فضاهای درمانی و پشتیبانی احداث شده با کاربرد مورد انتظار
۶. کمبود اعضای هیئت‌علمی متناسب با نیاز دانشکده
۷. پراکندگی مراکز و مکان‌های آموزشی و درمانی دانشگاه
۸. کم بودن فعالیت‌های پژوهشی برخی اعضای هیئت‌علمی بالینی
۹. ضعف نسبی در نظام گزارش دهی، جمع‌آوری، ثبت و تحلیل آمار و اطلاعات
۱۰. کمبود تجهیزات آزمایشگاه‌ها، به‌روز نبودن زیرساخت‌ها و سخت‌افزارهای حوزه فناوری اطلاعات دانشکده

تحلیل محیط خارجی (External Environment Analysis)

فرصت‌ها: (Opportunities)

۱. پتانسیل برقراری ارتباط با بخش صنعت و سایر سازمان‌های موجود در منطقه
۲. وجود فرودگاه، راه‌آهن و مراکز گردشگری و اقامتی متعدد و منطقه اقتصادی ویژه ارگ جدید و قدیم و در شهرستان و وجود ظرفیت گردشگری سلامت
۳. موقعیت جغرافیایی دانشگاه و قرارگیری فی‌مابین دانشگاه‌های منطقه هشت
۴. وجود فرصت‌های فراوان پژوهشی در زمینه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی در منطقه
۵. وجود مراکز علمی تحقیقاتی و قطب‌های صنعتی متعدد در استان
۶. امکان استفاده از فضای مجازی جهت ارتقاء سطح آگاهی مردم
۷. توجه ویژه به حوزه دانشگاه در طرح برنامه عدالت- تعالی و بهره‌وری در علوم پزشکی
۸. نگاه حمایتی دولت به بخش سلامت
۹. راه‌های ارتباطی مناسب با شهرستان‌های همجوار
۱۰. وجود فرصت هوش مصنوعی در تمامی حوزه‌های سلامت

تهدیدها (Threats)

۱. عدم همکاری سایر سازمان‌ها در جهت تحقق اهداف مشترک
۲. بالا بودن آمار آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد و خودکشی
۳. شناخت ناکافی سیاست‌گذاران از اهداف حوزه سلامت
۴. گسترش حاشیه‌نشینی و مهاجرت از روستا به حاشیه شهر
۵. شیوع اختلالات رفتاری در بین مردم شهر بعد از حادثه زلزله
۶. افزایش تهدیدات زیست‌محیطی در منطقه به‌ویژه خشک‌سالی، ریزگردها و زلزله
۷. کافی نبودن و عدم تخصیص به‌موقع اعتبارات دانشگاه
۸. ارتباط ضعیف واحدهای پژوهش سازمان‌های دولتی و مراکز تحقیقاتی در سطح استان
۹. ناکافی بودن ارتباطات بین دانشگاهی در سطح استانی، ملی و بین‌المللی
۱۰. پایین بودن سواد سلامت جامعه و افزایش نیازهای القایی و کاذب در حوزه سلامت
۱۱. توجه و تأکید بیش از حد آیین‌نامه ارتقاءاعضاهیت علمی به امر پژوهش در مقابل آموزش
۱۲. تعدد برنامه‌های ابلاغی و ناکافی بودن فرصت و منابع مورد نیاز جهت اجرا
۱۳. تأخیر در پرداخت مطالبات از سوی سازمان‌های بیمه‌گر

۱۴. افزایش نرخ تورم و در نتیجه کاهش قدرت خرید مردم
۱۵. افزایش تقلبات غذایی و دارویی و ملزومات پزشکی و نیز کاهش کیفیت و ایمنی
۱۶. عدم تناسب بودجه تأمین تجهیزات پزشکی با گسترش کمی و کیفی امکانات بخش‌های درمانی

تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی

در این بخش با برگزاری نشست مسئولین دانشکده و خبرگان دانشگاه، میزان ضریب و رتبه هر یک از عوامل داخلی و خارجی مشخص گردید و اطلاعات حاصل از این قسمت برای شناسایی جایگاه دانشکده علوم پزشکی بم در ماتریس SWOT مورد استفاده قرار گرفت.

منظور از ضریب، میزان اهمیت هر یک از عوامل برای دانشکده می‌باشد و دامنه عددی بین یک (بی‌اهمیت) تا صد (بسیار مهم) را شامل می‌شود. لازم به ذکر است که مجموع ضرایب هر یک از جداول (عوامل داخلی و عوامل خارجی) باید ۱۰۰ باشد. منظور از رتبه نیز، میزان واکنش دانشکده نسبت به هر یک از عوامل می‌باشد. به این معنی که در عوامل داخلی تا چه میزان، وضعیت فعلی سازمان پاسخگوی هر عامل است و در عوامل خارجی تا چه میزان، سازمان توانایی مقابله با تهدید یا استفاده از فرصت را دارد. رتبه، عددی بین صفر (واکنش ضعیف) تا چهار (واکنش عالی) می‌باشد. نمره، از حاصل ضرب دو عدد ضریب و رتبه به دست می‌آید.

عوامل داخلی :نقاط قوت و ضعف

ماتریس نمره دهی عوامل داخلی			
نقاط قوت	ضریب	رتبه	نمره
بهره‌مندی از اعضای هیئت‌علمی جوان با انرژی، متعهد، توانمند در کنار افراد با تجربه در حوزه های آموزش، پژوهش، درمان	۵	۲	۱۰
تعهد و عزم مجموعه مدیریت دانشکده مبنی بر ارتقاء علمی، فرهنگی و پژوهشی	۵	۲	۱۰
وجود کمیته های مستمر و کانون های دانشجویی	۳	۲	۶
مجهز بودن کتابخانه به رایانه، کتب و مجلات چاپی و الکترونیک	۴	۲	۸
اصلاح فرایندهای آموزشی مانند گنجاندن پزشکی اجتماعی در برنامه آموزشی و ارزشیابی دانشجویان به طریق آسکی	۵	۲	۱۰
وجود دفتر مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی(EDO)	۴	۲	۸
توجه ویژه به توانمندسازی اعضای هیئت‌علمی، کارکنان و دانشجویان در زمینه‌های آموزشی و پژوهشی	۴	۲,۵	۱۰
وجود تفکر برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک	۶	۲	۱۲
وجود آزمایشگاه‌ها و تجهیزات تخصصی در سطح دانشکده	۵	۲	۱۰
توجه به انتظارات مشتریان داخلی(کارکنان) و خارجی(دانشجویان) و تکریم ارباب‌رجوع	۵	۲	۱۰
وجود عزم و اراده قوی در دانشکده جهت توسعه کمی و کیفی خدمات و منابع	۶	۲	۱۲
استفاده از ظرفیت خیرین منطقه در تقویت، بازسازی و نوسازی ساختمان ها و تأمین ملزومات و تجهیزات	۵	۲	۱۰
نقاط ضعف	ضریب	رتبه	نمره
کمبود فضاهای آموزشی، آزمایشگاهی، آموزش بالینی و سالن‌های مطالعه و امتحانات	۴	۲	۸
پایین بودن انگیزه ارائه خدمات و پاسخگویی در کارکنان ارائه‌دهنده خدمات درمانی	۴	۲	۸
کمبود امکانات رفاهی مورد نیاز اعضای هیئت‌علمی و کارکنان و دانشجویان	۵	۲	۱۰
بهره‌برداری پایین از فناوری‌های نوین اطلاعات	۵	۲	۱۰
متناسب نبودن فضاهای درمانی و پشتیبانی احداث شده با کاربرد مورد انتظار	۶	۲	۱۲
کمبود اعضای هیئت‌علمی متناسب با نیاز دانشکده	۵	۳	۱۵

۱۰	۲	۵	پراکندگی مراکز و مکان‌های آموزشی و درمانی دانشگاه
۳	۱,۵	۲	کم بودن فعالیت‌های پژوهشی برخی اعضای هیئت‌علمی بالینی
۶	۲	۳	ضعف نسبی در نظام گزارش دهی، جمع‌آوری، ثبت و تحلیل آمار و اطلاعات
۸	۲	۴	کمبود تجهیزات آزمایشگاهها، به‌روز نبودن زیرساخت‌ها و سخت‌افزارهای حوزه فناوری اطلاعات دانشکده
۲۰۶	-	۱۰۰	جمع

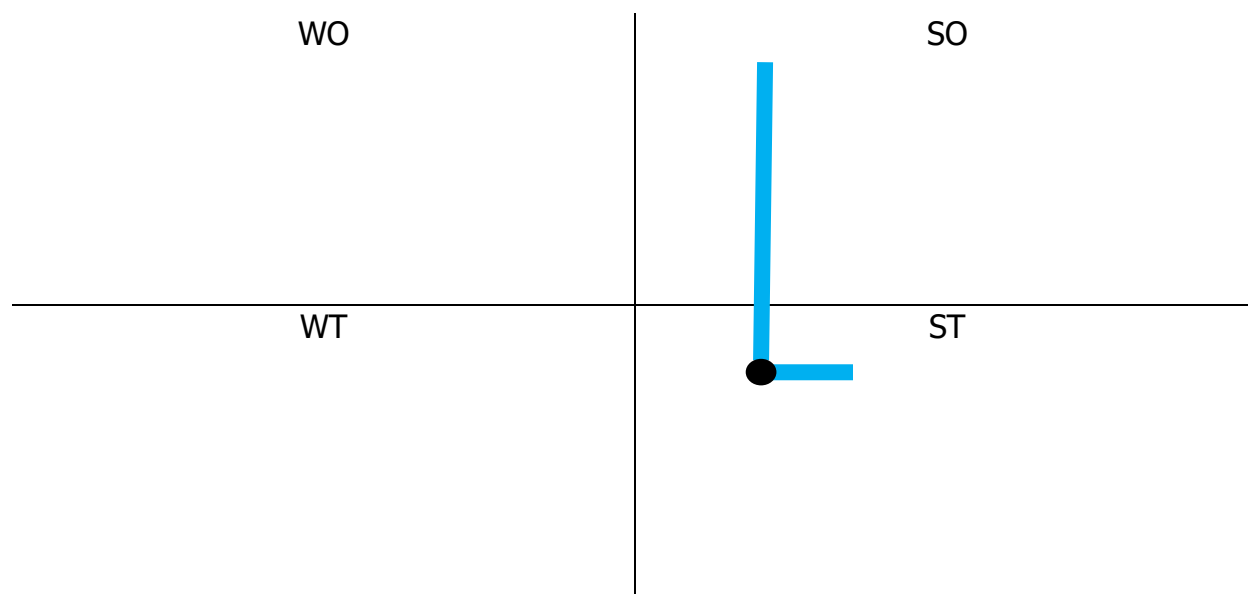
عوامل خارجی :فرصت‌ها و تهدیدات

ماتریس نمره دهی عوامل خارجی			
فرصت‌ها	ضریب	رتبه	نمره
پتانسیل برقراری ارتباط با بخش صنعت و سایر سازمان‌های موجود در منطقه	۸	۲	۱۶
وجود فرودگاه، راه‌آهن و مراکز گردشگری و اقامتی متعدد و منطقه اقتصادی ویژه ارگ جدید و قدیم و در شهرستان و وجود ظرفیت گردشگری سلامت	۴	۱	۴
موقعیت جغرافیایی دانشگاه و قرارگیری فی‌مابین دانشگاه‌های منطقه هشت	۳	۲	۶
وجود فرصت‌های فراوان پژوهشی در زمینه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی در منطقه	۵	۱٫۵	۷٫۵
وجود مراکز علمی تحقیقاتی و قطب‌های صنعتی متعدد در استان	۵	۱	۵
امکان استفاده از فضای مجازی جهت ارتقاء سطح آگاهی مردم	۳	۱	۳
نگاه حمایتی دولت به بخش سلامت	۶	۲	۱۲
راه‌های ارتباطی مناسب با شهرستان‌های هم‌جوار	۳	۲	۶
وجود فرصت هوش مصنوعی در تمامی حوزه‌های سلامت	۸	۱	۸
تهدیدات	ضریب	رتبه	نمره
عدم همکاری سایر سازمان‌ها در جهت تحقق اهداف مشترک	۴	۱	۴
بالا بودن آمار آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد و خودکشی	۶	۲	۱۲
شناخت ناکافی سیاست‌گذاران از اهداف حوزه سلامت	۴	۲	۸
گسترش حاشیه‌نشینی و مهاجرت از روستا به حاشیه شهر	۴	۱	۴
شیوع اختلالات رفتاری در بین مردم شهر بعد از حادثه زلزله	۵	۲	۱۰
افزایش تهدیدات زیست‌محیطی در منطقه به‌ویژه خشک‌سالی، ریزگردها و زلزله	۴	۱	۴
کافی نبودن و عدم تخصیص به‌موقع اعتبارات دانشگاه	۶	۱	۶
ارتباط ضعیف واحدهای پژوهش سازمان‌های دولتی و مراکز تحقیقاتی در سطح استان	۳	۱	۳
ناکافی بودن ارتباطات بین دانشگاهی در سطح استانی، ملی و بین‌المللی	۵	۱	۵
پایین بودن سواد سلامت جامعه و افزایش نیازهای القایی و کاذب در حوزه سلامت	۳	۱	۳
توجه و تأکید بیش‌ازحد آیین‌نامه ارتقاءاعضاءهیئت علمی به امر پژوهش در مقابل آموزش	۶	۱	۶
تعدد برنامه‌های ابلاغی و ناکافی بودن فرصت و منابع مورد نیاز جهت اجرا	۵	۱	۵
جمع	۱۰۰	-	۱۳۷٫۵

جایگاه راهبردی دانشکده پزشکی علوم پزشکی بم

با بازنگری و بررسی مجدد نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید و تعیین رتبه و ضرایب آنها، دانشکده پزشکی بم در موقعیت **ST** قرار گرفته است و می‌بایست این دانشکده با توجه به نقاط قوت موجود خود و با به‌کارگیری راهبردها و استراتژی‌های مناسب اثرات تهدیدات را کاهش و نسبت به بهبود نقاط ضعف خود اقدام نماید.

نمودار موقعیت راهبردی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم بر اساس ماتریس نمره دهی **SWOT**



اهداف کلان (Goal) ، اهداف اختصاصی ((Objective و استراتژی‌های (Strategy) دانشکده
پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم

اهداف کلان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم (Goals)

- G1: توسعه آموزش علوم پزشکی پاسخگو، جامعه نگر، عادلانه و ادغام یافته در ارائه مراقبت‌های سلامت
- G2 : افزایش بهره مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت و دسترسی عادلانه و همگانی به خدمات سلامت باکیفیت
- G3 : افزایش بهره‌وری منابع مالی، فیزیکی و انسانی و ارتقای فرهنگ‌سازمانی
- G4 : توسعه کمی و کیفی پژوهش‌های کاربردی و بنیادی در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه در عرصه سلامت و ارتقا عدالت پژوهشی
- G5 : تامین رضایت‌مندی گیرندگان خدمت و تعالی خدمات بالینی در مراکز درمانی
- G6: توسعه و تقویت جایگاه اخلاق حرفه ای در آموزش
- G7: ارتقا و اعتلای سطح فرهنگی دانشجویان، کارکنان و اعضای هیات علمی

- اهداف اختصاصی دانشکده پزشکی بم (Objective)
- آموزش و توانمندسازی اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارکنان آموزشی
- ارتقا کیفیت آموزش ها
- پیاده سازی استاندارد و راهنمای اخلاق حرفه‌ای در آموزش علوم پایه و بالینی
- استفاده بیشتر از توانمندی‌ها و مشارکت دانشجویان در اداره امور و حل مشکلات دانشجویان
- اجرای برنامه اعتباربخشی آموزشی در دانشکده بر اساس الزامات وزارت بهداشت
- افزایش میزان رضایت‌مندی اعضای هیئت علمی
- بکارگیری هوش مصنوعی در حوزه آموزش و پژوهش و توانمندسازی اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارکنان آموزشی
- توسعه و بهبود فضا، امکانات و تجهیزات
- هدفمندسازی تحقیقات و توسعه تحقیقات مبتنی بر نیازهای جامعه
- توانمندسازی و دانش‌افزایی کارکنان، بازآموزی منابع انسانی و ارتقای فرهنگ سازمانی دانشکده
- استفاده بروز و کاربردی از داشبوردهای مدیریت مالی و نیروی انسانی
- برنامه‌های حمایتی دانشجویان
- بکارگیری اطلاعات شاخص گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی در آموزش دانشجویان
- آموزش در خصوص حمایت از بیماران به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر و آسیب‌دیده
- تعامل سازنده و مستمر با بخش سلامت و زیرمجموعه‌های مرتبط
- حمایت از تشکل‌های دانشجویی در فعالیت‌های حوزه‌های علمی، فرهنگی و اجتماعی
- فراهم کردن تسهیلات رفاهی برای دانشجویان
- توسعه فردی و اجتماعی دانشجویان

استراتژی‌ها

- ✓ برگزاری کارگاه‌های آموزشی حضوری/غیرحضوری
- ✓ ارتقا مهارت های نرم دانشجویان جدیدالورود
- ✓ آموزش دانشجویان پزشکی در خصوص پیگیری و مراقبت مستمر از بیماران طبق دستورالعمل کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ✓ توسعه و ساماندهی آموزش اخلاق حرفه‌ای در بین دانشجویان
- ✓ استفاده بیشتر از توانمندی‌ها و مشارکت دانشجویان در اداره امور و حل مشکلات دانشجویان
- ✓ توسعه و ارتقای آزمون‌ها
- ✓ توسعه تعاملات و همکاری‌ها
- ✓ اجرای دوره‌ای برنامه اعتباربخشی در دانشکده
- ✓ تقویت برنامه‌های آموزش علوم پزشکی مبتنی بر حضور در جامعه
- ✓ تقویت آموزش مجازی برای ارائه زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری و محتوای آموزشی استاندارد
- ✓ حمایت از تحقیقات و توسعه تحقیقات مبتنی بر نیازهای جامعه
- ✓ تعامل با سازمان‌های شناسایی شده و ذی‌النفعان
- ✓ تدوین برنامه پزشکی جامعه نگر در سطح دانشکده
- ✓ افزایش متون پزشکی جامعه نگر
- ✓ آموزشی نمودن برخی از مراکز بهداشتی درمانی در حوزه مرتبط
- ✓ اجرای برنامه های اصلاح سبک زندگی با رویکرد ادغام آموزش جامعه نگر
- ✓ توسعه تحقیقات کاربردی
- ✓ آگاه سازی دانشجویان از توانمندی هایعمومی لازم برای عملکرد مناسب در حفه پزشکی
- ✓ ارائه خدمات مشاوره، پیشگیری، برنامه های همتاپاران، غربالگری سنجش سلامت جسمی، روانی و تحصیلی

پایش و ارزشیابی

موفقیت اجرای هر مداخله مشروط به وجود برنامه مدون پایش و ارزشیابی است بدون وجود نظارت و کنترل با پایش برنامه، پیشرفت و انحراف آن معلوم نمی‌گردد، لذا هم زمان با انجام فعالیت‌ها بایستی این امر بسیار مهم نیز انجام شود. اما چگونگی اجرای برنامه:

الف: پایش

پایش بایستی به صورت ماهانه یا حداقل فصلی و توسط مدیران و کارشناسان ستادی انجام شود.

ابزار پایش و نظارت: این ابزار برگرفته از فعالیت‌ها و معیارهایی است که می‌تواند فعالیت‌های داخل هر برنامه را چک و کنترل نماید. ابزار عمدتاً به صورت فرم‌هایی است که فعالیت‌ها و شاخص‌های مربوطه در آن درج شده و به صورت پرسشنامه یا چک لیست در اختیار ناظر قرار می‌گیرد. ناظر با مراجعه به مسئول اجرایی برنامه از چگونگی اجرای فعالیت‌ها به صورت پرسش و پاسخ (مصاحبه) و یا صرفاً پرسش کردن و تیک زدن داخل فرم چک لیست وضعیت اجرای برنامه را پایش می‌کند. پس از اتمام کار جمع بندی نتایج و تحلیل کارشناسی خود را به صورت گزارش به مدیر ستادی ارائه می‌کند. مدیریت مربوطه پس از بررسی گزارش و اعمال نظرات اصلاحی خود بازخورد آن را به مدیر اجرایی اعلام خواهد نمود. در بازخورد به وضعیت اجرای برنامه از نظر پیشرفت، عدم پیشرفت و یا احیاناً انحراف در برنامه اشاره خواهد شد. گزارش‌های می‌توانند به صورت موردی، فصلی یا سالیانه باشند.

ب: ارزشیابی

ارزیابی اثربخش مستلزم تدوین انواع شاخص‌های عملکردی بر اساس عناوین برنامه (شاخص‌های کارایی، شاخص‌های خروجی، شاخص‌های پیامد، شاخص‌های اثربخشی و کیفیت) می‌باشد و همچنین بایستی توالی اندازه‌گیری شاخص‌ها بر اساس دوره ارزیابی تعیین گردد. محور ارزیابی معمولاً به صورت هر شش ماه، سالیانه یا در پایان هر برنامه انجام می‌گیرد. ارزیابی قاعده‌تاً توسط سیاست گذار و در سطح ستادی انجام می‌شود و نتایج ارزیابی عمدتاً جهت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی کلان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

سخن پایانی

باید توجه داشت که برنامه‌ریزی ابزار رسیدن به هدف است، نه خود هدف. برنامه، خود به تنهایی ارزش چندانی ندارد؛ هدف و منظور از برنامه‌ریزی تهیه و تدوین برنامه نیست، بلکه هدف اصلی دستیابی به نتایج مورد نظر سازمان است. برنامه‌ریزی فرآیندی پیوسته، مستمر و پویاست، نه گسسته و مقطعی. موفقیت در فرآیندهای اجرا و ارزیابی راهبرد در درجه‌ی اول وابسته به برنامه‌ریزی راهبردی است. چرا که آنچه به‌عنوان ورودی در اختیار فرآیندهای اجرا و ارزیابی قرار می‌گیرد، در حقیقت همان راهبردی است که حاصل یا خروجی فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی است. پس «راهبرد» محصول فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی و «برنامه» محصول فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی است. از این‌رو می‌توان تفاوت‌های مشهودی را میان راهبرد و برنامه در نظر گرفت. همان‌طور که اشاره شد برنامه دارای مسیر و مقصدی مشخص و دقیق است، از جنس کمی، مصداقی و عینی است، دارای زمان شروع و پایان مشخص است. ولی راهبرد از جنس ذهنی و تئوریک است و دارای زمان مشخصی نیست؛ در حقیقت راهبرد نوعی جهت‌گیری است و بیشتر بیانگر موقعیت و گرایش است.