



برنامه استراتژیک دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی نیشابور
۱۳۹۵ - ۱۴۰۰

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۲	سخن رئیس دانشکده
۳	سخن دبیر کمیته تدوین برنامه استراتژیک
۴	۱ اعضای اصلی کمیته برنامه ریزی
۵	۱ اعضای فرعی کمیته برنامه ریزی
	فصل اول - تعاریف
۷	۱-۱ وضعیت نیشابور
۱۱	۳-۱ واژه‌ها
	فصل دوم - وظایف اساسی دانشکده
۲۰	۱-۲ وظایف دانشکده در راستای سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری

۲۱	۲-۲ وظایف دانشکده بر اساس احکام برنامه پنجم توسعه
۲۴	۳-۲ وظایف دانشکده بر اساس نقشه جامع علمی سلامت
۲۶	۴-۲ وظایف دانشکده بر اساس کلیات برنامه ششم توسعه
	فصل سوم - تحلیل ذینفعان
۲۸	ذینفعان و مخاطبان داخلی خارجی
	فصل چهارم - بیانیه مأموریت
۳۰	۱-۴ چشم انداز
۳۰	۲-۴ رسالت
۳۰	۳-۴ ارزش ها
	فصل پنجم - ارزیابی محیط داخلی و خارجی (SWOT)
۳۲	۱-۵ تحلیل محیط داخلی
۳۲	۲-۵ تحلیل محیط خارجی
	فصل ششم - مسائل استراتژیک دانشکده
۴۰	۱-۶ توسعه فرهنگ سازمانی
۴۱	۲-۶ مدیریت دستگاهها فرایندهای سازمانی
۴۱	۳-۶ صیانت از حقوق مردم سلامت اداری
۴۱	۴-۶ نظارت ، ارزیابی ارزشیابی
۴۱	۵-۶ ارتباطات و هماهنگی در برنامه های سلامت (بهداشت ، درمان ، غذاودارو)
۴۱	۶-۶ مشارکتهای اجتماعی ، سازمان های مردم نهاد وخیریه ها
۴۲	۷-۶ فن آوری اطلاعات در راستای توسعه دولت الکترونیک
۴۳	۸-۶ مدیریت خدمات بهداشتی
صفحه	عنوان
۴۳	۹-۶ مدیریت آموزش علوم پزشکی
۴۳	۱۰-۶ مدیریت پژوهش
۴۴	۱۰-۶ مدیریت فرهنگی ودانشجویی
۴۴	۱۲-۶ مدیریت خدمات درمانی
۴۵	۱۳-۶ مدیریت خدمات غذا ودارو
۴۵	۱۴-۶ مدیریت سرمایه انسانی
۴۶	۱۵-۶ مهندسی نقش و ساختار سازمانی
۴۶	۱۶-۶ مدیریت منابع مالی وبودجه
۴۸	۱۷-۶ مدیریت منابع فیزیکی وتجهیزات
	فصل هفتم - استراتژی ها

- ۵۰ ۱-۷ استراتژی‌های توسعه فرهنگ سازمانی
- ۵۰ ۲-۷ استراتژی‌های مدیریت دستگاه‌ها فرایندهای سازمانی
- ۵۱ ۳-۷ استراتژی‌های صیانت از حقوق مردم و سلامت اداری
- ۵۲ ۴-۷ استراتژی‌های نظارت، ارزیابی ارزشیابی
- ۵۳ ۵-۷ استراتژی‌های ارتباطات و هماهنگی در برنامه‌های سلامت (بهداشت، درمان، غذا و دارو)
- ۵۴ ۶-۷ استراتژی‌های مشارکت‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها
- ۵۴ ۷-۷ استراتژی‌های فن آوری اطلاعات در راستای توسعه دولت الکترونیک
- ۵۶ ۸-۷ استراتژی‌های مدیریت خدمات بهداشتی
- ۵۹ ۹-۷ استراتژی‌های مدیریت آموزش علوم پزشکی
- ۶۱ ۱۰-۷ استراتژی‌های مدیریت پژوهش
- ۶۲ ۱۱-۷ استراتژی‌های مدیریت فرهنگی و دانشجویی
- ۶۴ ۱۲-۷ استراتژی‌های مدیریت خدمات درمانی
- ۶۶ ۱۳-۷ استراتژی‌های مدیریت خدمات غذا و دارو
- ۶۸ ۱۴-۷ استراتژی‌های مدیریت سرمایه انسانی
- ۶۹ ۱۵-۷ استراتژی‌های مهندسی نقش و ساختار سازمانی
- ۷۰ ۱۶-۷ استراتژی‌های مدیریت منابع مالی و بودجه
- ۷۱ ۱۷-۷ استراتژی‌های مدیریت منابع فیزیکی و تجهیزات

ضمائم



بسمه تعالی

تقریباً از سالهای نیمه دوم قرن بیستم سازمان‌های برتر و پیشرو دنیا به لزوم و اهمیت برنامه ریزی استراتژیک پی برده و مزایای آن را در رسیدن به اهداف و پیشبرد برنامه‌ها و تعیین آینده‌ی سازمان خود به خوبی لمس کرده‌اند.

دردنیای امروز که به شدت تحت تاثیر تغییر و تحول است، سازمان بدون راهبرد، همانند کشتی بدون سکانی است که همواره تلاطم امواج حوادث و تغییرات محیطی گریبانگیر آن خواهد بود. لذا استفاده از این نوع از برنامه ریزی به سازمان‌ها این قدرت را می‌دهد که به صورت فراکنشی و نه واکنشی به استقبال آینده رفته و برای استفاده از هریک از فرصت‌ها و مقابله با هر یک از تهدیدها راهبردی از قبل طراحی داشته باشند.

بر اساس این برنامه مدیران سازمان می‌دانند که در کجا قرار دارند؟ به کجا می‌خواهند بروند؟ و چگونه و با چه ابزارهایی می‌خواهند به اهداف خود نائل گردند؟

زمانی که افتخار خدمت در نیشابور عزیز شهری که در برهه‌هایی از زمان شهره علم و ادب و فرهنگ بوده است را پیدا نمودم، از همکاران گرامی دانشکده نوپای علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی که بعضی از آنان دارای تجارب ارزشمندی در تدوین برنامه استراتژیک هستند خواستم تا در این راستا دست به کار شوند. به همه‌ی این عزیزان دست مریزاد می‌گویم و از زحمات مستمر آنان که با برگزاری جلسه‌های کارشناسی این مهم را به انجام رساندند تقدیر و تشکر می‌کنم.

دکتر محسن عظیمی نژاد

رئیس دانشکده



بسمه تعالی

در وجود انسان خاطره و امید دو چیز متفاوت و عجیب هستند اولی به گذشته نگاه می‌کند و دیگری به آینده و ما باید سعی کنیم پندارهایی را که طرح‌های آینده ما را اثربخش تر می‌کنند در ذهنمان تجسم کنیم. ما باید مهارت تجسم کردن را در راستای دستیابی به نتایج مثبت به کار بندیم، مانند قهرمان المپیک و تصویر سازی با جزئیات به هنگام تمرین یعنی با تصور و تجسم قرار گرفتن در خط شروع و شنیدن صدای شلیک تیر، دویدن، شنیدن هیاهوی تماشاگران، مشاهده خط پایان و در نهایت عبور از خط پایان و شنیدن صدای تشویق که این تصورات، انرژی مثبت فراوان در آن‌ها ایجاد کرده و باعث می‌گردد امیدوارتر و با انرژی بیشتری به تمرینات پرداخته و نتیجه مطلوب تری به دست بیاورند. به تمامی این فعالیت‌های ذهنی تجسم گفته می‌شود. می‌توانیم با استفاده از این مهارت، آینده دلخواه خود را تصویر کرده و در راه رسیدن به آن برنامه ریزی نماییم. و می‌توان رویدادها را قبل از وقوع، تجزیه و تحلیل نماییم **Proactive Futuring** مسائل (آینده سازی فعال).

هدف از بیان مطالب بالا، اثبات امکان دستیابی به مفهوم برنامه ریزی استراتژیک (ساختن آینده دلخواه) است. آینده را می‌توان به وجود آورد و آن را به شکل دلخواه ساخت. مهم آن است که بدانیم آینده مطلوب چیست و راه رسیدن به آن با استفاده از مهارت تجسم و عینیت بخشیدن امکان پذیر می‌باشد، دقیقاً آن چیزی که در فرآیند برنامه ریزی استراتژیک دنبال می‌شود. ترسیم و درک آینده مطلوب "چشم انداز" یا vision چگونه است؟

تنها چیزی که در برنامه ریزی استراتژیک همه افراد باید بدانند این است که:

"هر چیزی را که تصور کنیم و بدان باور داشته باشیم، همان را به دست خواهیم آورد."

برای کمک به سازمان‌ها، برای تدوین یک چشم انداز و تعیین جایگاه خود و مسیر حرکت درآینده، تدوین برنامه استراتژیک لازم است. فرآیند برنامه ریزی استراتژیک یک پیام مهم و اثرگذار دارد و آن این است:

"اولین چیزی که برای شروع نیاز داریم یک رؤیاست، رؤیایی که بتواند ما را در بهتر از گذشته بودن یاری دهد. تنها چیزی که باید در وجودمان داشته باشیم باور است، باوری که تضمین کند رؤیایمان به واقعیت خواهد رسید. تنها چیزی که باید انجام دهیم عمل است و زمان همین حال است."

مجموعه ای که در پیش رودارید حاصل تلاش، همکاری و همفکری جمعی از همکاران دانشکده است که طی جلسات طولانی با قبول این باور که می‌توان آینده ای بهتر را تجسم و طراحی کرد و به سوی آینده مطلوب حرکت کرد رقم خورده، امید است با تداوم حرکت گام‌های مطلوب و موثری در زمینه اجرای برنامه فراهم کرد.

اسدا... حسن زاده

دبیر کمیته تدوین برنامه استراتژیک

اعضای کمیته تدوین برنامه استراتژیک

الف) اعضای اصلی کمیته برنامه ریزی

				
آقای محمد ابراهیم دهقانی	آقای محمد صادق دشتی	آقای محمد علی شورورزی	آقای دکتر اباصت برجی	
مدیر خدمات پشتیبانی	مدیر نیروی انسانی	مدیر برنامه ریزی ، بودجه و پایش عملکرد	معاون آموزشی و پژوهشی	
				
آقای دکتر محمد آذینی	آقای حامد سلیمانی	آقای مهندس ابراهیم پوراحمدی	آقای علی نیر آبادی	
مدیر گروه بیماریها	مدیر امور حقوقی و بازرسی	مدیر منابع فیزیکی	مدیر مالی	
				
خانم آزاده تقوی راد	خانم فروغ جمشیدی	دکتر احمد درودی	آقای دکتر علی اصغر راستگو	آقای کیوان بهفر
کارشناس درمان	کارشناس آمار	مسئول آموزش مداوم	معاون درمان	رئیس اداره دانش بنیان

ب) اعضای فرعی کمیته برنامه ریزی

اعضای کمیته معاونت آموزشی ، پژوهشی

- آقای دکتر اباصلت برجی (معاون آموزشی و پژوهشی)
- آقای کیوان بهفر (رئیس اداره دانش بنیان)
- آقای دکتر مهرداد مجد (رئیس مرکز مطالعات آندمیک)
- آقای دکتر میرحافظ (مدیر پژوهش)
- خانم دکتر دلاوری (عضو هیات علمی)
- آقای محمود صدیقی (مدیر امور عمومی)
- آقای غلامرضا محمدی (مدیر گروه اتاق عمل)
- آقای حسین نجفی صالح (رئیس مرکز امور هیات علمی)
- خانم سارا قدوسی مقدم (مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی)
- آقای مهدی بکائیان (مدیر گروه پرستاری)

اعضای کمیته معاونت بهداشتی

- آقای دکتر محمد رضا تقوی (معاون بهداشتی)
- آقای دکتر هادی حسین زاده (معاون اجرایی)
- آقای دکتر امیر حسن ذبیحی (معاون فنی)
- آقای دکتر محمد آذینی (مدیر گروه بیماریها)
- آقای دکتر مرتضی فاضل نیشابور (مدیر گروه روان)
- آقای سعید یگانه پور (مدیر گروه بهداشت محیط و حرفه ای)
- آقای بایرام اسدی (مدیر گروه بلایا)
- خانم میترا رضا اف (مدیر گروه سلامت خانواده)
- خانم حمیده اصفهانپان (مدیر گروه آموزش و ارتقاء سلامت)
- آقای فرامرز شیرازیان (کارشناس مسئول توسعه شبکه)
- آقای دکتر حمزه هراتی (مسئول واحد سلامت دهان و دندان)
- خانم لیلا شورورزی (مسئول واحد تغذیه)
- آقای دکتر مجید خجسته پور (مسئول امور دارویی)
- آقای رضا پارسا (مسئول امور اداری)

اعضای کمیته معاونت توسعه مدیریت و منابع

- آقای اسدا... حسن زاده (معاون توسعه مدیریت و منابع)
- آقای محمد علی شورورزی (مدیر برنامه ریزی ، بودجه و پایش عملکرد)
- آقای محمد صادق دشتی (مدیر نیروی انسانی)
- آقای حامد سلیمانی (مدیر امور حقوقی و بازرسی)
- آقای محمد ابراهیم دهقانی (مدیر خدمات پشتیبانی)

- آقای منصور نعیم آبادی (مدیر دفتر ریاست دانشکده)
- آقای علی نیرآبادی (مدیر امور مالی)
- آقای مهندس ابراهیم پوراحمدی (مدیر منابع فیزیکی)
- خانم فروغ جمشیدی (کارشناس آمار)

اعضای کمیته معاونت درمان

- دکتر علی اصغر راستگو (معاون درمان)
- دکتر علی اصغر نوری (رییس بیمارستان حکیم)
- دکتر محمد صادق مروی (رییس بیمارستان ۲۲ بهمن)
- محمد علی عابدی (مدیر بیمارستان حکیم)
- جعفر اسفندی (مدیر بیمارستان ۲۲ بهمن)
- آزاده تقوی راد (رییس بیمارستان حکیم)
- فرهاد همتی (رییس دفتر حوزه معاونت درمان)
- کیوان بهفر (واحد پژوهش معاونت آموزشی)

اعضای کمیته معاونت فرهنگی دانشجویی

- آقای مهندس محمد باقر دلخوش (معاون فرهنگی دانشجویی)
- آقای جواد مسیح آبادی (مدیر امور عمومی)
- خانم طاهره احمد پناهی (مدیر امور دانشجویی)

اعضای کمیته معاونت غذا و دارو

- آقای دکتر شادکام (معاون غذا و دارو)
- آقای دکتر سید حسن حسینی (مدیر دارو و فرآورده های بیولوژیک)
- خانم دکتر مهین شورورزی (رئیس اداره نظارت بر مواد غذایی)
- آقای محسن استاجی (مدیر آزمایشگاه مواد غذایی)
- خانم بهاره بیارجمندی (مدیر اداره تجهیزات پزشکی)
- خانم وحیده ملانوروزی

باتشکر از همکاران محترم که در زمینه ویراستاری همکاری داشته اند:

- آقای محمد علی شورورزی (مدیر برنامه ریزی ، بودجه و پایش عملکرد)
- آقای منصور نعیم آبادی (مدیر دفتر ریاست دانشکده)
- آقای مهدی عرب موذن (مسئول دبیر خانه هیئت امنا)
- خانم الهام وثوقی (کارشناس بودجه)
- خانم مریم خاکزادان (کارشناس بودجه)

فصل اول

تعاریف

۱-۱ وضعیت نیشابور

۱-۱-۱ وجه تسمیه و پیشینه تاریخی:

نام این شهر در اوستا «رئونت» آمده و به معنی دارنده‌ی شکوه و جلال است. این واژه در گذر زمان و دگرگونی زبان اوستایی به پهلوی به «رای‌اومند» تبدیل شد. در نبشته‌های پهلوی، این واژه به عنوان صفتی برای خداوند آمده است و در سرآغاز بیش‌تر نامه‌های پهلوی به چشم می‌خورد. از این رو می‌توان دریافت که آن شهر باستانی تا چه پایه نزد ایرانیان ارجمند بوده است، که با چنین صفتی از آن یاد می‌کنند. هم اکنون نیز بخش باختری نیشابور تا مرز سبزوار «ریوند» نام دارد و در دوران اسلامی نیز بزرگانی از آن برخاسته‌اند، که در آثار اسلامی، از آن یاد شده است. این نام، در شاهنامه به گونه «ریونیز» به عنوان محلی که در یکی از نبردهای میان ایرانیان و تورانیان ویران گشته، آمده است. بر اساس متن کهن «نامه شهرستان‌های ایران» این شهر در زمان شاپور اردشیر ساسانی دوباره ساخته شده است. در این نامه، از نیشابور به نام «نیوشاپور» یاد شده است. از سویی در همین دوره پارتیان ساکن خراسان، که از چیرگی اردشیر خشنود نبودند، با ماندن نام پسر اردشیر بر شهرستان هم‌رأی نبوده و بدین روی صفت «ابرشهر» (به معنی شهر برین) را بر آن نهادند و در پاره‌ای از نبشته‌های پهلوی، این نام به گونه «پرشتر» آمده است. این نام به گونه‌ای همان نام پیشین را، که به معنی «دارنده شکوه بود» به یاد می‌آورد. در نوشته‌های پس از اسلام نیز پیش از آن که نام «نیشابور» آید، «ابرشهر» آمده و برخی از نویسندگان این زمان نیز در معنی آن بلندی زمین را دلیل دانسته‌اند.

نام نیشابور به اشکال و الفاظ مختلف آمده است. به نظر می‌رسد صحیح‌ترین و زیباترین نام آن همان **نیشابور** (Noshabour) است که هم اکنون با لهجه زیبای این شهر و شهرهای مجاور تلفظ می‌گردد. انبوه مطالبی که در کتب گذشتگان آمده، تنها مشتق از خروارها معارف و عظمت‌های این کهن‌شهر و کهن‌دژ شرق است. شهری آراسته به مساجد، خانقاه‌ها، مدارس، دیرها، بازارها و سراچه‌های ارباب حرف‌گوناگون که هر کدام در راسته‌ای و تیمچه‌ای آهنگ زندگی می‌نواختند، شهری که در آن ده‌ها وزیر برخاسته و هزاران عالم و دانشمند به عالم علم تقدیم شده و خاک پاکش چون کهربا، عقول اهل علم و عرفان، فلاسفه، فقها و جهانگردان زیادی را مجذوب خویش ساخته است.

نیشابور در روزگار پادشاهی یزدگرد دوم (۴۳۸-۴۵۷ م) از لحاظ اهمیت، در شمار شهرهایی چون مرو و سمرقند در دروه‌های بعدی بوده است. پیدا شدن سکه‌های ساسانی در ویرانه‌های گوناگون نیشابور، خود نشان‌دهنده اهمیت این شهر در آن دوران است. نیشابور در سال ۳۱ هـ.ق، در روزگار عثمان گشوده شد. شش سال بعد، در زمان خلافت حضرت علی (ع) گروهی از ایرانیان زرتشتی نیشابور شورش کردند، ولی این مخالفت زودگذر و ناپایدار بود. نخستین امیر ایرانی که در نیشابور پس از اسلام تخت نهاد، ابومسلم مروزی سپهبد جوانمرد ایرانی بود، که در سال ۱۳۱ هـ.ق، به یاری سپاه خراسان بنی‌امیه را پس از یک سده ستم، از پهنه‌ی زمین بزود. پس از او سنباد نیشابوری به خون‌خواهی ابومسلم، از نیشابور برخاست و چند سال با سپاهیان بنی‌عباس جنگید و سال‌ها (تا ۱۳۸ هـ.ق) خاور ایران را از دستبرد عباسیان ایمن داشت.

طاهریان از سال ۲۰۶ هـ.ق، نام مأمون را از خطبه‌های نماز انداختند و نیشابور را پایتخت خود کردند. یعقوب لیث صفاری در سال ۲۵۹ هـ.ق، بازمانده‌ی طاهریان را در نیشابور شکست داد و چندی نیز در نیشابور زیست. پس از شکست عمرولیث از امیر اسماعیل سامانی در سال ۲۸۷ هـ.ق، بخارا پایتخت خراسان شد و همواره از سوی ایشان امیری بر نیشابور فرمان می‌راند.

سلجوقیان، هر از گاهی نیشابور را پایتخت خود قرار داده‌اند. در این بین آلب ارسلان، ملکشاه و سنجر بیش‌تر در این شهر به سر برده‌اند. در هجوم غزنویان به سال ۵۴۹ هـ.ق، به علت پایداری مردم که به فرمان پیشوای مذهبی خویش امام محمد یحیی عمل کردند، شهر را به آتش کشیدند، کتابخانه‌ها را چپاول کردند و کتاب‌ها را سوزاندند. در حمله‌ی مغول (۶۱۸ هـ.ق)، به فرمان تولی - پسر چنگیز - به علت کشته شدن داماد چنگیز به تیر نیشابوریان، مردم و حتی سگ و گربه‌های شهر را کشتند. پس از یورش تولی خان و با خاک یکسان شدن شادیاخ، شهر جدید نیشابور، در شمال شادیاخ و شاید در روی ویرانه‌های نیشابور پیشین پی افکنده شد. ۵۹ سال بعد، شهر جدید نیز در زلزله‌ای که خرابی‌هایش از خرابی‌های لشگریان چنگیزی، کم‌تر نبود به طور تمام

ویران گشت. در ۶۹۵ هـ.ق، با ورود غازان خان به خاک خراسان، فصل نوینی در پیشینه‌ی این شهر آغاز شد. این بار، باز در همان محل یا پیرامون ویرانه‌های نیشابور باستانی، شهر جدیدی بنیاد نهاده شد، که می‌توان آن را نیشابور جدید نام نهاد. در اواخر حکومت ایلخانان مغول در ایران، نیشابور جزو قلمرو سربداران شد و در سال ۷۸۲ هـ.ق. نظر به این که خواجه علی موید، آخرین فرمانروای سربداران، اطاعت تیمور لنگ را گردن نهاد، نیشابور از خرابی‌های تیمور رهایی یافت.

۱-۱-۲ موقعیت جغرافیایی و آب و هوایی

شهرستان نیشابور، با پهنه‌ای حدود ۹۳۰۸ کیلومتر مربع، در شمال خراسان رضوی، از نظر جغرافیایی در ۳۶ درجه و ۱۲ دقیقه‌ی پهنای شمالی و ۵۸ درجه و ۴۸ دقیقه درازای خاوری و بلندی ۱۱۹۳ متر از سطح دریا قرار دارد. این شهرستان از شمال به شهرستان‌های چناران و قوچان، از باختر به شهرستان سبزوار، از خاور به شهرستان‌های مشهد و چناران و از جنوب به شهرستان‌های تربت حیدریه و کاشمر محدود است. آب و هوا در دامنه‌ها معتدل و در نواحی پست، اندک‌اندک بر گرما و خشکی هوا افزوده می‌شود. شهرستان نیشابور پوشش گیاهی گوناگونی را داراست. در بخش کوه‌پایه‌ای، گیاهانی مانند ریواس، کمای و دانه شور و در بخش دشتی تاغ، گز و جنگل‌های دست‌ساز برای تثبیت شن‌های روان وجود دارد. در سرشماری سراسری سال ۱۳۷۵ جمعیت شهرستان نیشابور ۴۱۲۹۰۴ نفر برآورد شده که از این تعداد ۱۵۸۸۴۷ نفر در مرکز این شهرستان زندگی می‌کردند.

موقعیت جغرافیایی و غنای تولیدات این شهر، بی‌شک یکی از دلایل پایایی آن است. این امر، حداقل از دوره‌ی آپرن‌ها (Aparen) که یکی از سه قبیله‌ی داهه که ستون‌های اصلی امپراتوری پارتی بودند شناخته شده است زیرا آن صحراگردان زیرک، در این سرزمین سکنی گزیدند. صحرائشینان با توجه به اطلاعات وسیع جغرافیایی محیط‌هایی که در آن در حرکت بودند، معمولاً در مناطقی سکنی می‌گزیدند که بهترین و بیش‌ترین مواهب طبیعی را در اختیار آنان و دام‌هایشان قرار دهد، بنابراین نیشابور آن عصر، به واسطه‌ی آب و هوا و موقعیت طبیعی مناسب و سرشار از مواهب خود مسکن این قبایل گردید و سپس به شهری مبدل شد که از یازده شهر بزرگ مشرق قلمرو ساسانی و از چهار شهر معتبر خراسان در دوره اسلامی بود. هوای نیشابور نسبت به همه شهرهای مهم خراسان بزرگ، نسبتاً خشک‌تر و سالم‌تر بوده است. غنای مواهب و سلامت هوا باعث شده است تا مورخان، نیشابور را بر خلاف بسیاری از شهرها که پادگانی یا نظامی و مصنوعی بودند شهری «خودرو» بنامند. خودرو بودن شهر به این معنی است که امکانات طبیعی و استراتژیکی چندی، دست به دست هم می‌دهد تا پدیده‌ای به نام شهر، رویش یابد.

از عواملی که به پایایی نیشابور کمک کرده است، تعداد زیادی قنات یا کریز (کاریز - Kariz) در محدوده‌ی شهر بوده است که نشانه‌های واحد نیشابور بوده و هست. قنات‌ها از سه نظر به اقتصاد شهر کمک می‌کرد:

- مشروب ساختن اراضی و باغات و تأمین آب مصرفی شهر
- تولید ماهی که از غذاهای عمده‌ی مردم شهر بود
- تأمین منبع درآمد جهت گروهی از گارگران که شغل قوام و حفاظه داشتند و به پاک نگه داشتن قنات‌ها و مجاری آب شهر اشتغال داشتند.

حاصلخیزی خاک و کیفیت بالای آن در نیشابور به حدی بوده است که ابن حوقل می‌گوید «بهترین زمین‌های خراسان، زمین‌های کشت آبی نیشابورند». این صنعت همیشگی خاک نیشابور بوده است و هزار سال بعد از ابن حوقل نیز، جهانگردان از سربیزی و زیبایی آب هوای نیشابور گفته‌اند: «هیچ وقت من در ایران، این همه شادابی و کشتزار ندیده‌ام و با این حظ بصری که از مشاهده آن داشتم و به گذشته آن هم می‌اندیشیدم به آسانی دلیل تعلق خاطر پادشاهان قدیم (و نیز مردم) را نسبت به این شهر دریافتم».

۱-۱-۳ موقعیت ارتباطی، تجاری و بازرگانی

از دیگر عوامل پایایی و بقای نیشابور، موقعیت ارتباطی و تجاری آن بوده است. جیحانی و ابن حوقل معتقدند که «توانگرترین مردم خراسان، نیشابوریانند». باید دید چه شرایطی باعث این قضاوت شده است. نیشابور همانند سایر شهرهای خراسان و مهم‌تر از

همه در مسیر راه کاروانی واقع بود که بزرگ‌ترین بازار مصرف عراق و بغداد را به آسیای میانه و ماورای آن متصل می‌کرد. این شهر مرکز تجمع و توزیع ذخایر دشت‌های سیبری و ولگا تا بلغار، و تولیدات چین و خاور دور از یک سو، و بازارها و تولیدات کرمان و سواحل خلیج فارس و هند از سوی دیگر بود، به طوری که کرمانیان بازاری از خود در نیشابور داشتند. این موقعیت ارتباطی حتی تا به امروز نیز حفظ شده است و در واقع نیشابور محل التقای شش راه اصلی کشور است. که امروزه راه آهن نیز بر آن افزوده شده است. این وضعیت خود یکی از دلایل بقای نیشابور بوده است. توان تولیدی نیشابور، خود از عوامل مؤثر بوده است. افزارمندان این شهر در خانه‌ها و مغازه‌هایشان اجناس صنعتی چون سوزن، چاقو و دیگر آهن آلات تولید می‌کردند و همچنین از مهم‌ترین فرآورده‌های نیشابور منسوجات بود. کارگاه‌های نیشابور از هر دست پارچه تولید می‌نمودند، نازل‌ترین آن‌ها چلوارها و نمدهای ساده و بی‌نقش بود که مصارف عامه داشت و در بالاترین درجه، زربفت‌ها و پارچه‌های ابریشمی قرار داشت که برای برآوردن نیاز دربار و مراسم تشریفاتی بافته می‌شد. بنا به گفته ثعالی، زربفت‌های عتابی و سقالاتونی نیشابور قابل مقایسه با بافت‌های بغدا و اصفهان بودند. نیشابور، پارچه‌ی نفیس ویژه‌ای تولید می‌کرد که به نام این شهر، به پارچه‌ی سابورس شهرت داشت. نیشابوریان به منابعی که لازمه‌ی بافت این گونه پارچه‌ها بود دسترسی داشتند. ابریشم خام از توتستان‌های سرزمین‌های ساحلی دریای خزر می‌رسید. پشم و مو، یا از گله‌های محلی تأمین می‌گردید یا از بیابان‌های ترک‌نشین آورده می‌شد و پنبه، با تولید شهر بود یا از گرمسیرهای جنوب ایران و مکران حاصل می‌شد.

وضعیت ارتباطی و موقعیت تولیدی، باعث توسعه‌ی تجارت نیشابور تا اقصان نقاط گردیده بود. ناصرخسرو که در سال ۴۴۳هـ.ق/۱۰۵۱م. از یمن به زادگاه خویش بازمی‌گشت گزارش می‌دهد که معاملات تجاری در شبه جزیره عربستان با دینارهای طلای نیشابوری صورت می‌گیرد. این که حوزه‌ی تجاری نیشابور تا این حد گسترده است خود نشان از عمق و استواری پایه‌های اقتصادی شهر و علاقمندی مردم آن به این سرزمین است که چنین پیشرفتی را ایجاد کرده‌اند.

۱-۱-۵- وجود اعیان و خاندان‌های اصیل

گروهی به عنوان اعیان شهر در طول تاریخ نیشابور و خصوصاً در قرون میانه اسلامی همانند خاندان‌های میکائیلیان، صابونی، معلمیان، صاعدیان، بتائیان، و امور عام‌المنفعه آنان که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مردم تأثیر می‌گذاشت همانند ساخت رباط و اهدا آن به اوقاف و حفر قنوات نیز ضمن افزودن به منافع آن‌ها از جمله عوامل دوام نیشابور می‌تواند باشد. حتی امروز نیز نقش ثروتمندان خیر را در احداث تأسیسات زیربنایی شهر، هر چند کم‌رنگ است نمی‌توان نادیده گرفت. این اعیان که طبقه مرفه و مصلحت‌اندیش بودند گاهی نیز با زد و بندهای سیاسی به بقای شهر کمک می‌رساندند، چنان‌که وقتی در سال ۴۲۹ هـ.ق، طغرل سلجوقی، به نیشابور رسید، اعیان شهر، بی‌درنگ شهر را به بهانه‌ی غیرقابل دفاع بودن، تسلیم مهاجمان کرده و موجودیت شهر را حفظ و تضمین نمودند.

۱-۱-۵- خودباوری و خوداتکایی فرهنگی شهر

زمینه‌های جغرافیایی، ارتباطی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، خود موجب پیدایش زمینه‌ی دیگری جهت دوام نیشابور گردید و آن خودباوری مردم شهر و خوداتکایی فکری و فرهنگی بود که از مفهوم شهر بودن و شهری بودن مردم آن ناشی می‌شد، مفهومی که در قرون میانه، رواج داشت و جا افتاده بود. داشتن عنوان شهری برای ساکنان نیشابور، در مقابل روستایی و زندگی در شهر خود یک افتخار بود زیرا شهرها مجمع علما، دانشمندان، مشایخ و نخبگان و بزرگان صاحب‌نام بود. آن‌جا محلی بود برای به دست آوردن نام و آوازه و بروز هنرها، از این روست که محل اجتماع شخصیت‌های برجسته محسوب می‌شد، شخصیت‌هایی که خود موجب اعتبار، پویایی و بقای زندگی برتر شهری می‌شدند.

۱-۲- تاریخچه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور در ابتدا به عنوان مرکز بهداشت در سال ۱۳۴۲ تشکیل شد که و نظام شبکه در سال ۱۳۵۵ شکل گرفت. از آن سال، شبکه بهداشت با ادغام واحدهای مختلف همچون اداره ریشه کنی مالاریا، اداره مهندسی بهداشت، اداره مبارزه با سل و... فعالیت گسترده‌ای را در راستای ارائه خدمات بهداشتی به مردم در پیش گرفته و با ارائه

و انجام طرح‌های مختلف موفقیت‌های چشمگیری را کسب نموده است. در حال حاضر دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور با تعداد بالغ بر ۲۲۰۰ نفر پرسنل اعم از پزشک، پیراپزشک، پرستار، ماما، بهورز، پشتیبانی و... در دو بخش بهداشت با ۳۷ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و ۱۸۹ خانه بهداشت دولتی و بخش درمان با دو بیمارستان (۲۲ بهمن و حکیم) شامل بخشهای اطفال، جراحی عمومی، ارتوپدی، جراحی زنان، زایشگاه، جراحی مغز و اعصاب، جراحی چشم، ENT، اورولوژی، داخلی اعصاب، داخلی، عفونی، روانپزشکی، قلب، اورژانس قلب، ICU، CCU، CCU2 مشغول ارائه خدمات می‌باشد.

طی نامه شماره ۸۸/۵/۱۰ مورخ ۸۸/۵/۱۰ وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استناد رأی صادره یکصد و نود و ششمین جلسه مورخ ۸۸/۵/۳ شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی با ارتقاء شبکه بهداشت و درمان نیشابور به دانشکده علوم پزشکی موافقت به عمل آمد. کلیه خدمات بهداشتی و درمانی در بخشهای مرکزی، میان جلگه، زیرخان، تخت جلگه و سرولايت زیر نظر این دانشکده می‌باشد. در حال حاضر در ۹ رشته پرستاری، هوشبری، فوریت‌های پزشکی، اتاق عمل، بهداشت عمومی، بهداشت حرفه ای، صنایع غذایی و مامایی تعداد ۴۴۰ نفر دانشجو مشغول به تحصیل هستند.

۱-۳-۱ واژه‌ها

۱-۳-۱ رسالت^۱

مشخص کننده فلسفه وجودی سازمان بوده و شامل اهداف، وظایف اصلی ویژگی‌ها و ارزش‌های حاکم بر آن سازمان می‌باشد.

۱-۳-۲ چشم انداز^۲

شرایط وقوع و تحقق رسالت سازمان را به نمایش گذاشته و باعث ایجاد انگیزش در مجموعه و دریافت کنندگان خدمات می‌گردد.

۱-۳-۳ ارزش‌ها^۳

مجموعه قوانین ثابت و غیرمتغیری است که کل استراتژی‌ها بر مبنای آن‌ها شکل گرفته و در تمام طول زمان اجرا با تکیه و نگاه به آن‌ها استراتژی‌ها به اجرا گذاشته می‌شود.

۱-۳-۴ نقاط قوت^۴ (S)

مجموعه منابع و توانمندی‌های داخل سازمانی است که سازمان را در جهت نیل به اهداف خود یاری می‌کند.

۱-۳-۵ نقاط ضعف^۵ (W)

مجموعه ای از عوامل داخل سازمان است که مانع تحقق اهداف سازمان می‌گردد.

۱-۳-۶ فرصت‌ها^۶ (O):

مجموعه ای از امکانات بالقوه خارج از سازمان که در صورت بهره گیری از آن‌ها توانمندی‌های سازمان افزایش خواهند یافت.

۱-۳-۷ تهدیدها^۷ (T):

مجموعه ای از عوامل مؤثر و مداخله گر خارج از سازمان که مانع از اجرای برنامه‌ها و تحقق اهداف سازمان می‌گردند.

¹ mission

² vision

³ value

⁴ strengths

⁵ weaknesses

⁶ opportunities

⁷ threats

۱-۳-۸ عوامل داخلی^۸ (SW)

مجموعه نقاط قوت و ضعف سازمان را عوامل داخلی گویند.

۱-۳-۹ عوامل خارجی^۹ (OT)

مجموعه فرصت‌ها و تهدیدهای سازمان را عوامل خارجی گویند.

۱-۳-۱۰ استراتژی^{۱۰} (S)

مجموعه‌ای از راه‌ها که باعث رساندن به اهداف از پیش تعیین شده خود می‌شوند.

۱-۳-۱۱ استراتژی‌های^{۱۱} (S)

استراتژی‌هایی که با استفاده از نقاط قوت در جهت بهره‌گیری از فرصت‌ها تدوین می‌شوند.

۱-۳-۱۲ استراتژی‌های^{۱۲} (ST)

استراتژی‌هایی که باعث کنترل تهدیدها و یا تبدیل آن‌ها به فرصت می‌شوند.

۱-۳-۱۳ استراتژی‌های^{۱۳} (WO)

استراتژی‌هایی که جهت استفاده از فرصت‌ها و رفع کمبودها تدوین می‌شوند.

۱-۳-۱۴ استراتژی‌های^{۱۴} (WT)

استراتژی‌هایی که سازمان را در برابر تهدیدها حفظ کرده و توانمندی سازمان را جهت کنترل یا تبدیل تهدید به فرصت افزایش می‌دهند.

۴- تعاریف برنامه ریزی استراتژیک

۱-۴-۱ برنامه ریزی^{۱۵}

برنامه ریزی عبارتست از فرایندی دارای مراحل مشخص و به هم پیوسته برای تولید یک خروجی منسجم در قالب سیستمی هماهنگ از تصمیمات. برنامه ریزی فکر کردن راجع به آینده یا کنترل آن نیست بلکه فرایندی است که می‌تواند در انجام این امور مورد استفاده قرار گیرد. برنامه ریزی، تصمیم‌گیری در شکل معمول آن نیست بلکه از طریق فرایند برنامه ریزی، مجموعه‌ای از تصمیمات هماهنگ اتخاذ می‌شود. برنامه ریزی می‌تواند برای زمان حال یا آینده انجام شود.

بر طبق این تعریف، تصمیم‌گیری‌های مقطعی و ناپیوسته و اتخاذ سیاست‌ها برای پیشبرد سازمان در زمان حال یا آینده برنامه ریزی نیستند. برنامه ریزی متکی بر انتخاب و مرتبط ساختن حقایق است. حقایق مفاهیم واقعی، قابل آزمون و اندازه‌گیری هستند. دیدگاه‌ها، عقاید، احساسات و ارزش‌ها به عنوان حقایق تلقی می‌شوند که فرایند برنامه ریزی بر اساس آن‌ها سازمان داده می‌شود. همانطور که اشاره شد برنامه ریزی صرفاً یک فرایند تصمیم‌گیری نیست بلکه فرایندی شامل روشن ساختن و تعریف حقایق و تشخیص تفاوت بین آن‌ها ست یا به عبارتی گونه‌ای از فرایند ارزیابی است که در پایان آن، در انتخاب حقایق ارزیابی شده تصمیم‌گیری می‌شود.

⁸ Strengths weaknesses

⁹ Opportunities threats

¹⁰ strategi

¹¹ strategies

¹² strengths threts

¹³ weaknesses opportunities

¹⁴ weaknesses threats

¹⁵ planing

برنامه بیانی روشن، مستند و مشروح از مقاصد و تصمیمات است. برنامه خروجی فرایند برنامه ریزی است اما برنامه ریزی یک فرایند پیوسته است که بیش از اتخاذ هر تصمیمی آغاز شده و پس از اجرای آن تصمیم ادامه می‌یابد. برنامه‌ها تهیه شده و اجرا می‌گردند.

۱-۴-۲ ویژگی‌های برنامه ریزی

برنامه ریزی یک فرایند ذهنی آگاهانه با خصوصیات زیر است:

۱ تشخیص یک نیاز یا انعکاس یک انگیزه

۲ جمع‌آوری اطلاعات

۳ مرتبط ساختن اطلاعات و عقاید

۴ تعریف اهداف

۵ تأمین مقدمات

۶ پیش‌بینی شرایط آینده

۷ ساخت زنجیره‌های متفاوتی از اقدامات مبتنی بر تصمیمات متوالی

۸ رتبه‌بندی و انتخاب گزینه‌ها

۹ تعریف سیاست‌ها

۱۰ تعریف معیارهای ابزار ارزیابی برنامه

۱-۴-۲ انواع برنامه ریزی

برنامه ریزی از جنبه ماهیت به برنامه ریزی فیزیکی، برنامه ریزی سازمانی، برنامه ریزی فرایند، برنامه ریزی مالی، برنامه ریزی وظیفه‌ای و برنامه ریزی عمومی دسته‌بندی می‌شوند. برنامه ریزی عمومی معمولاً تمام دیگر انواع برنامه ریزی را در خود دارد. برنامه ریزی را از جنبه افق زمانی می‌توان در قالب برنامه ریزی کوتاه‌مدت (برنامه ریزی عملیاتی و تاکتیکی)، برنامه ریزی میان‌مدت و برنامه ریزی بلندمدت دسته‌بندی نمود.

۱-۴-۴ برنامه ریزی استراتژیک^{۱۶}

بیشتر برنامه ریزی‌ها بر اساس دیدگاه عقلایی، دارای شکل «آرمان‌ها و اهداف - طرح‌ها و اقدامات - منابع مورد نیاز» می‌باشند. در این مدل‌ها، ابتدا آرمان‌ها و اهداف سازمان تبیین شده، سپس طرح‌ها و اقدامات لازم تعیین و در نهایت منابع مورد نیاز برای انجام برآورد می‌گردند. تغییر در شرایط محیط، سیاست‌ها، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، ساختارها، نظام‌ها و ... عواملی هستند که بر آرمان‌ها و اهداف برنامه ریزی تأثیر گذاشته و در نهایت باعث تغییر برنامه می‌گردند. برنامه ریزی در شکل عقلایی فوق، ظرفیت و توانایی مقابله با چنین تغییراتی را نداشته و منجر به شکست می‌گردد. این شرایط موجب رشد این تفکر شد که در برنامه ریزی باید بتوان مطابق با تغییرات، جهت حرکت سازمان را تغییر داد و جهت و رفتار جدیدی را در پیش گرفت. این نگرش زمینه‌ساز ابداع برنامه ریزی استراتژیک شد. برخلاف برنامه ریزی سنتی که در آن آرمان‌ها و اهداف تعیین می‌شوند هدف برنامه ریزی استراتژیک، تبیین و تدوین استراتژی است. بسته به نوع، تنوع و ماهیت تغییرات موجود در محیط می‌توان ترکیبی از برنامه ریزی سنتی و برنامه ریزی استراتژیک را بکار برد.

تعاریف مختلف و متفاوتی از استراتژی ارائه شده است. در اینجا تعریفی ارائه می‌شود که بتواند مفهوم آن را در برنامه ریزی استراتژیک مشخص نماید. استراتژی برنامه، موضع، الگوی رفتاری، پرسپکتیو، سیاست یا تصمیمی است که سمت و سوی دیدگاه‌ها و جهت حرکت سازمان را نشان می‌دهد. استراتژی می‌تواند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوت تعریف شود.

^{۱۶} Strategic planing

برنامه ریزی استراتژیک گونه‌ای از برنامه ریزی است که در آن هدف، تعریف و تدوین استراتژی‌هاست. از آنجایی که استراتژی می‌تواند دارای عمر کوتاه یا بلند باشد برنامه ریزی استراتژیک می‌تواند برنامه ریزی بلندمدت یا کوتاه‌مدت باشد اما متفاوت از آن‌هاست.

واژه «استراتژیک»^{۱۷} معنی هر آنچه را به استراتژی مربوط باشد در بردارد. واژه «استراتژی»^{۱۸} از کلمه یونانی «استراتگوس»^{۱۹} گرفته شده است که به معنای رهبری است. برنامه ریزی استراتژیک کوششی است ساخت‌یافته برای اتخاذ تصمیم‌های اساسی و انجام اعمالی که ماهیت سازمان، نوع فعالیت‌ها و دلیل انجام آن فعالیت‌ها توسط سازمان را شکل داده و مسیر می‌بخشد. همانطور که استراتژی نظامی پیروزی در جنگ است، برنامه ریزی استراتژیک نیز طرق انجام مأموریت‌های سازمان را دنبال می‌کند.

۱-۴-۵ مزایای برنامه ریزی استراتژیک :

- قبل از پیش آمدن مشکلات احتمالی از وقوع آن‌ها خبر می‌دهد.
- به علاقمندی مدیران به سازمان کمک می‌کند.
- تغییرات را مشخص و شرایط عکس‌العمل در برابر تغییرات را نیز فراهم می‌کند.
- هر نیازی را که برای تعریف مجدد سازمان ضروری است تعیین می‌کند.
- ایجاد بستر مناسب جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده
- با برنامه ریزی استراتژیک مدیران درک روشن‌تری از سازمان پیدا می‌کنند
- آسان شدن شناخت فرصت‌های بازارهای آینده
- ارائه دیدی هدفمند از مسائل مدیریت.
- ارائه قالبی برای بازنگری اجرای برنامه و کنترل فعالیت‌ها
- به مدیران کمک می‌کند که تا در راستای اهداف تعیین شده تصمیمات اساسی را اتخاذ کنند.
- تخصیص مؤثرتر زمان و منابع به فرصت‌های تعیین شده .
- ایجاد هماهنگی در اجرای تاکتیک‌هایی که برنامه را به سرانجام می‌رسانند
- به حداقل رسیدن زمان و منابعی را که باید فدای تصحیح تصمیمات نادرست و بدون دید بلندمدت گردند.
- قالبی برای ارتباط داخلی بین کارکنان به وجود می‌آورد.
- ترتیب‌دهی اولویت‌ها را در قالب زمانی برنامه فراهم می‌آورد.
- مزیتی برای سازمان در مقابل رقیبان به دست می‌دهد.
- مبنایی برای تعیین مسئولیت افراد ارائه داده و به موجب آن افزایش انگیزش را باعث می‌شود.
- تشویق تفکر آینده نگر

۱-۴-۶ ویژگی‌های برنامه ریزی استراتژیک

فرایند برنامه ریزی استراتژیک اساساً فرایندی هماهنگ‌کننده بین منابع داخلی سازمان و فرصت‌های خارجی آن می‌باشد. هدف این فرایند نگریستن از درون «پنجره استراتژیک» و تعیین فرصت‌هایی است که سازمان از آن‌ها سود می‌برد یا به آن‌ها پاسخ می‌دهد. بنابراین فرایند برنامه ریزی استراتژیک، یک فرایند مدیریتی است شامل هماهنگی قابلیت‌های سازمان با فرصت‌های موجود. این فرصت‌ها در طول زمان تعیین شده و برای سرمایه‌گذاری یا عدم سرمایه‌گذاری منابع سازمان روی آن‌ها، مورد بررسی قرار می‌گیرند. حوزه‌ای که در آن تصمیمات استراتژیک اتخاذ می‌گردند شامل :

¹⁷ strategic

¹⁸ stratege

¹⁹ stratgos

(۱) محیط عملیاتی سازمان**(۲) مأموریت سازمان****(۳) اهداف جامع سازمان**

برنامه ریزی استراتژیک فرایندی است که این عناصر را با یکدیگر در نظر گرفته و گزینش گزینه‌های استراتژیک سازگار با این سه عنصر را آسان می‌سازد و سپس این گزینه‌ها را بکار گرفته و ارزیابی می‌کند. باید توجه داشت که هر فرایند برنامه ریزی استراتژیک زمانی بالارزش است که به تصمیم‌گیرندگان اصلی کمک کند که به صورت استراتژیک فکر کرده و عمل کنند. برنامه ریزی استراتژیک به خودی خود هدف نیست بلکه تنها مجموعه‌ای از مفاهیم است که برای کمک به مدیران در تصمیم‌گیری استفاده می‌شود. می‌توان گفت که اگر استراتژیک فکر کردن و عمل کردن در فرایند برنامه ریزی استراتژیک به صورت عادت درآید، آنگاه فرایند می‌تواند کنار گذاشته شود.

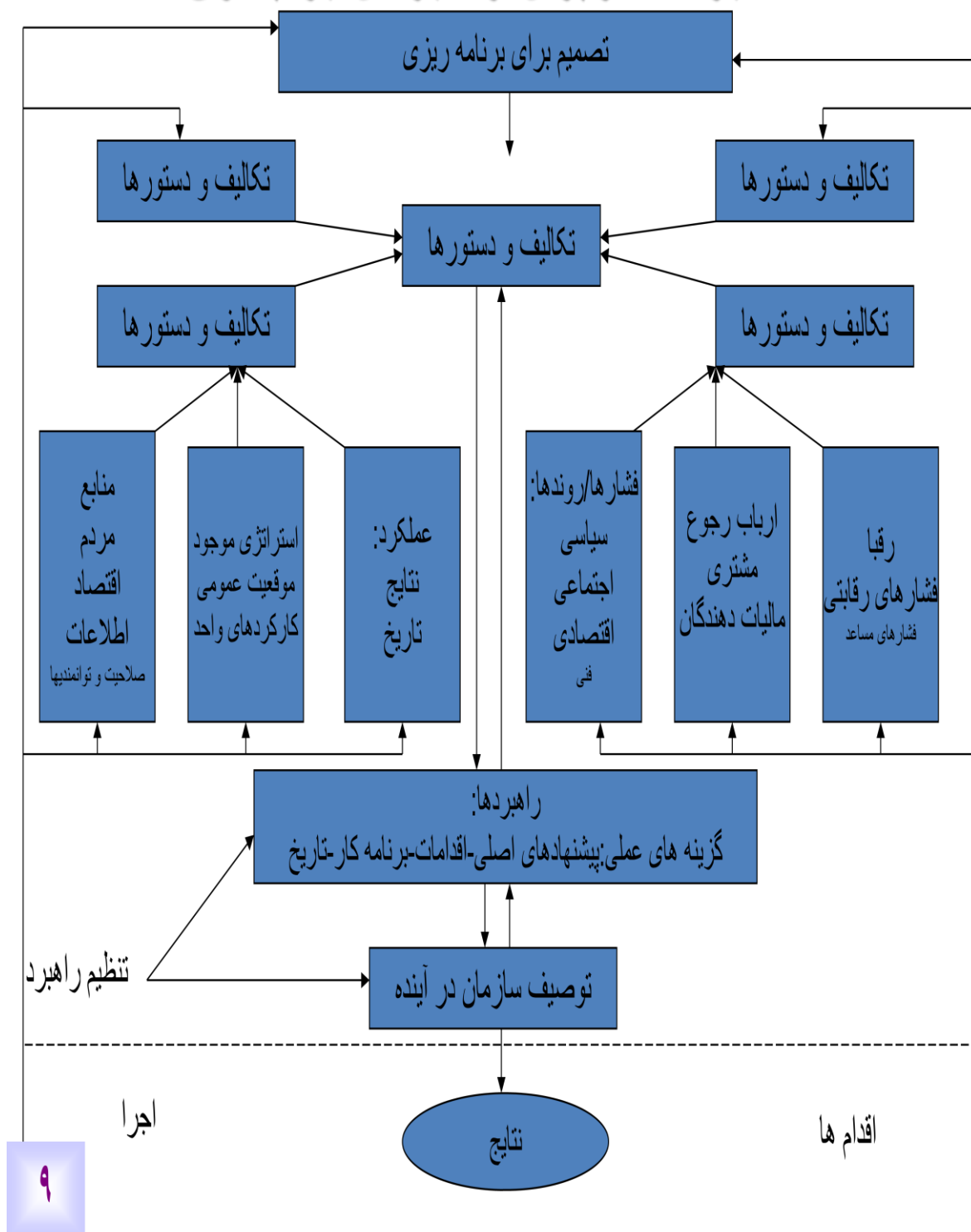
۱-۴-۷ برنامه ریزی استراتژیک در بخش دولتی

برنامه ریزی استراتژیک در بخش خصوصی توسعه یافته ولی تجارب اخیر مبین آن است که رویکردهای برنامه ریزی استراتژیک که در بخش خصوصی تدوین شده‌اند می‌توانند به سازمان‌های عمومی و غیرانتفاعی و هم چنین جوامع و دیگر نهادها کمک نمایند تا با محیط‌های دستخوش تغییر، برخوردی مناسب داشته و به شیوه‌ای کارسازتر عمل کنند. البته این به آن معنا نیست که همه رویکردهای برنامه ریزی استراتژیک بخش خصوصی در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی به یک اندازه کاربرد داشته باشند. **برایسون^{۲۰}** مدل‌های برنامه ریزی استراتژیک را بررسی کرده و شرایط به‌کارگیری آن‌ها را در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی مورد تحلیل قرار می‌دهد و در نهایت خود رویکردی ارائه می‌دهد که در بخش‌های عمومی و غیرانتفاعی قابل کاربرد باشد.

۱-۴-۸ مراحل برنامه ریزی استراتژیک**۱-۴-۸-۱ تبیین مدل مورد استفاده برنامه راهبردی دانشکده**

مدل استفاده شده جهت برنامه ریزی استراتژیک دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی و درمانی نیشابور مدل برایسون می‌باشد. این مدل نتیجه بررسی خصوصیات مدل‌های قبلی و رفع نقاط ضعف آن‌ها برای کاربرد در سازمان‌های عمومی و غیرانتفاعی می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌شود این مدل شامل یک فرایند پیوسته (مطابق با تعریف برنامه ریزی) و تکرارپذیر می‌باشد که پیش از اتخاذ هر تصمیمی آغاز شده و پس از اجرای آن تصمیم ادامه می‌یابد. در این جا این فرایند در قالب ده مرحله شرح داده می‌شود. از خصوصیات این فرایند این است که نتایج حاصل از هر مرحله می‌تواند در بازنگری یا تکمیل مراحل پیش از آن مورد استفاده قرار گیرند.

مدل برنامه ریزی راهبردی برایسون



۱-۴-۸-۲ مراحل فرایند برنامه ریزی استراتژیک در مدل برایسون به شرح زیر می باشد

مرحله اول - توافق اولیه: در این مرحله ضرورت برنامه ریزی استراتژیک برای سازمان مورد برنامه ریزی بررسی شده و آشنایی با این نوع برنامه ریزی حاصل می شود. سازمان ها، واحدها، گروه ها یا افرادی که باید در برنامه ریزی درگیر شوند مشخص گردیده و توجیه می شوند. مرحله ای که در برنامه ریزی باید انجام شوند شرح داده می شوند. روش انجام برنامه ریزی، زمانبندی انجام، آیین نامه های مورد نیاز برای جلسات و نحوه گزارش دهی مشخص می گردند، منابع و امکانات لازم تعیین می گردند.

مرحله دوم - تعیین وظایف: وظایف رسمی و غیررسمی سازمان «بایدهایی» است که سازمان با آن ها روبروست. در این مرحله هدف اینست که سازمان و افراد آن وظایفی را که از طرف مراجع ذیصلاح (دولت، مجلس و...) به آن ها محول شده است شناسایی نمایند. شاید این هدف به ظاهر خیلی روشن باشد ولی این واقعیت در بیشتر سازمان ها وجود دارد که بیشتر افراد اختیارات و وظایف سازمانی را که در آن مشغول بکارند نمی دانند و اساسنامه آن را حتی برای یکبار مطالعه نکرده اند. از طرف دیگر وظایف محول شده به سازمان عموماً کلی بوده و تمام فضایی را که سازمان می تواند در آن فعالیت کند تعریف نمی کند. بنابراین ضروری است که با مطالعه وظایف مکتوب و مصوب سازمان اولاً با آن وظایف آشنا شده (که از این طریق بعضی از اختیارات و ذینفعان سازمان نیز شناسایی می گردند)، ثانیاً مواردی که در حیطه اختیارات سازمان قرار می گیرند اما تا به حال کشف نشده اند، را شناخت.

مرحله سوم - تحلیل ذینفعان: ذینفع فرد، گروه یا سازمانی است که می تواند بر نگرش، منابع یا خروجی های سازمان تأثیر گذارد و یا از خروجی های سازمان تأثیر پذیرد. تحلیل ذینفعان پیش درآمد ارزشمندی برای تنظیم بیانیه مأموریت سازمان است. تحلیل ذینفعان بسیار ضروری است، چرا که رمز موفقیت در بخش دولتی و غیرانتفاعی ارضای ذینفعان کلیدی سازمان است. اگر سازمان نداند که ذینفعانش چه کسانی هستند، چه معیارهایی برای قضاوت درباره سازمان به کار می برند، و وضعیت عملکردی سازمان در قبال این معیارها چیست، به احتمال زیاد نخواهد توانست فعالیت هایی را که باید برای ارضای ذینفعان کلیدی خود انجام دهد، شناسایی کند.

مرحله چهارم - تنظیم بیانیه مأموریت سازمان: مأموریت سازمان جملات و عباراتی است که اهداف نهایی سازمان، فلسفه وجودی، ارزش های حاکم بر سازمان و نحوه پاسخگویی به نیاز ذینفعان را مشخص می کند. علاوه بر این موارد، اختلافات درون سازمانی را مرتفع ساخته و بستر بحث ها و فعالیت های سازنده و مؤثر را هموار می کند. توافق بر مأموریت سازمان، تمام فعالیت های آن را همسو می سازد و انگیزش و توجه ذینفعان سازمان خصوصاً کارکنان آن را افزایش می دهد.

مرحله پنجم - شناخت محیط سازمان: اساس استراتژیک عمل کردن شناخت شرایط است. یک بازیکن موفق فوتبال علاوه بر اینکه از توانایی ها و وظایف هر یک از اعضای تیم خود آگاهی دارد، سعی می کند شرایط تیم مقابل و نقاط قوت و ضعف هر یک از افراد آن را دریابد و با داشتن این مأموریت در ذهن یعنی پیروز شدن در بازی، در هر لحظه بهترین حرکت را انجام دهد. برای اینکه یک سازمان نیز در رسیدن به مأموریت خود موفق گردد باید شرایط حاکم بر خود را به خوبی شناسایی نماید. در این مرحله، محیط خارجی سازمان در قالب شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و تکنولوژیکی مورد بررسی قرار گرفته و نقاط قوت و ضعف آن ها برای سازمان تعیین می گردند. در راستای شناخت محیط سازمان، در این مرحله محیط داخلی نیز در قالب ورودی ها، خروجی ها، فرایند و عملکرد سازمان مورد مطالعه قرار می گیرند.

مرحله ششم - تعیین موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان: این مرحله قلب فرایند برنامه ریزی استراتژیک است. موضوعات استراتژیک تصمیمات سیاسی و اساسی هستند که بر اختیارات، مأموریت، ارزش ها، محصول یا خدمات ارائه شده، مراجعان یا استفاده کنندگان، هزینه ها، تأمین منابع مالی، سازمان یا مدیریت تأثیر می گذارد. هدف این مرحله تعیین انتخاب هایی است که سازمان با آن ها مواجه است.

مرحله هفتم-تعیین استراتژی‌ها: به منظور پرداختن به هر یک از موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان باید اقداماتی صورت گیرد که در قالب برنامه‌ها، اهداف، طرح‌ها و ... بیان می‌شوند. این اقدامات استراتژی نامیده می‌شوند. در واقع استراتژی عبارتست از قالبی از اهداف، سیاست‌ها، برنامه‌ها، فعالیت‌ها، تصمیمات یا تخصیص‌های منابع که مشخص می‌کند سازمان چیست، چه کاری انجام می‌دهد و چرا آن را انجام می‌دهد. استراتژی‌ها می‌توانند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوتی تعریف شوند.

مرحله هشتم-شرح طرح‌ها و اقدامات: این مرحله می‌تواند در قالب مرحله قبل، مرحله تعیین استراتژی‌ها، انجام شود اما از آنجایی که کار برنامه ریزی استراتژیک با تعیین استراتژی‌ها به پایان می‌رسد و اجرای آن در قالب تعریف طرح‌ها و اقدامات و مدیریت استراتژیک برنامه تهیه شده انجام می‌شود این تفکیک صورت گرفته است. به عبارت دیگر از این مرحله به بعد از مدل برآیسن مربوط به اجرای برنامه و مدیریت استراتژیک استفاده می‌گردد. در این مرحله به منظور اجرای هر یک از استراتژی‌های انتخاب شده تعدادی طرح و اقدام تعریف می‌گردد.

مرحله نهم-تنظیم دورنمای سازمانی برای آینده: در این مرحله، توصیفی از شرایط آینده سازمان در صورت به‌کارگیری استراتژی‌های تدوین شده و استفاده از تمام نیرو و منابع سازمان، ارائه می‌شود. این توصیف دورنمای موفقیت سازمان نامیده می‌شود که در آن شرحی از مأموریت، استراتژی‌های اساسی، معیارهای عملکرد، بعضی از قواعد تصمیم‌گیری مهم و استانداردهای اخلاقی مد نظر همه کارمندان ارائه می‌شود. در صورت تنظیم چنین دورنمایی، افراد سازمان خواهند دانست که چه انتظاری از آن‌ها می‌رود، پویایی و همسویی انگیزه و نیروی افراد در رسیدن به اهداف سازمان به وجود آمده و نیاز به نظارت مستقیم کاهش می‌یابد.

مرحله دهم- برنامه عملیاتی یکساله: در این مرحله با استفاده از اطلاعات تدوین شده در مرحله هشتم و بر اساس اولویت‌های تعیین شده توسط تصمیم‌گیران، یک برنامه عملیاتی تهیه شده و بر اساس آن مدیریت و کنترل طرح‌ها و اقدامات انجام می‌شود.

فصل دوم

وظایف اساسی دانشکده

۱-۲ وظایف^{۲۱} دانشکده در راستای سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری:

- Tas1: 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
- Tas2: آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه
- Tas3: اولویت پیشگیری بر درمان
- Tas4: روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی
- Tas5: کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی
- Tas6: تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های توسعه‌ای
- Tas7: ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه برتر
- Tas8: اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی
- Tas9: ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی
- Tas10: ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و نظارت کارآمد بر مصرف دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات
- Tas11: 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
- Tas12: 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
- Tas13: افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها
- Tas14: افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، 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
- Tas15: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران
- Tas16: نظارت بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی
- Tas17: برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی
- Tas18: اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه
- 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

²¹ Tasc

۲-۲ وظایف دانشکده بر اساس احکام برنامه پنجم توسعه:

- Tas19: برگزاری برنامه‌های آموزشی عمومی، حقوقی و قضایی و پیشگیری از وقوع جرم و اختلاف جهت کارکنان و دانشجویان (ماده/۱)
- Tas20: اختصاص فضای مناسب جهت مسجد به عنوان اصلی‌ترین پایگاه عبادی، تربیتی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی در بیمارستانها و مراکز درمانی (ماده/۵)
- Tas21: بازنگری آیین نامه ارتقاء اعضای هیات علمی به نحوی که پس از پایان سال دوم برنامه (۵۰) درصد امتیازان پژوهشی اعضای هیات علمی در راستای رفع مشکلات کشور و در حوزه‌های کاربردی باشد. (ماده/۱۹)
- Tas22: ایجاد، تجهیز و راه اندازی آزمایشگاه کاربردی (ماده/۱۹)
- Tas23: برنامه ریزی جهت افزایش سهم تحقیق و پژوهش از تولید ناخالص داخلی سالیانه به میزان نیم درصد و تا پایان برنامه به ۳٪ (ماده/۱۹)
- Tas24: حمایت مالی از پژوهش‌های تقاضا محور که ناظر به حل یکی از مشکلات موجود در کشور می‌باشد با مشارکت پنجاه درصدی بخش غیر دولتی (ماده/۲۰)
- Tas25: حمایت مالی از شرکت‌های دانش بینان و تجاری سازی نتایج حاصل از تحقیق، تولید و صادرات خدمات فنی و مهندسی به ویژه محصولات مبتنی بر فناوری‌های پیشرفته. (ماده/۲۰)
- Tas26: تدوین ضوابط و ارائه حمایت‌های لازم در راستای تشویق طرف‌های خارجی قرار دادهای بین المللی و سرمایه گذاری خارجی برای انتقال دانش فنی و بخشی از فعالیت‌های تحقیق و توسعه مربوط به داخل کشور و انجام آن با مشارکت شرکت‌های داخلی. (ماده/۲۰)
- Tas27: قراردادن امکانات و تجهیزات پژوهشی آزمایشگاه‌ها و کارگاه‌ها به صورت رایگان یا با نرخ ترجیحی در اختیار مؤسسات و شرکت‌های دانش بنیان دارای مجوز از وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب مصوبه هیات وزیران (ماده/۲۰)
- Tas28: حمایت مالی از پایان نامه تحصیلات تکمیلی که در راستای حل مشکلات بخش دولتی و غیر دولتی می‌باشد. (ماده/۲۰)
- Tas29: در راستای توسعه و انتشار فناوری، به دستگاه‌های اجرایی اجازه داده می‌شود مالکیت فکری، دانش فنی و تجهیزاتی که در چارچوب قرار داد با دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی و فناوری دولتی ایجاد و حاصل شده است را به مؤسسات یاد شده واگذار نمایند. (ماده/۲۰)
- Tas30: تأمین و پرداخت بخشی از هزینه ثبت اختراعات، تولید دانش فنی و حمایت مالی از تولید کنندگان برای خرید دانش و امتیاز اختراعات. (ماده/۲۰)
- Tas31: مشارکت اعضای هیئت علمی باتصویب هیئت امنا در شرکت‌های دانش بنیان (ماده/۲۰)
- Tas32: حمایت هدفمند مادی و معنوی از نخبگان و نوآوران علمی و فناوری در قالب صندوق توسعه علمی و فناوری کشور (ماده/۲۲)
- Tas33: تسهیل در ارتقاء تحصیلی و ورود به رشته‌های تحصیلی مورد علاقه در دوره‌های دانشگاهی. (ماده/۲۲)
- Tas34: اعطای حمایت‌های مالی و بورس تحصیلی. (ماده/۲۲)
- Tas35: هدایت تحصیلی در زمینه‌ها و رشته‌های اولویت دار مورد نیاز کشور. (ماده/۲۲)
- Tas36: تأمین بیمه تأمین اجتماعی و بیمه پایه سلامت فرد و خانواده وی (ماده/۲۲)
- Tas37: رفع دغدغه خطر پذیری مالی در انجام پژوهشی و امور نوآورانه (ماده/۲۲)
- Tas38: حمایت از تجاری سازی دستاوردهای نخبگان و نوآوران علمی و فناوری. (ماده/۲۲)
- Tas39: ایجاد هماهنگی و یکپارچگی آموزشی با هدف ارتقاء کیفیت در سه حوزه دانش، مهارت و تربیت. (ماده/۲۳)

- Tas40: برنامه ریزی جهت افزایش سلامت روحی و جسمی دانشجویان در کلیه مقاطع. (ماده/۲۳)
- Tas41: برنامه ریزی جهت ارتقاء مهارت‌های حرفه ای دانشجویان در جهت کارآفرینی و فن آفرینی از طریق کارورزی و کارآموزی در حین آموزش مبتنی به فلسفه تعلیم و تربیت اسلامی و بر اساس نیازها و اولویت‌های کشور. (ماده/۲۳)
- Tas42: زمینه سازی و تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد، دانش مدار، خلاق و کارآفرین؛ منطبق با نیازهای نهضت نرم افزاری، با هدف توسعه کمی و کیفی. (ماده/۲۴)
- Tas43: تأمین هزینه سرانه تربیت نیروی انسانی متخصص مورد تقاضای دولت و هزینه‌های خدمات پژوهشی، تحقیقاتی، فناوری مورد حمایت در چارچوب بودجه ریزی عملیاتی به‌طور سالیانه. (ماده/۲۴)
- Tas44: پذیرش دانشجو با استفاده از ظرفیت مازاد بر اساس قیمت تمام شده یا توافقی با بخش غیردولتی با تأیید هیات امناء در مقاطع مختلف تحصیلی. (ماده/۲۴)
- Tas45: برنامه ریزی جهت اداره خودگردان تمام و یا بخشی از فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی با اخذ تمام یا قسمتی از هزینه تحصیلی از دانشجویان به‌صورت نقد یا اقساطی. (ماده/۲۴)
- Tas46: اداره دانشگاه بدون الزام به رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی به‌ویژه قانون محاسبات عمومی، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون برگزاری مناقصات و اصلاحات و الحاقات بعدی آن و صرفاً در چارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی معاملاتی و اداری-استخدامی-تشکیلاتی مصوب هیات امناء. (ماده/۲۴)
- Tas47: کمک تلقی نمودن اعتبارات اختصاص یافته از منابع عمومی دولت به دانشگاه و لحاظ آن پس از پرداخت به هزینه قطعی بر اساس بودجه تفصیلی مصوب هیات امناء. (ماده/۲۴)
- Tas48: واگذاری امور خدمات رفاهی دانشجویان به بخش غیر دولتی به منظور رها سازی مؤسسات و افزایش کارایی مأموریت‌های اصلی دانشگاه‌ها (آموزش، پژوهش و فناوری) در هر سال حداقل ۲۰ درصد. (ماده/۲۴)
- Tas49: حمایت مالی و حقوقی و پشتیبانی ویژه از ۱۰ دانشگاه برتر که دارای عملکرد برجسته در راستای توسعه پایدار و رفع نیازهای آموزشی و بازار کار داشته‌اند. (ماده/۲۴)
- Tas50: اعطای بورس تحصیلی داخل و خارج کشور به جانبازان (بالای ۵۰٪)، آزادگان (بالای ۵ سال اسارت) و فرزندان شهدا به منظور تجلیل از بازماندگان جنگ تحمیل و خانواده آن‌ها. (ماده/۲۴)
- Tas51: ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهایی با سطح توسعه انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال. (ماده/۲۹)
- Tas52: استفاده از استانداردهای ملی سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه ای (ماده/۳۶)
- Tas53: اجرای سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیر دولتی (ماده/۳۶)
- Tas54: نظارت بر عدم فعالیت پزشکان استخدام پیمانی و رسمی در مراکز درمانی بخش خصوصی (ماده/۳۶)
- Tas55: ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی توسط بخش دولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت. (ماده/۳۶)
- Tas56: به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت (ماده/۳۸)
- Tas57: حمایت مالی از بخش غیر دولتی برای ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت (ماده/۳۸)
- Tas58: تهیه و اعلام فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف به صورت سالیانه (ماده/۳۸)

- Tas59: به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، اقدام‌های زیر انجام می‌شود؛ (ماده/۳۹)
- Tas60: استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت باهمانگی پایگاه ملی مرکز آمار ایران و بر اساس اطلاعات طبقه بندی شده با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت (ماده/۳۹)
- Tas61: همکاری با وزارت رفاه درخصوص استقرار و ساماندهی خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان؛ (ماده/۳۹)
- Tas62: پرداخت فوق العاده خاص علاوه بر موارد موجود در قانون درمات خدمت در مناطق یاد شده. به پزشکانی که بر اساس اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق کمتر توسعه یافته که فهرست آن‌ها به تأیید معاونت می‌رسد به طور مستمر (حداقل دوسال) خدمت نمایند (ماده/۴۰)
- Tas63: پرداخت فوق العاده خاص علاوه بر موارد موجود قانونی درمات خدمت طبق مصوبه هیات وزیران به پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته حداقل دوسال به صورت مستمر خدمت نمایند. (ماده/۴۰)
- Tas64: درمان فوری، رایگان و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و انتقال آن‌ها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی با استفاده از عوارض بیمه شخص ثالث (ماده/۴۱)
- Tas65: پیگیری اجرای ممنوعیت تبلیغ خدمات و کالاهای تهدید کننده سلامت توسط رسانه‌ها (ماده/۴۱)
- Tas66: اجرایی نمودن برنامه کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (ماده/۴۲)
- Tas67: تعیین ضوابط و ساز و کارهای لازم برای اجرای بیمه همگانی (ماده/۴۲)
- Tas68: تعمیم عدالت در بهره مندی از خدمات بهداشتی، درمانی، خدمات بیمه پایه سلامت روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری (ماده/۴۲)
- Tas69: نظارت بر مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی مصوب (ماده/۴۲)
- Tas70: واگذاری نظارت بر مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت به بخش غیر دولتی بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی بدون تحمیل بار مالی جدید (ماده/۴۲)
- Tas71: برنامه ریزی جهت صرف ۲۰٪ اعتبارات فرهنگی برای ترویج فرهنگ ایثار و شهادت (ماده/۴۸)
- Tas72: اختصاص حداقل بیست و پنج درصد نیاز استخدامی به جانبازان بالای پنجاه درصد و آزادگان یا حداقل سه سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای هفتاد درصد و آزادگانی که حداقل پنج سال سابقه اسارت دارند بدون الزام به رعایت شرط سنی، تحصیلی و آزمون تأمین به صورت رسمی قطعی (ماده/۴۸)
- Tas73: تخصیص حداقل ۱۰ درصد اعضای هیئت علمی مورد نیاز از بین جانبازان بالای پنجاه درصد و آزادگان یا حداقل سه سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای هفتاد درصد و آزادگان یا حداقل پنج سال اسارت که دارای مدرک دکترای تخصصی می‌باشند حسب مورد از طریق استخدام و یا موافقت با انتقال کارکنان دیگر دستگاه‌ها یا تبدیل وضعیت کارکنان غیر هیئت علمی بدون الزام به رعایت شرط و آزمون (ماده/۴۸)
- Tas74: به اشتراک گذاشتن پایگاه‌های اطلاعاتی با رعایت استانداردهای لازم به منظور ایجاد سامانه اطلاعاتی در شبکه ملی اطلاعات (ماده/۴۹)
- Tas75: اقدام جهت تأمین و حفظ امنیت تولید، پردازش، نگهداری و تبادل اطلاعات یارانه ای (ماده/۴۹)
- Tas76: عرضه خدمات قابل ارائه به صورت الکترونیکی از طریق شبکه ملی اطلاعات (ماده/۴۹)
- Tas77: قرار دادن محتوای علمی و امکانات نرم افزاری و سخت افزاری با حفظ مالکیت معنوی و رعایت استانداردهای لازم بر روی شبکه علمی (ماده/۴۹)

Tas78: به کارگیری افراد در قالب قرارداد کار معین (مشخص) یا ساعتی برای اجرای وظایف پست‌های سازمانی صرفاً در سقف مقرر در قانون مدیریت خدمات کشوری (ماده/۵۲)

Tas79: اجرای مقررات قانون مدیریت خدمات کشوری در خصوص تمرکززدایی و واگذاری وظایف و واحدهای مربوط به بخش غیر دولتی با رعایت اصول ۲۹ و ۳۰ قانون اساسی و مقررات مربوط (ماده/۵۵)

Tas80: رعایت ممنوعیت احداث، خرید و یا اجاره ساختمان‌های جدید اداری (به استثنای موارد تغییر سطح تقسیمات کشوری و نیز در مورد تجمیع ساختمان‌های اداری). (ماده/۵۹)

۲-۳ وظایف دانشکده بر اساس نقشه جامع علمی سلامت:

Tas81: عدالت در دریافت خدمات سلامت برای تمام مردم

Tas82: مشارکت مردم در تأمین منابع برای سلامت خود

Tas83: بهره‌مندی از دانش و فن‌آوری‌های مطلوب برای حفظ، تأمین و ارتقای سلامت مردم

Tas84: تأمین، توزیع و پرداخت منابع مالی توسط دولت برای تأمین سلامت آحاد مردم

Tas85: توجه به نخبگان سلامت کشور شامل جذب، به کارگیری و ارتقای بهره‌مندی از ظرفیت آن‌ها

Tas86: ایجاد و تجهیز محیط‌های آموزشی در همه ابعاد علمی، فرهنگی و پژوهشی

Tas87: توسعه مراکز تحقیقاتی و بهره‌مند کردن آن‌ها از منابع متناسب با عملکرد خود در جهت ارتقای سلامت و تحقق اهداف چشم‌انداز

Tas88: اولویت دادن به علم و فناوری پاسخ‌گو به نیازهای سلامت جامعه

Tas89: حضور مؤثر در عرصه بین‌الملل

Tas90: تکمیل چرخه نوآوری

Tas91: صیانت از منابع، شفافیت و پاسخ‌گویی

Tas92: تحول نظام آموزش سلامت

Tas93: تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه

Tas94: ارائه خدمت به گیرندگان خدمات با رعایت اصول کرامت انسانی، ضمانت طبیب و کارکنان خدمات سلامت و صحیح‌ترین و منطقی‌ترین خدمات پزشکی با محترمانه‌ترین و مسئولانه‌ترین کیفیت

Tas95: جهت‌گیری و اولویت‌بندی اقدامات پیشگیرانه و پس از آن درمان‌های طبیعی و بعد درمان‌های دارویی و سپس درمان‌هایی همچون جراحی

Tas96: ثبت و انتقال تجربیات سودمند از مسئولیت‌های صاحبان مشاغل پزشکی در تمام سطوح

Tas97: اولویت دادن به علم و فن‌آوری پاسخ‌گو به نیازهای سلامت جامعه

Tas98: استانداردسازی فعالیت‌ها

Tas99: ارتقای کیفیت و تحقق شاخص‌های هدف با تراز جهانی

Tas100: کاهش تصدی‌گری دولت، توانمندسازی، تسهیل حضور بخش غیردولتی با حفظ امور حاکمیتی دولت

Tas101: صیانت از منابع، شفافیت و پاسخ‌گویی

Tas102: کسب سواد سلامت و افزایش مهارت‌های ارتقای سلامت و بهره‌برداری از فن‌آوری اطلاعات در سطح عمومی

Tas103: دست‌یابی به استانداردهای جهانی و گواهی‌نامه‌های بین‌المللی در تمامی بیمارستان‌ها، شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور، دانشکده‌ها و مراکز پژوهشی

Tas104: دست‌یابی به سهم ۲٪ از بازار جهانی محصولات و خدمات در حوزه سلامت

- Tas105: سرمایه گذاری پژوهش در علوم بنیادی به میزان ۲۵٪، در علوم کاربردی ۳۵٪، توسعه ای ۳۰٪ و در پژوهش‌های بازار سلامت ۱۰٪
- Tas106: استفاده از توان مالی و تجهیزاتی بخش غیردولتی برای توسعه پژوهش در کشور و تسهیل استفاده بخش غیردولتی از فضا و امکانات بخش دولتی
- Tas107: آموزش و بازآموزی نیروی انسانی در سطوح گوناگون
- Tas108: بهسازی و گسترش مراکز ارائه خدمات سلامتی با تقویت پدافند غیرعامل
- Tas109: تدوین استانداردهای ملی در حوزه‌های اولویت دار علم و فن آوری سلامت با پوشش ۹۰٪ محصولات و خدمات
- Tas110: ارتقای کیفیت در بیمارستان‌های دانشگاهی بر اساس استانداردهای جهانی و فرهنگ اسلامی-ایرانی
- Tas111: ایجاد تفکر مدیریت بر مبنای ارزش در جامعه
- Tas112: تقویت وجدان کاری، انضباط اجتماعی، کارگروهي، روحیه کار و ابتکار، کارآفرینی، درست کاری و قناعت و اهتمام به بهبود کیفیت
- Tas113: اصلاح الگوی مصرف محصولات و خدمات سلامت
- Tas114: استفاده از فن آوری اطلاعات و شبکه جهت تسهیل ارتباطات و همکاری‌ها
- Tas115: انجام مطالعات دوره ای ملی راهبردی برای نیازسنجی و تعیین اولویت برنامه‌های سلامتی
- Tas116: تهیه دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های اولویت دار (بسته‌های استاندارد خدمات و راهنماهای بالینی) مبتنی بر شواهد بومی در سطوح مختلف ارائه خدمات
- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فن آوری اطلاعات
- Tas117: ایجاد بانک‌های اطلاعاتی (با قابلیت تسهیم اطلاعات) در حوزه‌های اولویت دار مانند ثبت و مراقبت بیماری‌ها و ...
- Tas118: ایجاد مجله تخصصی علمی-پژوهشی در حوزه‌های اولویت دار
- Tas119: بازنگری نیروی انسانی دانشگاه و مراکز تحقیقاتی (نسبت استاد به دانشجو باید در ایران یک به ده برسد)
- Tas120: بازنگری در شیوه‌های جذب، ارزیابی و ملاک‌های ارتقای اعضای هیأت علمی متناسب با اهداف نظام سلامت
- Tas121: تدوین و اجرای استانداردهای ملی آموزش پزشکی
- Tas122: تعیین انتظارات بیماران و جامعه از دانش آموختگان رشته‌های پزشکی و لحاظ کردن آن در آموزش پزشکی
- Tas123: توسعه رشته‌ها و مقاطع آموزشی در حوزه‌های اولویت دار نظام سلامت
- Tas124: برآورد هزینه‌های سلامتی و ریالی عوامل خطر عمده و بیماری‌هایی با بار بالا و سود حاصل از مداخله بر روی آن‌ها
- Tas125: انجام پژوهش درخصوص تحول شبکه سلامت کشور با رویکردهای سلامت نگر، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، عدالت، تقویت همکاری‌های بین بخشی و مبتنی بر نظام علم، فن آوری و نوآوری
- Tas126: طراحی ساختار کشف و تبیین فرآیند خطاهای پزشکی^{۲۲} و عوارض ناخواسته دارویی^{۲۳}
- Tas127: تعیین الگوهای خود مراقبتی **self-care**^{۲۴} (و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت دار
- Tas128: توانمندسازی مردم در شناسایی معضلات سلامتی و مداخله در سطح ملی
- Tas129: تخصیص ۷۰٪ منابع مالی پژوهشی به حوزه‌های اولویت دار
- Tas130: اختصاص یک سوم بودجه پژوهشی به بخش غیردولتی در حوزه‌های اولویت دار تا سال ۱۴۰۴
- Tas131: تدوین استانداردها و اعمال آن درخصوص سلامت مواد غذایی (از تولید تا مصرف) و خدمات سلامت در سطح ملی

²² Medical errors

²³ Advers drug reaction

²⁴ Self-care

Tas132: توزیع هدفمند مسئولیت آموزش سلامت به جامعه در بین نهادهای ذیربط و همکاری ارگان‌های مختلف

۲-۴ وظایف دانشکده بر اساس کلیات برنامه ششم توسعه :

Tas133: افزایش امید به زندگی

Tas134: کاهش بار ناشی از بیماری‌ها و عوامل خطر ساز

Tas135: ارتقای شاخص توسعه کودکان

Tas136: ارتقای سلامت روانی اجتماعی مردم و جامعه

Tas137: کاهش میزان آلاینده های آب ، خاک ، هوا به حداقل استانداردهای پذیرفته جهانی

Tas138: افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب ، سالم و ایمن با تاکید بر استانهای ناامن و بسیار ناامن غذایی

Tas139: پوشش همگانی خدمات سلامت با تاکید بر مراقبتهای اولیه

Tas141: ارتقای توانمند سازی مردم ، سازمانها و جوامع برای مراقبت از سلامت خود

Tas142: ارتقای سلامت باروری و فرزند آوری

Tas143: پوشش فراگیر و دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات و مراقبتهای سلامت با کیفیت

Tas144: حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت

Tas145: استقرار نظام جامع سلامت باروری با محوریت ترویج زایمان طبیعی و حمایت از زوج های نابارور

Tas146: ارتقاء سطح آمادگی نظام سلامت در برابر فوریت های پزشکی

Tas147: توسعه گردشگری سلامت

Tas148: دستیابی عادلانه آحاد مردم به سبد غذایی سالم، مطلوب

Tas149: دستیابی به نسبت ۷۵٪ شاخص های تجویز و مصرف دارو در مقایسه با شاخص های بین المللی حوزه غذا و دارو

Tas150: کاهش سهم فرآورده های طبیعی ، مکمل تغذیه ای ، رژیمی ، ورزشی قاقاق و تقلبی در کشور به کمتر از ۱۰٪

Tas151: کسب گواهینامه های کیفیت توسط حداقل ۵۰٪ صنایع دارویی ، واکسن و تجهیزات پزشکی کشور از نهادهای معتبر بین المللی

Tas152: افزایش تجویز و مصرف منطقی فرآورده های طبیعی ، مکمل تغذیه ای ، ورزشی و رژیمی

Tas153: کاهش سهم فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی قاقاق و تقلبی در کشور به کمتر از ۱۰٪

Tas154: توسعه آموزش علوم پزشکی برای پاسخ به نیازهای نظام سلامت

Tas155: دستیابی به مرجعیت علمی در حیطه دانش علوم پزشکی در منطقه

Tas156: ظرفیت سازی (Capacity Building) پژوهشهای سلامت

Tas157: ظرفیت سازی (Capacity Building) در حوزه فناوری های سلامت

Tas158: تامین و ارتقا معیشت ، رفاه و سلامت دانشجویان

Tas159: توسعه و تعمیق فرهنگ اسلامی ایرانی در دانشگاهها

Tas160: ادغام خدمات تایید شده طب ایرانی در نظام سلامت

Tas161: ارتقای دسترسی آحاد مردم جامعه به مراقبت های پرستاری ایمن و با کیفیت

Tas162: حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت

Tas163: پوشش فراگیر دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات و مراقبت های سلامت با کیفیت

Tas164: ارتقای کمی و کیفی معیشت دانشجویان

Tas165:افزایش بهره وری کل عوامل سلامت

Tas166: کاهش بار بیماریهای غیر واگیر دار و عوامل خطر

فصل سوم

تحلیل ذینفعان

۳-۱ ذینفعان و مخاطبان داخلی و خارجی

ذینفعان و مخاطبان افرادی هستند که به نحوی در ارتباط با سازمان قرار می گیرند و هرگونه تغییر در نگرش، سیاست، راهبرد و رفتار آنها موجب تغییر در نحوه ی اداره ی آن سازمان شده و به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می گردند.

۳-۱-۱ ذینفعان داخلی

۳-۱-۲ ذینفعان خارجی

جدول شماره (۱) مهمترین ذینفعان داخلی و انتظارات آنها

ردیف	فرد، گروه ، سازمان و...	انتظارات
۱	هیئت امنای دانشکده	
۲	ریاست دانشکده	
۳	معاون آموزشی دانشکده	
۴	معاون پژوهشی دانشکده	
۵	معاون بهداشتی دانشکده	
۶	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشکده	
۷	معاون درمان دانشکده	
۸	معاون غذاو داروی دانشکده	
۹	معاون فرهنگی و دانشجویی دانشکده	
۱۰	معاون خدمات پرستاری دانشکده	
۱۱	قائم مقام مشارکتهای دانشکده	
۱۲	مدیران دانشکده	
۱۳	اعضای هیئت علمی	
۱۴	کارکنان	
۱۵	دانشجویان	

جدول شماره (۲) مهمترین ذینفعان خارجی و انتظارات آنها

ردیف	فرد، گروه ، سازمان و...	انتظارات
۱	معاون آموزشی وزارتخانه	
۲	معاون پژوهشی وزارتخانه	
۳	معاون بهداشتی وزارتخانه	

۴	معاون توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه	
۵	معاون درمان وزارتخانه	
۶	معاون غذاو داروی وزارتخانه	
۷	معاون فرهنگی و دانشجویی وزارتخانه	
۸	معاون خدمات پرستاری وزارتخانه	
۹	قائم مقام مشارکتهای وزارتخانه	
۱۰	تشکل های دانشجویی	
۱۱	خانواده دانشجویان	
۱۲	نمایندگان مجلس شورای اسلامی	
۱۳	فرمانداری	
۱۴	استانداری	
۱۵	پژوهشگران	
۱۶	شهروندان	
۱۷	فارغ التحصیلان حرفه های پزشکی	
۱۸	سیاستگزاران	
۱۹	نهادهای و ادارات دولتی و غیر دولتی سطح شهرستان	
۲۰	زائران و گردشگران	
۲۱	سازمان مدیریت و برنامه ریزی	
۲۲	سازمان بازرسی کل کشور	
۲۳	سازمان دیوان محاسبات	
۲۴	اصناف	
۲۵	شرکتهای مواد غذایی	

جدول شماره (۳) تحلیل مهمترین ذینفعان داخلی

اهمیت (۱-۳) Importance	نفوذ (۱-۳) Influence	علاقه (۱-۳) Interest	قدرت (۱-۳) power	عنوان ذینفع	ردیف
				هیئت امنای دانشکده	۱
				ریاست دانشکده	۲
				معاون آموزشی دانشکده	۳
				معاون پژوهشی دانشکده	۴
				معاون بهداشتی دانشکده	۵
				معاون توسعه مدیریت و منابع دانشکده	۶
				معاون درمان دانشکده	۷
				معاون غذاو داروی دانشکده	۸
				معاون فرهنگی و دانشجویی دانشکده	۹
				معاون خدمات پرستاری دانشکده	۱۰
				قائم مقام مشارکتهای دانشکده	۱۱
				مدیران دانشکده	۱۲
				اعضای هیئت علمی	۱۳
				کارکنان	۱۴
				دانشجویان	۱۵

جدول شماره (4) تحلیل مهمترین ذینفعان خارجی

اهمیت (۱-۳) Importance	نفوذ (۱-۳) Influence	علاقه (۱-۳) Interest	قدرت (۱-۳) power	عنوان ذینفع	ردیف
				معاون آموزشی وزارتخانه	۱
				معاون پژوهشی وزارتخانه	۲
				معاون بهداشتی وزارتخانه	۳
				معاون توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه	۴
				معاون درمان وزارتخانه	۵
				معاون غذا و داروی وزارتخانه	۶
				معاون فرهنگی و دانشجویی وزارتخانه	۷
				معاون خدمات پرستاری وزارتخانه	۸
				قائم مقام مشارکتهای وزارتخانه	۹
				تشکل های دانشجویی	۱۰
				خانواده دانشجویان	۱۱
				نمایندگان مجلس شورای اسلامی	۱۲
				فرمانداری	۱۳
				استانداری	۱۴
				پژوهشگران	۱۵
				شهروندان	۱۶
				فارغ التحصیلان حرفه های پزشکی	۱۷
				سیاست گزاران	۱۸
				نهادهای و ادارات دولتی و غیر دولتی سطح شهرستان	۱۹
				زائران و گردشگران	۲۰

۲۱	سازمان مدیریت و برنامه ریزی				
۲۲	سازمان بازرسی کل کشور				
۲۳	سازمان دیوان محاسبات				
۲۴	اصناف				
۲۵	شرکتهای مواد غذایی				

جدول شماره (5) نیازها ، ماموریتها واهداف

ردیف	نیازها	ماموریتها	اهداف
۱	هیئت علمی		
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			

فصل چهارم

بیانیه مأموریت

۴-۱ چشم انداز^{۲۵} (v)

دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی نیشابور با اتکال به ایزد منان مصمم است در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم انداز بیست ساله کشور، نقشه کلی نظام سلامت، و با بهره گیری از کلیه امکانات و ظرفیت‌های موجود با تاکید بر حفظ ارزش‌های اسلامی و انسانی طی ۵ سال آینده، به دانشگاه ارتقاء یافته و جزو پنج دانشگاه برتر منطقه شمال شرق کشور در ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی قرار گیرد.

۴-۲ رسالت^{۲۶} (m)

دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی نیشابور در چار چوب سیاست‌های کلی نظام سلامت در راه تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، به عنوان محور توسعه پایدار ایجاد گردیده و در این راستا مأموریت دارد با تربیت و آموزش نیروهای متعهد و متخصص، کشف و پذیرش استعدادها با بهره گیری از توانمندی‌ها و پتانسیل‌های موجود (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی) و ایجاد بستر مناسب جهت ارائه خدمات گسترده در حوزه سلامت گام بردارد. بدین منظور مجموعه دانشکده با جلب مشارکت فعال آحاد جامعه، خیرین و سایر بخش‌ها با رعایت عدالت اجتماعی، تعهد و وجدان کاری، نظم و قانون مداری، ایثار و از خودگذشتگی، خود را مصمم به بهبود و ارتقاء سطح شاخص‌های حوزه سلامت و جلب رضایت گیرندگان خدمت در حداقل زمان و

²⁵ vision

²⁶ mission

با کمترین هزینه می‌داند. باعنایت به موقعیت دانشکده درمهد فرهنگ و تمدن ایران بارعایت ارزش‌ها، باورها و اعتقادات دینی، تحقق شعار ”جامعه سالم و اعتلای کرامت انسانی پشتوانه توسعه پایدار“ را سرلوحه کار خود قرار خواهد داد.

۴-۳ ارزش‌ها^{۲۷} (v)

۱. تکیه بر ارزش‌ها و مبانی دینی و فرهنگی
۲. عدالت اجتماعی در ارائه خدمات سلامت
۳. دانایی محوری
۴. پایبندی به رعایت قوانین و مقررات سازمانی و اخلاق حرفه‌ای
۵. هماهنگی درون بخشی و برون بخشی
۶. شایسته سالاری
۷. توجه به مدیریت کیفیت در ارائه خدمات
۸. مشارکت کارکنان در برنامه ریزی و تصمیم‌گیری
۹. احترام به کرامت انسانی در جهت تحقق تکریم و رضایت ارباب رجوع
۱۰. پاسخگویی دقیق و به موقع به نیازهای در حال تغییر
۱۱. صداقت و درستی به عنوان زیربنای ارتباطات و مناسبات سازمانی

فصل پنجم

ارزیابی محیط داخلی

و خارجی

سازمان ها به عنوان یکی از اجزاء سیستمهای اجتماعی عمل کرده (محیط خارجی) و در عین حال خود دارای اجزاء و یا سیستمهای فرعی بوده (محیط داخلی) و این سیستمها با یکدیگر در تعامل می باشند.

۵-۱) تحلیل محیط داخلی

شناخت محیط داخلی فرایندی است که برنامه ریزان راهبردی برای تشخیص، گردآوری، نظارت، تحلیل و خلاصه کردن نقاط قوت و ضعف محیط داخلی بکار می برند.

اهداف شناخت محیط داخلی:

- ۱- شناخت نقاط قوت و ضعف
 - ۲- آگاهی از توانمندیهای فعلی (بالفعل)
 - ۳- آگاهی از توانمندیهای آتی (بالقوه)
 - ۴- حصول اطمینان از مزیت نسبی توانمندیها
- محیط داخلی شامل سه مقوله مهم می باشد که عبارت اند از:
- الف منابع (انسانی ، فیزیکی و فن شناختی)
- ب استراتژیهای موجود (شامل : برنامه ها و روشهای فرهنگ سازمانی ،سبک و نگرش مدیریت فرایندهای تولید و ارائه خدمات)
- ج عملکرد (محصولات ،خدمات ، ایده ها و طرح ها)
- محیط داخلی حداقل باید شامل موارد زیر باشد :

ساختار سازمانی: برای مثال، آیا ساختار سازمانی اجرای فعالیت‌هایی را که پاسخگوی نیازها و انتظارات مشتریان است، تسهیل می‌کند؟

برنامه ریزی: برای مثال، آیا برنامه‌های بلند مدت و کوتاه مدت وجود دارند؟ آیا برنامه‌ها اجرا می‌شوند؟ هماهنگی: برای مثال، واحدهای مختلف تا چه حدودی با هم هماهنگ می‌باشند؟ تأمین نیروی انسانی: برای مثال، آیا افرادی که برای پست‌های مختلف استخدام می‌شوند مهارت و نگرش مناسب دارند؟ آموزش: برای مثال، در کدام زمینه‌ها کارکنان به آموزش نیاز دارند؟ نظام اطلاعاتی: آیا نظام اطلاعاتی مؤثر وجود دارد؟ تسهیلات و تجهیزات: آیا فضا و تجهیزات مناسب وجود دارد؟ آیا از فضاها و تجهیزات استفاده بهینه می‌شود؟ ظرفیت‌های مالی: آیا نحوه تخصیص منابع مناسب می‌باشد؟ از عوامل محیط داخلی تحت دو عنوان نقاط قوت و ضعف سازمان یاد می‌شود که این عوامل بدین شرح می‌باشند:

۵-۱-۱ نقاط قوت

نقاط قوت توانمندی‌هایی است که موجب مزیت نسبی سازمان نسبت به سایرین شده است. نقاط قوت دانشکده به شرح ذیل است:

۱. وجود هیات امناء
۲. وجود کارشناسان و پرسنل متعهد و توانمند
۳. استقرار طرح تحول در نظام سلامت
۴. استقرار سیستم حسابداری تعهدی و نظام نوین مالی
۵. برخورداری از سیستم‌های جامع فن آوری اطلاعات و اتوماسیون اداری
۶. وجود برنامه مدون آموزش و توانمند سازی کارکنان
۷. مدیریت بهینه منابع
۸. وجود شاخصهای مناسب بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی
۹. اعتقاد مدیران به برنامه ریزی استراتژیک و عملیاتی
۱۰. هماهنگی درون سازمانی
۱۱. وجود منابع فیزیکی و تجهیزاتی نسبتاً مناسب
۱۲. دسترسی آسان کارکنان و گیرندگان خدمت به مدیران ارشد
۱۳. ارائه خدمات مطلوب مراقبتی و حمایتی
۱۴. تدوین شرح وظایف کارکنان

۵-۱-۲ نقاط ضعف

نقاط ضعف کلیه عوامل و فعالیتهای محیط داخلی است که موجب کندی دستیابی به اهداف آموزشی، پژوهشی، خدمات علمی و مشاوره‌ای دانشکده شده اند. نقاط ضعفی که می توان برای دانشکده عنوان نمود بدین شرح است:

۱. آگاهی ناکافی برخی از مدیران به قوانین و مقررات
۲. پیگیری غیرمؤثر در جهت اخذ رشته‌های جدید و ارتقاء دانشکده به دانشگاه
۳. ضعف ارتباط بین آموزش، پژوهش خدمات سلامت

۴. کمبود پژوهش‌های کاربردی
۵. اعضای هیئت علمی جوان و کم تجربه
۶. عدم وجود مراکز تحقیقاتی
۷. نداشتن شرکت‌های دانش بنیان
۸. هدفمند نبودن طرح‌های پژوهشی
۹. ضعف در مستند سازی
۱۰. عدم وجود شرایط مناسب جهت بروز و شکوفایی خلاقیت کارکنان
۱۱. ضعف در ارتباط علمی پژوهشی با مراکز داخل و خارج کشور
۱۲. کمبود وسایل و تجهیزات آموزشی
۱۳. عدم تناسب تخته‌های موجود با نیاز شهرستان
۱۴. فرسودگی اغلب فضاهای درمانی و بهداشتی واداری
۱۵. وجود روحیه مقاومت در برابر تغییر
۱۶. وضعیت نامطلوب تعدادی از شاخصهای بهداشتی و درمانی
۱۷. متناسب نبودن ساختار سازمانی با فعالیت ها و اهداف
۱۸. کمبود فضای فیزیکی اداری و آموزشی
۱۹. کمبود نیروی انسانی متناسب با نیازها و فعالیت ها
۲۰. آشنایی ناکافی برخی از مدیران با اصول علمی مدیریت و نگرش فرایندی
۲۱. کارآمد نبودن نظارت‌ها در سطوح مختلف دانشکده
۲۲. ناکارآمدی نظام ارزشیابی موجود
۲۳. شفاف نبودن برخی از فرایندها
۲۴. اطلاع رسانی ناکافی در خصوص نحوه‌ی ارائه خدمات
۲۵. عدم استفاده بهینه از تجهیزات پزشکی
۲۶. محدودیت منابع مالی
۲۷. حضور کم رنگ پزشکان متخصص و دندانپزشکان در ساعت موظفی
۲۸. اخذ وجوه غیرمعارف برخی از پزشکان متخصص از بیماران
۲۹. ضعف در اولویت دادن پیشگیری بر درمان

جدول شماره (۶) تحلیل مهمترین عوامل درونی (نقاط قوت و ضعف)

ردیف	وضعیت (عوامل)	اهمیت	ضریب اهمیت	رتبه	نمره
۱	وجود هیات امناء				
۲	وجود کارشناسان و پرسنل متعهد و توانمند				
۳	استقرار طرح تحول در نظام سلامت				
۴	استقرار سیستم حسابداری تعهدی و نظام نوین مالی				
۵	برخورداری از سیستم‌های جامع فن آوری اطلاعات و اتوماسیون اداری				
۶	وجود برنامه مدون آموزش و توانمند سازی کارکنان				
۷	مدیریت بهینه منابع				
۸	وجود شاخصهای مناسب بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی				
۹	اعتقاد مدیران به برنامه ریزی استراتژیک و عملیاتی				
۱۰	هماهنگی درون سازمانی				
۱۱	وجود منابع فیزیکی و تجهیزاتی نسبتاً مناسب				
۱۲	دسترسی آسان کارکنان و گیرندگان خدمت به مدیران ارشد				
۱۳	ارائه خدمات مطلوب مراقبتی و حمایتی				
۱۴					
۱۵					

۲-۵ تحلیل محیط خارجی

برای انجام برنامه ریزی های موثر در محیط نامطمئن و متغیر، مدیریت های سازمانها باید بتوانند تغییرات جدید را که روی سازمان و فعالیت های آن اثر می گذارند پیش بینی کنند.

در واقع، برنامه ریزی راهبردی به دنبال یافتن بهترین سازگاری بین سازمان و محیط خارجی در جهت عملکرد مطمئن و بهبود دائمی برنامه های سازمان است.

ارزیابی محیط خارجی فرآیندی است که برنامه ریزان استراتژیک و استراتژیست های سازمان رخداد ها و عوامل محیط های کلی و وظیفه ای را به منظور تعیین فرصتها و تهدیدات محیطی زیر نظر می گیرند .

هدف از تحلیل محیط خارجی ، یافتن اطلاعات و تنظیم شمایی از فرصت ها و تهدیدهای رویاروی سازمان است.

تحلیل محیط بیرونی حداقل باید شامل موارد ذیل باشد:

روند اقتصادی: برای مثال تغییر درآمدها، تورم و...

سیاست های دولت : برای مثال تعدیل نیروی انسانی ، کاهش بودجه دانشگاه ها ، گرایش به خصوصی سازی و..

تغییرات جمعیتی : برای مثال ،تغییر در ساختار سنی،مهاجرت و....

تغییر در وضعیت بهداشتی و نیازها: برای مثال ،تغییر در شیوع و بروز بیماری ها،افزایش تقاضا برای خدمات خاص...

تغییر در نحوه ارائه خدمات: برای مثال،ارجحیت مراقبت های سرپایی به بستری،گرایش به تکنولوژی پیچیده و...

منابع تأمین اعتبار: برای مثال، دولت، سازمان های ملی و بین المللی،خودگردانی و....

اهداف تحلیل محیط بیرونی عبارتند از:

دسته بندی اطلاعاتی که توسط سازمان های دیگر تولید می شود.

تشخیص و تحلیل موضوعات مهم جاری که ممکن است بر سرنوشت سازمان مؤثر باشد.

یافتن و تحلیل نشانه هایی از موضوعات غیرمنتظره که ممکن است بر سرنوشت سازمان تأثیر بگذارند.

پیش بینی روند موضوعات در آینده و ارزیابی تأثیر آن ها بر سازمان.

کمک به تهیه اهداف و استراتژی ها.

ترویج تفکر استراتژیک در سراسر سازمان.

به طور خلاصه تحلیل محیط بیرونی به منظور کشف نشانه های تغییر در محیط بیرونی،پایش آن ها، پیش بینی جهت گیری

آینده آن ها و بالاخره ارزیابی تأثیر آن ها بر سازمان انجام می گیرد تا فرصت ها و تهدیدهای ممکن شناسایی و مورد بهره برداری قرار گیرد.

۵-۲-۱ فرصت ها :

فرصت شرایط یا موقعیتی است که حرکت در راستای آن تحقق اهداف سازمان را تسهیل و تسریع خواهد کرد. فرصتهایی که

پیش روی دانشکده هستند شامل:

۱. وجود ظرفیت های قانونی
۲. وجود نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی
۳. موقعیت مناسب جغرافیایی ، صنعتی و فرهنگی شهرستان
۴. امکان بهره برداری از توانمندی خیرین
۵. گسترش فن آوری ارتباطی و اطلاعاتی در جامعه
۶. وجود دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی در استان
۷. وجود افراد متخصص در اکثر رشته ها در سطح جامعه
۸. نگرش مثبت مسئولین شهرستان جهت ارتقاء به دانشگاه

۹. افزایش آگاهی و تقاضای جامعه برای دریافت خدمات کیفی سلامت
۱۰. اجرای برنامه‌های نظام سلامت در سطح جامعه
۱۱. ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری و اسناد بالادستی (سند چشم انداز بیست ساله ، نقشه علمی کشور ، نقشه جامع علمی سلامت و برنامه پنجم توسعه اقتصادی)
۱۲. لحاظ نمودن شاخصهای سلامت در قانون پنجم توسعه کشور
۱۳. اقبال عمومی جامعه به آموزش عالی در گروه پزشکی
۱۴. مشارکت بخش خصوصی در برنامه‌های بهداشتی و درمانی
۱۵. حمایت‌های معنوی و مادی سازمان‌های مردم نهاد ، خیریه‌ها ، معتمدین و شوراهای شهر و روستا
۱۶. حرکت دولت به سوی الکترونیکی نمودن خدمات
۱۷. مکلف نمودن دستگاه‌های اجرایی برانجام تحقیقات بنیادی و تولید علم
۱۸. همکاری رسانه‌های گروهی و جمعی
۱۹. گسترش و تعمیم بیمه سلامت به همه اقشار فاقد بیمه
۲۰. وجود کارگروه‌های (سلامت و امنیت غذا، پیشگیری و مبارزه با قاچاق و کمیسیون های ماده ۲۰ و ماده ۱۱ تعزیرات)
۲۱. حمایت وزارت از اشتغال پزشکان تمام وقت و راه اندازی کلینیک‌های ویژه

۵-۲-۲ تهدیدها

تهدید هرگونه موقعیت و شرایط خارجی است که مانع یا بازدارنده تحقق اهداف سازمان خواهد شد. تهدید هایی که دانشکده با آنها مواجه است عبارتند از:

۱. ابلاغ قوانین ، دستورالعمل‌ها و بخشنامه های کارشناسی نشده به دانشکده
۲. کندی برخی فرایندهای اجرایی در وزارت متبوع
۳. نداشتن راههای ارتباطی مناسب در شهرستان و شهرستانهای همجوار
۴. پایین بودن سرانه بهداشت و درمان در بودجه کل کشور
۵. ناهماهنگی در نظام پرداخت‌ها و ناکارآمدی آن
۶. غیرمنطقی بودن و تأخیر در اعلام تعرفه‌های بهداشت و درمان
۷. تغییر الگوی بیماری‌ها، بالا بودن نرخ حوادث و سوانح
۸. توسعه بی رویه شهرنشینی و پدیده حاشیه نشینی
۹. سبک زندگی ناسالم در جامعه (چاقی ، کم تحرکی ، تغذیه نامناسب و دخانیات)
۱۰. وجود نگرش درمان محور بجای سلامت محور در جامعه
۱۱. توجه ناکافی به شاخص‌ها و ظرفیت ها در ارتقاء و رتبه بندی دانشگاه‌ها
۱۲. عدم تخصیص منابع بر اساس قیمت تمام شده خدمات
۱۳. ضعف در زیر ساخت‌ها و فرهنگ سازمان‌ها
۱۴. شیوع و رتبه بالای بیماری‌های واگیر تب مالت ، سالک و HTLV1
۱۵. وجود رابطه مالی بیمار با درمانگر
۱۶. تمایل ناکافی بخش خصوصی و خیرین به سرمایه گذاری گسترده در بخش سلامت
۱۷. تأخیر در پرداخت مطالبات از سوی سازمان‌های بیمه گر

۱۸. تعدد، ضعف، تداخل و ناکارآمدی برخی از قوانین
۱۹. افزایش دانشجویان دختر پذیرفته شده به دانشجویان پسر
۲۰. عدم تخصیص کافی و به موقع اعتبارات جاری و عمرانی

جدول شماره (۷) تحلیل مهمترین عوامل بیرونی (فرصتها و تهدیدها)

ردیف	وضعیت (عوامل)	اهمیت	ضریب اهمیت	رتبه	نمره
۱	وجود ظرفیت‌های قانونی				
۲	وجود نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی				
۳	موقعیت مناسب جغرافیایی، صنعتی و فرهنگی شهرستان				
۴	امکان بهره برداری از توانمندی خیرین				
۵	گسترش فن آوری ارتباطی و اطلاعاتی در جامعه				
۶	وجود دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی در استان				
۷	وجود افراد متخصص در اکثر رشته‌ها در سطح جامعه				
۸	نگرش مثبت مسئولین شهرستان جهت ارتقاء به دانشگاه				
۹	افزایش آگاهی و تقاضای جامعه برای دریافت خدمات کیفی سلامت				
۱۰	اجرای برنامه‌های نظام سلامت در سطح جامعه				
۱۱	ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری و اسناد بالادستی (سند چشم انداز بیست ساله، نقشه علمی کشور، نقشه جامع علمی سلامت و برنامه پنجم توسعه اقتصادی)				
۱۲	لحاظ نمودن شاخصهای سلامت در قانون پنجم توسعه کشور				
۱۳	وجود ظرفیت‌های قانونی				
۱۴	وجود نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی				
۱۵	دانشجویان				

فصل ششم

مسائل استراتژیک

مسائل استراتژیک^{۲۸}

در یک تعریف کلی می‌توان گفت، مسائل استراتژیک عبارت است از : مسائل کلیدی و با اهمیتی که برای تدوین اهداف استراتژیک و همچنین تعیین جهت‌گیری‌های عملیاتی و اجرایی سازمان راهگشا می‌باشند. این اقدامات در راستا و در طول استراتژی‌های اصلی سازمان شکل گرفته و یک گام، جهت‌گیری‌های تحقق استراتژی‌ها را ملموس‌تر می‌نمایند. به عبارت دیگر می‌توان گفت، مسائل استراتژیک در کسب‌وکار به مسائل حل نشده‌ای اشاره دارد که نقش عمده‌ای در تعیین جهت کسب‌وکار دارند. این مسائل در هسته اصلی کسب‌وکار نهفته است، لذا برای شناسایی مسائل استراتژیک، فرایند ترکیب عناصر محتوایی ضروری است که با ترکیب و تحلیل عناصر محتوایی شناسایی شده و با استفاده از قوه ابداع ابتکار (خلق استراتژی از ترکیب عوامل شناخته شده) اهداف استراتژیک و استراتژی‌های سازمان قائم بر قصد راهبردی بروز و ظهور پیدا می‌کنند.

برایسون می‌گوید: مسائل استراتژیک پرسش‌هایی در خصوص سیاست‌های بنیادین و چالش‌های بحرانی است که موضوعات زیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- ۱- مأموریت، ارزش‌ها و تعهدات سامانی
- ۲- سطح محصولات و خدمات و یا ترکیب هر دو

²⁸ Strategic Issue

۳- مشتریان، کاربران و پرداخت کنندگان و

۴- هزینه، منابع مالی، سازمان یا مدیریت

همچنین یک بیانیه مسائل استراتژیک باید دارای سه ویژگی زیر باشد :

۱- مساله را به صورت موجز و ترجیحاً در یک پاراگراف تشریح نماید، مساله باید به شکل پرسشی طرح شود تا سازمان بتواند در مورد آن کار یا اقدامی انجام دهد.

۲- عواملی که مساله را می سازند باید به عنوان یک چالش بنیادی ذکر شوند. به طور ویژه مولفه‌هایی در تعهد سازمانی، مأموریت، ارزش‌ها، نقاط قوت و ضعف و فرصت و تهدید هستند که مسائل استراتژیک را می سازند.

۳- عواقب ناشی از عدم رسیدگی به مساله استراتژیک باید شناخته شود، بدین ترتیب سازمان می داند که با چه نوع مسائلی روبرو است. مسائل استراتژیک سازمان سه گونه اند:

a. آنهایی که در حال حاضر نیاز به هیچ اقدامی ندارند ولی باید پایش شوند.

b. آنهایی که به صورت مشخص بروز می کنند و نیازمندی اقداماتی در آینده و شاید اقداماتی در زمان حال باشند.

c. آنهایی که نیاز به اقدام فوری دارند.

بدین ترتیب می توان گفت اقدامات استراتژیک، اقداماتی هستند که در دسته سوم قرار می گیرند یعنی اقداماتی که برای حل

مسائل استراتژیک سازمان، نیازمند اقدام فوری هستند. گاهی این اقدامات در قالب ابتکارات استراتژیک شناسایی و به اجرا در می آیند که در ادامه به تشریح آن پرداخته شده است.

تشریح مفهوم ابتکارات استراتژیک^{۲۹}

از سوی دیگر ابتکارات استراتژیک بدان معنی است که چشم انداز (قصد استراتژیک/ مقصد مطلوب) به اقدامات و نوآوری‌های استراتژیک عملیاتی تبدیل شوند و این اقدامات، مجموعه ای از برنامه‌ها و پروژه‌های مبتنی بر بصیرت در محدوده زمانی خاصی را تشکیل دهد که متمایز با عملیات روزانه، به سازمان برای دستیابی به اهداف استراتژیک عملکرد کمک می کنند. ابتکارات استراتژیک تلاشی است برای دستیابی به سه نتیجه اصلی زیر:

- تعیین محدود تحت پوشش قصد استراتژیک (مقصد مطلوب)

- تحقق منافع مهم مورد انتظار برای سهامداران استراتژیک و

- تحول سازمانی

پس می توان گفت ابتکارات استراتژیک، استراتژی‌هایی که ناشی از تحلیل‌های سیستماتیک منتج از مدل‌های فرایندی تدوین

استراتژی باشند نیستند، بلکه اقداماتی هستند که حاصل تجربه و تخصص استراتژیست های سازمان برای خلق یک موقعیت

اثربخش همراستا با چشم انداز است. این اقدامات منجر به خلق شرایطی خواهد شد که برای دستیابی به اثربخشی عملیاتی موضوع

قصد استراتژیک ضروری است. برخی ویژگی‌های ابتکارات استراتژیک این است که:

- تسهیل گر دستیابی به اهداف و قصد استراتژیک هستند.

- از جنس استراتژی اند گرچه محصول فرایند سیستماتیک تدوین استراتژی نیستند.

- تحول آفرین و تغییر دهنده مسیر معمول سازمان هستند.

- به خلق ثروت و تولید موقعیت‌های ارزش آفرین در زمانی کوتاه تر از استراتژی می پردازند.

- ضمن اینکه به یک راهبرد شبیه هستند، برنامه‌ها و پروژه هایی را شامل می شوند که قصد استراتژیک سازمان را

حمایت می کنند.

²⁹ Strategic Initiative

غالباً شناسائی ابتکارات استراتژیک در یک کارگاه مشترک با حضور مشاوران استراتژیک و استراتژیست های سازمان صورت می گیرد. از طرفی برای دستیابی به نتایج مورد انتظار در این کارگاه، ضروری است کلیه شرکت کنندگان درک مشترکی نسبت به مفاهیم و کلیت موضوع داشته و در یک فضای توفان فکری^{۳۰}، آنچه برای سازمان تحول آفرین است را شناسائی، دسته بندی و طرح ریزی کنند.

به منظور تعیین مسائل و مشکلات استراتژیکی که می بایست برای آن ها برنامه ریزی نمود، راهکارهای مختلفی وجود دارد از جمله راهکار مبتنی بر هدف و راهکار سناریو. راهکار مبتنی بر هدف بدین شکل است که ابتدا پیشرفت فعالیت بررسی می شود و با هدف دلخواه تعیین شده مقایسه می گردد تا مشخص شود که آیا به هدف نزدیک شده ایم یا خیر. اگر به هدف نرسیده ایم یا از آن فاصله گرفته ایم درواقع مشکل استراتژیک شناسایی می شود. راهکار بعدی راهکار سناریو است که طی آن سازمان تصویر آرمانی یا بهترین آینده را ترسیم می کند و تاکیدش بر آن است که سازمان چگونه باید از جایگاه کنونی به آرمان و هدف مشخص شده در آینده برسد.

مسائل و مشکلات استراتژیک را می توان به طور عملی از طریق روش های زیر تعیین نمود:

- ارزیابی محیط داخلی
- ارزیابی محیط خارجی
- بررسی برنامه های کوتاه مدت یا برنامه سال های آتی سازمان
- بررسی برنامه های بلند مدت
- استفاده از نمودار استخوان ماهی به منظور یافتن علل مشکل
- استفاده از بارش افکار

پس از مشخص نمودن مسائل استراتژیک نوبت به اولویت بندی مسائل می رسد. در این مرحله ابتدا بر روی معیارهایی که برای اولویت بندی بکار می رود، توافق صورت می گیرد. آنگاه به معیارها وزن می دهیم و برای هر یک از مسائل استراتژیک ضریبی بین ۱ تا ۵ می دهیم. سپس آن عدد را در ارزش یا وزن معیار ضرب کرده تا وزن مشکل مربوطه به دست آید. بدین ترتیب مشکلی که اهمیت بیشتری دارد با توجه به وزن داده شده به مسائل استراتژیک، مشخص می شود تا در اولویت توجه و اقدام قرار گیرد. لذا باتوجه به توضیحات فوق الذکر مسائل استراتژیکی که دانشکده با آن مواجه است در جهت اجرای وظایف قانونی و انسانی خود در ۱۷ مقوله به شرح ذیل دسته بندی شده است.

۶-۱ توسعه فرهنگ سازمانی

فرهنگ در زبان فارسی معانی مختلفی دارد که مهم ترین آن ها مجموعه آداب و رسوم، علوم، معارف و هنرهای یک جامعه است. همان طور که افراد جامعه دارای باورها، ارزش ها و رفتارهای مشخصی هستند که معرف شخصیت آن ها می باشد، سازمان ها نیز دارای فرضیات و باورهای اساسی مشترکی هستند که فرهنگ آن ها را شکل می دهد. تأثیر فرهنگ در سطح ملی، دیر زمانی است که شناخته شده است. ولی واژه فرهنگ سازمانی، واژه بسیار جوانی در ادبیات مدیریت است. فرهنگ هر سازمانی شامل ارزش ها، هنجارها، باورها و نمادهایی است که توسط اعضا آن به صورت مشترک پذیرفته شده است. به عبارت دیگر فرهنگ عبارتست از مجموعه ای از ارزش ها، باورها، درک و استنباط و شیوه تفکر و اندیشیدن که اعضای سازمان در آن ها وجوه مشترک دارند. به عبارت ساده تر فرهنگ سازمانی به منزله شخصیت سازمان بوده و زیربنای اساسی جهت تحول و تغییر تلقی می شود و مدیران باید رابطه آن را با فرهنگ ملی درک کرده و با بهره گیری از نقش استراتژیک آن در انسجام سازمانی کوشا باشند.

³⁰ Brain Storming

مدیران باید هوشیار باشند که فرهنگ سازمانی با مأموریت و استراتژی‌های سازمان هم خوانی داشته باشد. بنابراین ملاک قضاوت در مورد یک فرهنگ، میزان هماهنگی آن با وظایف آن سازمان است هدف توسعه فرهنگ سازمانی نهاده‌ساز فرهنگ کار، خودکنترلی و امانت‌داری، تعلق و تعهد سازمانی، انضباط اداری، اجتماعی و مالی و خدمات‌دهی بی‌منت به مردم است

سیاست‌های کلی نظام اداری^{۳۱}

نهاده‌ساز فرهنگ سازمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی و کرامت انسانی و ارج نهادن به سرمایه‌های انسانی و اجتماعی (بند ۱)

حمایت از روحیه نوآوری و ابتکار و اشاعه فرهنگ و بهبود مستمر به‌منظور پویایی نظام اداری (بند ۲۶)
نهاده‌ساز وجدان کاری، انضباط اجتماعی، فرهنگ خودکنترلی، امانت‌داری، صرفه‌جویی، ساده‌زیستی و حفظ بیت‌المال (بند ۲۱)

قانون‌گرایی، اشاعه فرهنگ مسئولیت‌پذیری اداری و اجتماعی، پاسخگویی و تکریم ارباب‌رجوع و شهروندان و اجتناب از برخورد سلیقه‌ای و فردی در کلیه فعالیت‌ها (بند ۲۰)

۶-۱-۲ تحلیل مسئله

نامناسب بودن فرهنگ سازمانی همچون وجدان کاری، انضباط اداری، خودکنترلی، مشتری‌مداری، تکریم ارباب‌رجوع و کم‌توجهی نسبت به مقوله مدیریت فرهنگ سازمانی در بین مسئولین و بروز برخی از رفتارها (نظیر قانون‌گریزی) از جانب آن‌ها و موارد ذیل اثرات مخربی بر فرهنگ سازمانی دارد.

- ۱- عدم تطبیق قوانین و مقررات اداری و استخدامی برای ارتقای فرهنگ سازمانی
- ۲- ضعف در سیاست‌گذاری شفاف و تدوین دستورالعمل‌های اجرایی در فرهنگ اسلامی
- ۳- کمبود نمادهای فرهنگ اسلامی متناسب با دانشگاه علوم پزشکی در کشور ایران اسلامی
- ۴- ضعف در اجرای امر به معروف و نهی از منکر در دانشگاه
- ۵- ضعف اجرای کامل طرح انطباق، ضعف اجرای کامل طرح عفاف و حجاب
- ۶- وضع نامطلوب انضباط اخلاقی و اسلامی در فضاهای دانشجویی و دانشگاهی، فرهنگ سازمانی
- ۷- کمبود نمازخانه‌های مناسب در برخی واحدهای تحت پوشش
- ۸- لحاظ نکردن معماری اسلامی در ساخت وسازهای دانشکده
- ۹- نبود ردیف اختصاصی بودجه و کمبود اعتبارات فعلی
- ۱۰- کمبود کارشناسان دارای مدارک یا تجارب مرتبط

۶-۲ مدیریت دستگاه‌ها فرایندهای سازمانی

- ۱- شفافیت ناکافی فرایندهای کاری
- ۲- مستند نبودن روش انجام امور
- ۳- آشنایی ناکافی مشتریان با روش‌های انجام امور
- ۴- یکسان نبودن روش برخی کارها
- ۵- ضعف در نگرش فرایندی مدیران

۶-۳ صیانت از حقوق مردم سلامت اداری

سیاست کلی نظام ابلاغی مقام معظم رهبری، فروردین ۱۳۸۹^{۳۱}

آگاهی ناکافی مردم از حقوق خود و شفافیت ناکافی فرآیندهای ارائه خدمت به گیرندگان آن، فرهنگ پایین مسئولیت پذیری اداری و اجتماعی، عزم و اهتمام ناکافی برای اجرای قوانین و تکالیف مبارزه با فساد و ارتقای سلامت اداری و اجرای سلیقه ای قوانین، پاسخگویی نامناسب به ارباب رجوع، وجود شاخص سنجش سلامت و فساد اداری ناکافی و در نتیجه عدم اندازه گیری صحیح آن، فقدان برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از فساد اداری، نارسایی قوانین و مقررات موجود در زمینه پیشگیری و برخورد با فساد اداری.

۶-۴ نظارت، ارزیابی و ارزشیابی

ناکافی بودن نظارت‌ها و انجام پایش‌ها به منظور تطابق فعالیت‌ها با استانداردها در سطوح مختلف دانشکده، وجود نظارت‌های موازی، نامناسب و ناکافی بودن شاخص‌ها و معیارهای ارزشیابی، آگاهی ناکافی مدیران از اهمیت امر نظارت و ارزشیابی، تأثیر کم نتایج ارزشیابی در توزیع منابع و ارزشیابی عملکردها، رضایت ناکافی کارکنان از نتایج ارزشیابی، ناکارآمدی نظام ارزشیابی موجود، ناهمگن بودن نظام ارزشیابی موجود کارکنان با شرح وظایف ایشان، عدم تقسیم کار صحیح بین واحدهای نظارتی.

۶-۵ ارتباطات و هماهنگی در برنامه‌های سلامت (بهداشت، درمان، غذا و دارو)

آشنایی ناکافی مدیران و کارکنان با اصول و فنون ارتباطات و جلب حمایت در اجرای برنامه‌های مشترک درون و برون سازمانی ناکافی بودن هماهنگی‌ها و ارتباطات درون بخشی و برون بخشی در تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشتی تداخل مسئولیت‌ها و شرح وظائف برنامه‌های مرتبط با سلامت در گروه‌های مختلف سازمانی و برون سازمانی تطابق ناکافی برنامه‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی با نیازهای سلامت جامعه و سازمان‌ها آشنایی ناکافی مدیران و کارکنان با نظام تدوین و اجرای برنامه‌های سلامت نبود نظام مدون و مشخص در ایجاد هماهنگی‌ها و ارتباطات درون و برون سازمانی

۶-۶ مشارکت‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها

بهره‌گیری از ظرفیت‌ها، توانمندی‌ها و تخصص‌های مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد در تمام حوزه‌ها راهگشا و تأثیر گذار است از اینرو جوامع موفق و توسعه یافته همواره تلاش می‌کنند از این ظرفیت‌ها به نحو مطلوب بهره‌مند گردند، دین مبین اسلام نیز به‌عنوان مکتبی اجتماعی و انسان‌ساز اصل مشارکت و مسئولیت همگانی در پیشبرد اهداف اجتماعی را مبنای حرکت جامعه به‌سوی تعالی شناخته است و تأکیدات فراوانی به انفاق و انجام امور خیریه و مشارکت‌های اجتماعی نموده است. حوزه بهداشت، درمان و سلامت کشور با توجه به ارتباط مستقیم با رفاه مردم نیازمند حضور گسترده، نظام مند و سازماندهی شده مشارکت‌های اجتماعی سلامت است.

در همین راستا و به منظور گسترش کمی و کیفی فرهنگ مشارکت‌های اجتماعی سلامت در جامعه و بهره‌گیری از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های مادی و معنوی خیرین و تشویق و ترغیب آن‌ها در تأمین نیازهای بهداشتی، درمانی و آموزش پزشکی جامعه با توجه به اولویت‌ها و نیازهای بهداشتی و درمانی مناطق مختلف کشور و همچنین هدایت اصولی و ساماندهی کمک‌های مالی و تخصصی خیرین و رفع موانع موجود و تسهیل امر مشارکت خیرین لازم است سازو کار لازم پیش‌بینی گردد.

هدف: بهره‌گیری از پتانسیل و ظرفیت‌های خیرین، سازمان‌های مردم‌نهاد و مشارکت‌های اجتماعی در جلب سرمایه اجتماعی و اقتصادی در راستای ارتقاء سلامت جامعه

۶-۶-۱ سیاست‌های کلی مشارکت‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌های سلامت:

۱. طراحی و اجرای مدل بومی جلب مشارکت‌های مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها در حوزه سلامت
۲. سیاست گذاری به‌منظور افزایش نقش مردم در مدیریت حوزه سلامت و ارائه راهکارهای علمی و قانونی جهت کاهش تصدی‌گری دولت

۳. فرهنگ سازی در جهت تشویق و ترغیب آحاد مردم برای مشارکت و گسترش فعالیت‌های خیرین در حوزه سلامت (هبه، نذر سلامت، فعالیت داوطلبانه، اهدای اختصاصی به بخش سلامت و....)
۴. ارتباط با فرهیختگان و اصحاب فرهنگ و هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های آن‌ها جهت تقویت بخش سلامت
۵. برنامه ریزی برای ساماندهی، شناسایی و جذب منابع غیر دولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور و استفاده از ظرفیت‌های مردمی ایرانیان مقیم خارج از کشور برای توسعه خدمات سلامت
۶. حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت خیرین و بخش غیر دولتی در حوزه سلامت
۷. تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه مشارکت‌های مردمی
۸. پیش بینی پیوست مشارکت‌های مردمی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های حوزه سلامت

۶-۷ فن آوری اطلاعات در راستای توسعه دولت الکترونیک

۶-۷-۱ فن آوری اطلاعات

فناوری اطلاعات و ارتباطات در جهان معاصر با سرعت فزاینده‌ای در حال گسترش بوده و همه ابعاد زندگی از جمله حوزه سلامت را دچار دگرگونی کرده است. توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات در برنامه‌های بهداشتی و درمانی، گام مؤثر و ماندگاری است که می‌تواند تحول کیفی اهداف، برنامه‌ها، روش‌ها، شیوه‌ها و در نتیجه اثر بخشی نظام سلامت را به دنبال داشته باشد. پیش بینی می‌شود با توسعه فناوری ارتباطات و اطلاعات رویه‌های دیرینه و مشکلات لاینحل، از قبیل افزایش فرآیندهای اداری، دسترسی به اطلاعات سازمانی و بالینی بیماران و مراکز بهداشتی درمانی در نقاط دور افتاده را برطرف سازد. از طرفی افزایش بعد مسافت برای درمان برخی بیماری‌ها در داخل و یا خارج از کشور نیز نیاز به استفاده از فناوری اطلاعات و استفاده از روش‌های درمانی غیر حضوری را بیش از پیش مشخص می‌نماید. در بعد توسعه امور آموزشی، پژوهشی، فرهنگی و دانشجویی نیز استفاده از زیرساخت‌های فناوری اطلاعات می‌تواند بسیار مؤثر باشد. دانش ناکافی برخی مدیران و کارکنان نسبت به اهمیت فناوری اطلاعات در سازمان و از طرفی ضعف زیرساخت‌های فنی در سطح ملی و منطقه‌ای یکی از چالش‌های مهمی است که می‌تواند در روند توسعه فناوری اطلاعات خلل ایجاد نماید. بنابراین توجه به مقوله فناوری اطلاعات به عنوان یکی از عوامل اصلی توسعه در برنامه ریزی راهبردی دانشکده علوم پزشکی کاملاً محرز می‌باشد.

۶-۷-۲ مدیریت آمار و اطلاعات

به‌کارگیری تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات از مهم‌ترین ابزارهای است که امروزه در تمامی سطوح ضروری به نظر می‌رسد و مدیران بهداشتی و درمانی نه تنها از این قاعده مستثنی نیستند، بلکه با توجه به هدف غایی تشکیلات بهداشت و درمان، به‌کارگیری این تکنولوژی در این حوزه ضروری تر می‌نماید.

اما در این راه اصلاح آمارها، سازماندهی گردش آمار و اطلاعات و تهیه فرمت‌های مناسب و فرآیندهای لازم برای جمع آوری آمار مقدمه و شالوده به‌کارگیری تکنولوژی جدید و ایجاد پایگاه اطلاعاتی مناسب، آنالیز وضع موجود و برآورد دقیق نیازهاست که معضلاتی مانند کمبود بهره‌گیری مدیران از آمار و اطلاعات در تصمیم‌گیری و نظارت، طولانی شدن فرآیند پاسخگویی به درخواست‌های آماری، ضعف اطلاعات و تخصص نیروها، مشخص نبودن نیازهای اطلاعاتی قبل از تولید اطلاعات، تعداد کم تحقیقات کاربردی بر اساس داده‌های موجود، ضعف اطلاع‌رسانی آمار و اطلاعات به مجموعه‌های دانشکده، کمبود اطمینان از اعتبار و روایی آمار و اطلاعات تولید شده، عدم وجود استانداردهای مشخص و تعاریف یکسان از شاخص‌ها، کمبود نیروی انسانی، عدم وجود بانک اطلاعاتی آماری در ستاد دانشکده، عدم استفاده از خدمات **Web** در طراحی و جمع آوری فرم‌ها و اطلاعات آماری، مانع جدی نیل به این هدف می‌باشد.

سامانه اطلاعات مدیریتی: نظام جامعی شامل مجموعه اطلاعاتی که یک مدیر هنگام گرفتن تصمیم به آن‌ها نیازمند است. مدیریت اطلاعات: یعنی جمع آوری، پردازش، بهینه سازی و بهره گیری از اطلاعات

۶-۸ مدیریت خدمات بهداشتی

معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی نیشابور متولی امر بهداشت و پیشگیری در سطح منطقه تحت پوشش خود بوده که با استعانت از پروردگار متعال و تلاش و کوشش همه پرسنل مجموعه، هدف خود را دسترسی به اهداف جامع سلامت وزارت متبوع خود قرار داده است. تدوین برنامه راهبردی پیش نیاز ضروری برای نیل به این هدف است. پایین بودن پوشش کمی و کیفی خدمات و روند نظارت و پایش در شهر نسبت به روستا، عدم تطابق محتوای آموزشی دوره‌های پیراپزشکی و پزشکی با شغل و پست سازمانی، کمبود و فرسودگی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی و پراکندگی نامناسب آنها در سطح شهر، کافی نبودن برنامه‌های خدمات سلامت برای بعضی از گروه‌های هدف، استفاده ناکافی از بخش خصوصی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی، اطلاع رسانی ناکافی فعالیت‌ها و عملکرد سیستم سلامت، تعدد وظایف و مسئولیت‌های محوله به کارکنان، هزینه کرد نامناسب اعتبارات و منابع مالی، اجرای ناقص نظام ارجاع، پایین بودن سطح دانش بهداشتی و وجود باورهای غلط، تغییر رویه زندگی مردم و تغییر سیمای اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، کمبود مشارکت جامعه و فعالیت ضعیف NGO ها (سازمانهای مردم نهاد)، نداشتن بانک اطلاعاتی جامع استانی و کشوری از دیگر دلایل نیاز ضروری به برنامه راهبردی است.

۶-۹ مدیریت آموزش علوم پزشکی

ناکافی بودن تجهیزات آموزشی، کمبود فضای فیزیکی، کمبود فضاهای عرصه و جایگاه‌های آموزشی، پایین بودن سطح علمی دانشجویان، توجه ناکافی به پژوهش در آموزش، ضعف در استفاده از توانایی‌های دانشجویان در برنامه‌های آموزشی، ضعف در دقت، جامعیت و روزآمدی مستندات آماری، نامطلوب بودن برنامه ریزی و سازماندهی منابع انسانی آموزشی هیئت علمی و غیر هیئت علمی

۶-۱۰ مدیریت پژوهش

ضعف روحیه کار تیمی، عدم وجود مکانیسم‌های کارآمد و اثربخش جهت ایجاد انگیزه در کارکنان، وابستگی شدید به بودجه دولتی، پایین بودن مدت ماندگاری کارکنان، ضعف در مستندسازی اقدامات و فعالیت‌های انجام شده، پایین بودن توان نوآوری و طراحی و توسعه محصولات و خدمات، کمبود نیروهای تخصصی هیأت علمی در رشته‌های مختلف، برنامه ریزی و سازماندهی منابع انسانی پژوهشی، نبود فرایندهای تحقیق و توسعه، ضعف در دقت، جامعیت و روزآمدی مستندات آماری

۶-۱۱ مدیریت فرهنگی و دانشجویی

۶-۱۱-۱ مدیریت فرهنگی

ضرورت توسعه و تعمیق اندیشه‌های دینی و سیاسی و اجتماعی دانشگاهیان به ویژه دانشجویان و همچنین نیاز به ارتقاء سطح سلامت جسمی روحی و اخلاقی دانشجویان و لزوم ارتقاء سطح رفاهی دانشجویان موجب شد تا نسبت به تدوین برنامه استراتژیک اقدام نماییم.

۶-۱۱-۲ مدیریت دانشجویی

تازه تأسیس بودن دانشکده، عدم وجود خوابگاه دولتی، ناکافی بودن امکانات و تجهیزات مورد نیاز، نامناسب بودن فضای سلف سرویس دانشجویان، توزیع نامناسب کار دانشجویی در بین دانشجویان، حضور نیروهای کارشناس طرحی و کم سابقه در قسمت

امور دانشجویی، نامناسب بودن فضای خوابگاه بخش خصوصی و محدودیت های موجود در واحد مشاوره و تربیت بدنی در نهایت نارضایتی نسبی دانشجویان این دانشکده ما را بر آن داشت تا با تنظیم یک برنامه استراتژیک منسجم و کارآمد در راستای ارتقاء شاخص های این قسمت گامی مؤثر برداریم .

۶-۱۲ مدیریت خدمات درمانی

تحلیل مسأله:

۱. ناهمگن بودن توزیع و دسترسی به خدمات درمانی سرپایی
۲. ناهمگن بودن توزیع و دسترسی به خدمات درمانی بستری
۳. مشکلات مربوط به پوشش خدمات فورتهای پزشکی و اورژانس
۴. ضعف در سرعت ارائه و کیفیت خدمات در اورژانس بیمارستان ها
۵. کمبود و ضعف ارائه خدمات درمانی و مدیریت بحران در حوادث و سوانح غیر مترقبه
۶. مشکلات و ضعف کیفیت ارائه خدمات در واحدهای تابعه و نداشتن برخی استانداردهای بالینی خدمات - درمانی
۷. ضعف در فرایندهای ممیزی خدمات درمان
۸. متمرکز بودن نظارت ها در حوزه ی ستادی
۹. کمبود منابع مورد نیاز پایش و ارزشیابی خدمات و واحدهای ارائه خدمت در بخش خصوصی و دولتی
۱۰. استقرار نا کافی سیستم مکانیزه ی جمع آوری اطلاعات و آمار بیمارستان ها
۱۱. کمبود منابع انسانی در بیمارستان ها کمبود تجهیزات پزشکی و فضای فیزیکی با توجه به طرح سطح بندی خدمات
۱۲. عدم تمایل همکاری پزشکان متخصص با سابقه با بیمارستان های دولتی
۱۳. پایین بودن حضور پزشکان متخصص مقیم
۱۴. عدم تحقق کامل طرح تحول سلامت
۱۵. عدم رعایت استاندارد و اصول مستند نویسی پرونده ها توسط پرسنل و پزشکان
۱۶. همکاری و هماهنگی سازمان های بیمه گر با بیمارستان ها
۱۷. مشکلات ساختار سازمانی حوزه ستادی با توجه به توسعه شبکه ارائه خدمات
۱۸. پایین بودن خلاقیت و انگیزه پرسنل
۱۹. عدم آموزشی بودن بیمارستان ها؛ هدف استراتژیک: افزایش سرعت و کیفیت ارائه خدمات درمانی بحران و حوادث و سوانح غیر مترقبه

۶-۱۳ مدیریت خدمات غذا و دارو

باتوجه به اینکه نظارت بر توزیع و مصرف بهینه دارو در سطح جامعه و مراکز درمانی بستری و سرپایی ، نظارت بر تولیدات غذایی سالم توسط کارخانجات و کارگاههای دارای شناسه بهداشتی ، انجام کنترلهای کیفی و ایمنی مواد غذایی از طریق انجام آزمایشات دقیق در آزمایشگاه مربوطه ، کنترل و نظارت بر مصرف بهینه تجهیزات و ملزومات پزشکی در مراکز درمانی تحت پوشش و برنامه ریزی و به روز رسانی نیاز های جدید و رفع مشکلات از جمله وظایف اساسی بوده و همچنین تعدد کارخانه ها و مکانهای توزیع مواد غذایی در سطح شهرستان سبب شده تا با اجرای برنامه های ذیل بتوان به این وظایف مهم دست یافت .

الف (تحقق تفکیک درآمدهای داروئی از درمانی بمنظور تسریع در پرداخت مطالبات شرکتها در جهت دستیابی حداکثری به نیاز داروئی شهرستان

ب) فرا رو قرار دادن اهداف سازمان غذا و دارو با در نظر نظر گرفتن شاخصهای کمی حوزه معاونت غذا و دارو

ج) حرکت به طرف کوچک سازی بدنه دولت در واگذاری امور غیر حاکمیتی که دانشکده در آن نقش تصدی گری و اجرایی داشته و متقابلاً تقویت قوه نظارتی با استفاده از ظرفیت سازی در حد اختیارات و توان دانشکده

د) زمینه سازی برای ایجاد بسته لازم در استفاد بهینه از ظرفیت ها و توانائی های موجود بویژه در حوزه تجهیزات پزشکی سرمایه ای و امکانات موجود

ه) تقویت توانمندی پرسنل و کارشناسان با استفاده از فرصت های آموزشی

۶-۱۴ مدیریت سرمایه (منابع) انسانی

به طور کلی، مدیریت منابع انسانی را، شناسایی، انتخاب، استخدام، تربیت و پرورش نیروی انسانی به منظور رسیدن به اهداف سازمان تعریف کرده اند. به بیان دیگر، مدیریت منابع انسانی عبارت است از: تحلیل نیازهای انسانی سازمان با توجه به شرایط متغیر و انجام اقدامات لازم برای پاسخگویی به این نیازها. مدیریت منابع انسانی را می توان نوعی رویکرد مدیریت بر افراد دانست که بر این چهار اصل استوار است:

۱. کارکنان مهم ترین دارایی سازمان به حساب می آیند و موفقیت سازمان در گرو اعمال مدیریتی اثربخش، بر آنهاست.
 ۲. اگر سیاست های پرسنلی و خط مشی های سازمان با حصول اهداف سازمان و برنامه های استراتژیک آن پیوند تنگاتنگی داشته باشند و به رسیدن به آن اهداف کمک کنند، احتمال موفقیت سازمان بیشتر خواهد شد.
 ۳. فرهنگ و ارزش های سازمان، جو سازمانی و رفتار مدیریتی منبعث از آن فرهنگ در دستیابی برتری سازمان تأثیر عمده ای خواهد داشت. بنابراین، فرهنگ سازمان را باید هدایت و اداره کرد.
 ۴. ترغیب همه اعضای سازمان به همکاری با یکدیگر و رساندن آنان به احساس هدف مشترک، مستلزم تلاشی مستمر است؛ به ویژه حفظ تعهد به تحول، نوعی ضرورت به حساب می آید. (آرمسترانگ، ۱۳۸۴)
- بررسی اصول یاد شده، اهمیت استراتژیک مدیریت منابع انسانی سازمان را نشان می دهد. در واقع انجام موفقیت آمیز هر کاری در سازمان، اعم از برنامه ریزی، اجرا و کنترل استراتژی های کلان سازمان، پیاده سازی برنامه های تحول، و پیشبرد اهداف سازمانی بدون مدیریت و توجه جدی به منابع انسانی، امکان پذیر نخواهد بود. از این رو نگاه استراتژیک به نیروی انسانی در قالب مدیریت استراتژیک منابع انسانی از اهمیت فراوانی برخوردار شده است.

مدیریت استراتژیک منابع انسانی

مفهوم مدیریت استراتژیک منابع انسانی، بر نقش مهم مدیریت منابع انسانی استوار است که بر ماهیت استراتژیک منابع انسانی و بر یکپارچه شدن استراتژی منابع انسانی با استراتژی سازمان تأکید می کند. شولر (۱۹۹۲) مدیریت استراتژیک منابع انسانی را چنین توصیف کرده است: «تمامی فعالیتهای مؤثر بر رفتار افراد در برانگیختن آنها به طراحی و اجرای نیازهای استراتژیک سازمان». رایت و مک ماهان (۱۹۹۲) نیز مدیریت استراتژیک منابع انسانی را الگوی تخصیص برنامه ریزی شده منابع انسانی و انجام فعالیتهای مورد نظر برای کمک به سازمان در رسیدن به اهدافش می دانند. مدیریت استراتژیک منابع انسانی، روشی است برای تصمیم گیری درباره مقاصد و طرح های سازمان که به مسائلی، مانند: اشتغال، کارمندیابی، آموزش، پاداش و مدیریت عملکرد کارکنان مربوط می شوند. در واقع مدیریت استراتژیک منابع انسانی به طور کلی به روابط میان مدیریت منابع انسانی و مدیریت استراتژیک سازمان می پردازد. (آرمسترانگ، ۱۳۸۴)

اهداف مدیریت استراتژیک منابع انسانی

هدف اصلی مدیریت استراتژیک منابع انسانی، ایجاد دیدگاه کلانی است که امکان پرداختن به مسائل اساسی کارکنان را فراهم

آورد. مدیریت استراتژیک منابع انسانی موجب بهره‌مندی سازمان از کارکنان ماهر، متعهد و با انگیزه در تلاش برای رسیدن به مزیت رقابتی پایدار می‌شود. (Armstrong, ۲۰۰۶) هدف آن، ایجاد حس هدفمندی و جهت‌دار بودن در محیط‌های اغلب پرتلاطم امروزی است تا بدین وسیله نیازهای تجاری سازمان و نیازهای فردی و گروهی کارکنانش از راه طراحی و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های منسجم و عملی منابع انسانی تأمین شود. (آرمسترانگ، ۱۳۸۴) دایر و هولدر (۱۹۹۸) بر این باورند که مدیریت استراتژیک منابع انسانی باید چارچوبی واحد، گسترده، اقتضایی، و یکپارچه ایجاد کند. (Armstrong, ۲۰۰۶)

۱۵-۶ نقش و ساختار سازمانی

ساختار سازمانی، راه یا شیوه‌های است که به وسیله آن فعالیت‌های سازمانی تقسیم، سازماندهی و هماهنگ می‌شوند. سازمان‌ها، ساختارهایی را به وجود می‌آورند تا فعالیت‌های عوامل انجام کار را هماهنگ کرده و کارهای اعضا را کنترل کنند. ساختار سازمانی تعیین کننده روابط رسمی و نشان دهنده سطوحی است که در سلسله مراتب اداری وجود دارد و حیطه کنترل مدیران را مشخص می‌کند.

همچنین ساختار سازمانی دربرگیرنده طرح سیستم‌هایی است که به وسیله آن‌ها همه واحدها هماهنگ و یکپارچه می‌شوند و در نتیجه ارتباط مؤثر در سازمان تضمین خواهد شد.

برای داشتن یک سازمان بهره‌ور (کارایی+اثربخش) باید از ابتدا ساختار مناسب آن تدوین شده باشد، که نقش خشت اول را بازی می‌کند، چرا که اگر سازمانی بر مبنای مأموریت‌های خود دارای ساختار مناسبی نباشد ولی دارای نیروهای متخصص و کارآمد باشد باز هم نمی‌تواند به موفقیت‌های مورد انتظار با توجه به منابع در دسترس برسد، به عبارتی امکان بهره‌ور بودن سازمان زیر سؤال خواهد رفت.

لذا نواقص چارت تشکیلاتی در برخی حوزه‌ها و تناسب ناکافی ساختار سازمانی با مأموریت‌های محول شده سبب شده که به این مقوله توجه بیشتری شود.

۱۶-۶ مدیریت منابع مالی و بودجه

۱۶-۶-۱ برنامه ریزی مالی

برنامه استراتژیک برای تبدیل ایده‌ها به عمل در آینده طراحی می‌شود و برنامه ریزی مالی توجیه مالی هماهنگ با مفاهیم مالی را به عهده دارد. برنامه ریزی مالی امروز تصمیم می‌گیرد که در آینده چه باید بشود و چگونه عملکرد آتی و تصمیمات مربوط به برنامه استراتژیک از نظر مالی ارزیابی شود. شناخت سازمانی و وضعیت موجود، عملکرد مالی مورد انتظار در آتی و همچنین ظرفیت‌ها و دستیابی به اهداف همگی بستگی به کیفیت برنامه ریزی مالی گذشته دارد.

دلایلی که سازمان باید برنامه ریزی مالی داشته باشد عبارت‌اند از :

برنامه ریزی مالی یکی از راه‌های است که امکان بررسی اثر یک برنامه یا استراتژی را بر مواردی که مدیریت پیگیری می‌کند تشخیص می‌دهد.

برنامه ریزی مالی زبان ساده تری برای رساندن مفاهیم و منظورهای مدیریت به کارکنان بهداشتی، درمانی و آموزشی و اداری و سایر گروه‌های مرتبط با سازمان برای اهداف پیش بینی شده است.

یک برنامه ریزی مناسب زبان مالی استراتژی‌ها است و پرسش‌هایی نظیر: آیا استراتژی‌ها حساسیت‌های اقتصادی موسسه را تحریک می‌کند؟ اثر استراتژی‌های سازمان به عملکرد مالی و موقعیت سازمانی در آینده چگونه و به چه صورت خواهد بود؟ برنامه ریزی مالی در ارزیابی سطح ریسک استراتژی‌های مختلف به دلیل وجود شاخص‌های مالی مداخله دارد.

۶-۱۶-۲ بودجه ریزی

بودجه ریزی طرح تفصیلی برنامه ریزی مدیریت و همچنین ابزار کنترلی برای تشخیص چگونگی استفاده از منابع در دوره‌های مالی است، در مؤسسات بهداشتی درمانی نیز بودجه تمام فعالیت‌های سازمان را پوشش می‌دهد، برنامه مالی تدوین شده موضوع اصلی در تدوین بودجه است. به عبارتی بودجه محل استقرار اعداد عملکردی از برنامه مالی است.

بخشهای اساسی بودجه در یک سازمان:

بودجه آماري: یکی از اجزاء اساسی (و محرک) برای تعیین اجزاء درآمد و هزینه است. اینکه مشخصاً در هر پروژه قرار است چه میزان خدمت ارائه شود. به طور مثال: چند نفر بیمار باید پذیرش داده شوند، تعداد روز بستری بیماران سرپایی، اورژانس و... از عوامل اصلی و آماری در تنظیم درآمد و هزینه می‌باشند.

بودجه درآمدی: تخمین میزان ارائه خدمات و پرداخت‌های مورد انتظار و خدمات مختلفی که توسط بیمه‌ها خریداری می‌شود را تعیین می‌کند. که این امر فرایند پیچیده‌ای است زیرا تعیین مطالبات از بیمه‌ها، نرخ بازار پرداخت و تعرفه‌های خدمات بیمه‌ای..... و تغییرات مکرر آن بودجه بندی را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

بودجه هزینه ای: ترکیب بودجه هزینه ای به گونه ای منبعث از آمار خدمات مقرر و درآمدهای ناشی از آن است و بدیهی است تعیین هزینه این خدمات است که بودجه هزینه ای را شکل می‌دهند. به هرصورت خدماتی که قرار است ارائه شود از لحاظ آماری ابتدا مشخص می‌گردد که چه مقدار خدمت با چه درآمدی قرار است ارائه شود و این با توجه به تجارب دوره‌های قبل هزینه ارائه‌ایم خدمات شناسایی و درمقابل درآمدهای پیش بینی شده گذارده می‌شود.

بودجه سرمایه ای: عبارت‌اند از برآورد هزینه‌های ثابت مورد نیاز در اجراء و ارائه خدمات مورد پیش بینی در بودجه است مانند: خرید اثاثیه و ملزومات، ساختمان، تجهیزات، بازسازی و جایگزینی و....

بودجه نقدی: شامل تعیین وجوه ورودی و خروجی در دوره زمانی بودجه به اضافه برآورد منابع نقدی مورد نیاز اجرای برنامه‌ها در دوره بودجه است.

در نهایت موارد حساس در برنامه ریزی مالی به وسیله بودجه بندی به درستی ارائه و کنترل می‌گردد. بودجه در نهایت وسیله مناسب برای تجزیه و تحلیل متغیرهای حاضر و ارزیابی بین آنچه که اتفاق افتاده و آنچه که باید رخ می‌داد است. به اجزاء متناوب بودجه و وعده‌های مدیریتی باید متوازن نگاه کرد. مدیریت مالی باید بین وعده‌ها و نتایج، مقایسه مناسب و تحلیلی را بعد از بودجه ارائه دهد. اگر تفاوت معنی داری مساعد یا نامساعد وجود داشته باشد باید دیلان بررسی گردد و اگر مشکلاتی رخ داده انتظارات مدیریت باید متناسب با آن تعدیل گردد.

تحلیل مساله:

تازه تأسیس بودن دانشکده، کم تجربه بودن و عدم آشنایی مناسب بیشتر مدیران واحدهای تابعه، مسئولان و کارشناسان امور مالی نسبت به قوانین ومقررات، شرح وظایف و فرایندهای حاکم بر منابع مالی و بودجه ای ضعف استفاده از ابزارهای مدیریت مالی منجمله صورت‌های مالی (تراز نامه، جریان وجوه نقد و ...) عدم توانایی مناسب جهت استفاده از اختیارات تفویض شده در حوزه منابع مالی عدم تناسب درآمدهای اختصاص و هزینه‌های مرتبط، ضعف در جذب مشارکت‌های مردمی، ضعف در شناسایی منابع مالی جدید، برنامه‌های ناکافی جهت افزایش درآمدها و کاهش هزینه‌ها، کارآمد نبودن نظام پرداخت پرسنلی (کارانه، اضافه کار،...)

۶-۱۷ مدیریت منابع فیزیکی و تجهیزات

قدمت بالای بیشتر واحدهای بهداشتی درمانی ، تازه تأسیس بودن دانشکده ، کمبود فضاهای آموزشی و درمانی و فاصله
با دانشگاه های دیگر، کم تجربه بودن و عدم آشنایی مناسب بیشتر کارشناسان فنی ، فرسوده بودن بخشهای درمانی ، کمبود
تجهیزات پزشکی مناسب و کمبود نیروی انسانی باتجربه در مدیریت فنی باتوجه به گستردگی واحدهای بهداشتی ، درمانی و آموزشی
دانشکده ، عدم تخصیص مناسب اعتبارات تملک سرمایه ای

فصل هفتم

استراتژی عبارت است از : الگو یا طرحی که هدف ها، سیاست ها و عملیات یک سازمان را در قالب یک کل بهم پیوسته با هم ترکیب می کند بدون استراتژی مدیران غالباً ناچارند تصمیمات خود را با دیدی عملیاتی یا تاکتیکی و نه استراتژیک اتخاذ کنند . باتوجه به مسائل استراتژیک ۱۷ گانه که در فصل قبل بیان شده دراین فصل استراتژی های اتخاذ شده جهت مسائل استراتژیک دانشکده بدین شرح می باشد:

۷-۱ استراتژی توسعه فرهنگ سازمانی

۷-۱-۱ هدف استراتژیک ۱: تدوین الگو و ویژگی‌های فرهنگ‌سازمانی

S1- طراحی الگوی مطلوب فرهنگ‌سازمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی و کرامت انسانی.

S101: تعیین ۱۰۰٪ اولویت‌های فرهنگ اسلامی موردنظر دانشگاه تا سه ماه بعد از ابلاغ برنامه

S102: تبیین عوامل و ویژگی‌های فرهنگ‌سازمانی مطلوب تا پایان سال اول برنامه

۷-۱-۲ هدف استراتژیک ۲- سنجش، برنامه‌ریزی و ارتقاء فرهنگ‌سازمانی

S1- سنجش و آسیب‌شناسی وضع موجود فرهنگ‌سازمانی،

S101: سنجش وضع موجود فرهنگ‌سازمانی تا ۶ ماه بعد از ابلاغ برنامه

S102: آسیب‌شناسی وضع موجود فرهنگ‌سازمانی در یک سال اول برنامه

S2- تدوین برنامه بهبود فرهنگ‌سازمانی مبتنی بر اصلاح رفتار مدیران و کارکنان و اصلاح قوانین و مقررات.

S201: تدوین برنامه جامع اولویت‌های فرهنگ اسلامی موردنظر دانشگاه تا نه ماه بعد از ابلاغ برنامه.

S3- راهبری استقرار، نظارت و سنجش فرهنگ‌سازمانی.

S301: اجرای ۱۰۰٪ برنامه جامع اولویت‌های فرهنگ اسلامی موردنظر دانشگاه در طی برنامه.

S302: تفکیک بودجه فرهنگی با ردیف‌های مشخص از سایر بودجه‌های حوزه معاونت دانشجویی - فرهنگی.

S303: تعیین و تخصیص بودجه لازم و کافی و مناسب با برنامه جامع اولویت‌های فرهنگی

S304: پایش و ارزشیابی برنامه جامع اولویت‌های فرهنگ اسلامی و انجام مداخلات لازم برای ارتقاء برنامه در هر سال.

۷-۲ استراتژی‌های مدیریت فرآیندها

۷-۲-۱ هدف استراتژیک ۱: تقویت نگرش سیستمی و مدیریت مبتنی بر فرایند(سازماندهی بر

مبنای وظیفه)

S1- توانمند سازی و جلب مشارکت فعال مدیران و کارکنان در برنامه‌های بهبود کیفیت

S101: آموزش یا بازآموزی کلیه مدیران دانشگاه در زمینه بهبود مستمر نگرش مدیریت تیمی (فرایند نویسی و اصلاح آن) تا

یک سال پس از ابلاغ

S102: آموزش یا بازآموزی هر ساله ۲۰ درصد کارکنان دانشگاه در زمینه بهبود مستمر فرآیندها (فرایند نویسی و اصلاح

آن) به طور سالانه

S103: تدوین سیاست‌های تشویقی مدیران و کارکنان مرتبط با استقرار برنامه‌های بهبود مستمر کیفیت و مبتنی بر فرایند تا

یک سال پس از ابلاغ نامه

S2- مدیریت فرآیندهای موجود دانشکده

S201: احصاء فرآیندهای جاری تا یک ماه پس از ابلاغ در معاونت‌ها و مدیریت واحدهای دانشکده

S202: مستند سازی حداقل ۱۰ درصد از فرآیندهای اولویت دار جاری تا شش ماه پس از ابلاغ برنامه و ۳۰ درصد از

فرآیندهای باقی مانده در هر سال پس ابلاغ برنامه

S203: بازبینی و ارتقای فرآیندهای اطلاع رسانی شده به صورت سالانه بر اساس مدل (Focus PCA)

S204: استقرار نظام فرآیندها به صورت الکترونیک و نرم افزار BPMS (دانشکده) تا پایان برنامه

S205: تعیین و اندازه گیری شاخص‌هایی جهت اندازه گیری اجرای درست فرآیندها و پایش آن‌ها و ارزیابی مستمر طی دوره تا پایان برنامه استراتژیک

S206: اطلاع رسانی فرآیندهای اصلاح شده به مشتریان داخلی و خارجی در طی هر شش ماه تا پایان برنامه

S3: تقویت نگرش تیمی مدیران

S301: آموزش مدیران در طی دوره به صورت سالانه

S302: پایش و ارزیابی نگرش تیمی و تصمیم گیری بر اساس آن

S303: استقرار سیستم پیشنهادات و انتقادات در طی سال اول برنامه

S304: اجرای نمودن آیین نامه و دستورالعمل انتخاب و انتصاب مدیران در سال اول برنامه

۷-۳ استراتژی‌های صیانت از حقوق مردم

۷-۳-۲ هدف استراتژیک آ: حفظ و صیانت از حقوق مردم، افزایش پاسخگویی و مسئولیت

پذیری

S1: ارتقاء فرآیندهای صیانت از حقوق مردم

S101: شناسایی فرآیندهای صیانت از حقوق مردم تا ۶ ماه پس از ابلاغ برنامه در همه معاونت‌ها و مدیریت‌های دانشکده.

S102: مستند سازی ۳۰ درصد فرآیندهای ارائه خدمت شناسایی شده در کلیه واحدهای تابعه دانشکده در هر سال

S103: اطلاع رسانی فرآیندهای ارائه خدمت مستند شده به صورت سالانه

S104: بازبینی و اصلاح فرآیندهای ارائه خدمت مستند شده هر شش ماه یک بار

S105: سنجش و اندازه‌گیری میزان رضایت‌مندی مردم از نحوه ارائه خدمات و تکریم ارباب‌رجوع در کلیه واحدهای تابعه در

پایان هر دوره.

S106: رتبه‌بندی واحدها در این خصوص و اطلاع‌رسانی و انتشار نتایج سنجش برای عموم مردم در پایان هر دوره.

S2: ارتباط مؤثر با مشتریان به منظور پاسخگویی به نیازها

S201: آموزش ۱۰۰ درصد مدیران و کارکنان در زمینه برقراری ارتباط مؤثر تا پایان برنامه.

S202: تدوین برنامه ارتباط مؤثر با مشتریان بر اساس دستورالعمل طرح تکریم تا شش ماه پس از ابلاغ برنامه.

S203: اجرای برنامه ارتباط مؤثر با مشتریان بر اساس دستورالعمل طرح تکریم پس از تدوین به طور مستمر در طی برنامه.

S204: ارزشیابی اجرای برنامه‌ی ارتباط مؤثر با مشتریان بر اساس دستورالعمل طرح تکریم به صورت سالیانه.

S205: لحاظ نمودن نتایج حاصل از اجرای دستورالعمل طرح تکریم در تشویق، تنبیه و ارتقای شغلی کارکنان و مدیران

در طول برنامه.

۷-۳-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقای سلامت اداری و کاهش فساد

S1: ارتقاء سلامت و مبارزه با فساد اداری و پایش برنامه‌ها

S101: تدوین مدل و ضوابط پایش و سنجش سلامت و فساد اداری تا پایان سال اول اجرای برنامه .

S102: نظارت بر اجرای قوانین و مقررات با رویکرد پیشگیری، بازدارندگی و برخورد قاطع با متخلفان به طور مستمر در طی

برنامه .

S103: سنجش شاخص‌ها و پایش میزان سلامت و فساد اداری پس از تدوین به طور مستمر در طی برنامه .

۷-۱۴ استراتژی‌های نظارت، ارزیابی و ارزشیابی

۷-۴-۱ هدف استراتژیک ۱: ارتقای نظارت و ارزشیابی در کلیه سطوح سازمان

S1: تدوین شاخص‌ها و معیارهای عملکردی در حوزه ریاست و معاونت‌ها.

S101: شناسایی و مستند سازی ۱۰۰٪ شاخص‌ها و استانداردهای عملکردی قابل شمارش ، در حوزه‌ی ریاست و معاونت‌ها

حد اکثر تا شش ماه پس از ابلاغ برنامه.

S102: بازنگری شاخص‌ها ، استانداردها و اصلاح آن‌ها (در صورت نیاز) در هر سال.

S2: آموزش مدیران، کارکنان در زمینه نظارت و ارزشیابی .

S201: طراحی و تدوین بسته‌های آموزشی در زمینه نظارت و ارزشیابی ، برای مدیران و کارکنان تا شش ماه پس از ابلاغ

برنامه.

S202: آموزش مدیران و کارکنان در زمینه نظارت و ارزشیابی به میزان ۱۰ در صد وضع موجود در هر سال

S203: اطلاع رسانی ۳۰ درصد استانداردها و فرایندهای ارائه خدمات به جامعه هدف ، توسط مدیران مربوط به طور سالانه.

S3: ارتقاء فرایندهای نظارت، ارزیابی و ارزشیابی

S301: طراحی واستقرار واعلام شاخص‌ها و معیارهای نظارت ، ارزیابی و ارزشیابی عملکرد همه واحدها در سه ماهه آخر هر

سال برنامه و جمع آوری نتایج و تحلیل آن به صورت سالانه در ۳ ماهه‌ی اول سال بعد .

S302: ارزشیابی واحدها به طور سالانه بر اساس میزان دست یابی به اهداف برنامه‌ها توسط مسئولین مربوطه

S303: استفاده از نتایج ارزشیابی واحدها در طول برنامه نسبت به اختصاص پاداش های لازم .

S304: شناسایی فرایندهای موازی غیر ضرور در امر نظارت ، ارزیابی و ارزشیابی و حذف و ادغام ۳۰٪ آن‌ها در هر سال .

۷-۵ استراتژی‌های ارتباطات و هماهنگی در برنامه‌های

سلامت(بهداشت ، درمان،غذا و دارو)

۷-۵-۱ هدف استراتژیک ۱ : ارتقاء سطح آگاهی مدیران و کارکنان با اصول و فنون و جلب

حمایت در اجرای برنامه‌های مشترک درون و برون سازمانی

S1 - آموزش معاونین و روسا و مدیران برون و درون سازمانی درخصوص مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت

S101: ارتقاء سطح آگاهی معاونین و روسا درخصوص مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت به میزان ۷۰ درصد در طول دوره

برنامه

S102: ارتقاء سطح آگاهی مدیران درخصوص مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت به میزان ۷۰ درصد در طول دوره برنامه

S103: تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت در سال اول برنامه

S104: پایش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت معاونین و روسا و مدیران در طول دوره برنامه

S2 - آموزش کارکنان دانشگاه درخصوص مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت

S201: ارتقاء سطح آگاهی کارکنان درخصوص مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت به میزان ۷۰ درصد در طول دوره برنامه

S202: تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت و یژه کارکنان در سال اول

برنامه

S203: پایش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی و جلب مشارکت کارکنان در طول دوره برنامه

۷-۵-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقاء و توسعه سطح هماهنگی‌ها و ارتباطات درون و برون بخشی

در تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشتی

S1 - تقویت شوراهای و کمیته‌های تخصصی مرتبط با سلامت در سطح دانشگاه

S101: ایجاد دبیرخانه شوراهای و کمیته‌های تخصصی مرتبط با هر معاونت در سال اول برنامه

S102: تدوین آیین نامه‌های اجرایی شوراهای و کمیته‌ها در طی دو سال اول برنامه

S2 - تقویت شوراهای و کمیته‌های تخصصی مرتبط با سلامت برون سازمانی

S201: ایجاد دبیرخانه شوراهای و کمیته‌های تخصصی درون و برون سازمانی مرتبط با سلامت در ستاد دانشکده در سال اول

برنامه

S202: تدوین آیین نامه‌های اجرایی شوراهای و کمیته‌های تخصصی درون و برون سازمانی مرتبط با سلامت در ستاد دانشگاه

در دو سال اول برنامه

S3 - تبیین و تدوین مسئولیت‌ها و شرح وظائف برنامه‌های مرتبط با سلامت در گروه‌های مختلف

سازمانی و برون سازمانی

S301: تهیه دستورالعمل‌ها و عملکردهای مشترک درون سازمانی با مشارکت گروه‌های ذیربط در سال اول برنامه

S302: جلب مشارکت و هماهنگی در تهیه عملکردهای مشترک برون سازمانی و اعلام به واحدهای مرتبط در سال اول

برنامه

S303: ارزشیابی و انجام صحیح وظائف محوله در سازمان در طول برنامه

۷-۱۶ استراتژی‌های مشارکت‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم

نهاد و خیریه‌ها

۷-۶-۱ هدف استراتژیک ۱: جلب و ارتقاء مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت

S1 - شناسایی و به کارگیری توان خیرین در اجرای برنامه‌های مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت

S101: اولویت بندی نیازهای حوزه بهداشت و سلامت دانشکده تا پایان سال اول برنامه.

S102: شناسایی صد در صد شرکا ، ذی نفعان، تصمیم گیرندگان و رقبای برنامه‌های سلامت در طی برنامه.

S2 - شناسایی و به کارگیری سازمان‌های مردم نهاد در اجرای برنامه‌های

۶-۲ هدف استراتژیک ۲: تقویت مشارکت‌های مردمی

S1 - مشارکت‌های مردمی

S101 : شناسایی صددرصد شرکا ، ذینفعان ، تصمیم گیرندگان و رقبای برنامه های سلامت در طی برنامه

S102 : تدوین برنامه جامع به کارگیری توان مردم وسایر بخشهای توسعه درحوزه های مختلف دانشکده تا پایان سال اول

برنامه

S103 : تدوین فرایندهای جلب مشارکتهای مردم وسایر بخشهای توسعه درحوزه های مختلف دانشکده تا پایان سال اول

برنامه

S104 : اجرای برنامه جامع به کارگیری توان مردم وسایر بخشهای توسعه درحوزه های مختلف در طی برنامه

S105 : افزایش داوطلبان سلامت در واحدهای بهداشتی شهری به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه

S106 : افزایش داوطلبان سلامت در واحدهای بهداشتی روستایی به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S107 : افزایش داوطلبان سلامت متخصص (سایر ادارات) به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S108 : برگزاری دوره مهارت عملی برای ۹۰ درصد داوطلبان سلامت تا پایان برنامه

۷-۷ استراتژی‌های فن آوری اطلاعات در راستای توسعه دولت

الکترونیک

۷-۷-۱ فن آوری اطلاعات

۷-۷-۱-۱ هدف استراتژیک ۱ : استقرار سیستم اطلاعات مدیریت (MIS)

S1 - طراحی ، استقرار و آموزش سامانه اطلاعات مدیریت

S101 : طراحی و استقرار سامانه اطلاعات مدیریت در دانشکده تا پایان سال دوم برنامه

S102 : آموزش سامانه جامع مدیریت اطلاعات به مدیران ، کارشناسان مسئول و کارکنان در دو سال اول برنامه

۷-۷-۱-۲ هدف استراتژیک ۲ : ارتقای سامانه‌های ارتباطات ، آمار و فناوری اطلاعات

S1 - توسعه‌ی سامانه‌های شبکه ، نرم افزاری ، سخت افزاری در سطح دانشکده

S101 : ایجاد سامانه‌های شبکه ای مکانیزه و افزایش ضریب نفوذ استفاده از امکانات شبکه به میزان ۱۰۰ درصد تا

پایان سال دوم برنامه

S102 : ایجاد و توسعه اینترنت دانشکده با اتصال تمام واحدهای دانشکده به یکدیگر به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال

دوم برنامه

- S103 : برقراری ارتباط اینترنتی تمام وقت با سرعت مناسب در بستر اینترنت دانشکده تا پایان برنامه
- S104 : گسترش و به روز رسانی سایت‌های اختصاصی واحدها ، گروه‌های علمی و محققین دانشکده در طول برنامه
- S105 : پشتیبانی و نظارت بر نرم افزارها و سخت افزارهای مورد نیاز در طول برنامه
- S106 : بهینه سازی نرم افزار **HIS** به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- S107 : استقرار پرونده الکترونیک سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- S108 : استقرار سامانه مکانیزه و یکپارچه حضور و غیاب کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه

برنامه

- S1010 : به روزرسانی پورتال هیأت علمی، دانشجویان و کارکنان به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال دوم برنامه

۷-۲-۱ مدیریت آمار و اطلاعات

۷-۲-۱-۱ هدف استراتژیک ۱ : ساماندهی مدیریت گردش آمار و اطلاعات

S1 - تدوین طرح بهینه سازی مدیریت گردش آمار و اطلاعات

- S101 : مطالعه و بررسی وضعیت موجود مدیریت گردش آمار و اطلاعات شش ماه پس از ابلاغ برنامه
- S102 : تدوین برنامه بهینه سازی مدیریت گردش آمار و اطلاعات تا پایان سال اول برنامه
- S103 : اجرای برنامه بهینه سازی مدیریت گردش آمار و اطلاعات پس از تصویب در طول برنامه

۷-۲-۲ هدف استراتژیک ۲ : ارتقاء فرهنگ آماری

S1 - توانمندسازی فنی کاربران و مدیران

- S101 : برگزاری کارگاه‌های آموزش آمار برای کاربران و مدیران بر اساس نیازهای هر گروه به تعداد یک کارگاه در هر سال

برنامه

- S102 : بازدیدهای دوره ای از مراکز جمع آوری آمار و اطلاعات به صورت فصلی در طول برنامه
- S103 : تدوین نشریات آماری با آنالیز مناسب جهت بهره برداری مدیران و کاربران در طول برنامه
- S104 : بستر سازی مناسب برای استفاده از اطلاعات آماری موجود در پژوهش‌های علمی مورد نیاز

۷-۲-۳ هدف استراتژیک ۳ : استقرار و ساماندهی نظام آمارهای ثبتی

S1 - تدوین طرح ساماندهی نظام آمارهای ثبتی

- S101 : مطالعه و بررسی وضعیت موجود آمار ثبتی شش ماه پس از ابلاغ برنامه
- S102 : شناسایی اقلام آماری موجود و مورد نیاز و کدینگ فرم‌ها و اقلام مورد نظر به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول

برنامه

- S103 : بررسی اقلام آماری مشترک در معاونت‌ها و تهیه فرآیند یکپارچه سازی آماری تا پایان سال دوم برنامه

- S104 : تدوین و اجرای طرح ساماندهی نظام آمار ثبتی طی برنامه

۷-۲-۴ هدف استراتژیک ۴ : توسعه کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات و ایجاد پایگاه‌های

اطلاعات آماری

S1 - ایجاد و توسعه پایگاه اطلاعات آماری (اتوماسیون آماری)

- S101 : بستر سازی مناسب سخت افزاری و نرم افزاری جهت راه اندازی اتوماسیون آماری تا پایان سال اول برنامه

S102: راه اندازی اتوماسیون آماری توسط مرکز آمار به طور کامل تا پایان سال دوم برنامه

S103: اجرای اتوماسیون آماری در کلیه سطوح پس از راه اندازی طی برنامه

۷-۸ استراتژی‌های مدیریت خدمات بهداشتی

۷-۸-۱ هدف استراتژیک ۱: ارتقاء سطح سواد سلامت

S1- آموزش کارکنان و جامعه

S101 آموزش کارکنان در زمینه برنامه‌های مربوط به سلامت به میزان ۲۰ درصد در هر سال برنامه

S102 آموزش افراد جامعه در زمینه برنامه‌های مربوط به سلامت به میزان ۲ درصد در هر سال برنامه

S103 تهیه و تولید رسانه‌های کمک آموزشی با کیفیت و استاندارد به میزان ۳۰ مورد در هر سال برنامه

S104 تهیه و تجهیز مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به وسایل کمک آموزشی مورد نیاز به میزان ۸۰٪ تا پایان

برنامه

S105 انجام طرح‌های تحقیقاتی و تهیه مقالات معاونت بهداشتی در زمینه موضوعات مربوط به سلامت به میزان حداقل ۱۰

تحقیق و مقاله در هر سال برنامه

S2 - همکاری‌های مشترک با سازمان‌ها و ادارات

S201 اجرای برنامه‌های مشترک بهداشتی با سازمان‌ها و ادارات به منظور ارتقاء سطح آگاهی جامعه به تعداد ۵ برنامه در هر

سال برنامه

۷-۸-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقاء مراقبت و کنترل بیماری‌های واگیر و غیرواگیر

S1 - تعیین شاخص‌های عملکردی بر اساس دستورالعمل‌های معاونت بهداشت

S101 شناسایی شاخص‌های عملکردی مربوطه به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال اول برنامه

S2 - اجرای برنامه نظام مراقبت بیماری‌های واگیر بر اساس دستورالعمل‌های معاونت بهداشتی

S201 ارتقاء بیماری‌یابی و موفقیت درمان بیماری سل به میزان ۶ درصد تا پایان برنامه

S202 ارتقاء گزارش دهی طغیان‌های بیماری‌های منتقله از آب و غذا به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه

S203 بیماری‌یابی هپاتیت ویروسی منتقله از راه خون به میزان ۲۵۰ بیمار تا پایان برنامه

S204 ارتقاء خدمات مشاوره گروه‌های دارای رفتار پرخطر به میزان ۱۰ درصد در هر سال برنامه

S205 ارتقاء نظام مراقبت بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن به میزان ۲ درصد تا پایان برنامه

S206 ارتقاء نظام مراقبت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S207 بهبود استانداردهای زنجیره سرما به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S208 گزارش گیری موارد مشکوک به مالاریا از ۱۰۰ درصد مراکز مربوطه در هر سال برنامه

S3 - اجرای برنامه نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر بر اساس دستورالعمل‌های معاونت بهداشت

S301 ارتقاء بیماری‌یابی دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال روستایی به میزان ۱ درصد تا پایان برنامه

S302 ارتقاء بیماریابی فشارخون در جمعیت بالای ۳۰ سال روستایی ۲ درصد تا پایان برنامه

S303 مراقبت ویژه زوج‌های ناقل بیماری‌های تالاسمی و PKU شناسایی شده به میزان ۱۰۰ درصد در هر سال برنامه

S304 مراقبت و درمان به موقع مبتلایان به کم کاری مادرزادی تیروئید به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S305 ارتقاء شاخص‌های برنامه ثبت سرطان به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S4 - اجرای برنامه‌های سلامت دهان و دندان

S401 بهبود میانگین DMFT کودکان ۶ ساله به ۴/۵ تا پایان برنامه

S402 بهبود میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله به ۱/۵ تا پایان برنامه

S5 - اجرای برنامه‌های سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد

S501 ارتقاء بیمار یابی اعصاب و روان در جمعیت روستایی به میزان ۴ درصد تا پایان برنامه

S502 تحقق اهداف راهبردی سند سلامت روان به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S503 تحقق اهداف راهبردی سند الکل به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

۷-۸-۳ هدف استراتژیک ۳ : کاهش میزان مرگ و میر

S1 - ثبت و طبقه بندی علل مرگ

S101 ارتقاء نظام ثبت و طبقه بندی علل مرگ به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه

S102 ثبت اطلاعات مرگ و میر با کد قابل قبول به میزان ۹۳ درصد تا پایان برنامه

S2 - مراقبت از گروه‌های آسیب پذیر جمعیتی

S201 کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به میزان ۱ درصد در هر سال برنامه

S202 کاهش مرگ و میر نوزادان به میزان ۰/۵ درصد در هر سال برنامه

S203 اجرای برنامه کاهش مرگ و میر ۳۰ تا ۷۰ ساله به میزان ۲۰ درصد در هر سال برنامه (بر اساس شاخص‌های

کشوری)

۷-۸-۴ هدف استراتژیک ۴ : ارتقاء برنامه‌های سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

S1 - اجرای برنامه‌های سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

S101 پوشش مراقبت مادران باردار به میزان ۱ درصد در هر سال برنامه

S102 بهبود بارداری برنامه ریزی شده به میزان ۲ درصد در هر سال برنامه

S103 پوشش مراقبت سالمندان به میزان ۳ درصد در هر سال برنامه

S104 غربالگری نوجوانان (دانش آموز و غیردانش آموز) به میزان ۲ درصد در هر سال برنامه

S105 غربالگری جوانان (دانشجو و غیردانشجو) به میزان ۱ درصد در هر سال برنامه

۷-۸-۵ هدف استراتژیک ۵ : ارتقاء امنیت غذایی

S1 - بهبود تغذیه گروه‌های آسیب پذیر

S101 ارتقاء وضعیت تغذیه ای مادران باردار به میزان ۲ درصد تا پایان برنامه

S102 ارتقاء وضعیت تغذیه ای کودکان زیر ۶ سال به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S103 افزایش پوشش مکمل تراپی گروه‌های آسیب پذیر به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S104 افزایش درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه

S2 - بهبود عملکرد تغذیه ای جامعه

S201 پیشگیری از اختلال رشد در کودکان ۳ تا ۶ سال در مناطق تحت پوشش برنامه روستا مهدها به میزان ۰/۶ درصد در هر سال برنامه

S202 بهبود میانه ید ادرار در دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله به میزان ۰/۵ درصد در هر سال برنامه

S203 تحقق اهداف راهبردی سند ملی تغذیه و امنیت غذایی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S204 نمونه برداری از نان به منظور کنترل حذف جوش شیرین به میزان ۱۵ درصد در هر سال برنامه

S205 نمونه برداری کنترلی مواد غذایی به میزان ۶ درصد در هر سال برنامه

۷-۸-۶ هدف استراتژیک ۶: ارتقاء برنامه‌های مدیریت بلایا

S1 - اجرای برنامه‌های مدیریت بلایا

S101 برگزاری مانورهای مدیریت خطر بلایای معاونت بهداشتی به تعداد ۱ مانور در هر سال برنامه

S102 آموزش خانوارها در برابر بلایا به میزان ۲ درصد جمعیت تحت پوشش در هر سال برنامه

۷-۸-۷ هدف استراتژیک ۷: کاهش عوامل خطر ساز محیطی آسیب رسان به سلامت جامعه

S1 - بهبود شاخص‌های سلامت محیط

S101 برگزاری دوره ویژه بهداشت برای مشمولین ماده ۱۳ (آئین نامه مواد خوردنی و آشامیدنی) به میزان ۶ درصد در هر سال برنامه

S102 ارتقاء شاخص‌های بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی به میزان ۱ درصد در هر سال برنامه

S103 استقرار سامانه طرح جامع بازرسی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S104 ارتقاء پوشش خدمات بهداشت محیط خانوارها (توالیت بهداشتی، جمع آوری و دفن بهداشتی زباله، جمع آوری و دفع بهداشتی فضولات حیوانی) به میزان ۱ درصد در هر سال برنامه

S104 ارتقاء شاخص خانوارهای روستایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی دسترسی دارند به میزان ۰.۱ درصد در هر سال برنامه

S104 ارتقاء پوشش مطلوبیت میکروبی آب آشامیدنی روستایی به میزان ۰.۵ درصد در هر سال برنامه

S2 - بهبود شاخص‌های سلامت حرفه ای

S201 فعال سازی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در کلیه واحدهای مشمول به میزان ۱۰۰٪ تا پایان برنامه

S202 پوشش خدمات بهداشت حرفه ای کلیه کارگاه‌ها و صنایع به میزان ۱۰۰٪ تا پایان برنامه

۷-۸-۸ هدف استراتژیک ۸: افزایش دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی

S1 - توسعه نظام شبکه

S101 الکترونیکی نمودن فرم‌های آماری جاری در سطوح محیطی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه

S102 اجرای استانداردهای ملی آزمایشگاهی به میزان ۹۰ درصد تا پایان برنامه

S103 اجرای برنامه تأمین نیازهای اولیه بهداشتی برای شهرهای زیر ۵۰۰ هزار نفر جمعیت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S2 - بهبود برنامه پزشکی خانواده

S201 تکمیل پرونده الکترونیکی سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا برنامه

S202 کاهش کسورات بیمه خدمات درمانی به کمتر از ۲٪ درصد تا پایان برنامه

S203 اجرای برنامه پزشکی خانواده حاشیه شهر به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال دوم برنامه

S204 اجرای برنامه پزشک خانواده شهرهای زیر یک میلیون نفر به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال دوم برنامه

۷-۸-۹ هدف استراتژیک ۹: توانمند سازی کارکنان بخش سلامت

S1 - توانمند سازی پرسنل

S101 برگزاری دوره‌های آموزش تخصصی شغلی جهت پرسنل شاغل در طرح پزشک خانواده شهری و روستایی بر اساس

مصوبات مربوطه به میزان ۱۰۰ درصد در هر سال برنامه

S102 برگزاری دوره‌های بازآموزی جهت بهروزان در رابطه با متون آموزشی جدید بر اساس مصوبات مربوطه به میزان ۱۰۰

درصد در هر سال برنامه

S3 - فراهم نمودن بستر نرم افزاری و سخت افزاری

S301 برگزاری کارگاه توانمند سازی کاربران از لحاظ آموزش IT و کسب مهارت‌های لازم در کار با اتوماسیون اداری و نرم

افزارهای تحت شبکه یک بار در هر سال برنامه

S302 توسعه شبکه ملی سلامت در کلیه سطوح PHC به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S303 توسعه پرونده الکترونیک سلامت در کلیه سطوح PHC به میزان ۱۰۰ درصد در سال اول برنامه

۷-۹ استراتژی‌های مدیریت آموزش علوم پزشکی

۷-۹-۱ هدف ۱- بهبود نظام جذب، نظارت و ارزشیابی و ارتقای توانمندی‌های هیئت علمی

S1 - مدیریت یکپارچه امور مرتبط با اعضای هیئت علمی

S101- تدوین آیین نامه جذب هیئت علمی دانشکده تا پایان سال اول برنامه

S102 - ارتقای فرایند ارزشیابی اعضای هیئت علمی تا پایان سال دوم برنامه

S103- ارتقای فرایند ارزشیابی مدیران آموزشی در طول برنامه

۷-۹-۲ هدف ۲- توسعه و ارتقای کمی و کیفی عرصه‌های آموزش علوم پزشکی منطبق بر نیاز

جامعه با رویکرد آموزش پاسخگو

S1 - توسعه رشته‌های تحصیلی

S101- تشکیل و استقرار مدیریت تحصیلات تکمیلی تا پایان برنامه

S102- برنامه ریزی و راه اندازی ۲ رشته-مقطع جدید علوم پزشکی منطبق بر نیازهای سلامت جامعه تا پایان برنامه

S2 - به کارگیری روش‌های نو در آموزش علوم پزشکی

S201- راه اندازی واحد آموزش مجازی تا پایان سال دوم برنامه

S202- تولید محتوای الکترونیکی آموزشی برای ۱۰ عنوان درس تا پایان برنامه

S203- برگزاری ۲ کارگاه آموزشی در زمینه روش‌های نوین تدریس در هر سال تا پایان برنامه

S3- ایجاد بستر مناسب برای جلب مشارکت دانشجویان و اعضای هیئت علمی و کارشناسان دخیل در امر آموزش در ارتقای آموزش علوم پزشکی و آموزش مداوم

S301- برگزاری کارگاه‌های آموزشی تدوین و مستندسازی و اجرای فرایندهای آموزشی نوآورانه به تعداد حداقل ۲ کارگاه در هر سال تا پایان برنامه.

S302- برگزاری جشنواره آموزشی شهید مطهری در سطح دانشگاه در هر سال تا پایان برنامه

S303- برگزاری جلسات کمیته مشورتی دانشجویی به تعداد حداقل ۵ جلسه در هر سال تا پایان برنامه

S304- افزایش برنامه‌های توانمندسازی کلیه اعضای هیئت علمی در زمینه پژوهش در آموزش به میزان ۲ برابر تا پایان

برنامه

S305- ارتقای کمی پژوهش‌های مربوط به آموزش علوم پزشکی به میزان سالانه ۲۰ درصد تا پایان برنامه

S306- افزایش برنامه‌های توانمندسازی اعضای هیئت علمی در خصوص روش‌های آموزش و مشاوره دانشجویان به میزان

۲ برابر تا پایان برنامه

S4- ارتقای سطح توانمندی‌های آموزشی، پژوهشی و حرفه ای دانشجویان

S401- برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی و آموزش مهارت‌های حرفه ای دانشجویان به تعداد حداقل ۴ کارگاه در هر سال

S402- ایجاد دفتر نمایندگی بنیاد ملی نخبگان در دانشگاه تا پایان برنامه

۷-۹-۳ هدف ۳- ارتقای سطح توانمندی‌های حرفه ای دانش آموختگان علوم پزشکی

S1- ارتقای برنامه‌های آموزش مداوم مبتنی بر نیاز جامعه و مضمولان قانون

S101- تدوین برنامه‌های آموزش مداوم بر اساس نیازهای سلامت جامعه و مضمولین قانون به طور سالانه.

S102- استفاده از روش‌های فعال و نوین و آموزش مجازی در برنامه‌های آموزش مداوم به میزان ۲۰ درصد تا پایان برنامه

S103- استفاده از شیوه‌های نو (بحث گروهی، معرفی مورد و ...) در اجرای برنامه‌های آموزش مداوم به میزان ۱۰ درصد تا

پایان برنامه

۷-۹-۴ هدف ۴: اقدام در جهت آموزشی شدن بیمارستان‌ها

S1: پیگیری اخذ مجوز برای آموزشی شدن بیمارستان‌های حکیم و ۲۲ بهمن درسال اول برنامه

۷-۱۰ استراتژی‌های مدیریت پژوهش

۷-۱۰-۱ هدف ۱- توسعه همکاری‌های پژوهشی درون و برون سازمانی

S1- اصلاح ساختار مدیریت امور پژوهشی

S101- ایجاد دفتر ارتباط با صنعت تا سال دوم برنامه

S102- ایجاد واحد تحقیق و توسعه تا سال دوم برنامه

S103- راه اندازی شورای HSR در سال نخست برنامه

S2- اصلاح روش‌ها و مقررات کاری

S201- تدوین آیین نامه توسعه اقدام پژوهی دانشگاه در سال نخست برنامه

S202- تدوین دستورالعمل تشویق فعالیت‌های پژوهشی کارشناسان در سال نخست برنامه

S203- تدوین آیین نامه تشویق طرح‌های تحقیقاتی قابل تجاری سازی در سال نخست برنامه

S204- تدوین، بازنگری مستمر و اجرای برنامه‌های مستندسازی و اصلاح و ارتقاء فرایندهای پژوهشی تا پایان سال دوم

برنامه

S205- ارزیابی اثربخشی دستورالعمل‌ها و آیین نامه‌های تدوین شده به‌طور سالانه تا پایان برنامه

۷-۱۰-۲ هدف ۲ - توانمند سازی نیروی انسانی در زمینه انجام پژوهش‌های نوآورانه و مسأله

محور

S1- برگزاری دوره‌های کوتاه مدت توانمندسازی اعضای هیأت علمی و کارکنان

S101- نیازسنجی آموزشی و مهارتی اعضای هیأت علمی و کارکنان در سال نخست اجرای برنامه

S102- برنامه ریزی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در سال نخست برنامه

S103- تدوین دستورالعمل ارزشیابی دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی در سال نخست برنامه

S2- اصلاح روش‌ها و مقررات کاری

S201- تدوین آیین نامه تشویق فعالیت‌های نوآورانه یاددهی و یادگیری اعضای هیأت علمی و کارکنان

S3- ترویج تفکر مخترعانه، آینده اندیشی، تفکر خلاق و مثبت اندیشی در کارکنان و دانشجویان

S301- انتشار ۲ عنوان مجله علمی- ترویجی تا پایان برنامه

S302- برگزاری جلسات هم اندیشی اساتید و کارکنان حداقل یک جلسه در هر ماه تا پایان برنامه

S303- برگزاری جلسات هم اندیشی اساتید و دانشجویان حداقل ۴ جلسه در هر سال تا پایان برنامه

۷-۱۰-۳ هدف ۳- ایجاد و توسعه شرکت‌های دانش بنیان

S1- ایجاد تیم‌های چندرشته ای پژوهشی

S101- تدوین و اصلاح آیین نامه‌های تشویقی و حمایتی در راستای ایجاد و توسعه روحیه کار تیمی تا پایان سال دوم

برنامه

S102- برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های کار گروهی و تصمیم گیری مشارکتی برای کلیه کارکنان تا پایان سال دوم

برنامه

S103- تدوین آیین نامه داخلی حمایت از پژوهش‌های منجر به توسعه محصول یا خدمت تا پایان سال اول برنامه

S2- توسعه کارآفرینی در دانشگاه

S201- تدوین دستورالعمل حمایت از طرح‌های پژوهشی منجر به کارآفرینی تا پایان سال اول برنامه

S202- برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های خلاقیت و ایده پردازی برای کلیه کارکنان و دانشجویان تا پایان سال دوم

برنامه

S203- برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های کارآفرینی برای کلیه کارکنان و دانشجویان تا پایان سال دوم برنامه

S204- ایجاد مرکز رشد فناوری‌های سلامت تا پایان سال اول برنامه

S205- ایجاد حداقل ۲۰ شرکت دانش بنیان تا پایان برنامه

S3- توسعه همکاری‌های برون سازمانی

S301- انعقاد تفاهم نامه همکاری با صنایع و مراکز ارائه دهنده خدمات مرتبط با رسالت دانشکده به تعداد ۲۰ مورد تا پایان

برنامه

S302- انعقاد تفاهم نامه همکاری با مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری دانشگاه‌ها به تعداد ۵ مورد تا پایان برنامه

S303- ایجاد شبکه ارتباطی "شبکه ملی کارآفرینی سلامت" تا پایان برنامه

۷-۱۰-۴ - توسعه مطالعات کاربردی و بنیادی

S1- توسعه تحقیقات بیماری‌های آندمیک

S101- ایجاد مرکز تحقیقات بیماری‌های آندمیک تا پایان سال اول برنامه

S102- ایجاد شبکه ارتباطات بین دانشگاهی بیماری‌ها تا پایان سال سوم برنامه

S103- ایجاد مرکز مطالعات کوهورت سالمندان تا پایان سال اول برنامه

S2- توسعه تحقیقات در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت

S201- ایجاد کمیته هماهنگی تحقیقات مرتبط با سلامت در سطح شهرستان تا پایان سال دوم برنامه

S202- ایجاد مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت تا پایان سال دوم برنامه

S3- توسعه فعالیت‌های پژوهشی اعضای هیأت علمی و دانشجویان

S301- افزایش تعداد طرح‌های پژوهشی دانشجویی به میزان ۵ برابر تا پایان برنامه

S302- افزایش تعداد طرح‌های پژوهشی مصوب شورای پژوهشی به میزان ۳ برابر تا پایان برنامه

۷-۱۱-۱۱ استراتژی‌های مدیریت فرهنگی و دانشجویی

۷-۱۱-۱۱-۱ اهداف استراتژیک مدیریت فرهنگی :

۷-۱۱-۱۱-۱ هدف استراتژیک ۱ : توسعه و تعمیق اندیشه‌های دینی و سیاسی و اجتماعی

دانشجویان

S1- تقویت و توانمند سازی دانشجویان نسبت به مبانی معرفتی

S101: برنامه ریزی آموزشی برای دانشجویان با محوریت مبانی دینی و انقلابی در سال اول برنامه

S102: تشکیل و راه اندازی کرسی‌های آزاد اندیشی هر شش ماه یک بار در طول برنامه

S103: جلب مشارکت و همکاری‌های بین بخشی حوزه و دانشگاه در سال اول برنامه

S104: احیا و توسعه مظاهر و شعائر دینی در طول برنامه

۷-۱۱-۱۱-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقاء آگاهی و تعمیق بینش اجتماعی و سیاسی دانشجویان

S1 ارتقاء آگاهی و بینش دانشجویان نسبت به آسیب هاو تهدیدهای فرهنگی واجتماعی

S101: اجرای طرح بصیرت یک بار در هر سال برنامه

S102 - برگزاری کارگاه جنگ نرم یک بار در هر سال برنامه

S103 - راه اندازی و تشکیل کارگاه‌های تحلیل مسائل اجتماعی دو بار در هر سال برنامه

S104 - ارتقاء خدمات واحدهای مشاوره مذهبی و روانشناسی در طول برنامه متناسب با جمعیت هدف

s105 - آگاهی بخشی و توانمند سازی سیاسی دانشجویان به میزان ۱۰ درصد از وضعیت موجود در پایان هر سال تحصیلی

S2: ارتقاء آگاهی دانشجویان نسبت به انقلاب اسلامی

S201: تشکیل و راه اندازی کارگاه‌های ریشه‌های انقلاب اسلامی دو بار در سال

S202: راه اندازی نشست‌هایی با عنوان جایگاه انقلاب اسلامی در جهان دو بار در سال

S203: تشکیل و راه اندازی کارگاه‌های مؤلفه‌های تهدید کننده انقلاب اسلامی در جهان دو بار در سال

S204: برگزاری کارگاه فرهنگ ایثار و شهادت یک بار در سال

S3: جلب مشارکت دانشجویان و خانواده‌های آنان در فعالیت‌های فرهنگی

S301: آگاه سازی تشکلهای و کانون‌های دانشجویی نسبت به اهمیت مشارکت آنها از طریق سلسله جلسات ماهانه

S302: بستر سازی برای مشارکت حد اکثری دانشجویان در نشریات دانشگاهی در طول برنامه در هر سال

S303: ایجاد ارتباط مؤثر با خانواده دانشجویان برای تبادل اطلاعات در طول برنامه

S304: ارتقاء آگاهی دانشجویان نسبت به اندیشه‌های بزرگان مذهبی و ملی با برگزاری نشست‌ها ، مسابقات و برنامه‌های

آموزشی

۷-۱۱-۲ اهداف استراتژیک مدیریت دانشجویی :

۷-۱۱-۲-۱ هدف استراتژیک ۱: ارتقاء و بهبود شاخص‌های حوزه مدیریت دانشجویی

S1: ارتقاء فرایند و بهبود وضعیت اجرایی

S101: ارتقاء فرایند توزیع وام دانشجویی در طول برنامه

S102: ارتقاء وضعیت بانک اطلاعاتی فارغ التحصیلان در طول برنامه

S103: ارتقاء فرایند توزیع کار دانشجویی در طول برنامه

۷-۱۱-۲-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقاء شاخص‌های امور خوابگاه‌ها

S1: ارتقاء کمیت و کیفیت خدمات اسکان دانشجویان

S101: بهره مندی از خوابگاه دولتی به میزان ۵۰ درصد متقاضیان در طول برنامه

S102: ارتقاء شاخص‌های خوابگاه بخش خصوصی به میزان ۳۰ درصد وضعیت موجود در طول برنامه

۷-۱۱-۲-۳ هدف استراتژیک ۳: ارتقاء شاخص‌های بخش تغذیه

S1: ارتقاء از جهت فیزیکی و کیفی

S101: بهبود کیفیت غذا به میزان ۲۰ درصد از وضعیت موجود در طول برنامه

S102: بهبود فضای فیزیکی سلف سرویس دانشجویان متناسب با جمعیت هدف در طول برنامه

۷-۱۱-۲-۴ هدف استراتژیک ۴: ارتقاء سطح سلامت جسمی ، روحی ، روانی دانشجویان با

رویکرد مشاوره

S1: پیشگیری از آسیب‌های روحی و تقویت آمادگی های روانی دانشجویان

S101 : انجام آزمونهای روان سنجی به منظور شناسایی حداقل ۸۰ درصد مشکلات احتمالی تا پایان هر سال تحصیلی

- S102: تهیه و اجرای طرح‌های تحقیقاتی به میزان ۳۰ درصد از وضعیت موجود
- S103: برگزاری کارگاه‌های سبک زندگی دو بار در هر سال برنامه
- ۷-۱۱-۲-۵ هدف استراتژیک ۵- ارتقا سلامت و نشاط دانشجویان
- S1-ارتقاء ساختاری و محتوایی فعالیت‌های ورزشی**
- S101: توسعه ورزش همگانی به میزان ۳۰ درصد از وضعیت موجود
- S102: توسعه ورزش قهرمانی به میزان ۳۰ درصد از وضعیت موجود در طول اجرای برنامه
- S103: توسعه و تجهیز فضاهای ورزشی به میزان ۱۰۰ درصد از وضعیت موجود
- S104: توسعه فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی به میزان ۲۰ درصد در هر سال
- S105: بهره‌مندی از بخش خدمات غیر دولتی در اجرای فعالیت‌های ورزشی دانشجویی
- S106: برگزاری اردوهای فرهنگی و تفریحی فصلی در طول برنامه

۷-۱۲ استراتژی‌های مدیریت خدمات درمانی

- ۷-۱۲-۱ هدف استراتژیک ۱: افزایش سرعت و کیفیت ارائه خدمات درمانی بحران و حوادث و سوانح غیر مترقبه
- S1: ارتقای خدمات فوری و اورژانسی در اورژانس‌های پیش بیمارستانی**
- S101: افزایش پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ در مناطق شهری و جاده‌ای به میزان سالانه ۱۵٪ نسبت به سال اول بعد از ابلاغ برنامه (بر اساس جمعیت - فاصله)
- S102: استقرار برنامه‌ی اتوماسیون، در اورژانس‌های پیش بیمارستانی به میزان ۱۵٪ در هر سال برنامه
- S103: افزایش تعداد امبولانسها به میزان ۲۰ درصد در هر سال تا پایان برنامه
- S2: فعال سازی بیمارستان سیار**
- S201: تهیه سازه بیمارستان سیار تا حداکثر ۲ سال اول برنامه
- S202: تهیه تجهیزات بیمارستان سیار تا حداکثر ۲ سال اول برنامه
- S303: آموزش نیروهای داوطلب برای استفاده از تجهیزات بیمارستان و زندگی در شرایط بحران تا حداکثر ۲ سال اول برنامه.

S3: فعال سازی تیم‌های واکنش سریع درمانی

- S301: تعیین و تهیه حداقل تجهیزات مورد نیاز ۷۲ ساعت اول، برای تیم‌ها در سال اول برنامه.
- S302: آموزش نیروها برای استفاده صحیح از تجهیزات کوله‌های واکنش سریع در بحران در هر سال.
- S303: ساماندهی و برنامه ریزی آنکالی مناسب برای تیم‌های واکنش سریع به طور سالانه.
- S304: تعیین برنامه پاسخ و واکنش سریع در شرایط بحران، بسته به انواع حادثه در هر سال.
- S4: استقرار سامانه‌ی ICS هدایت بحران در واحدهای دانشگاه**

S401: تدوین برنامه‌ی واکنش و فعال سازی سریع سامانه‌ی فرماندهی در تمامی واحدهای تابعه دانشگاه در هرسال.

S402: آموزش برنامه‌ی مدیریت بحران برای ۲۵٪ واحدهای تابعه دانشگاه به طور سالانه از زمان تصویب تا پایان برنامه.

S403: ساماندهی اتاق هدایت بحران EOC در نیشابور و واحدهای تابعه و اجرای ماده ۵۴ قانون امداد و نجات در سال اول برنامه

S404: انجام تمرین و مانور برای ایجاد هماهنگی و اجرای بهینه‌ی برنامه فرماندهی بحران به طور سالانه.

۷-۱۲-۲ هدف استراتژیک ۲: ارتقاء کیفیت خدمات

S1: تأمین نیازها و منابع مورد نیاز جهت اجرای کامل بسته‌های طرح تحول نظام سلامت

S101: کاهش میزان پرداختی بیماران بستری به میزان ۱۰ درصد درمورد بیماران بستری و ۶ درصد درمورد بیماران ارجاعی

S102: حمایت از طرح ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تحت پوشش دانشکده به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S103: ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S104: ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دانشگاهی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S105: ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دانشگاهی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S106: حمایت از بیماران خاص و صلب‌العلاج میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S2: ارتقاء خدمات اورژانس (ارتقای خدمات فوری و اورژانسی در اورژانس‌های بیمارستانی)

S201: افزایش فضای فیزیکی در اورژانس بیمارستان‌ها به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه

S202: بهینه سازی ارتباط بخشهای بستری با اورژانس به میزان ۲۰ درصد در هرسال تا پایان برنامه.

S203: برگزاری کارگاه‌های مستمر جهت توانمندی پرسنل اورژانس در هرسال تا پایان برنامه

S204: تشکیل کمیته احیاء قلبی- ریوی تا پایان سال اول برنامه

S3: اجرای برنامه نظارت بر درمان بیمارستان‌ها و موسسات درمانی خصوصی

S301: تعطیلی مطب‌های متخصصین طرف قرارداد و استخدامی به میزان ۱۰۰ درصد در شیفت صبح

S301: بهبود و تسریع در روند شکایات بیماران به میزان ۲۰ درصد در هر سال تا پایان برنامه

۷-۱۲-۳ هدف استراتژیک ۳: ارتقاء و مدیریت فرایندها

S1: بهینه سازی برنامه اعتبار بخشی بیمارستان‌ها

S101: تعیین تیم اعتبار بخشی باتجربه و توانمند از نظر علمی در زمینه اعتبار بخشی در سال اول برنامه

S102: افزایش رضایتمندی مردم از خدمات بیمارستانی به میزان سالیانه ۱۰٪ نسبت به سال اول برنامه.

S103: بررسی و اصلاح فرایندها به میزان ۲۰ درصد در هرسال تا پایان برنامه

S104: اجرا و پایش صحیح فرایندها به میزان ۲۰ درصد در هرسال تا پایان برنامه

۷-۱۳ استراتژی‌های مدیریت غذا و دارو

۷-۱۲-۲ هدف استراتژیک ۲: خوداتکایی در زمینه تولید مواد و فرآورده های دارویی ، واکسن ،

محصولات زیستی ، ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد معتبر

S101: دستیابی سهم ریالی داروهای تولید داخل به ۷۲ درصد در طول برنامه

S102: دستیابی سهم ریالی تجهیزات پزشکی تولید داخل به ۴۰ درصد در طول برنامه

S103: دستیابی به شاخص نیروی انسانی (بازرس و کارشناس فنی و نظارت ، بررسی و ثبت) یک نفر برای هر صد فرآورده

در بازار

اهداف استراتژیک

(۱) دستیابی حداکثری به داروی مورد نیاز بیماران و منطقی کردن تجویز و مصرف دارو

❖ تصویب طرح تفکیک درآمدها در سطح دانشکده

❖ تدوین و ابلاغ تخصیص درآمدهای دارویی و ملزومات پزشکی مصرفی و اسناد مربوطه در سطح دانشکده

❖ کاهش مدت بازپرداخت میانگین بدهی شرکت های دارویی و ملزومات مصرفی به ازاء یکماه در هر سال تا پایان برنامه

❖ کاهش سطح میانگین داروهای تجویزی در نسخ به ازاء ۲/۱ ارقام در هر سال

(۲) ارتقاء ایمنی مواد غذایی :

❖ افزایش تعداد واحد ها با prps بالا و امتیاز ۸۰٪ به ازاء ۵٪ در هر سال (وضعیت فعلی ۲۰٪)

❖ کاهش تعداد واحد ها با prps کمتر از امتیاز ۵۰٪ به ازاء ۵٪ در هر سال (وضعیت فعلی ۴۰٪)

❖ افزایش تعداد واحد های دارای نشانگر تغذیه ای به ازاء ۵۰٪ در هر سال

❖ کاهش آیتیم های تهدید کننده سلامت (قند ، نمک ، روغن) مطابق استاندارد های ابلاغی سازمان

(۳) افزایش خدمات تخصصی آزمایشگاهی :

❖ افزایش تعداد آزمایشات میکروبی و شیمیایی به تعداد ۱۰٪ بالاتر از سال قبل

❖ افزایش تعداد آزمایشات ایمنی به تعداد ۱۰٪ بالاتر از سال قبل

(۴) افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی

❖ افزایش قابلیت مصرف بهینه تجهیزات بیمارستانهای مراکز درمانی تحت پوشش

۷-۱۴ استراتژی‌های مدیریت سرمایه انسانی

۷-۱۴-۱ هدف استراتژیک ۱: تأمین و استفاده بهینه از منابع انسانی

S1: برنامه ریزی در جهت تأمین و بکارگیری نیروی انسانی کارآمد مورد نیاز دانشکده

- S101: ایجاد بانک اطلاعاتی جامع منابع انسانی دانشکده در طول برنامه
- S102: ایجاد راهکارهایی جهت نهادینه کردن تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و اصول مدیریت دانش در طول برنامه
- S103: برآورد خروجی نیروی انسانی به تفکیک سال‌های برنامه در طول برنامه
- S104: برآورد ورودی نیروی انسانی مورد نیاز دانشکده به تفکیک سال‌های برنامه و در طول برنامه
- S105: ساماندهی تأمین و به‌کارگیری نیروی انسانی کارآمد و توانمند در طول برنامه

S2: برنامه ریزی برای توزیع مناسب نیروی انسانی

- S201: توزیع نیروی انسانی بر اساس "برنامه منابع انسانی" در طول برنامه
- S202: توزیع عادلانه و مناسب نیروهای تغییر وضع یافته تا پایان سال در طول برنامه
- S203: برنامه ریزی جهت هماهنگی بین شغل و شاغل در طول برنامه
- S204: برنامه ریزی در جهت نگهداشت، توانمندسازی و ارتقای منابع انسانی در طول برنامه

S3: برنامه ریزی در جهت ایجاد انگیزه شغلی در کارکنان

- S301: تدوین برنامه امکانات رفاهی و معیشتی کارکنان شش تا هشت ماه بعد از تصویب ابلاغ برنامه

- S302: تدوین برنامه ایمنی و سلامت شغلی کارکنان تا شش ماه بعد از تصویب ابلاغ نامه
- S303: تدوین برنامه بهینه سازی گردش شغلی پس از تصویب در طول برنامه
- S304: آموزش شغلی کارکنان به طور مداوم بر اساس نیاز سنجی در طول برنامه
- S305: طراحی و اجرای نظام مسیر پیشرفت شغلی کارکنان در طول برنامه
- S306: طراحی نظام و راهکارهایی برای افزایش انگیزه کارکنان در طول برنامه
- S307: انجام پژوهش در زمینه مدیریت منابع سازمان و بررسی چالش‌های آن حوزه در طول برنامه
- S308: شناسایی و ایجاد راهکار بهبود ارتباطات سازمانی رسمی و غیر رسمی در طول برنامه
- S309: جذب نخبگان در سازمان به میزان ۱۰۰٪ اعتبار تخصیص یافته موجود تا پایان برنامه

S4: اسقرار فرایند جذب و به کارگیری مدیران و کارکنان

- S401: طراحی و استقرار بانک اطلاعاتی مدیران ، ۶ ماه پس از ابلاغ برنامه
- S402: انتخاب مدیران بر اساس نظام شایستگی در طول برنامه
- S403: انتخاب کارکنان برای مسئولیت‌های مختلف بر اساس نظام شایستگی در طول برنامه
- S404: اجرای نظام ارزشیابی عملکرد مدیران بر اساس حدود انتظارات شغلی در طی برنامه
- S405: اجرای نظام آموزش مدیران در طول برنامه به طور مستمر
- S406: اجرای نظام ارزشیابی عملکرد کارکنان بر اساس حدود انتظارات شغلی و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در طول برنامه
- S407: ارتقاء فرهنگ مدیریت جامع کیفیت مدیران و کارکنان بر گزاری دوره‌های بهبود کیفیت به‌طور سالیانه و اجرایی نمودن آیین نامه انتخاب و انتصاب مدیران در طول برنامه
- S408: استقرار نظام شایستگی مدیران و کارکنان

۷-۱۴-۲ هدف استراتژیک ۲: مدیریت بهینه انسانی بیمارستان‌ها

S1 بهینه سازی منابع انسانی

- S101: تأمین ۱۰۰٪ کمبود پرسنل درمان که مستقیماً با بیمار در ارتباط هستند در بیمارستان‌ها، مطابق طرح سطح بندی در هر سال تا پایان برنامه.
- S102: تأمین ۱۵٪ کمبود پرسنل غیر درمان بیمارستان‌ها، مطابق طرح سطح بندی در هر سال تا پایان برنامه.
- S203: افزایش عقد قراردادهای پزشکان مورد نیاز عمومی و متخصص برای کلینیک‌های سرپایی به میزان ۱۰٪ در هر سال تا پایان برنامه
- S104: توانمندسازی ۱۰۰٪ نیروی انسانی جدیدالورود و قدیمی بر مبنای نیاز سنجی آموزشی و تا پایان برنامه

۷-۱۵ استراتژی‌های مهندسی نقش و ساختار سازمانی

S1 ایجاد اصلاح ساختار تشکیلاتی

- S101: بررسی میزان انطباق ساختار با اهداف و ارائه آن در طی شش ماه اول برنامه
- S102: تدوین برنامه انطباق ساختار با اهداف سازمانی طی یک سال اول برنامه

- S103: اجرای برنامه تدوین شده در طی برنامه
- S104: بازنگری اصلاح چارت سازمانی واحد موجود بر اساس شاخص‌های جدید
- S105: ایجاد چارت سازمانی بیمارستان‌ها بر اساس شاخص‌های جدید طی یک سال برنامه
- S106: ایجاد چارت طرح گسترش شبکه‌ها بر اساس شاخص‌های جدید طی یک سال پس از ابلاغ برنامه
- S107: ایجاد چارت سازمانی بیمارستان ۳۲۰ تختخوابی تا پایان برنامه
- S108: ایجاد چارت سازمانی بیمارستان ۳۲ تختخوابی فیروزه طی دو سال پس از ابلاغ برنامه
- S109: ایجاد چارت سازمانی دانشکده پیرا پزشکی طی برنامه

۷-۱۶ استراتژی‌های مدیریت منابع مالی و بودجه

۷-۱۶-۱ هدف استراتژیک ۱: برخورداری از مدیران، کارشناسان توانمند در خصوص قوانین و مقررات و فرایندهای

مالی و بودجه ای

S1 آموزش مدیران دارای اختیارات مالی و کارشناسان امور مالی در خصوص قوانین و فرایندهای مالی

و بودجه ای

S101: تدوین برنامه آموزشی امور مالی و بودجه جهت مدیران دارای اختیارات مالی در سال اول برنامه

S103: ایجاد پایگاه الکترونیکی اطلاع رسانی قوانین و مقررات مالی و تغییرات آن به طور مستمر در طول برنامه

S105: پایش ارزشیابی مستمر بر عملکرد مدیران دارای اختیارات مالی، کارشناسان و کارکنان مالی و بودجه به طور سالیانه و در

طول اجرای برنامه

۷-۱۶-۲ هدف استراتژیک ۲: اصلاح فرایندها و بهینه سازی عملکرد منابع مالی و بودجه ای

S1 اصلاح فرایند نحوه مبادله تفاهم نامه مالی ستاد دانشکده با واحدهای تابعه

S101: تدوین برنامه عملیاتی استقرار مبادله سیستمی تفاهم نامه مالی سالیانه واحدهای تابعه حداکثر ۲ ماه پس از ابلاغ

برنامه

S102: اجرای مبادله سیستمی تفاهم نامه مالی تایک سال پس از تدوین برنامه عملیاتی مبادله سیستمی تفاهم نامه مالی

S103: ارزشیابی نحوه اجرای مبادله سیستمی تفاهم نامه مالی پس از پایان اجرای آزمایشی در مدت سه ماه

S104. استقرار مبادله سیستمی تفاهم نامه مالی واحدهای تابعه پس از تأیید برنامه آزمایشی

S2: بهینه سازی منابع مالی

S201: برگزاری جلسات مداوم هماهنگی با بیمه‌ها به منظور تعامل ۲ طرفه در سال اول برنامه

S202: تدوین برنامه جامع کاهش هزینه‌ها در سال اول برنامه

S203: خصوصی سازی واحدها به میزان ۲۰ درصد در هر سال تا پایان برنامه

S204: کاهش کسورات بیمارستانی به میزان ۲۰ درصد در هر سال تا پایان برنامه

۷-۱۶-۳ هدف استراتژیک ۳: اداره واحدهای تابعه در بستر فضای رقابتی

S1. اداره واحدهای تابعه در بستر فضای رقابت

S101. ایجاد کارگروه شناسایی خدمات و واحدهای قابل واگذاری ۶ ماه پس از ابلاغ برنامه

S102. تدوین استانداردهای کیفی و قیمت تمام شده صد در صد خدمات قابل واگذاری

S103. تعیین چگونگی واگذاری خدمات به بخش خصوصی

۷-۱۶-۴ هدف استراتژیک ۴: پرداخت مبتنی بر عملکرد حقوق و مزایای غیر مستمر

S1. تدوین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد در واحدهای ستادی

S101. تدوین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد طی شش ماه پس از ابلاغ برنامه

S102. اجرای آزمایشی به صورت پایلوت در یکی از واحدها در سال اول برنامه

S103. ارزشیابی نحوه اجرای دستورالعمل در واحد پایلوت در شش ماهه اول سال دوم برنامه

S104. اجرای نهایی در کلیه واحدها در شش ماهه دوم سال دوم برنامه

۷-۱۶-۵ هدف استراتژیک ۵: بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد

S1. استقرار سیستم قیمت تمام شده و بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد

S101. آموزش و اشاعه فرهنگ بودجه ریزی بر مبنای عملکرد از ابتدای شروع برنامه

S102. تدوین برنامه سالانه فعالیت‌های قابل ارائه در دانشکده هر سال و در طول برنامه

S103. شناسایی و احصای فعالیت و خدماتی که واحدهای تابعه دانشکده ارائه می‌نمایند در سال اول برنامه

S104. ثبت کلیه رویدادهای مالی بر اساس نظام نوین مالی و در سطح مراکز هزینه هر سال و در طول برنامه

S105. استقرار نظام طبقه بندی پیشرفته فناوری اطلاعات برای تشخیص برنامه‌ها به گونه ای که هزینه‌ها را بتوان به

فعالیت‌های مختلف اختصاص داد هر سال و در طول برنامه

S106. استقرار روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت در سال اول برنامه

S107. تعیین استانداردهای برآورد هزینه تمام شده در سال اول برنامه

S108. تعیین قیمت تمام شده فعالیت‌ها و خدمات، متناسب با کیفیت و محل جغرافیایی مشخص هر سال و در طول برنامه

S109. تنظیم لایحه بودجه سالانه بر اساس حجم فعالیت‌ها و خدمات و قیمت تمام شده آن هر سال و در طول برنامه

S1010. تخصیص اعتبارات بر اساس عملکرد و نتایج حاصل از فعالیت‌ها و متناسب با قیمت تمام شده آن هر سال و در طول

برنامه

۷-۱۷ استراتژی‌های مدیریت منابع فیزیکی و تجهیزات

S1: تأمین و توسعه فضاهای فیزیکی دانشکده

- S101: احداث ساختمان دانشکده پیراپزشکی، پرستاری و مامایی در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه
- S102: تکمیل پروژه مسجد و امور فرهنگی دانشکده در سال‌های اول و دوم برنامه
- S103: تکمیل ساختمان توسعه اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن در سال اول برنامه
- S104: بازسازی و تعمیر مراکز بهداشتی، درمانی موجود بنابر ضرورت در طی برنامه
- S105: تکمیل ساختمان توسعه بلوک زایمانی بیمارستان حکیم در سال اول برنامه
- S106: تکمیل ساختمان مرکز بهداشت شهرستان فیروزه طی دو سال اول برنامه
- S107: احداث دو کلینیک تخصصی واقع در بیمارستان حکیم و خیابان ارگ جنوبی طی سال‌های اول و دوم برنامه
- S108: ساخت بخش شیمی درمانی بیمارستان ۲۲ بهمن طی سال‌های اول و دوم برنامه
- S109: توسعه بخش NICU و ICU در بیمارستان‌های حکیم و ۲۲ بهمن طی سال‌های اول و دوم برنامه
- S1010: احداث و فعال سازی واحدهای بهداشتی (مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی) به میزان ۱۰۰ درصد طرح گسترش تا پایان برنامه
- S1011: افزایش تعداد کلاس‌های آموزشی به تعداد ۳۰ کلاس تا پایان برنامه
- S1012: افزایش فضای آموزشی بیمارستانی به میزان ۲ برابر تا پایان برنامه
- S1013: ایجاد حداقل ۱ کلاس آموزشی در هر یک از مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان تا سال دوم برنامه
- S1014: تأمین ۲۰٪ در هر سال کمبود فضای فیزیکی پیش بینی شده در بخش بستری در شهرستان بر اساس استانداردهای طرح سطح بندی شده در طی برنامه.
- S1015: جایگزینی بافت‌های فرسوده ۲۰٪ در هر سال تا پایان برنامه
- S1016: تأمین ۱۰۰٪ فضای فیزیکی کلینیک‌های سرپایی تا پایان برنامه.
- S1017: بهبود فضای فیزیکی واحدهای بهداشتی (مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی) به میزان ۱۰۰ درصد طرح گسترش تا پایان برنامه

S2: ساماندهی فضاهای فیزیکی در طول برنامه

- S201: شناسایی و تحلیل وضعیت موجود فضاهای فیزیکی در سال اول برنامه
- S202: تدوین برنامه جهت تخصیص فضای فیزیکی متناسب با نیازهای دانشکده در طی برنامه
- S3: مدیریت مصرف انرژی در طول برنامه**
- S301: تهیه بانک اطلاعاتی از وضعیت مصرف انرژی در واحدهای موجود در سال اول برنامه
- S302: تهیه و تدوین دستور العمل جهت بهینه سازی مصرف انرژی در طی سال‌های اول و دوم برنامه
- S303: پایش و نظارت بر مصرف بهینه انرژی در سال‌های سوم، چهارم و پنجم برنامه
- S4: ایجاد سامانه نگهداشت در طول برنامه**
- S401: تهیه بانک اطلاعاتی از وضعیت موجود در واحدها در سال اول برنامه
- S402: تهیه و تدوین دستور العمل جهت نگهداشت در طی سال‌های اول و دوم برنامه

S4o3: پایش و نظارت بر سامانه نگهداشت در سال‌های سوم، چهارم و پنجم برنامه

S5 : بهبود استانداردها

- S5o1 تکمیل تجهیزات واحدهای بهداشتی (مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی) به میزان ۱۰۰ درصد طرح گسترش تا پایان برنامه

S5o2 - افزایش تجهیزات آموزشی به میزان ۳ برابر تا پایان برنامه

S5O3- تأمین ۱۰۰٪ کمبود تخت‌ها و تجهیزات بیمارستان‌ها، مطابق طرح سطح بندی تا پایان برنامه

منابع

منابع:

۱. سعادت‌فر، براتعلی. «نیشابور ققنوس شرق»، ماهنامه جاده ابریشم، ضمیمه شماره ۵۷، مردادماه ۱۳۸۲، ص ۱۷۰-۱۷. به کوشش ققنوس شرق، وب‌نوشت ابرشهر، ۱۳۸۴/۱۲/۲۲.
۲. «نگاهی کوتاه به شهرستان نیشابور»، وب‌گاه بانک اطلاعات اصناف و مشاغل.
۳. قانون برنامه پنجم توسعه کشور
۴. سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری
۵. اهداف کلی برنامه ششم توسعه کشور