

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی قم
مرکز بهداشت استان

سومین

برنامه راهبردی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم (۱۳۹۸-۱۴۰۰)

مؤلف: دکتر محمد علی گل

همکاران: دکتر محمد نیک پور، نرگس جعفری افضل، فاطمه عابدی آستانه، لیلا خلیفه قلی، سید حسن رضوی اصل، دکتر مسعود جعفراسماعیلی، علیرضا خاکیان، محمد سلمانی گیوی، حسین احسان امجدی، ابوالقاسم درامامی، معصومه فرشید مقدم، منصوره آخوندی، پروین خواجهات، علی اکبر حق ویسی

نام کتاب: سومین برنامه راهبردی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم

مولف: دکتر محمد علی گل

همکاران: دکتر محمد نیک پور، نرگس جعفری افضل، فاطمه عابدی آستانه، لیلا خلیفه قلی، سید حسن رضوی اصل، دکتر مسعود جعفراسماعیلی، علیرضا خاکیان، محمد سلمانی گیوی، حسین احسان امجدی، ابوالقاسم درامامی، معصومه فرشید مقدم، منصوره آخوندی، پروین خواجهات، علی اکبر حق ویسی

زیر نظر: دکتر حسن ایزانلو، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم

مشاور برنامه: مهندس محمد سلیمی امرو

ناشر: اندیشه ماندگار

چاپ: اول

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

فصل اول: کلیات

۱۰

۱۰	۱-۱. مقدمه
۱۷	۲-۱. اهمیت و ضرورت انجام برنامه ریزی
۳۲	فصل دوم: مبانی نظری
۳۲	۱-۲. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک
۳۴	۲-۱-۲. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک در غرب
۳۷	۲-۱-۲. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک در ایران
۳۸	۲-۲. مدل های نظری برنامه ریزی استراتژیک
۳۸	۱-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک پایه
۳۹	۲-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر هدف
۴۰	۳-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک تعدیلی
۴۱	۴-۲-۲. مدل برنامه ریزی سناریویی
۴۲	۵-۲-۲. مدل برنامه ریزی ارگانیک
۴۲	۶-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک استونر و فریمن
۴۵	۷-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک برایسون
۴۷	۸-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک دانکن
۴۹	۹-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک دیوید
۵۰	۱۰-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک هکس
۵۱	۱۱-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک پیرس و رایبسون
۵۲	۱۲-۲-۲. مدل برنامه ریزی گوداشتاين
۵۳	۱۳-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک وایتمن
۵۴	۱۴-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک دفت
۵۵	۳-۲. ابعاد برنامه ریزی

۵۵	۲-۳-۱. بعد زمان در برنامه ریزی
۵۶	۲-۳-۲. بعد کاربرد در برنامه ریزی
۵۷	۲-۳-۳. بعد وسعت در برنامه ریزی
۵۸	۲-۴. نگاهی بر سابقه اجرای روش SWOT
۶۲	فصل سوم: روش کار
	۳-۱. خلاصه‌ای از چهار عامل (نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها) به شرح زیر است:
۶۲	
۶۴	۳-۲. مزایای تجزیه و تحلیل SWOT
۶۴	۳-۳. مراحل تحلیل SWOT
۶۷	۳-۴. انواع استراتژی‌های SWOT
۶۸	۳-۵. فرایند برنامه ریزی استراتژیک در قالب مدل برایسون
۶۹	۵-۳-۱. توافق اولیه
۶۹	۵-۳-۲. تعیین وظایف
۷۰	۵-۳-۳. تحلیل ذینفعان
۷۰	۵-۳-۴. تنظیم بیانیه مأموریت سازمان
۷۱	۵-۳-۵. شناخت محیط سازمان
۷۱	۵-۳-۶. تعیین موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان
۷۱	۵-۳-۷. تعیین استراتژیها
۷۲	۵-۳-۸. شرح طرحها و اقدامات
۷۲	۵-۳-۹. تنظیم دورنمای سازمانی برای آینده
۷۲	۵-۳-۱۰. برنامه عملیاتی یکساله
۷۳	۵-۴. روش اجرا
۷۷	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها (یافته‌ها)
۷۷	۴-۱. تعیین شرح وظایف
۷۷	۴-۱-۲. گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

۷۷	۳-۱-۴. گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری ها
۷۸	۳-۱-۴. گروه سلامت محیط و کار
۸۰	۴-۱-۴. گروه سلامت خانواده و جمعیت و مدارس
۸۱	۵-۱-۴. آموزش و ارتقای سلامت
۸۱	۶-۱-۴. گروه بهبود تغذیه جامعه
۸۲	۷-۱-۴. واحد کاهش خطر بلایا
۸۳	۸-۱-۴. گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۸۳	۲-۴. یافته های حاصل از تحلیل ذینفعان
۸۳	۱-۲-۴. مهمترین ذینفعان درونی معاونت بهداشتی دانشگاه:
۸۵	۲-۲-۴. مهمترین ذینفعان بیرونی معاونت بهداشتی دانشگاه:
۸۶	۳-۲-۴. انتظارات و توقعات ذینفعان درونی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه
۸۶	۳-۲-۴. انتظارات و توقعات ذینفعان بیرونی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه
۸۸	۳-۴. تنظیم بیانیه ماموریت سازمان
۸۸	۱-۳-۴. رسالت
۸۸	۲-۳-۴. دورنما
۸۹	۳-۳-۴. هدف کلی
۸۹	۴-۴. شناخت محیط سازمان
۸۹	۱-۴-۴. ارزیابی اهداف برنامه دوم راهبردی
۹۸	۲-۴-۴. ارزیابی سیستم از نظر واکنش به عوامل درونی و بیرونی
۱۰۲	۵-۴. تدوین استراتژی ها
۱۰۴	۵. فصل پنجم: بحث، نتیجه گیری
۱۰۴	۱-۵. بحث
۱۰۶	۲-۵. نتیجه گیری
۱۰۸	فهرست منابع

پیشگفتار

از کتاب آفرینش جهان آموخته ایم که آرمانها، واقعیت ها را می آفرینند، چه، بدون آرمانها در امواج متلاطم روزمره زندگی غرق خواهیم بود و خطر خودناشناسی و هویت زدایی آرمانی نیز تهدیدمان خواهد کرد. آرمانها در جایی نوشته نیستند و باید آفریده شوند. اما توسط چه کسانی؟

برای نیل به اهداف سازمانی لازم است تا الگویی علمی و عملی برای کاربرد در سطوح مختلف سازمانی توسط مدیران و کارشناسان خود سازمان تدوین و بر اساس آن فعالیت های اجرایی برنامه ریزی و اجرا گردد.

تحقیقات مختلف نشان دهنده استفاده روزافزون دانشگاه ها و سازمان های کشورهای مختلف دنیا از مدیریت علمی و شیوه های نوین برنامه ریزی است.

این امر با توجه به سرعت سیر تحولات علم و فناوری و تغییرات محیط، پیچیده تر شدن سازمان ها، لزوم بهره گیری از مدیریت پیشرفته و برنامه ریزی استراتژیک حقیقتی انکارناپذیر گردید. زیرا برنامه ریزی علاوه بر ماهیت پیش بینی هدف ها و اقدامات لازم برای رویارویی با تغییرات و مواجه شدن با عوامل نامطمئن، تدابیری هماهنگ برای دستیابی به موفقیت های سازمانی اتخاذ می نماید. برنامه استراتژیک شامل بستر یا چارچوبی برای عملی ساختن تفکر استراتژیک و هدایت عملیات برای حصول نتایج مشخص و برنامه ریزی شده می باشد.

برنامه های استراتژیک دارای نوعی همبستگی و انسجام بین اهداف برنامه و اجزای آن می باشد و با تحلیل محیط خارجی و داخلی و با پشتیبانی واقعیت ها، اهداف به گونه ای تعیین می شوند که نه خیلی بزرگ و غیرقابل حصول و نه خیلی کوچک و پیش پا افتاده باشند.

فرایند برنامه ریزی استراتژیک بدون مشارکت فعال کادر رهبری سازمان موفق نخواهد بود. البته حرکت رهبران سازمان در برنامه ریزی نهایی کافی نبوده، بلکه مدیران سطوح میانی و اجرایی

نیز باید به نحو شایسته در جریان روند برنامه ریزی قرار گیرند. و هر فردی در سازمان، نقش فعال در آن دارد.

بدین منظور، کل سازمان به عنوان یک سیستم اطلاعاتی باید همواره در جریان برنامه ریزی، کنترل، بررسی و تجدیدنظر در فرآیندها قرار گیرد.

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم نیز اقدام به تدوین برنامه سوم راهبردی خود نمود. که به دنبال برگزاری جلسات متعدد، مقرر گردید که با استفاده از منابع علمی موجود، و مشارکت فعال مدیران و کارشناسان و با عنایت به نتایج و عملکردهای حاصله از برنامه دوم راهبردی دانشگاه این مهم انجام پذیرد. بلافاصله پس از این تصمیم، با توجه به مدل برنامه ریزی استراتژیک ارائه شده به ویژه مدل برایشون جلسات مستمر تشکیل گردید. در این برنامه به توصیف سازمان، تدوین رسالت، دورنما، تعیین اهداف کلان، و تدوین استراتژیهای کلی، تحلیل فرصتها، تهدیدهای محیط خارجی، ارزیابی نقاط قوت و ضعف محیط داخلی پرداخته گردید.

امید است که با مدیریت راهبردی بتوان با ایجاد هم افزایی سازمان مدیران و کارکنان و با استفاده از فرصتهای کلیدی محیط و کاهش مخاطرات ناشی از تهدیدات محیطی و تقویت نقاط قوت درونی سازمان و فائق آمدن بر نقاط ضعف درون سازمانی، به بهبود عملکرد سازمان نایل گردیم.

دکتر حسن ایزانلو - معاون بهداشتی

فصل اول

کلیات تحقیق

فصل اول: کلیات

۱-۱. مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در گزارش ارزشیابی عملکرد نظام های سلامت دیدگاهی نوین از تعریف نظام سلامت و اهداف آن ارائه نموده است. این تعریف براساس مرزهای استقرار عوامل موثر و مداخله گر در سلامت استوار گردیده است. تعریف نظام سلامت براساس مرزهای استقرار عوامل موثر و مداخله گر در سلامت موضوعی مهم و به نوبه خود تاثیر گذار در مباحثه طراحی مداخلات سلامت است. در اینجا اشاره ای مختصر به اهداف نظام سلامت خواهیم داشت. با این اشاره در خواهیم یافت که طراحی برنامه ها با چه تعبیری صحیح و اثرگذار خواهد بود (۱).

سازمان جهانی بهداشت اهداف نظام های سلامت را در سه محور اساسی ارتقاء سطح سلامت، پاسخگویی و مشارکت عادلانه مردم در پرداخت هزینه ها دانسته است. نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه تولید، تولید و توسعه منابع انسانی برای سلامت، تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت و نهایتاً ارائه خدمات اقدام به تحقق سه هدف اساسی فوق می نمایند (۲).

نظام سلامت را به گونه های متفاوتی می توان تعریف کرد. این تعاریف عمدتاً بر اساس مرزهای استقرار عوامل موثر بر سلامت و کنترل کننده آن استوار است. یکی از این مرزها، حیطه مرزهایی را در بر دارد که در آن عوامل اختصاصی مرتبط با ارائه خدمات درمانی و بهداشتی همانند ارائه خدمات پزشکی و سلامت و برنامه های بیماریابی و پیش گیری و کنترل بیماریها در این حیطه قرار دارند. دومین تعریف از نظام سلامت را می توان در حیطه مرزهای گسترده تری از عوامل اثرگذار بر آن توصیف نمود. این حیطه نقش عوامل نیرومند و موثردیگری را نشان می دهد که عمدتاً در محورهای تولید منابع انسانی و غیرانسانی برای نظام سلامت عمل می کنند. کیفیت عملکرد این عوامل است که موجب می شود تا منابع انسانی و غیرانسانی با قابلیت های مشخص موجب ایجاد دسترسی جمعیت ها به خدمات سلامت شوند.

در این حیطه که به آن حیطه تولید منابع برای سلامت می توان گفت سازمانهایی نظیر دانشگاهها که وظیفه تولید نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات را بر عهده دارند، سازمانهایی که وظیفه تامین مالی و امور تنظیم اقتصادی مرتبط با سلامت را بر عهده دارند، صنایع تولید اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی و سایر سازمان های تولید و توزیع منابع قرار می گیرند (۳).

سومین حیطه از مرزهای نظام سلامت را می توان بر اساس تمامی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تعریف کرد. در این حیطه نیز مولفه های نیرومندی موجودند که با تاثیر بر زیرساخت های زندگی افراد بر سلامت آنها تاثیر می گذارند. سازمانهایی نظیر آموزش و پرورش، صنایع، کشاورزی، حمل و نقل و سایر سازمان هایی که در توسعه اجتماعی نقش دارند در این حیطه عمل می کنند. متولیان فرهنگی جامعه که نقش بسیار تاثیرگذار در جهت گیری فرهنگ و رفتار اجتماعی دارند نیز نقشی اساسی در تحقق اهداف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم خواهند داشت (۴).

مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه براساس تعریف عبارتند از مراقبت های سلامتی که به وسیله ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می گردند. این خدمات پاسخی به نیازهای اساسی و اولیه مردمند. ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس به نیازهای وسیعی نظیر ایمن سازی، مراقبت از کودکان، بهداشت محیط و ... پاسخ می دهند و در صورت نیاز افراد را برای نیازهای پیچیده تر به سطوح تخصصی تر و بالاتر ارجاع می دهند (۵).

اصول مراقبت های بهداشتی اولیه شامل موارد ذیل است:

۱. برابری توزیع یا عادلانه بودن توزیع خدمات:

خدمات بهداشتی باید بدون توجه به توانائی پرداخت مردم بین همه آنها یکسان توزیع شود و همه به خدمات بهداشتی

دسترسی داشته باشند.

۲. جامعه مشارکت

مداخله افراد و خانواده ها در ارتقاء سلامتی خود صرف نظر از مسئولیت دولت یک بخش ضروری از مراقبت هاست. بدون مداخله جامعه محلی نمی توان به پوشش کامل و جامع مراقبت های بهداشتی اولیه دست یافت.

۳. هماهنگی بین بخشی

بهداشت تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی اجتماعی و اقتصادی است که با یکدیگر ارتباط تنگاتنگ دارند. مراقبت های بهداشتی اولیه تنها با بخش بهداشت فراهم نمی شود. سایر بخش های مرتبط با توسعه جامعه از قبیل بخش کشاورزی، آموزش، مسکن ارتباطات و... باید در مراقبت های بهداشتی اولیه درگیر شوند. دولت ها باید جهت اطمینان از این هماهنگی مقررات ویژه ای وضع کنند و با برنامه ریزی مناسب از کم کاری و یا دوباره کاری غیر ضروری پرهیز کنند.

۴. فناوری مناسب

منظور فناوری معتبر علمی و قابل انطباق با نیازهای محلی و قابل پذیرش توسط ارائه کنندگان و گیرندگان خدمت است که توسط خود مردم با اتکا بر منابع جامعه و با بهائی قابل پرداخت توسط کشور قابل نگهداری باشد. بطور خلاصه فناوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت بهداشتی و هم بافت اقتصادی-اجتماعی کشور را در نظر می گیرد.

۵. جامعیت خدمات

مراقبت های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع است به عبارتی رویکرد جامع مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند استفاده

از کارکنانی است که بتوانند دربرخورد با مشکلات راه حل جامع ارائه دهند. مثال: برای کودک مبتال به اسهال تنها مایع درمانی خوراکی کافی نیست. نگهداری سلامت کودک نیازمند ارائه آموزش به خانواده بهداشت محیط و بهبود تغذیه است.

۶. تعهد سیاسی دولت

دولت ها مسئولیت مهم اصلی را در زمینه دستیابی به دارند و در این زمینه باید مسئولیت پذیر باشند (۶).

اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه:

۱. آموزش بهداشت

۲. تغذیه مناسب

۳. تأمین آب کافی و سالم و بهسازی محیط

۴. مراقبت بهداشتی مادر و کودک و تنظیم خانواده

۵. ایمنسازی علیه بیماری های عمده عفونی

۶. پیشگیری از بیماری های بومی شایع و کنترل آنها

۷. درمان مناسب بیماری و حوادث شایع

۸. تدارک داروهای اساسی

۹. بهداشت دهان و دندان

۱۰. بهداشت روان

۱۱. آمادگی مقابله با بلیای طبیعی

شبکه بهداشت و درمان در ایران در سال ۱۳۳۱ طرحی با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در شهرستان ارومیه به اجرا در آمد که در این طرح تا حدودی خدمات بهداشتی درمانی ادغام شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی این طرح تا سال ۱۳۳۹ در شهرستان ارومیه تداوم داشت تا این که متولیان بهداشت و درمان وقت جمهوری اسلامی به بررسی کارشناسی این طرح و برآورد نقاط ضعف و قوت آن پرداخته و پس از بررسی های مختلف در سال ۱۳۶۴ کلیات آن به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و با هدف ارائه خدمات پیشگیری، درمان سرپائی،

خدمات اورژانس، خدمات بستری به تمام آحاد جامعه اعم از شهری و روستائی در اقصی نقاط کشور به اجرا در آمد و پیرو آن نتایج چشم گیری حاصل شد (۷).

پس از پیروزی انقلاب حق برخورداری از مراقبتهای سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت در قانون اساسی کشور تبلور یافت. در عمل چنین تفکری موجب گردیده تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین هزینه میشوند، آحاد مردم را از مراقبتهای بهداشتی اولیه که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عرضه می گردد بهره مند گرداند. در حال حاضر که بیش از سه دهه از طراحی و اجرای شبکه های بهداشت و درمان کشور بر اساس نظام مراقبت های بهداشتی اولیه می گذرد واحدهای مختلف بهداشتی درمانی در اقصی نقاط کشور ایجاد و راه اندازی شده است تا همه مردم عزیزکشورمان بتوانند از خدمات عمومی سلامت بهره مند شوند. بی شک نقش مرکز مدیریت شبکه در این زمینه غیر قابل انکار می باشد. درهمین حال خدمات سطح دوم و سوم که عمدتاً مشتمل بر خدمات درمانی و توانبخشی است در اغلب موارد از طریق بیمه های اجباری نظیر تأمین اجتماعی برای کارکنان بخشهای غیر دولتی، بیمه خدمات درمانی برای کارکنان رسمی دولت، خانوارهای روستایی و اشخاصی که به صورت خویشفرما بیمه میشوند و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح تأمین می شود (۹).

ساختار نظام سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران مشتمل بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه با معاونتهای مختلف در بالاترین سطح است. در سطح استانها دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئولیت تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند. در برخی از استانهای کشور مانند تهران بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. علاوه بر این دانشگاه های علوم پزشکی دیگری نظیر دانشگاههای علوم پزشکی ارتش و سپاه و نیروی هوایی در کشور وجود دارد که عمدتاً درمحورهای تربیت نیروی انسانی اقدام می کنند. بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی، مراکز بهداشتی درمانی

شهری و روستایی و خانه ها و پایگاه های بهداشتی تحت نظارت دانشگاههای علوم پزشکی کشورند (۱۰).

چالشهای نظام سلامت و برنامه های پیشرو برای توسعه آن: جامعه ایران در حال گذار از تجربه تغییرات مختلف در جنبه های اجتماعی خود می باشد. شهرنشینی و حاشیه نشینی، تغییر در روش زندگی آحاد جامعه، ایجاد تغییر در هرم جمعیتی و وقوع تغییرات در محیط اجتماعی و اقتصادی جنبه های مختلفی از تغییرات در حال وقوع برای شهروندان ایرانی است که به طور مؤثری وضعیت سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می دهد. برای دستیابی به افق های جدید و مواجهه با این چالش ها نظام ارائه خدمات باید واکنش به موقعی نسبت به این تغییرات نشان دهند. در این زمینه تلاش برای تحقق کارائی، عدالت و پاسخگویی ویژگیهای اصلی مورد انتظار است. چالشهای اساسی ناشی از تغییرات فوق الذکر در نظام سلامت و راه حل های پیش بینی شده برای آنها را می توان شامل موارد زیر دانست:

۱- افزایش همکاری بین بدنه های علمی و اجرایی به منظور پاسخگویی به تغییرات محیط و بهره گیری از روشها و ابزار علمی برای حل مشکلات.

۲- افزایش شفافیت سیاستها و برنامه های سلامت به منظور جلب همکاریهای سایر بخشها در خارج از حیطه نظام سلامت.

۳- تقویت رضایتمندی مشتریان خدمات

۴- ارتقاء کیفیت نظام اطلاعات به نحوی که بتوان با بهره گیری از آن اقدام به تصمیم گیری غیرمتمرکز نمود.

۵- توسعه تمرکززدایی به منظور افزایش انعطاف پذیری و پاسخگویی به محیط در حال تغییر

۶- افزایش مشارکت مردمی در برنامه های سلامت

۷- تأمین مالی پایدار از طریق تقویت نظام بیمه ای کشور

۸- توسعه و ادغام برنامه های سلامت منطبق بر اولویت هایی جدید و عوامل مستعد کننده

بروز بیماریهای مزمن مشتمل بر:

- کاهش مصرف دخانیات
- ارتقاء وضعیت تغذیه
- کاهش بار سوانح و حوادث ترافیکی
- افزایش میزان تحرک فیزیکی برای افراد جامعه
- کاهش میزان بروز عوارض سرطانها در جامعه
- کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماریهای قلبی- عروقی در جامعه
- کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماری دیابت در جامعه
- ارتقاء سلامت دهان و دندان در جامعه
- کاهش میزان بروز بیماریهای روانی و ارتقاء سلامت روان در افراد آسیب دیده
- تقویت نظام ارجاع از طریق به کارگیری برنامه های جدید مانند پزشک خانواده
- توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی (۱۰).

۱-۲. اهمیت و ضرورت انجام برنامه ریزی

اگر سازمانی بتواند در حوزه های مختلف از تحلیل مشکلات گرفته تا تعریف اهداف و فعالیت های خود پاسخ دقیقی به آنها بدهد بخش مهمی از مسیر ارتقاء کیفیت خدماتی را که ارایه می دهد پیموده است. لذا هر سازمانی که تحت مدیریت علمی اداره می شود لاجرم برای هدایت منطقی فعالیت های خود نوعی از انواع برنامه ریزی راهبردی را به عنوان ابزار مدیریتی لازم بایستی انتخاب کند. مشاهده سازمان های بسیار موفق که در نتیجه اتخاذ استراتژی های نسنجیده و بی توجهی به محیط، موقعیت برجسته خود را از دست داده و از صحنه رقابت بین المللی کنار گذارده شدند، موید این نکته است (۱۱).

در سال های اخیر، دلایل متعددی باعث شده تا مدیران با فراست دریابند که برنامه ریزی به شکل سنتی دیگر قادر به حل مشکلات آنها نخواهد بود. از این رو بهره گیری از مدیریت راهبردی به عنوان یک ضرورت در تمامی سازمان ها مطرح شده است. برنامه ریزی راهبردی ابزاری است برای کمک به تصمیم گیری های مدیران و هدف آن کسب اطمینان در ایجاد توانایی کافی سازمانی برای نوآوری و تغییرات می باشد (۱۲).

امروزه برنامه ریزی مبتنی بر هدف های راهبردی و استراتژیک در تمام دنیا یک امر مرسوم قلمداد می شود چرا که این تفکر باعث می شود مسئولان جامعه با صرف وقت بتوانند در باره سازمان خود بیاندیشند و ملاحظه نمایند که دیدگاه سازمان چیست و در کجا قرار دارند و در آینده در چه جایگاهی قرار خواهند گرفت، آنگاه در صدد تدوین و اجرای برنامه های جامع و جامعه نگر برمیآیند تا در یک دوره زمانی معقول از جایی که قرار دارند به هدف والای مورد نظر خود برسند.

یکی از جنبه های ویژه برنامه ریزی راهبردی ارزیابی محیط های داخلی و خارجی است که با توجه به رسالت و اهداف سازمان، دیدگاه روشنی از وضع موجود سازمان ارائه می دهد. مدیران برای نشان دادن عکس العمل کارساز در قبال تغییرات و تحولات محیط خود باید هر روز بیش از پیش محیط های داخلی و خارجی خود را مورد ارزیابی قرار دهند. به قول "یوگی

برای این سازمان ها باید مراقب رویدادها باشند و در ضمن آنچه را مشاهده می کنند، تفسیر نمایند (۱۳).

اصل این است که مدیریت راهبردی به عنوان یک برنامه تغییر سازمانی که هدف آن تغییر دیدگاه و رفتار مدیریت در سراسر زمان است تلقی شود. بنابراین برنامه ریزی راهبردی صرفاً تهیه و تدوین یک "سند" نیست، بلکه فرایند مستمر هدایت حرکت یک سازمان به سمت موقعیت های آینده در قالب استراتژی های موثر تدوین شده است.

بنابراین اگر به استراتژی بیندیشیم و استراتژی های موثری را تدوین نماییم:

- جهت گیری آینده را ترسیم می کند.
 - اولویت ها را مشخص می سازد.
 - تصمیم های امروز را در پرتو پیامدهای آینده آنها اتخاذ می کند.
 - عملکرد سازمان بهبود می یابد.
 - مسائل سازمانی عمده را حل می کند.
 - در زمینه های تحت کنترل سازمان، حداکثر بصیرت را اعمال می کند.
 - پایه ای برای همسازی منطقی و قابل دفاع برای تصمیم گیری برقرار می سازد.
- هنری میتزبرگ، استراتژیست معروف کانادایی، پنج تعریف از استراتژی ارائه داده است که بدان می توان P5 نام نهاد. یعنی می توان استراتژی را به معنای طرح و نقشه، ویا صف آرایی، و یا الگو، و یا موضع، و یا دیدگاه تعریف نمود.
- یک برنامه استراتژیک، بستر یا چارچوبی است که برای عملی ساختن تفکر استراتژیک و هدایت عملیات که منجر به تحقق نتایج مشخص و برنامه ریزی شده گردند، می باشد. چنین چارچوبی دارای هفت عنصر مشخص است: مأموریت سازمان، تحلیل استراتژیک، استراتژی، اهداف بلند مدت، برنامه های تلفیقی، پیش بینی های مالی، خلاصه اجرایی (۱۴).

اگرچه هریک از این عناصر به طور مستقل و جدا توسعه و تکامل می یابد، ولی بین آنها یک ارتباط درونی نیز وجود دارد. آنها بر روی هم ابزار مدیریتی مهمی را تشکیل می دهند که با استفاده از آن می توان ماهیت و مفهوم اصلی سازمان، جهت گیری کلان یا استراتژی مناسب و نقشه راهنمای لازم برای پیاده سازی استراتژی اتخاذ شده و دستیابی به نتایج بلند مدت را نیز تعیین کرد.

برنامه ریزی استراتژیک فرآیندی است که طی آن مدیران ارشد اجرایی و عملیاتی برنامه ریزی استراتژیک سازمان را طراحی می کنند. مهمترین ویژگی این فرآیند در ماهیت کار گروهی آن نهفته است. زیرا در قالب چنین فرآیند و کارگروهی است که اعتقاد و باور به استراتژی سازمان شکل می گیرد و افراد درگیر در این فرآیند، احساس تعلق و مالکیت نسبت به آن پیدا می کنند. بعلاوه چنین فرآیندی باعث تسهیل مرحله استقرار استراتژی سازمان می گردد. توجه به تحلیل فاصله پاسخ مناسبی بدین سؤال است. براساس تصمیمات اتخاذ شده در گذشته، سازمان از راهی خاص با استراتژی معینی به نتایجی رسیده است. در هر نقطه از زمان می توان عملکرد استراتژی را سنجید و به احتمال زیاد در این صورت می توان پیشنهاداتی برای تغییر در استراتژی داد. در فرآیند نیاز این تغییر، پیشنهاد باید با توجه به فاصله بین نتیجه پیش بینی شده در صورت ادامه استراتژی فعلی و نتیجه مورد نظر بر اساس تغییر داده شده در استراتژی برای آینده تدوین شود. اما باید توجه داشت که اولاً فاصله باید معنی دار تشخیص داده شود. ثانیاً، تصمیم گیرنده باید برای کاهش دادن فاصله، انگیزه ای داشته باشد. ثالثاً تصمیم گیرنده باید اعتقاد داشته باشد که فاصله را می توان تقلیل داد (۱۵).

از آنجا که اصولاً تعریف مدیریت استراتژیک بر اساس تاثیر گذاری بر محیط برون و درون سازمانی بنا شده است مناسب است که در این مورد توضیحات بیشتری داده شود. تجزیه و تحلیل محیط بیرونی و درونی سازمان بر اساس آنالیز نقاط قوت و ضعف و همچنین فرصت ها و تهدید ها شکل می گیرد. تشخیص محیط خارجی شامل تصمیماتی است برای ارزیابی اهمیت اطلاعات بدست آمده از تجزیه و تحلیل محیط. این تصمیمات به سازمان اعلام می کند

که آیا لازم است عکس العمل نشان دهد، ساکت بماند و یا سعی در اثر گذاشتن بر محیط خارجی داشته باشد. با استفاده از تحلیل فاصله که قبلاً گفته شد، استراتژیست سعی می نماید تشخیص دهد که آیا بر اساس فرضیاتی که در باره عوامل محیط خارجی برای آینده تدوین نموده است، استراتژی موجود باید ادامه یابد و یا تغییر و تبدیل ضرورت دارد. در بعضی از حالات اگر تصور شود که محیط فرصتهای بیشتری را فراهم خواهد نمود، استراتژی را باید بگونه ای تغییر داد تا موسسه به اهداف بالاتری دست یابد. اگر تهدیداتی پیش بینی شود، اهداف را باید تغییر داد یا استراتژی را تعدیل نمود تا از ایجاد فاصله بیشتر عملکرد جلوگیری شود (۱۶).

دنیای امروز به صورت مداوم دستخوش تغییر و تحولات شگرف در بخش های گوناگون است و همواره محیط پیرامون، با نوسان و عدم اطمینان بسیاری همراه است. سازمان ها برای افزایش بازدهی و رسیدن به بهترین عملکرد باید از نوعی برنامه ریزی بهره گیرند که آینده نگر و محیط گرا باشد به طوری که هم عوامل و تحولات محیطی را شناسایی کند، و هم در یک افق زمانی بلندمدت، تاثیر آنها را بر سازمان و نحوه تعامل سازمان با آنها را مشخص نماید. این نوع برنامه ریزی در واقع همان برنامه ریزی راهبردی (استراتژیک) است که با بررسی محیط خارجی و داخلی، و شناسایی فرصت ها و تهدیدهای محیطی و نقاط قوت و ضعف داخلی، اهداف بلندمدت را برای سازمان تعیین می کند و برای دستیابی به این اهداف، از بین گزینه های راهبردی اقدام به انتخاب استراتژی هایی می کند که با تکیه بر قوتها و رفع ضعف ها، از فرصتهای پیش آمده به نحو شایسته استفاده کرده و از تهدیدها پرهیز کند تا در صورت اجرای صحیح، باعث موفقیت سازمان شود (۱۷).

به طور کلی از عوامل مهم در ضرورت تدوین برنامه راهبردی می توان به تغییر و تحولات در عرصه فناوری به خصوص فناوری اطلاعات و ارتباطات، تغییرات سیاسی اجتماعی کلان، پیچیدگی روز افزون زندگی اجتماعی، و توسعه ارتباطات اشاره کرد. برنامه ریزی راهبردی می

تواند واکنش درست سازمان نسبت به تغییرات را مشخص کند و اهداف روشنی را پیش روی مدیران و مجریان برنامه ها قرار دهد (۱۸).

اصل این است که مدیریت راهبردی به عنوان یک برنامه تغییر سازمانی که هدف آن تغییر دیدگاه و رفتار مدیریت در سراسر زمان است تلقی شود. بنابراین برنامه ریزی راهبردی صرفاً تهیه و تدوین یک «سند» نیست، بلکه فرایند مستمر هدایت حرکت یک سازمان به سمت موقعیت های آینده در قالب استراتژی های موثر تدوین شده است. بنابراین اگر به استراتژی بیندیشیم و استراتژی های موثری را تدوین نماییم:

- جهت گیری آینده را ترسیم می کند.

- اولویت ها را مشخص می سازد.

- تصمیم های امروز را در پرتو پیامدهای آینده آنها اتخاذ می کند.

- عملکرد سازمان بهبود می یابد.

- مسائل سازمانی عمده را حل می کند.

- در زمینه های تحت کنترل سازمان، حداکثر بصیرت را اعمال می کند.

- پایه ای برای همسازی منطقی و قابل دفاع برای تصمیم گیری برقرار می سازد (۱۹).

در حال حاضر علاوه بر برنامه های بین المللی، منطقه ای و ملی، خوشبختانه کشور جمهوری اسلامی ایران در بخش سلامت دو ابلاغیه از طرف مقام معظم رهبری به عنوان بالاترین نهاد تصمیم گیری و قانون گذاری در کشور جمهوری اسلامی ایران دارد که شامل ابلاغ سیاست های کلی نظام در بخش سلامت و سیاست های کلی جمعیت می باشد.

الف: سیاست های کلی جمعیت:

بند اول: ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.

بند دوم: رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه های زندگی و تربیت نسلی صالح و کارآمد.

بند سوم: اختصاص تسهیلات مناسب به ویژه تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوران بارداری و شیردهی و پوشش بیمه ای هزینه های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و موسسات حمایتی زیربط.

بند چهارم: تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزشهای عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره ای بر مبنای فرهنگ و ارزش های اسلامی ایرانی و توصیه و تقویت نظام.

بند پنجم: ارتقاء امید به زندگی و تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد، سوانح و آلودگی های زیست محیطی و بیماری ها، تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی جهت سلامت باروری و فرزندآوری.

بند ششم: فرهنگ سازی برای تکریم و احترام سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش بینی سازوکار لازم برای بهره مندی از تجارب و توانمندی های سالمندان در عرصه های مناسب

بند هفتم: توانمندسازی جمعیت در سن کار، با فرهنگ سازی و اصلاح، تقویت و سازگار کردن نظام های تربیتی و آموزش های عمومی، کارآفرینی و فنی و حرفه ای و تخصصی با توجه به نیازهای جامعه و استعدادها و علائق آنها در جهت ایجاد اشتغال موثر و مولد (۲۰).

ب: ابلاغ سیاست های کلی سلامت در جمهوری اسلامی ایران است که قسمت هایی از آن مرتبط با فعالیت های حوزه بهداشت و خدمات سطح اول سلامت میشود که شامل:

بند دوم: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه برای انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان، روزآمد نمودن برنامه های بهداشتی درمانی کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی تهیه پیوست سلامت برای طرح های کلان توسعه ای، ارتقاء شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی، اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی برای سیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست های کلی، ارتقاء سلامت روانی جامعه باترویج سبک زندگی اسلامی ایرانی، تحکیم بنیان خانواده رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی اجتماعی، ترویج آموزه های اخلاقی و معنوی در جهت ارتقاء شاخص های سلامت روانی.

بند پنجم: سازمان دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفا بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی

بند ششم: تأمین امنیت غذایی و بهره مندی آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه ای و جهانی

بند هشتم: افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامعه و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی و اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق ترویج تصمیم گیری و اقدام مبتنی بر یافته های متقن و علمی در مراقبت های سلامت، آموزش و خدمات و تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فن آوری های سلامت، استقرار نظام سطح بندی و اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آنها در نظام آموزش علوم پزشکی.

بند نهم: افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختمان فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی و آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۲).

یکی از اسناد بالادستی در خصوص تبیین برنامه های استراتژیک و عملیاتی در حوزه خدمات سلامت سطح یک دانشگاه علوم پزشکی، برنامه پنج ساله ششم توسعه است.

در بخش چهاردهم این برنامه مواد قانونی در خصوص مباحث مرتبط با سلامت، بیمه، سلامت زنان و خانواده آورده شده است که در آن علاوه بر تأکید بر بسته خدمات سطح یک سلامت و الزام سازمان های بیمه خدمات سلامت به تأمین مالی این بسته خدمات و همچنین خرید این خدمات از دانشگاه های علوم پزشکی، تأکید بسیار زیادی بر امر آموزش، پوشش ارائه خدمات، فرآهمی ارائه خدمات، دسترسی به ارائه خدمات و بازاریابی (Marketing) شده است.

بسته خدمات سطح یک سلامت از طریق وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ ابلاغ شد که در طول سال های ۹۴ و ۹۵ مورد بازنگری و بازتعریف گردید و شامل مباحث مرتبط با:

- بیماری های غیرواگیردار (ابلاغ سند ملی پیشگیری و مقابله با بیماری های غیرواگیر)
- پیشگیری و مقابله با سوانح و حوادث با بلایا
- سفیران سلامت و خودمراقبتی،
- بازنگری بسته خدمات گروه های سنی شش گانه (که این بازنگری در حال حاضر نیز ادامه دارد) که در این برنامه پوشش صد در صدی برای کلیه آحاد جامعه از هنگام تولد تا مرگ پیش بینی شده است.
- افزایش امکان دسترسی به خدمات سلامت سطح یک : وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی مکلف شده اند با بازنگری در تشکیلات شبکه های بهداشت و درمان سراسر کشور دسترسی آحاد افراد جامعه (به خصوص افرادی که نیاز بیشتری به خدمات سطح یک سلامت دارند) را به این خدمات فراهم کنند .
- فرآهمی خدمات : درفضاهای فیزیکی که دسترسی به آنها برای مردم ایجاد شده است امکان ارائه خدمت فراهم ، و مردم در مراکز جامع خدمات سلامت ، پایگاه های سلامت، خانه

های بهداشت و مراکز جامع خدمات سلامت روستایی و شهری- روستایی بسته های خدمات سلامت سطح یک را دریافت کنند.

- بازاریابی (Marketing): شامل اطلاع رسانی به گروه هدف که با حقوق خود و این موضوع که دولت برای سلامت آحاد مردم و اینکه این افراد بتوانند خدمات سلامت سطح یک را در مراکز از قبل تعیین شده، با دسترسی مناسب و امکانات و منابع مورد نیاز دریافت کنند هزینه کرده است، آشنا شوند.

در برنامه ششم توسعه موارد قانونی خاصی در این بخش چهاردهم آورده شده که منحصراً تکلیف وزارت بهداشت را در خصوص ارائه خدمات سلامت مشخص نموده است.

ماده هفتاد و دو قانون برنامه ششم توسعه:

قسمت الف: بر تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری های اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و اعتبار سنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.

کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت، سازمان ها و شرکت های بیمه پایه و تکمیلی موظفند از خط مشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات تبعیت کنند.

این اصلی ترین بند از قانون برنامه ششم توسعه است که کلیه وظایف مرتبط با بخش سلامت (برنامه ریزی، پایش، ارزشیابی، اعتبار سنجی برنامه ریزی های استراتژیک و سیاست گذاری های اجرایی) را بر عهده وزارت بهداشت گذاشته است.

قسمت ت: وزارت بهداشت مکلف شده است که با همکاری وزارت جهاد کشاورزی مقدار مجاز سموم باقی مانده در مواد غذایی و فرآورده های غذایی و نیز مصرف کود شیمیایی برای

محصولات مذکور را مشخص نموده و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده اند را ممنوع کند.

وزارت جهاد کشاورزی نیز موظف است ضمن اطلاع رسانی و فرهنگ سازی و اقدام برای کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی امکان دسترسی مردم را به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردار هستند فراهم نماید.

همچنین وزارت بهداشت موظف است در سال اول اجرای قانون برنامه، فهرست مواد و فرآوردهای غذایی سالم و ایمن و سبب غذایی مطلوب را دارند، برای گروه های سنی مختلف اعلام نماید.

بحث بسیار پیچیده و مهمی است که در بحث امنیت غذا و تغذیه حتما به آن پرداخته خواهد شد. **Food security** و **Food safe** در ماده نود و سه بخش چهاردهم قانون برنامه ششم توسعه در خصوص پیشگیری و مقابله با مصرف دخانیات در اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی، مالیات هایی را مصوب کرده است که صد در صد درآمدهای حاصل از این مالیات ها (طبق تبصره بند ط ماده ۷۳ قانون) طی ردیف هایی در بودجه های سنواتی مشخص، در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصل از مصرف مواد دخانی، و توسعه ورزش (موضوع بند ب ماده ۶۹ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب چهارم اسفندماه ۱۳۹۳) در اختیار وزارتخانه های ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد. این بند از قانون برنامه ششم توسعه هم از بندهای قانونی موثر و مفیدی است که تأمین منابع مالی را در خصوص بحث مقابله با بیماری های غیرواگیردار به خصوص بیماری های مرتبط با مصرف مواد دخانی و تنباکو پیش بینی کرده است.

در ماده هفتاد و چهارم قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه: که تقریباً اکثر بندهای آن مرتبط با ارائه خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آحاد مردم جامعه

است و در واقع در خصوص ارائه خدمات سطح یک و دو، نحوه ثبت ضبط اطلاعات پزشکی افراد، نحوه ارائه خدمات، تأمین منابع مالی، نظام ارجاع و شاخص های مرتبط با پدافند غیرعامل زیستی.

بند الف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال از اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال و با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. همچنین این وزارت خانه مکلف است حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید.

تبصره: کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشد. بند الف ماده ۹۴ قانون برنامه ششم توسعه ناظر بر تشکیل پرونده الکترونیک سلامت جهت کلیه افراد و اشخاصی است که در کشور جمهوری اسلامی ایران زندگی می کنند. اینجا بر اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای همه افراد جامعه تا پایان سال ۹۷ و این که در اواسط سال ۹۸ بایستی با پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان در سازمان بیمه خدمات سلامت و بیمه ایرانیان لینک شود تأکید شده است.

بند ب: کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی یا رسمی دستگاه های اجرایی موضوع این قانون هستند حق فعالیت در بخش خصوصی را نداشته و بایستی به صورت تمام وقت در بخش های دولتی مشغول به کار باشند. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزارت خانه و معاونین وزارتخانه و مسئولان مالی دستگاه ها و دانشگاه ها گذاشته شده و دولت نیز مکلف شده است که در اجرای این حکم با اجرای خدمات ذینفع آن از طریق اعمال تعرفه در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران

محرومیت از کار در بخش خصوصی و پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه های سنواتی است.

در تبصره یک و دو مناطق محروم از این قاعده مستثنی شده اند ولی به عنوان یک اصل در استان قم ما می توانیم بگوییم که مشروط به تأمین جبران زحمات کارکنان، شاغلین دولتی در بخش سلامت به صورت تمام وقت بایستی در خدمت ارائه خدمات سلامت باشند و در بخش سطح یک ارائه خدمات سلامت و همچنین نظام ارجاع در سطح دو از این پتانسیل بالقوه می توانیم استفاده نماییم.

بند ۳ از ماده ۹۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت های اولیه نظام سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید. به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند. همانطور که در بند الف در خصوص تشکیل پرونده الکترونیک سلامت بر وزارت بهداشت تکلیف شده بود در بند ۳ از همین ماده ۷۴ تکلیف بر تحت پوشش قرار گرفتن نظام ارجاع سطح یک به سطح دو خدمات برای دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبیین و تنویر شده و از سویی دیگر در همین بند اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و ارائه خدمات مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین ارائه و توزیع منابع مالی به ارائه دهندگان خدمت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها (قانون برنامه ششم توسعه در بند ۳ ماده ۹۴) پیش بینی شده است. به صورت خلاصه اگر این بند مهم از ماده ۹۴ را بخواهیم تبیین و تشریح کنیم به این نتایج می رسیم:

-در بند ۳ اولویت بهداشت بر درمان به عنوان به عنوان یک تکلیف قانونی

-پرداخت مبتنی بر عملکرد به پرسنل در سطح یک ارائه خدمات

-تبیین نظام ارجاع سطح یک به دو

سطح بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفاً بر اساس راهنماهای بالینی طرح فاقد نام تجاری و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود و به هر حال بایستی تمامی دستورالعمل ها و پروتکل های لازم برای سطح بندی ارائه خدمات و داروهای موردنیاز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و تبیین گردد.

بند ج: سازمان ها و صندوق های بیمه گر مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی بند سه می باشند که در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور و همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان انجام و اجرا خواهد شد.

بند ر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون سازی و افزایش توان بازدارندگی در کشور موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدامات لازم جهت خنثی سازی و مقابله با آن را مطابق با قوانین مربوطه به انجام رساند (بحث پدافند غیرعامل زیستی).

ماده ۷۵ از قانون برنامه توسعه ذیل تبصره ۴ و تبصره ۵: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون و کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) موظفند امکان دسترسی تمام افراد که در صدد ازدواج می باشند را به مراکز مشاوره فراهم نمایند تا در صورت نیاز به آزمایش ژنتیک آنان را راهنمایی کنند.

در تبصره ۵ آمده است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با استفاده از بخش های خصوصی و تعاونی امکان دسترسی زوج ها را به آزمایشگاه ژنتیک مورد تأیید خود فراهم سازد. به منظور تبیین سیاست های مقام معظم رهبری در خصوص بحث خانواده و جمعیت مخصوصاً قسمت های مرتبط با تسهیل ازدواج و ارائه امکانات موردنیاز جهت تقویت ساختار خانواده و نسلی بالنده و پویا این تکلیف نیز به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان بهزیستی کل کشور گذاشته شد.

ماده ۷۶ برنامه ششم توسعه: دولت مکلف است با رعایت سیاست های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقاء شاخص های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بر اساس جدول شماره ۱۴ ذیل این ماده تأمین کند که شامل:

۱- کاهش نسبت مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده یعنی این که با توجه به این موضوع که پیش بینی می شود به ازای هر صد هزار تولد زنده ۱۸ مرگ مادر در سال ۹۶ اتفاق بیفتد این عدد تا سال ۱۴۰۰ بایستی به ۱۵ برسد.

۲- کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه: پیش بینی می شود در سال ۱۳۹۶ - ۱۵/۶ مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده اتفاق بیفتد که در سال ۱۴۰۰ بایستی به ۱۱/۳ مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده برسد.

۳- افزایش درصد زایمان طبیعی: درصد زایمان طبیعی با برآورد سال ۱۳۹۶ - ۵۳/۵٪ است که انتظار می رود تا سال ۱۴۰۰ به ۵۷/۵٪ افزایش یابد.

- کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان: در این خصوص اطلاعاتی وجود ندارد ولی با توجه به ثبت اطلاعات از ابتدای سال ۹۶ برآورد ۷/۶ عارضه ناشی از بارداری، سقط و زایمان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده می شود که انتظار می رود این عوارض به ۶/۲ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش پیدا کند (۲۳).

فصل دوم

مبانی نظری

فصل دوم: مبانی نظری

۲-۱. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک

آثار به جای مانده از زندگی بشر اولیه در صدها هزار سال قبل از این، نشان می دهد که از همان ابتدا برنامه ریزی ضرورت داشته است. مثلاً در شکار، که بالضروره به صورت گروهی صورت می گرفت. گردآوری افراد و ابزار سازماندهی و خلاصه هدایت آنان در حین شکار، مدیریت اولیه را به برنامه ریزی ابتدایی پیوند می داد. از بدوی ترین و ساده ترین فعالیت های گروهی بشر در رفع مایحتاج خود (نظیر همین شکار، یا خوشه چینی) تا جدیدترین و پیچیده ترین فعالیت های اقتصادی که عمدتاً از اواخر قرن هفدهم و در چارچوب صنایع و بازرگانی رونق گرفته، در دوران انقلاب صنعتی متجلی گشتند، عموماً نیاز به برنامه ریزی را به ثبوت رسانیدند. تصمیماتی که قابل برنامه ریزی و اجرا بوده است و به نتایجی مورد قبول عامه مردم، یا اکثریت اعضا یک جامعه منجر می گشت خواه ناخواه اساس و مایه هزاران عرف و آداب و سنن حکومتی - اداری کنونی قرار گرفته اند.

ماهیت سنتی سیاسی - اجتماعی و به اصطلاح ساختار فرهنگی اجتماعات کنونی بشری، حاصل تجربیات موفق از این گونه تصمیم ها و مدیریت ها است که به صورت شفاهی از نسلی به نسل دیگر منتقل شده و اکنون تنها برای ثبت و ضبط در تاریخ، ترسیم خط زندگی بشر و نهایتاً اصلاح مسیر آنها، به مدد بررسی ها و تحقیقات لازم به وسیله انسان شناس ها، مطالعه و تدوین شده و به نگارش در می آیند. مراکز بزرگ تمدن باستان، نظیر ایران، چین، مصر، یونان و روم، هرکدام به سهم و مطابق با مقتضیات جغرافیایی - اجتماعی و عقیدتی خود، دارای نظام های دارای انسجام و نسبتاً مستحکم، و برنامه ریزی های ضمنی بوده اند که گاه چندین قرن از تاریخ آنان و مبانی فکری دانشمندانی چون کنفوسیوس، سقراط، افلاطون و ارسطو را تشکیل می دهد.

اولین متفکر بزرگی که به اندیشه استراتژیکی شکل داد فیلسوفی چینی به نام «سون تسو» بود که رساله اش را در ۴۰۰ سال قبل از میلاد تحت عنوان «هنر جنگ» نگاشت و به عنوان پدر

استراتژی شناخته شده است. این فیلسوف استراتژی را در اصطلاح نظامی هنر و فن طرح ریزی، ترکیب و تلفیق عملیات نظامی برای رسیدن به هدف جنگی مشخص تعریف می کند (۲۴).

واژه استراتژی ۱ از لغت یونانی (استراتژیا) گرفته شده است که در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد به کار می رفته و به « هنر و علم هدایت نیروهای نظامی » اطلاق می شده است. لغت مزبور نیز ظاهراً از کلمه « استراتگو^۲ » مرکب از « استراتوز » به معنای ارتش و « اگو^۳ » به معنای رهبر گرفته شده است که به معنای فرمانده لشکر است. فنونی که یونانیان و رومیان برای احراز پیروزی در جنگ به کار می بردند و در حقیقت نوعی حيله نظامی بود که « استراتزم^۴ » یا « استراتزمس^۵ » نامیده می شد. سپس در زمان ناپلئون استراتژی تعریف دیگری پیدا کرد، « علم حرکات و طرح های نظامی ». به هر حال در اواخر قرن هجدهم « استراتژی » علم فرماندهان عالی به معنای ترکیبی از اطلاعات نظامی آنها و حرکاتی که به کار می بسته اند، بود و پس از جنگ های پیروزمندانه ناپلئون، استراتژیستی به نام « کلاوزویتس » استراتژی را چنین تعریف می کند: « فن هدایت نیرو و تطبیق و هماهنگ ساختن نیروها جهت نیل به هدف های جنگ ». به عبارت دیگر « دادن طرح و اجرای آن » (۲۵).

تکامل استراتژی از زمان مرگ کلاوزویتس که در حقیقت بنیانگذار اصلی استراتژی در قرن نوزدهم بود، برخلاف دوران گذشته، بیش از آنکه از تحول آراء و افکار ناشی شده باشد، بر اثر

¹ Strategia

² Stratego

³ Ego

⁴ Strategem

⁵ Strategems

سیر وقایع روی داده است. انقلاب صنعتی در اروپا سبب تحول مفهوم سستی استراتژی گردید. اختراع ماشین بخار و سایر پیشرفت های صنعتی موجب سرعت جابجایی انسان و کالا چه در بر و چه در بحر شد. تحول در امر مخابرات باعث شد که فرماندهان نظامی بتوانند نیروها را بهتر کنترل کنند. وقوع انقلاب اجتماعی نیز طرز تفکر و شیوه های هدایت و کنترل انسان ها را دگرگون کرد. در نتیجه در سال های اولیه قرن بیستم شاهد تلقی جدید و متفاوتی از استراتژی هستیم.

دو متفکری که در تئوری های نقش مهمی داشتند «الفرد ماهان» و «هانس دلبروک» بودند، که بر ارتباط نزدیک جنگ و سیاست تاکید کردند. جنگ جهانی دوم میدان آزمونی برای متفکران استراتژی دوران بود. زیرا این جنگ حقیقتاً جنگی بود که مستقیم و غیر مستقیم کلیه کشورها و قاره ها را در بر گرفت و طی آن تدابیر یک جنگ تمام عیار، اقدام های سیاسی، جنگ اقتصادی، روانی، علم و عملیات نظامی در هم آمیخت. در این جنگ به دلیل به کار گیری گسترده سایر علوم و تکنولوژی ها در جنگ و بروز تحولات زیاد استراتژی از چارچوب نظامی صرف خارج شد (۲۶).

۲-۱-۲. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک در غرب

مدیریت و شیوه آن در غرب قبل از هر چیز، چهره ی سیاسی داشت چنان که کمی پس از سال ۱۵۰۰ میلادی، عقاید ماکیا ولی^۶ مبتنی بر لزوم حداکثر استفاده از هر چیز در خدمت حاکم، طرفدارانی بسیار یافت.

در حدود سال ۱۶۵۰ میلادی، لویی چهاردهم امپراتور فرانسه، زندگی روز و بنابراین شیوه حکومت خود را بر اساس یک زمانبندی دقیق قرار داده بود که طبیعتاً دستگاه دولت نیز تا

⁶ Machiavel

حدودی در تبعیت از این برنامه ریزی قرار گرفته بود و به نوعی ملزم به زمانبندی می گشت. در اواخر قرن هفدهم برنامه ریزی با اهداف صرفاً اقتصادی متولد شد. توماس هابر، دانشمند انگلیسی، فلسفه ای را مطرح کرد که هنوز هم بر جهان حاکم است و مهم ترین منادی کاپیتالیسم و لیبرالیسم به شمار می رود وی ضمن انکار خدا، اخلاقیات و انسانیت، معتقد بود که نفع افراد، انگیزه واقعی حرکات و فعالیت آنان می باشد و به عبارت دیگر هدف اصلی، نفع است. در قرن هجدهم به منظور افزایش بازدهی کار و صرفه جویی در وقت، آدام اسمیت اقتصاددان معروف انگلیسی اصل تخصیص، تفکیک و تقسیم کار به قطعات جزئی را مطالعه کرده و در امور یک کارخانه به کار بسته است. در سال ۱۸۳۲ چارلز بایچ، روش علمی مدیریت را تاکید نموده تقسیم کار وظایف، مطالعه زمان و حسابداری قیمت های تمام شده و اثر عوامل فیزیکی و رنگ ها را در کارایی کارمندان بررسی نموده است (۲۷).

« مدیریت علمی » فردریک تیلور که در اواخر قرن نوزدهم بنیان یافت، چیزی جز یک ساختار « برنامه ریزی » و به تبعیت آن « سازماندهی » نبود. هدف اصلی تیلور، افزایش تولید بود. در این خصوص اصولاً سه روش وجود دارد: کار بر حسب واحد، کار بر حسب پیشرفت و کار بر حسب رشته یا کار زنجیری. اتفاقاً که نوع اخیر نیاز به یک برنامه فراگیر و دقیق دارد، بیش از همه مورد توجه قرار گرفته است.

برنامه ریزی در طول سال های قرن بیستم، دوره های مختلفی از تحول را پشت سر نهاده است. در فاز اول این تحول و متعاقب جدایی مدیریت از مالکیت در اکثر سازمان ها، « برنامه ریزی مالی » در دهه ۱۹۳۰ میلادی به اوج خود رسید. برنامه ریزی مالی همانطور که از نام و عنوان آن نیز پیداست بیشتر درصدد تعیین هدف های مالی (در قالب ارقام بودجه ای) برای مدیران و کنترل عملیات سازمان ها از حیث انطباق با بودجه است. بنابراین این ارزش اصلی در این نوع برنامه ریزی « تحقق بودجه » است و مدیران موفق آنها هستند که توانسته باشند درست طبق بودجه عمل کنند. در مرحله بعدی تحول، « برنامه ریزی بلند مدت » مطرح شد. در این نوع برنامه ریزی، سازمان ها با توجه به ارقام عملکرد گذشته سازمان و عنایت و نگاه به برخی از

واضح ترین و شناخته شده ترین متغیرهای محیط بیرونی سازمان و بر اساس برآوردی که از نحوه عمل این متغیرها در یک دوره بلند مدت تر (مثلاً ۵ ساله) دارند، اقدام به تهیه برنامه هایی با افق بلند مدت تری نسبت به بودجه (که برای یک افق سالانه تهیه می شد) می کنند. ملاک اصلی ارزشگذاری در این نوع برنامه، پیش بینی نسبت به آینده است. برنامه ریزی در سومین فاز تحول خود که مربوط به سال های دهه ۱۹۶۰ می شود وارد مرحله تازه ای شد که در آن بر وجود واحدهای مستقل فعالیت^۷ در سازمان ها تاکید می گردید. در این مرحله تلاش شد تا نه تنها برای کل سازمان بلکه برای واحدهای اصلی فعالیت آن نیز برنامه های جداگانه ای تهیه شود. به نحوی که عملکرد این بخش های اصلی نیز به طور جداگانه قابل کنترل و ارزیابی باشد. واحدهای مستقل، بخش هایی از سازمان هستند که می توانند در بازارهای ورودی یا خروجی یا ورودی و خروجی (هر دو) به طور متفاوت عمل کنند، مثلاً مشتریان خاص خود یا تامین کنندگان کالا و خدمات خاص خود یا تامین کنندگان کالا و خدمات خاص خود را دارند.

در مرحله چهارم توسعه برنامه ریزی، مفهوم « برنامه ریزی استراتژیک» مطرح شد و مورد استقبال صاحبان و مدیران شرکت ها و سازمان ها قرار گرفت در دهه ۱۹۸۰ اوج رویکرد به برنامه ریزی را شاهد بودیم و این اقبال و توجه همچنان در اکثر سازمان ها تداوم دارد. در « برنامه ریزی استراتژیک» ارزش اصلی برای سازمان، هماهنگ کردن همه منابع در جهت هدف غایی و نهایی سازمان (یا رسالت و مأموریت اصلی آن) است. در این نوع از برنامه ریزی، صرفاً به ارقام حاصل از عملکرد گذشته سازمان توجه نمی شود، بلکه آنچه بیش از آن مورد توجه قرار می گیرد، نگاه دقیق و موشکافانه به محیط خارجی سازمان به قصد پیش بینی آینده

⁷ Strategic Business unit(SBU)

تحولات محیطی تاثیر گذار و یافتن مهمترین فرصت ها و تهدید های موجود در محیط است. در این شکل از برنامه ریزی، « خلق آینده» به عنوان یک ارزش عمومی در سازمان، مورد قبول همه سطوح مدیریت و کارکنان قرار می گیرد. و همه تلاش می کنند تا به جای آنکه اسیر محیط سازمان بوده و همواره به صورت انفعالی در برابر محیط صرفاً از خود دفاع کنند در محیط سازمان تبدیل به بازیگر قابل شونده که در میان مجموعه فرصت ها و تهدیدهای محیط، بهترین راه ها را برای رسیدن به مقصود نهایی خود (رسالت سازمان) پیدا کرده و اهداف دوربرد تعیین شده برای سازمان را تحقق بخشند. طبعاً یکی از دشوارترین فعالیت ها در فرآیند برنامه ریزی استراتژیک، همین توجه مداوم و مستمر نسبت به محیط و مراقبت از هر گونه تحول جدید و تاثیر گذار در آن است (۲۸).

۲-۱-۲. تاریخچه برنامه ریزی استراتژیک در ایران

روش برنامه ریزی استراتژیک در جمهوری اسلامی ایران در سطح کلان از مراحل علمی این برنامه ریزی، مستثنی نیست. مراحل مربوط به تبیین تعهدات، آرمان ها و ارزش های جمهوری اسلامی ایران بر اساس قانون اساسی صورت می پذیرد. در مرحله بعد قوای سه گانه و دولت مسئولیت طراحی کلی برنامه را بر عهده دارند و سازمان مدیریت و برنامه ریزی و بودجه به عنوان مهمترین ارگان برنامه ریزی استراتژیک کشور محسوب می شوند (۲۹). مشبکی در تحلیل خود مبنی بر اینکه چرا برنامه ریزی استراتژیک در کشور کمتر مورد توجه و اقبال قرار می گیرند دلایل زیر را خاطر نشان می شود:

- فقدان تجزیه و تحلیل جامع فرصت ها و خطر های ملی
- روشن نبودن حدود تعهدات ملی در قبال سایر کشورها
- عدم توجه کافی به تجدید ارزشها
- پایبند نبودن به اولویت های استراتژیک کشور
- فقدان نگرش جامع در شناخت توانمندی های کشور

- روشن نبودن گزینه های مختلف استراتژیک در برخورد با مسائل
- اجرای ضعیف برنامه های استراتژیک در کشور
- نقصان در نظارت و ارزیابی عملی برنامه ریزی استراتژیک کشور
- ضعف ساختار اطلاعاتی کشور
- خلط برنامه ریزی استراتژیک با برنامه ریزی بلند مدت
- دخالت قدرت های فرا ملی (۳۰).

۲-۲. مدل های نظری برنامه ریزی استراتژیک

مک نامارا^۸ در مقاله ای تحت عنوان «مرور کلی مدل های مختلف برنامه ریزی استراتژیک»، چند مدل برنامه ریزی استراتژیک را مورد بررسی قرار می دهد. از نظر این نویسنده هیچ نسخه کاملی برای برنامه ریزی استراتژیک برای تمام سازمان ها وجود ندارد و هر سازمان بر اساس طبیعت کار خود مدلی را انتخاب نموده و با ایجاد اصلاحاتی در آن مدل، آنرا به عنوان فرآیند برنامه ریزی استراتژیک خود به کار می برد. در ذیل مدل هایی از برنامه ریزی استراتژیک ارائه می شود.

۲-۲-۱. مدل برنامه ریزی استراتژیک پایه^۹

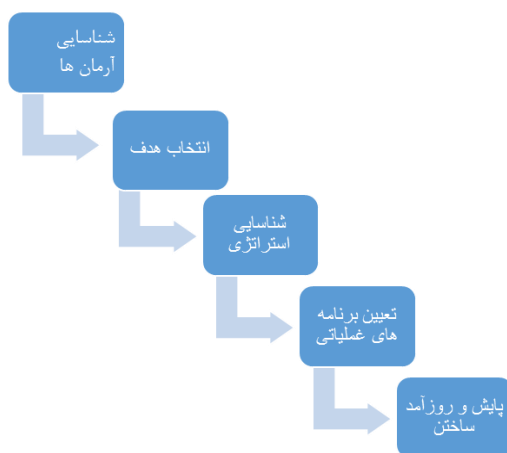
این مدل فرآیندی اساسی است که به طور کلی توسط سازمان های خیلی کوچک و گرفتار که قبلاً فاقد برنامه ریزی استراتژیک بوده اند به کار گرفته می شود. این مدل در سازمان های غیر انتفاعی در سال اول برای ایجاد آگاهی از اینکه برنامه ریزی استراتژیک چگونه اجرا می شود و

⁸ Mc Namara

⁹ Basic Strategic Planning

در سال های بعد برای اطمینان از صحیح بودن جهت حرکت برنامه، به کار گرفته می شود. مراحل برنامه ریزی استراتژیک در این مدل عبارتند از: شناسایی آرمان ها، انتخاب اهدافی که در صورت اجرای ماموریت، سازمان بدان دست خواهد یافت، شناسایی روش های خاص (استراتژی ها)، شناسایی برنامه های عملیاتی خاص برای اجرای استراتژی، پایش برنامه و روز آمدن ساختن آن (۳۱).

نمودار ۱-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک پایه

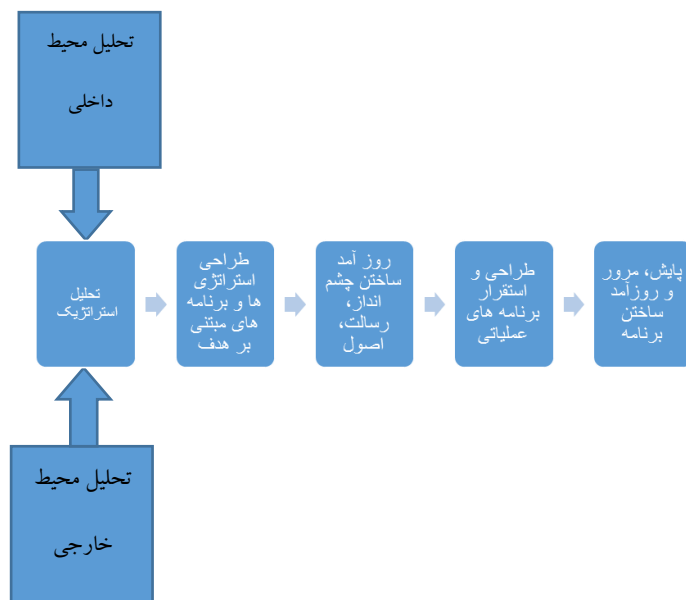


۲-۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر هدف^{۱۰}

سازمان هایی که در ابتدا برنامه ریزی را به روش بالا که توضیح داده شد، آغاز می نمایند، اغلب آن را گسترش داده و از برنامه ریزی جامع تر و مؤثرتری استفاده می نمایند که مدل برنامه ریزی هدفگرا نامیده می شود. به طور خلاصه این روش شامل مراحل ذیل است. شایان ذکر است که ضرورتی ندارد که هر سازمان تمام فعالیت های ذیل را در هر سال انجام دهد. (۳۲).

¹⁰ Issue- Based(Goel- Based) Strategic Planning

نمودار ۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر هدف

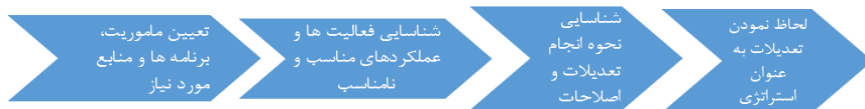


۲-۲-۳. مدل برنامه ریزی استراتژیک تعدیلی^{۱۱}

هدف کلی این مدل، اطمینان از تعادل مناسب بین مأموریت سازمانی و منابع مورد نیاز می باشد. بدین منظور که سازمان به نحوه موثرتری عمل کند. این مدل برای سازمان هایی که در جستجوی کشف علت عدم انجام کارها هستند، مفید است. ممکن است، سازمان هایی که آشنایی خوبی با کارهای داخلی سازمانی دارند، این مدل را انتخاب نمایند. مراحل کلی این مدل به شرح ذیل است (۳۲).

¹¹ Alignment Model

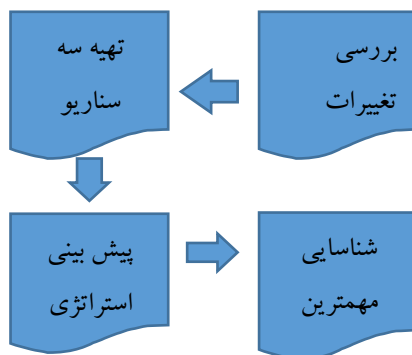
نمودار ۲-۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک تعدیلی



۲-۲-۴. مدل برنامه ریزی سناریویی ۱۲

این مدل برنامه ریزی، به همراه سایر مدل های برنامه ریزی برای اطمینان یافتن از اینکه برنامه ریزان حقیقتاً به صورت استراتژیک فکر می نمایند و یاخیر، به کار می رود. این مدل ابزاری مفید است، بخصوص در زمینه شناسایی اهداف و موضوعات استراتژیک. مراحل این برنامه ریزی عبارت است از (۳۳).

نمودار ۲-۳. مدل برنامه ریزی استراتژیک سناریویی



۲-۲-۵. مدل برنامه ریزی ارگانیک^{۱۳}

گاهی از برنامه ریزی استراتژیک سنتی به عنوان برنامه ریزی مکانیکی یا خطی نام می برند؛ زیرا این برنامه ریزی به جای توجه به عام، به خاص توجه نموده و به جای مسبب یا علت به معلول توجه می نماید.

نمودار ۲-۴. مدل برنامه ریزی استراتژیک ارگانیک

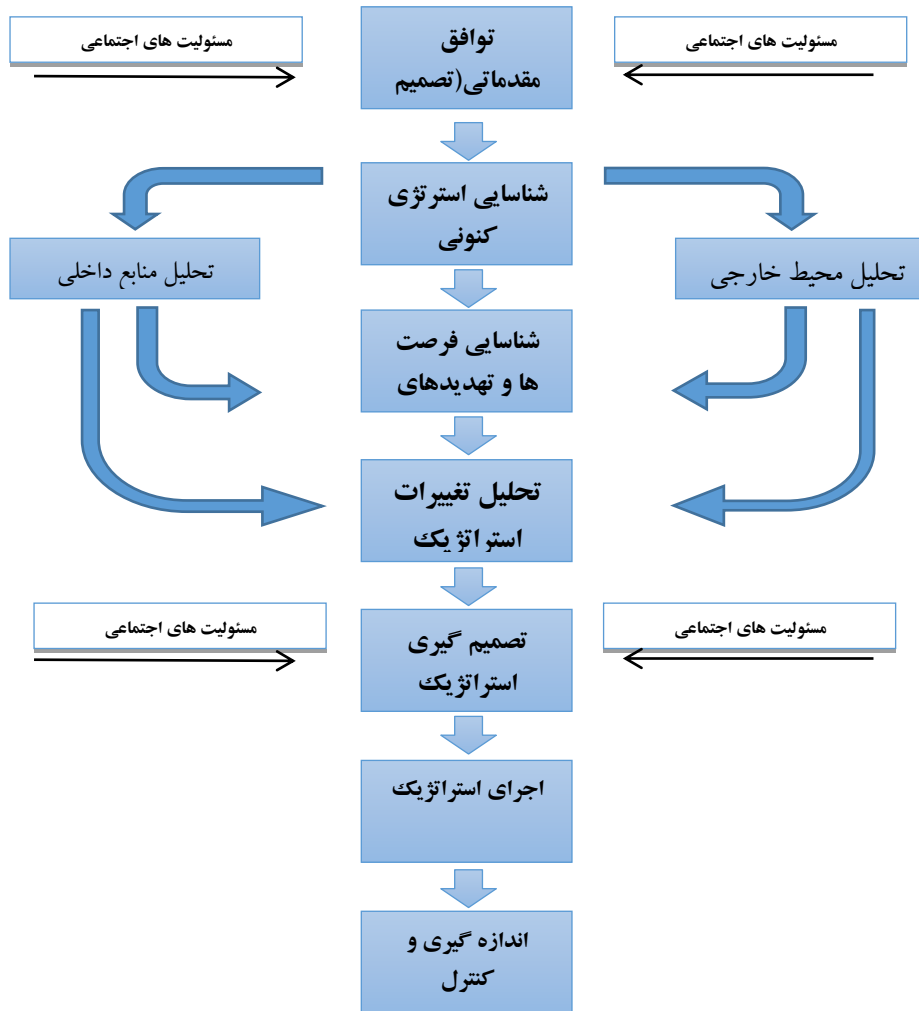


به عنوان مثال در برنامه ریزی سنتی، اغلب فرآیندها شامل ارزیابی عوامل محیط داخلی و خارج سازمانی و تجزیه و تحلیل نقاط ضعف و قوت، فرصت ها و تهدیدها، اولویت بندی اهداف و موضوعات و انتخاب استراتژی های مناسب برای غلبه بر این مشکلات است. برنامه ریزی ارگانیکی مستلزم رجوع مکرر به ارزش ها و اصول مشترک و بحث پیرامون این ارزش ها است. قدم های کلی شامل موارد زیر است (۳۴).

۲-۲-۶. مدل برنامه ریزی استراتژیک استونر و فریمن^{۱۴}

¹³ Organic(Self-Organizing) Model

نمودار ۲-۵. مدل برنامه ریزی استراتژیک استونر و فریمن



مرحله ۱) تعیین هدف. تعیین هدف مستلزم بررسی و فهم مأموریت سازمان و سپس تعیین هدف هایی است که می توان بدان وسیله مأموریت سازمان را به صورت هدف های قابل اجرا بیان کرد.

مرحله ۲) شناسایی استراتژی و هدف های کنونی. از مرحله ۲ تا پایان مرحله ۶ مبنایی ارائه شده است که سازمان برای رسیدن به هدف های خود باید آنها را انجام دهد. نخستین مرحله، در این سلسله، شناسایی هدف ها و استراتژی آینده سازمان است، که می تواند بسیار مشابه هدف ها و مأموریت موجود سازمان باشد.

مرحله ۳) تجزیه و تحلیل محیط. با آگاهی از هدف های سازمان و استراتژی کنونی چارچوبی به دست می آید که می توان بدان وسیله آن دسته از عواملی را که در محیط سازمان وجود دارند و دارای بیشترین اثر می باشند تعیین کرد، و از آن زاویه توانایی های سازمان را در راه تامین هدف هایش مشخص نمود.

مرحله ۴) تجزیه و تحلیل منابع. استراتژی کنونی و هدف های سازمان چارچوبی را به دست می دهند که می توان بدان وسیله منابع سازمان را تجزیه و تحلیل کرد. این تجزیه و تحلیل برای شناسایی نقاط قوت و ضعف شرکت های رقیب و نیز شناخت نقاط قوت و ضعف سازمان، از نظر رقابت با دیگران، اهمیت زیادی دارد.

مرحله ۵) شناسایی فرصت های استراتژیک و تهدیدات. مرحله ۵ شامل مراحل ۲، ۳ و ۴ می شود، یعنی شناسایی استراتژی، تجزیه و تحلیل محیط و تجزیه و تحلیل منابع سازمان. در این مرحله فرصت ها و امکاناتی که برای سازمان وجود دارد و تهدیداتی که سازمان با آن روبرو می شود، مشخص می گردند.

مرحله ۶) تعیین میزان تغییرات استراتژیک. پس از تحلیل منابع و محیط، می توان نتیجه یا پیامد ادامه استراتژی کنونی را پیش بینی کرد. در آن صورت، مدیران می توانند مشخص کنند که آیا استراتژی و شیوه ی اجرای آن را تغییر دهند یا خیر؟

مرحله ۷) تصمیم گیری استراتژیک: اگر به نظر برسد که تغییر در استراتژی، موجب کم شدن فاصله عملکردی خواهد شد، گام بعدی شناسایی، ارزیابی و انتخاب راه های استراتژیک متفاوت است.

مرحله ۸) اجرای استراتژیک. پس از تعیین استراتژی باید آن را اجرا کرد، یا به صورت بخشی از فعالیت های روزانه سازمان درآورد.

مرحله ۹) اندازه و کنترل: مدیران به هنگام اجرای اقدامات باید هر چند مدت یک بار، یا در مراحل حساس اجرای کار، میزان پیشرفت را بررسی کنند (۳۵).

۲-۲-۷. مدل برنامه ریزی استراتژیک بر ایسون

برایسون در کتاب خود تحت عنوان « برنامه ریزی استراتژیک» برای سازمان های دولتی و غیر انتفاعی، مدل برنامه ریزی استراتژیک خود را در ۸ مرحله به شرح زیر تدوین نموده است. این مدل نتیجه بررسی خصوصیات مدل های قبلی و رفع نقاط ضعف آنها برای کاربرد در سازمان های عمومی و غیر انتفاعی می باشد.

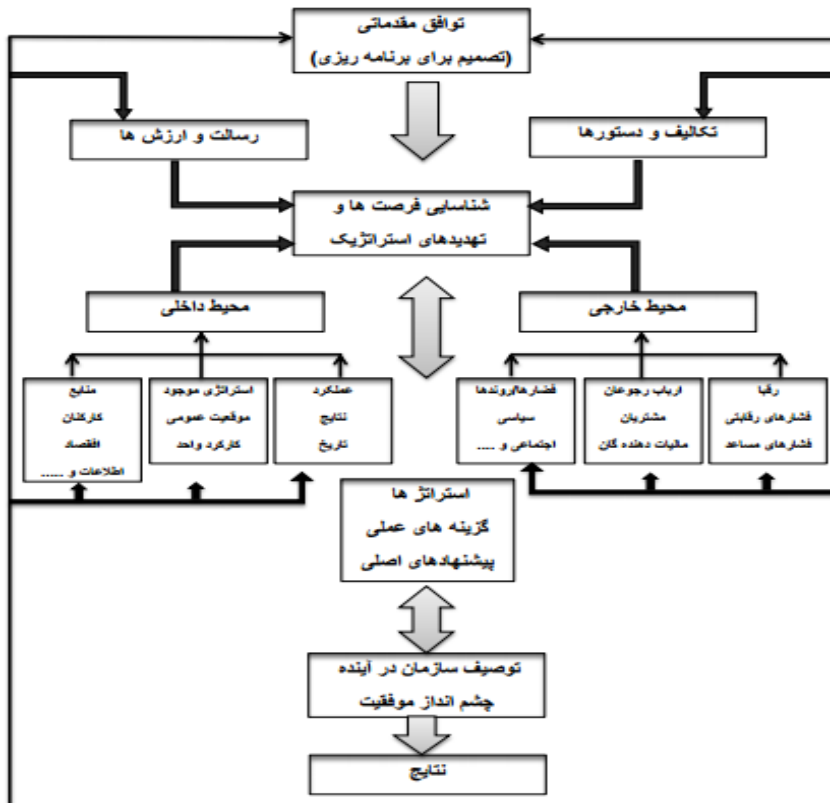
مرحله ۱) آغاز فراگرد برنامه ریزی استراتژیک و توافق بر سر آن. هدف مرحله نخست عبارت است از گفتگو با تصمیم گیرندگان کلیدی داخلی و رهبران فکری، به منظور نیل به توافق در مورد کلیت تلاش ناظر بر برنامه ریزی استراتژیک و مراحل اصلی آن است.

مرحله ۲) روشن ساختن دستورهای سازمانی. دستورهای رسمی و غیر رسمی که بر عهده سازمان گذارده می شود باید هایی هستند که سازمان با آنها روبرو است. در حقیقت این نکته که سازمان های محدودی دقیقاً می دانند که موظف و مکلفند که چه کارهایی را انجام دهند و چه کارهایی را انجام ندهند، جای تعجب دارد.

مرحله ۳) روشن ساختن رسالت و ارزش های سازمان. رسالت هر سازمان همراه با تکلیف های آن، دلیل وجودی و توجیه اجتماعی ناظر بر حیات آن را مشخص می سازد. نگرستن به

سازمان ها، از این دیدگاه را باید به عنوان ابزاری جهت رسیدن به یک هدف تلقی کرد، و از این رو سازمان ها به خودی خود هدف شمرده نمی شوند.

نمودار ۲-۶. مدل برنامه ریزی استراتژیک برایسون



مرحله ۴ و ۵) ارزیابی قوت ها، ضعف ها، موقعیت ها و تهدیدها. سازمان های دولتی و غیر انتفاعی برای نشان دادن عکس العمل کارساز در قبال تغییراتی که در محیط های آنها رخ می دهد باید هر روز بیش از پیش محیط های داخلی و خارجی خود را مورد ارزیابی قرار دهند.

مرحله ۶) شناسایی مسائل استراتژیک سازمان. شناسایی مسائل استراتژیک در حکم قلب فراگرد برنامه ریزی استراتژیک است. یادآوری می شود که تعریف مساله استراتژیک به عنوان انتخاب خط مشی و سیاستی بنیادی که بر دستورها، رسالت سرزمین، ارزشها و سطح و ترکیب محصول و خدمات و ترکیب آنها، مراجعان یا اسفاده کنندگان، هزینه، امور مالی سازمان یا مدیریت موثر واقع می شود، صورت پذیرفته است.

مرحله ۷) تدوین استراتژی هایی برای مدیریت مسائل. یک استراتژی را می توان به عنوان الگویی از هدف ها، خط مشی ها، برنامه ها، اقدام ها، تصمیم ها یا تخصیص منابع که مشخص می سازد سازمان مورد نظر چه نوع سازمانی است، چه کاری را . به چه دلیل انجام می دهد، محسوب نمود.

مرحله ۸) تبیین چشم انداز سازمانی موثر برای آینده. در مرحله پایانی فراگرد، سازمان از چهره ای که در صورت اجرای موفقیت آمیز استراتژی های پیش بینی شده و دستیابی به ظرفیت بالقوه کامل خود، پیدا خواهد کرد، تصویری توصیفی ترسیم می نماید (۳۶).

۲-۲-۸. مدل برنامه ریزی استراتژیک دانکن^{۱۵}

این مدلی که توسط دانکن و همکاران وی در سال ۱۹۹۵ ارائه شده است. از جامع ترین مدل های برنامه ریزی استراتژیک است که در قالب فرآیند مدیریت استراتژیک ارائه شده است. اهم مراحل آن عبارتند از:

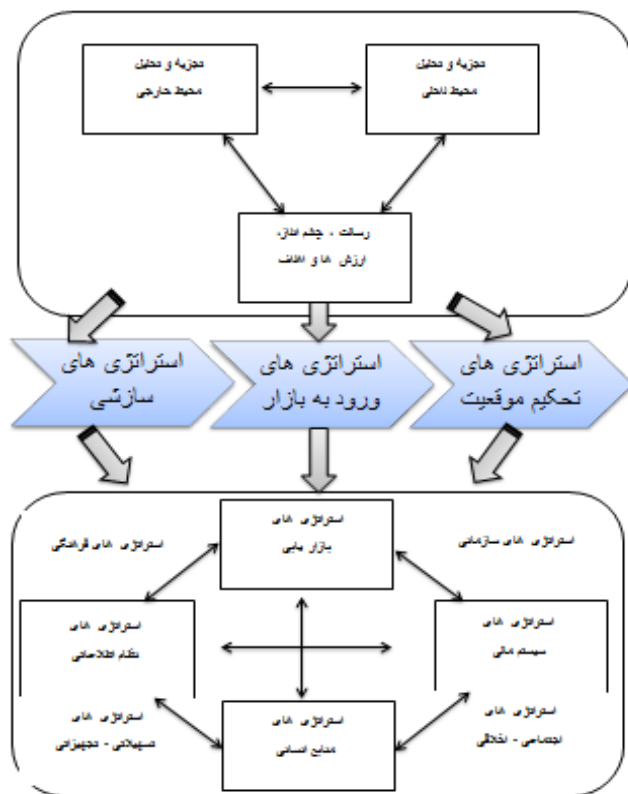
مرحله (۱) تجزیه و تحلیل محیط داخلی. تجزیه و تحلیل محیط داخلی سازمان به شناسایی ظرفیت و پتانسیل داخلی سازمان یعنی آنچه را که سازمان می تواند انجام دهد، منجر می گردد. مرحله (۲) تجزیه و تحلیل محیط خارجی. فعالیت در محیط در حال تغییر امروزی، مستلزم آگاهی از روش های بررسی اطلاعات محیط خارجی است که سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد. این فرآیند، یعنی ارزیابی و تجزیه و تحلیل محیط خارجی، مدیران را قادر می سازد بر اساس اطلاعات جمع آوری و طبقه بندی شده به شناسایی موضوعات مهمی که سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد، اقدام نمایند.

مرحله (۳) تعیین مأموریت، چشم انداز، ارزش ها و اهداف. مأموریت سازمانی، عبارت کلی است که باعث شناسایی یک سازمان از نمونه های مشابه می شود و در حقیقت پاسخ این سوال است که ما کی هستیم و چه کاری را انجام می دهیم؟ چشم انداز، مطلوب ترین تصویری است که مدیران انتظار دارند به آن برسند. ارزش ها بیانگر بعد فلسفی سازمان است و جهت گیری سازمان را در خصوص موضوعات مختلف نشان می دهد. اهداف به طور اختصاصی جهت حرکت اصلی سازمان را نشان داده و مأموریت را تبدیل به فعالیت می نمایند.

مرحله (۴) تنظیم استراتژی. تنظیم استراتژی یعنی تصمیم گیری بر اساس اطلاعات موجود. با تعیین مأموریت، عبارت چشم انداز سازمان، ارزش ها و اهداف، بخشی از تنظیم استراتژی که همان استراتژی جهت دهی است، صورت پذیرفته است. در این مرحله نسبت به تعیین استراتژی های انطباقی، استراتژی های ورود به بازار و استراتژی های موضع یابی اقدام می گردد. حاصل این فرآیند تدوین استراتژی های منابع انسانی، استراتژی های مالی، استراتژی های بازاریابی و نظام اطلاعاتی خواهد بود.

مرحله ۵) کنترل. بالاخره آخرین مرحله در فرآیند برنامه ریزی، کنترل استراتژیک است. این مرحله شامل، تعیین استانداردها یا اهداف، سنجش عملکردها، مقایسه عملکردها با استانداردها و اقدام اصلاحی در صورت نیاز است. این مرحله کل مراحل برنامه ریزی را تحت تاثیر قرار می دهد(۳۷).

نمودار ۲-۷. مدل برنامه ریزی استراتژیک دانکن

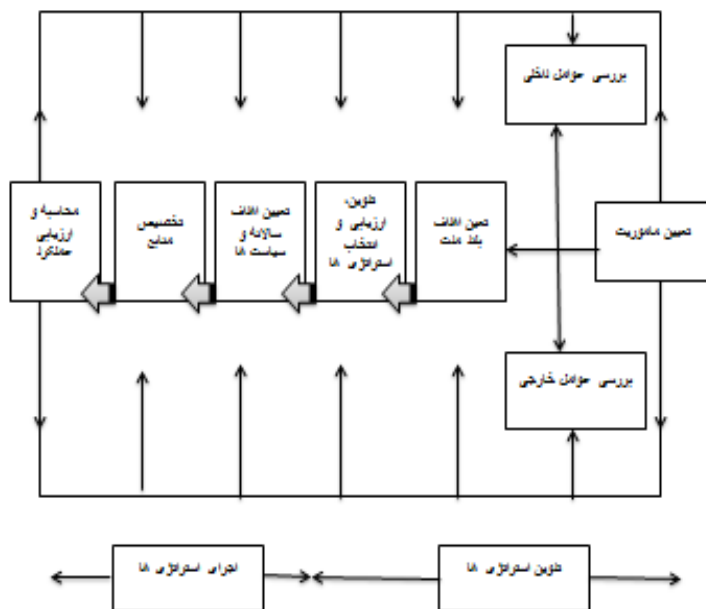


۲-۲-۹. مدل برنامه ریزی استراتژیک دیوید

می توان با استفاده از الگو، فرآیند مدیریت استراتژیک را به بهترین شکل ممکن مورد مطالعه قرار داد و آن را به کار گرفت. چارچوب ارائه شده در نمودار زیر، یک الگوی جامع از فرآیند مدیریت استراتژیک است که بسیار متداول و قابل قبول می باشد. این الگو هیچ گاه موفقیت

شرکت را تضمین نمی کند، ولی برای تدوین استراتژی ها، اجرا و ارزیابی آنها روشی روشن و عملی ارائه می نماید. در این الگو، رابطه بین اجزای اصلی فرآیند مدیریت استراتژیک نشان داده شده است (۳۹).

نمودار ۲-۸. مدل برنامه ریزی استراتژیک دیوید



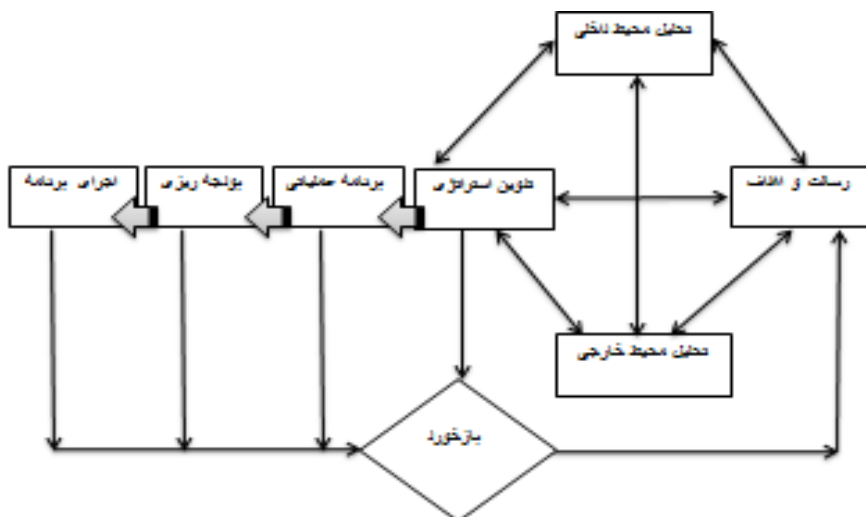
۲-۲-۱۰. مدل برنامه ریزی استراتژیک هکس^{۱۶}

مدل برنامه ریزی استراتژیک هکس بسیار شبیه مدل های متداول برنامه ریزی استراتژیک است، از قبیل مدل دیوید و مدل برایسون، با این تفاوت که در مدل وی جایی برای اقدامات کنترلی در نظر گرفته نشده است و تنها به ارائه بازخورد بسنده شده است. ولی در مدل خود جهت

¹⁶ Arnold Hex

برنامه ریزی استراتژیک ۶ گام را قرار داده است. این گام ها عبارتند از: تدوین رسالت و اهداف، تجزیه و تحلیل محیطی، تدوین استراتژی ها، تهیه برنامه های سالانه، تعیین بودجه فعالیت های مختلف و نهایتاً اجرای برنامه (۴۰).

نمودار ۲-۹. مدل برنامه ریزی استراتژیک هکس



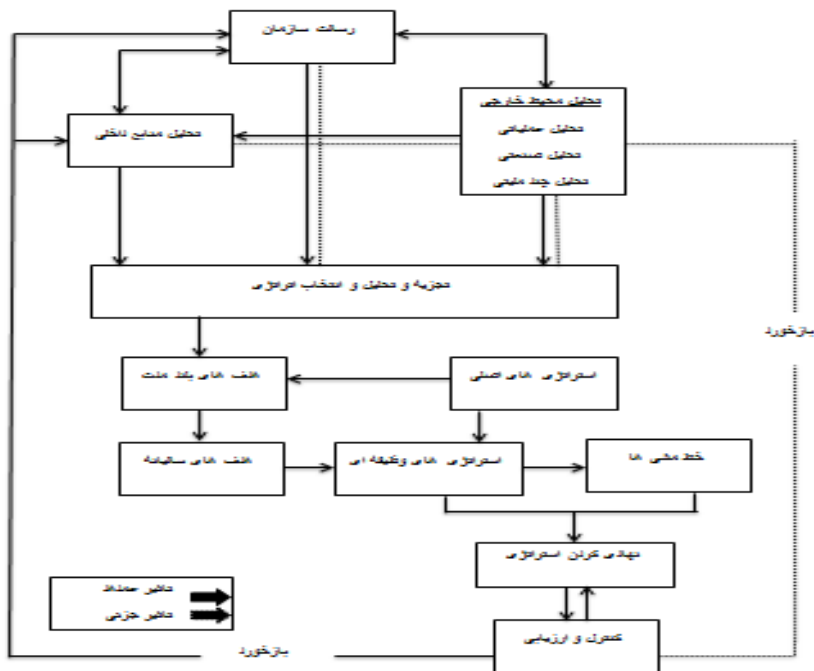
۲-۲-۱۱. مدل برنامه ریزی استراتژیک پیرس و رایینسون^{۱۷}

مراحل برنامه ریزی استراتژیک از دید پیرس و رایینسون عبارتند از: تدوین بیانیه مأموریت، تجزیه و تحلیل محیط داخلی و خارجی، تجزیه و تحلیل و انتخاب استراتژی، تعیین اهداف بلند مدت و سالانه، انتخاب استراتژی های اصلی، تعیین خط مشی ها و استراتژی های وظیفه ای و در نهایت کنترل و ارزیابی. یکی از تفاوت های این مدل با سایر مدل ها در این است که

^{۱۷} Piers and Rabinson

نوع ارتباط بین مراحل مختلف برنامه ریزی بر حسب شدت تاثیر گذاری (تاثیر عمده و یا تاثیر جزئی) مشخص شده است (۴۱).

نمودار ۲-۱۰. مدل برنامه ریزی استراتژیک پیرس و رابینسون

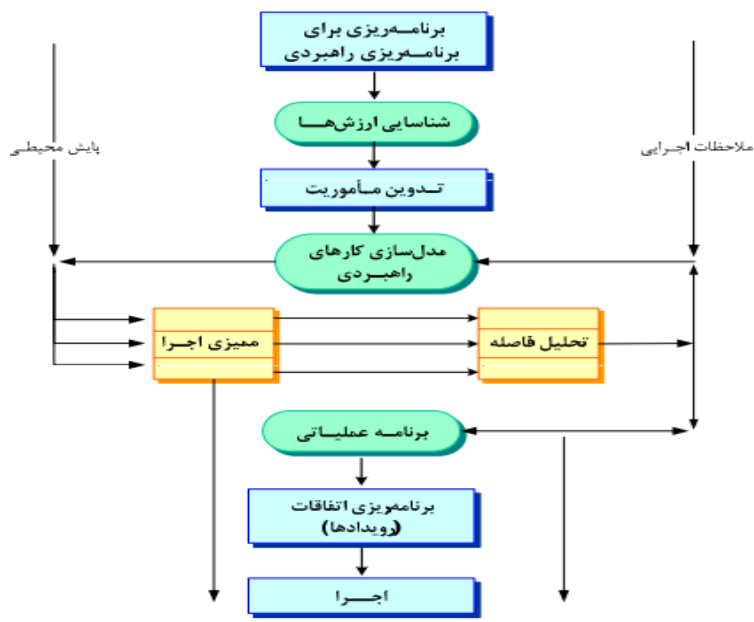


۲-۲-۱۲. مدل برنامه ریزی گوداشتاين ۱۸

الگویی که گود اشتاین و همکارانش برای برنامه ریزی استراتژیک ارائه نمودند. بر اساس الگوهای رایج نامه ریزی استراتژیک می باشد. تنها تفاوت این مدل در محتوی آن و تاکیدش بر فرآیندها می باشد. این الگو به ویژه برای سازمان های کوچک و متوسط بیشتر است.

همچنین برای واحدهای دولتی و سازمان های غیرانتفاعی و حتی برای موسسات تجاری و صنعتی نیز کاربرد دارد(۴۲).

نمودار ۲-۱۱. مدل برنامه ریزی استراتژیک گود اشتاین

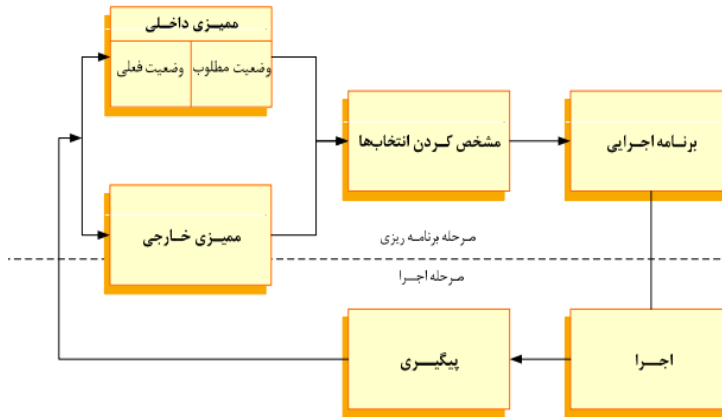


۲-۲-۱۳. مدل برنامه ریزی استراتژیک وایتمن

یکی دیگر از مدل های ساده که برای برنامه ریزی استراتژیک مورد استفاده قرار می گیرد، مدل وایتمن است. بر اساس مدل وایتمن، برنامه ریزی استراتژیک دارای دو مرحله تدوین و اجرا می باشد. در مرحله تدوین، عوامل داخلی و خارجی سازمان برای تحلیل وضعیت موجود و ترسیم وضعیت مطلوب، مورد بررسی قرار می گیرند. سپس گزینه های تعیین کننده وضعیت مطلوب

مشخص و بهترین گزینه انتخاب می شود و نهایتاً برنامه عملیاتی تدوین می گردد. در مرحله اجرا نیز نحوه اجرا، پیگیری برنامه و اقدامات اصلاحی تعیین می شود (۳۶).

نمودار ۲-۱۲. مدل برنامه ریزی استراتژیک وایتمن

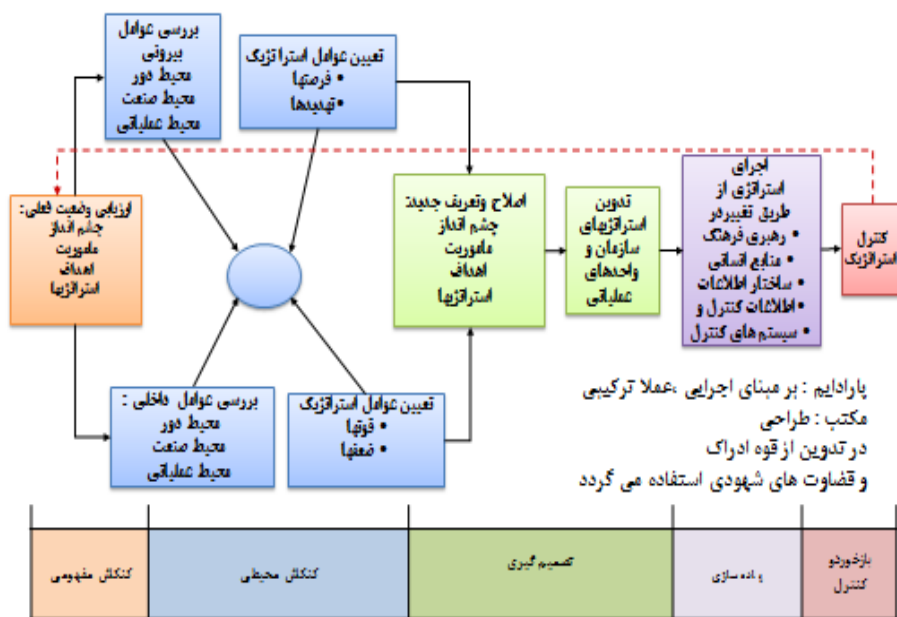


۲-۲-۱۴. مدل برنامه ریزی استراتژیک دفت^{۲۰}

مدل برنامه ریزی استراتژیک دفت نیز همانند اکثر مدل های دیگر با تدوین چشم انداز، ماموریت و اهداف آغاز می شود. سپس محیط داخلی و خارجی سازمان مورد بررسی و مطالعه قرار می گیرد و با توجه به نتایج بدست آمده، بیانیه چشم انداز، ماموریت و اهداف تعیین می شود. در نهایت استراتژی ها تدوین و برنامه های عملیاتی مشخص می گردد (۴۳).

²⁰ Richard L. Daft

نمودار ۲-۱۳. مدل برنامه ریزی استراتژیک دفت



۲-۳. ابعاد برنامه ریزی

چون سازمان ها می توانند دارای هزاران برنامه با درجه اهمیت های مختلف باشند، باید روشی برای طبقه بندی برنامه بوجود آید. می توان برنامه ها را در سه بعد طبقه بندی نمود.

۲-۳-۱. بعد زمان در برنامه ریزی

از همه اجزای فرآیند برنامه ریزی، زمان مهمترین عامل و در عین حال عاملی است که بیشتر مورد غفلت و سوء استفاده قرار گرفته است، وقتی که از ابراهام لینکن، در مورد اینکه پاهای یک مرد باید چه اندازه باشد سوال کردند، جواب داد: «به اندازه کافی بلند باشد که به زمین برسد» برنامه ریزی نیز به همین طریق باید در نظر گرفته شود. به اندازه ای زمان آینده را در بر می گیرد که مسائل مورد نظر را پوشش دهد. از بعد زمان برنامه ها را می توان به ۳ دسته تقسیم نمود:

برنامه ریزی بلند مدت: این نوع برنامه ریزی زمان ۵ سال یا بیشتر را می پوشاند.

برنامه ریزی میان مدت: زمان ۱ تا ۵ سال را می پوشاند.

برنامه ریزی کوتاه مدت: زمان ۱ سال یا کمتر را پوشش می دهد (۴۴).

جدول ۲-۱. انواع برنامه ریزی بر اساس زمان، کاربرد و وسعت

نوع برنامه ریزی	بعد برنامه ریزی
برنامه ریزی بلند مدت، برنامه ریزی میان مدت، برنامه ریزی کوتاه مدت	زمان
برنامه ریزی تک کاربردی (برنامه، پروژه و بودجه)	کاربرد
برنامه ریزی استراتژیک، برنامه ریزی تاکتیکی، برنامه ریزی عملیاتی	دیدگاه (وسعت)

۲-۳-۲. بعد کاربرد در برنامه ریزی

برنامه ها را بر اساس کاربرد می توان به دو مقوله عمده تقسیم کرد:

۲-۳-۲-۱. برنامه های تک کاربردی^{۲۱}: برنامه های از پیش تعیین شده ای هستند که برای موقعیت های نسبتاً غیر تکراری و منحصر بفرد ایجاد می شوند. سه نوع اساسی برنامه های تک کاربردی عبارتند از برنامه ها، پروژه ها و بودجه ها. برنامه، طرح وسیعی است که شامل فعالیت های بهم پیوسته فراوانی است. پروژه، یک برنامه تک کاربردی است که جزیی از یک برنامه و یا درجه پایین تری از یک برنامه است. بودجه ها، برنامه هایی هستند که مقدار درآمد و مخارج ارزیابی شده برای یک دوره را نشان می دهند.

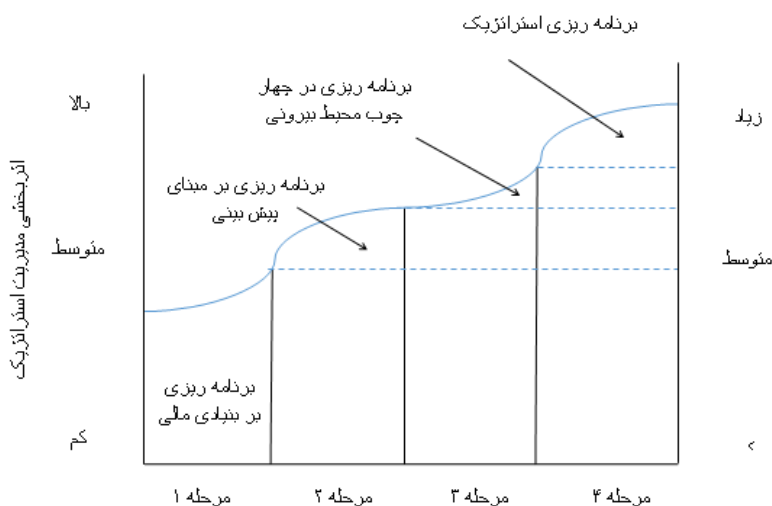
²¹ single- use plans

۲-۳-۲. برنامه های دائمی: مسیرهای عملیاتی از پیش تعیین شده ای هستند که برای موقعیت های تکراری ایجاد شده اند. سه نوع اساسی برنامه های دائمی عبارتند از خط مشی ها، رویه ها و مقررات. خط مشی ها، راهنمایی های کلی برای تصمیم گیری هستند. رویه ها، راهنمای فعالیت ها هستند که طریق به انجام رساندن فعالیت ها را به طور مفصل مشخص می کنند. مقررات، ساده ترین نوع برنامه های دائمی هستند. مقررات بیان فعالیت هایی هستند که در یک موقعیت مشخص باید انجام شود و یا نشود.

۲-۳-۳. بعد وسعت در برنامه ریزی

سومین روش طبقه بندی برنامه از طریق وسعت یا عرصه فراگیری آنها است. برخی از طرح ها خیلی وسیع و از نوع بلند مدت هستند و تمرکزشان بر اهداف کلیدی سازمان است. انواع دیگر برنامه ها مشخص می کنند که سازمان چگونه می تواند جهت دستیابی به اهداف تجهیز شود. برنامه ریزی از این جهت به سه نوع ذیل تقسیم می شود.

شکل ۲-۱. مراحل برنامه ریزی استراتژیک



۲-۳-۳-۱. برنامه ریزی استراتژیک: برنامه ریزی استراتژیک عبارت است از فرآیند تعیین اهداف مهم یک سازمان، تعیین مسیرهای عملیاتی و تعیین منابع لازم جهت دستیابی به اهداف مذکور. اینگونه برنامه ها به ایجاد برنامه های خاص، بودجه و خط مشی منجر می شود.

۲-۳-۳-۲. برنامه ریزی تاکتیکی: در حالیکه برنامه ریزی استراتژیک بر روی مسائلی همچون چگونگی آینده سازمان تمرکز دارد، برنامه ریزی تاکتیکی بر چگونگی انجام دادن این کار تاکید دارد. برنامه ریزی تاکتیکی بر اجرای فعالیت ها و تخصیص منابع مورد نیاز برای نیل به اهداف دلالت می کند.

۲-۳-۳-۳. برنامه ریزی عملیاتی: برنامه ریزی عملیاتی یعنی هماهنگ کردن استانداردهای کاری و تعیین افراد مناسب برای اجرای برنامه های تاکتیکی. برنامه های عملیاتی غالباً از طریق سهمیه، جدول زمانبندی یا استانداردها بیان می شوند(۴۵).

۲-۴. نگاهی بر سابقه اجرای روش SWOT

یعقوبی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تحلیل استراتژیک بیمارستان در برنامه ریزی بازاریابی: مطالعه ی موردی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان، که به روش مطالعه ترکیبی صورت گرفت جایگاه بیمارستان را از نظر نوع استراتژی از طریق تحلیل استراتژیک تعیین کردند. نتایج نشان داد عوامل اصلی تاثیر گذار بر محیط داخلی بر بازاریابی از میانگین ۲/۵ بیش تر است (۲/۷۶)، لذا بیمارستان دارای نقاط قوت بیشتری می باشد. از سوی دیگر نمره نهایی عوامل تاثیر گذار محیط خارجی بر بازاریابی از میانگین آن یعنی ۲/۵ کمتر است (۲/۴۵)، لذا از این لحاظ بیمارستان با تهدیداتی برای برنامه ریزی بازاریابی مواجه بوده است. لذا محیط بیمارستان برای برنامه ریزی بازاریابی از ثبات لازم برخوردار نیست (۴۶).

مروتی شریف آبادی و همکاران در مطالعه ای با عنوان اولویت بندی عوامل داخلی و خارجی یک بیمارستان با رویکرد سلسله مراتبی (مورد مطالعه: یکی از بیمارستان های استان فارس)،

عوامل محیط داخلی و خارجی شامل نقاط قوت و ضعف و فرصت ها و تهدید ها را شناسایی و اولویت بندی کردند. یافته های مطالعه وزن هریک از گروه های SWOT را مشخص کرد: نقاط قوت ۳۸ درصد، نقاط ضعف: ۶/۸ درصد، فرصت ها: ۴۴/۴ درصد، و تهدیدها: ۱/۰۹ درصد. در گروه نقاط قوت وجود تجهیزات مدرن پزشکی با ۹/۹ درصد، درگروه نقاط ضعف، کنسل شدن عمل های جراحی با ۲/۴ درصد، فرصت ها شناسایی به عنوان قطب علمی و تهدید فقدان استقلال مالی شناسایی شد. در نقاط قوت وجود تجهیزات مدرن تشخیصی-درمانی و مهارت پرسنل نسبت به سایر گزینه ها امتیاز بالاتری را کسب کردند. در نقاط ضعف کنسل شدن عمل های جراحی و نارضایتی بیمار دارای اهمیت بیشتری است. شناسایی مرکز به عنوان قطب علمی مهم ترین فرصت برای بیمارستان محسوب شده است و مهم ترین تهدیدی که سازمان با آن روبروست فقدان استقلال مالی است (۴۷).

شاهمرادی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تدوین راهبردهای پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت با استفاده از تحلیل SWOT که به روش توصیفی تحلیلی در کلیه بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد مهم ترین نقطه قوت، دسترسی به موقع و سریع به اطلاعات (امتیاز وزنی ۰/۱۴۷) و مهم ترین نقطه ضعف، کمبود تجهیزات و سخت افزارهای لازم و مناسب برای پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت (امتیاز وزنی ۰/۰۹۴) بود. همچنین، به اشتراک گذاشتن اطلاعات بین ارایه کنندگان خدمات سلامت و مدیریت بهتر اطلاعات (امتیاز وزنی ۰/۱۲۱) به عنوان اصلی ترین فرصت و عدم وجود برنامه ریزی استراتژیک در زمینه پرونده الکترونیک سلامت (امتیاز وزنی ۰/۱۲۷) به عنوان اساسی ترین تهدید گزارش شد. سیاست مداران و دست اندکاران حوزه سلامت می توانند با استفاده از استراتژی های ارایه شده در پژوهش حاضر، اجرای پرونده الکترونیک سلامت را در ایران بهبود و تسریع بخشند. همچنین، ترسیم برنامه استراتژیک، تدوین استانداردهایی جهت امنیت و محرمانگی اطلاعات و افزایش منابع مالی، از جمله اقداماتی است که بهتر است برای پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت انجام گیرد (۴۸).

رخشانی نسب و همکاران در مطالعه ای با عنوان برنامه ریزی راهبردی مدیریت پسماند شهر زاهدان به روش SWOT به منظور ارائه برنامه راهبردی مدیریت پسماندهای شهر زاهدان از روش SWOT و تکمیل جدول برنامه ریزی راهبردی QSPM استفاده کردند و همچنین از نظرات کارشناسی خبرگان نیز بهره گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد، مهمترین راهبرد با بالاترین امتیاز جهت تحقق اهداف سازمان و دستیابی به توسعه پایدار در شهر زاهدان، همکاری و حمایت دولت جهت تخصیص اعتبارات لازم می باشد. مهیا کردن موقعیت جهت جذب و مشارکت بخش های خصوصی، ضرورت آموزش و فرهنگسازی عمومی، تدوین رویه های تولید و بخش های نرم افزاری و عدم اجرای قوانین و مقررات مدیریت پسماند، سایر راهبردهای مؤثر در بهبود مدیریت پسماند شهر زاهدان می باشد. اولویتهای راهبردی به دست آمده در این تحقیق می تواند در مسیر توسعه پایدار، گامی اصولی جهت تحقق اهداف محیط زیستی مدیریت پسماند شهر زاهدان بهشمار رود. از سوی دیگر، شهرداریها و سازمانهای محلی می توانند سیاست های لازم را جهت تقویت ابتکارها و ابداع های محلی سازماندهی و اجرا نمایند. همچنین خانواده ها، صنایع و مشاغل، اداره ها و ارائه کنندگان خدمات در زمینه پسماند، ملزم به اجرای سیستم مدیریت پسماند شهری هستند (۴۹).

فصل سوم

روش کار

فصل سوم: روش کار

این پروژه نوعی تحقیق ترکیبی است. برای جمع آوری داده های مورد نیاز بررسی های اسنادی و کتابخانه ای و اجماع نظر متخصصان به کار گرفته شد. آن گاه با توجه به اطلاعات به دست آمده به بررسی وضعیت کلی بخش بهداشت از نظام سلامت در استان قم با استفاده از شاخص های موجود پرداخته شد و سپس برای تجزیه و تحلیل یافته ها مدل SWOT که یکی از روش های مناسب تحلیل اقدامات در فرایند برنامه ریزی راهبردی است مورد استفاده قرار گرفت. مدل SWOT اصطلاحی است رایج برای شناسایی نقاط قوت و ضعف داخلی و فرصت ها و تهدیدها خارجی که هر سازمان یا مجموعه و قلمرو جغرافیایی با آن روبروست. در واقع تجزیه و تحلیل SWOT شناسایی نظام مند عواملی است که راهبرد می بایست بهترین سازگاری را با آن داشته باشد. منطق رویکرد مذکور این است که راهبرد تاثیرگذار باید قوت ها و فرصت های هر مجموعه را حداکثر سازد و ضعف ها و تهدیدها را به کمترین میزان خود برساند (۵۰). در ادامه به تعریف هر یک از این عوامل پرداخته می شود:

۳-۱. خلاصه ای از چهار عامل (نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت ها و تهدیدها) به

شرح زیر است:

۱. نقاط قوت: نقاط قوت خصوصیتی هستند که ما را قادر به انجام مأموریت سازمان می کنند. این نقاط، مبنایی در تداوم و پایداری موفقیت هستند. نقاط قوت می توانند محسوس یا نامحسوس باشند. این نقاط مواردی هستند که شما به خوبی از آنها شناخت دارید یا در آنها تخصص پیدا کرده اید؛ آنها شامل صفات و خصوصیات کارمندان شما (به صورت جداگانه و به عنوان یک تیم) و ویژگی های متمایزی هستند که به سازمان شما سازگاری می بخشند.

نقاط قوت جنبه های سودمند یا قابلیت های یک سازمان است که شامل صلاحیت های انسانی، توانایی های فرآیند، منابع مالی، محصولات و خدمات، حسن نیت مشتری و وفاداری برند

هستند. نمونه‌هایی از نقاط قوت سازمان، منابع مالی بزرگ، خط تولید گسترده، فقدان بدهی، کارکنان متعهد و ... هستند.

۲. نقاط ضعف: نقاط ضعف خصوصیتی هستند که مانع از رسیدن به مأموریت و دستیابی به پتانسیل کامل ما می‌شوند. این نقاط ضعف باعث تخریب نفوذ موفقیت و رشد سازمانی می‌شوند. نقاط ضعف فاکتورهایی هستند که استانداردهایی را که ما احساس می‌کنیم باید آنها را برآورده کنیم، تحقق نمی‌بخشند.

نقاط ضعف در یک سازمان می‌تواند ماشین‌آلات ناکارآمد، امکانات تحقیق و توسعه ناکافی، محدوده محصولات کم، تصمیم‌گیری ضعیف و غیره باشد. ضعف‌ها قابل کنترل هستند. آنها باید به حداقل برسند یا حذف شوند. به‌عنوان مثال - برای غلبه بر ماشین‌آلات منسوخ، ماشین‌آلات جدید را می‌توان خریداری کرد. نمونه‌های دیگری از ضعف‌های سازمانی شامل بدهی‌های بزرگ، گردش مالی زیاد کارکنان، پروسه تصمیم‌گیری پیچیده، محدوده محصولات کم، تلفات زیاد مواد خام و غیره هستند.

۳. فرصت‌ها: فرصت‌ها توسط محیطی که سازمان ما در آن فعالیت می‌کند ارائه می‌شوند. این فرصت‌ها زمانی به‌وجود می‌آیند که یک سازمان بتواند از شرایط محیطی خود برای برنامه‌ریزی و اجرای استراتژی‌هایی که باعث می‌شود سودآورتر شود، استفاده کند. سازمان‌ها می‌توانند با استفاده از فرصت‌ها، مزیت رقابتی کسب کنند.

سازمان باید همواره مراقب باشد و فرصت‌ها را تشخیص دهد و هر زمان که به‌وجود می‌آیند آنها را درک کند. انتخاب موارد هدفی که به بهترین وجه در خدمت مشتریان هستند، در حالی که نتایج مورد نظر خود را کسب می‌کنند، کار دشواری است. فرصت‌ها ممکن است از بازار، رقابت، صنعت/دولت و فناوری ایجاد شوند. افزایش تقاضا برای ارتباطات مخابراتی

همراه با رفع محدودیت‌ها، فرصتی عالی برای شرکت‌های جدید جهت ورود به بخش مخابراتی و رقابت با شرکت‌های موجود برای کسب درآمد است.

۴. تهدیدها: تهدیدها هنگامی به وجود می‌آیند که شرایط محیط خارجی، قابلیت اطمینان و سودآوری تجاری سازمان را به خطر می‌اندازد. تهدیدها هنگامی که با نقاط ضعف ارتباط دارند، آسیب‌پذیری را به بار می‌آورند. همچنین آن‌ها غیرقابل کنترل هستند. هنگامی که یک تهدید به وجود می‌آید، ثبات و بقا می‌تواند در خطر باشد. نمونه‌هایی از این تهدیدها عبارتند از: ناآرامی در میان کارکنان؛ فناوری در حال تغییر، افزایش رقابت منجر به ظرفیت بیش از حد، جنگ بر سر قیمت، کاهش سود صنعت و غیره (۵۱).

۲-۳. مزایای تجزیه و تحلیل SWOT

تجزیه و تحلیل SWOT در فرمولاسیون و انتخاب استراتژی نقش مهمی دارد. این تجزیه تحلیل یک ابزار قوی است، اما شامل یک عنصر ذهنی بزرگ است. بهتر است از آن به عنوان یک راهنما استفاده شود و نه به عنوان یک نسخه. تجارت‌های موفق بر روی نقاط قوت خود تأکید دارند، ضعف خود را رفع می‌کنند و در برابر ضعف‌های داخلی و تهدیدهای خارجی خود را محافظت می‌کنند. همچنین آن‌ها بر روی محیط تجارت خود به طور منظم توجه دارند و فرصت‌های جدید را سریع‌تر از رقبای خود می‌شناسند و از آنها بهره می‌برند (۵۲).

۳-۳. مراحل تحلیل SWOT

تحلیل سوات SWOT ابزاری کارآمد برای شناسایی شرایط محیطی و توانایی‌های درونی سازمان است. پایه و اساس این ابزار کارآمد در مدیریت استراتژیک و همین‌طور بازاریابی، شناخت محیط پیرامونی سازمان است. گام نخست: شناسایی عوامل داخلی و خارجی

در تحلیل سوات ابتدا عوامل داخلی و عوامل خارجی شناسایی می‌شود. پس از مشخص شدن تمامی نقاط ضعف و قوت و تهدیدها و فرصتها، ماتریس ارزیابی عوامل داخلی (IFE) ماتریس

ارزیابی عوامل خارجی (EFE) تشکیل می‌شود. نقاط ضعف و قوت داخلی در ماتریس IFE و فرصتها و تهدیدات خارجی در ماتریس EFE تجزیه و تحلیل می‌شوند. پس از مشخص شدن و نمره دهی عوامل درونی و بیرونی، این عوامل در جدول ماتریس استراتژی‌ها قرار می‌گیرند. سپس استراتژی‌های اتخاذ شده با استفاده از ماتریس QSPM نمره دهی شده و اولویت اجرای هر کدام مشخص می‌شود.

با استفاده از ادبیات پژوهش و مصاحبه‌های تخصصی مهمترین شاخص‌های هریک از معیارهای فوق شناسائی می‌شوند و سپس در قالب نقاط ضعف و قوت دسته‌بندی شد. به روش مشابه با استفاده از ادبیات پژوهش و مصاحبه‌های تخصصی مهمترین شاخص‌های هریک از عوامل خارجی شناسائی شده و سپس در قالب فرصت‌ها و تهدیدها دسته‌بندی شد.

گام دوم: تعیین اوزان عوامل داخلی و خارجی

پس از شناسائی عوامل داخلی و خارجی و دسته‌بندی آنها در قالب نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها، میزان اهمیت هریک از آنها مشخص شود. با استفاده از مدل فرایند تحلیل سلسله مراتبی وزن هریک از شاخص‌های عوامل داخلی و خارجی مشخص گردید.

گام سوم: ایجاد ماتریس ارزیابی عوامل داخلی و خارجی

برای تهیه ماتریس ارزیابی عوامل داخلی (IFE) ابتدا نقاط قوت و سپس نقاط ضعف را لیست کرده و به هرعامل یک ضریب وزنی بین صفر (بی‌اهمیت) تا یک (بسیار مهم) اختصاص داده شد. در اینصورت جمع ضرایب وزنی اختصاص داده شده باید مساوی یک باشد. به هریک از این عامل‌ها نمره ۱ تا ۴ داده شد. نمره ۱ بیانگر ضعف اساسی، نمره ۲ ضعف کم، نمره ۳ بیانگر نقطه قوت و نمره ۴ نشان دهنده قوت بسیار بالای عامل می باشد.

— برای تعیین نمره نهایی هرعامل، ضریب هرعامل در نمره آن ضرب شد.

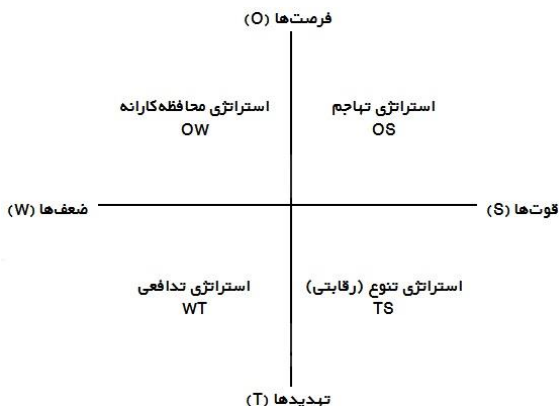
– مجموع نمره های نهایی هر عامل محاسبه و نمره نهایی سازمان مشخص شد.

اگر میانگین آنها کمتر از $2/5$ باشد یعنی سازمان از نظر عوامل داخلی دچار ضعف بوده و اگر نمره میانگین بیشتر از $2/5$ باشد سازمان دارای قوت می باشد.

گام چهارم: طراحی مدل تحلیل SWOT

برای تجزیه و تحلیل هم زمان عوامل داخلی و خارجی از ماتریس داخلی و خارجی استفاده گردید. این ماتریس برای تعیین موقعیت سازمان به کار می رود و برای تشکیل آن نمرات حاصل از ماتریس ارزیابی عوامل داخلی و ماتریس ارزیابی عوامل خارجی در ابعاد عمودی و افقی آن قرار گرفت تا جایگاه سازمان مشخص گردد و بتوان استراتژی های مناسبی را برای آن مشخص کرد. این ماتریس منطبق بر ماتریس SWOT است و استراتژی های مناسب برای سازمان را مشخص می کند.

شکل ۴-۱. الگوی ارزیابی و انتخاب استراتژی



روش تجزیه و تحلیل SWOT به شکل نظام یافته هر یک از عوامل قوت، ضعف، فرصت و تهدیدها را که در مرحله قبل شناسایی شده اند مورد تحلیل قرار داده و استراتژی های متناسب

با موقعیت را منعکس می‌سازد. در مدل SWOT پس از فهرست نمودن هر یک از عوامل قوت، ضعف، فرصت و تهدید که در مرحله قبل شناسایی شده و نوشتن آنها در سلول‌های مربوطه به خود بر حسب ترتیب امتیاز وزن دار از محل تلاقی هر یک از آنها استراتژی‌های مورد نظر حاصل می‌گردد. بنابراین همواره این ماتریس منجر به چهار دسته استراتژی ST، WO، WT و SO می‌شود. در جدول ۱ ماتریس تجزیه و تحلیل SWOT نشان داده شده است.

جدول ۴-۱. ماتریس تجزیه و تحلیل SWOT

عوامل استراتژیک	فهرست قوت‌ها (S)	فهرست ضعف‌ها (W)
فهرست فرصت‌ها (O)	استراتژی‌های SO	استراتژی‌های WO
فهرست تهدیدها (T)	استراتژی‌های ST	استراتژی‌های TW

۳-۴. انواع استراتژی‌های SWOT

استراتژی‌های SO: در اجرای استراتژی‌های SO می‌توان با استفاده از نقاط قوت داخلی از فرصت‌های خارجی حداکثر بهره برداری را نمود. هر سازمانی علاقه مند است که همیشه در این موقعیت قرار داشته باشد تا بتواند با بهره گیری از نقاط قوت داخلی از فرصت‌ها و رویدادهای خارجی حداکثر استفاده را بنماید.

استراتژی‌های WO: هدف از استراتژی‌های WO این است که از مزیت‌هایی که در فرصت‌ها نهفته است در جهت جبران نقاط ضعف استفاده شود.

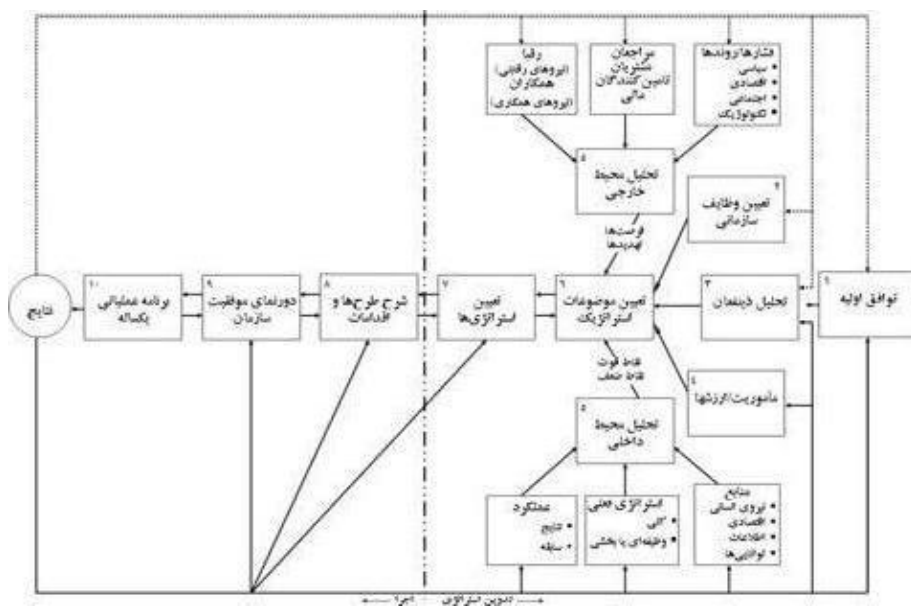
استراتژی‌های WT: هدف در اجرای استراتژی‌های WT کم کردن نقاط قوت و ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی است. در چنین موقعیتی وضعیت نامناسب بوده و در وضع مخاطره آمیز قرار خواهیم گرفت و باید سعی کنیم بانحلال، واگذاری، کاهش عملیات، ادغام و سایر روشها از چنین وضعیتی پرهیز نماییم.

استراتژی‌های ST: در این نوع استراتژی تلاش می‌گردد تا با استفاده از نقاط قوت داخلی برای جلوگیری از تاثیر منفی تهدیدات خارجی، ساز و کارهایی در پیش گرفته شود و یا تهدیدات را از بین برد. به این ترتیب با استفاده از ماتریس SWOT فهرستی از استراتژی‌های مختلف در چهار گروه متفاوت بدست می‌آید.

۳-۵. فرایند برنامه ریزی استراتژیک در قالب مدل برایسون

شکل ۴-۲ مراحل فرایند برنامه ریزی استراتژیک در قالب مدل برایسون را نمایش می‌دهد. همانطور که اشاره شد 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.

نمودار ۳-۱. مدل برایشون برای تحلیل نقاط ضعف و قوت و فرصت و تهدید



مراحل فرایند برنامه ریزی استراتژیک در مدل برایشون به شرح زیر می‌باشد:

۳-۱-۵. توافق اولیه

در این مرحله ضرورت برنامه ریزی استراتژیک برای سازمان مورد برنامه ریزی بررسی شده و آشنایی با این نوع برنامه ریزی حاصل می‌شود. سازمانها، واحدها، گروهها یا افرادی که باید در برنامه ریزی درگیر شوند مشخص گردیده و توجیه می‌شوند. مراحل که در برنامه ریزی باید انجام شوند شرح داده می‌شوند. روش انجام برنامه ریزی، زمانبندی انجام، آیین‌نامه‌های مورد نیاز برای جلسات و نحوه گزارش‌دهی مشخص می‌گردند. منابع و امکانات لازم تعیین می‌گردند.

۳-۲-۵. تعیین وظایف

وظایف رسمی و غیررسمی سازمان «باید هایی» است که سازمان با آنها روبروست. در این مرحله هدف اینست که سازمان و افراد آن وظایفی را که از طرف مراجع ذیصلاح (دولت، مجلس و...) به آنها محول شده است شناسایی نمایند. شاید این هدف به ظاهر خیلی روشن باشد ولی این واقعیت در بیشتر سازمانها وجود دارد که بیشتر افراد اختیارات و وظایف سازمانی را که در آن مشغول بکارند نمی‌دانند و اساسنامه آن را حتی برای یکبار مطالعه نکرده‌اند. از طرف دیگر وظایف محول شده به سازمان عموماً کلی بوده و تمام فضایی را که سازمان می‌تواند در آن فعالیت کند تعریف نمی‌کند. بنابراین ضروری است که با مطالعه وظایف مکتوب و مصوب سازمان اولاً با آن وظایف آشنا شد (که از این طریق بعضی از اختیارات و ذینفعان سازمان نیز شناسایی می‌گردند)، ثانیاً مواردی را که در حیطه اختیارات سازمان قرار می‌گیرند اما تا بحال کشف نشده‌اند، شناخت.

۳-۳-۵. تحلیل ذینفعان

ذینفع فرد، گروه یا سازمانی است که می‌تواند بر نگرش، منابع یا خروجی‌های سازمان تأثیر گذارد و یا از خروجی‌های سازمان تأثیر پذیرد. تحلیل ذینفعان پیش‌درآمد 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 می‌برند، و وضعیت عملکردی سازمان در قبال این معیارها چیست، به احتمال زیاد نخواهد توانست فعالیت‌هایی را که باید برای ارضای ذینفعان کلیدی خود انجام دهد، شناسایی کند.

۴-۳-۵. تنظیم بیانیه مأموریت سازمان

مأموریت سازمان جملات و عباراتی است که اهداف نهایی سازمان، فلسفه وجودی، ارزشهای حاکم بر سازمان و نحوه پاسخگویی به نیاز ذینفعان را مشخص می‌کند. علاوه بر این موارد، اختلافات درون سازمانی را مرتفع ساخته و بستر بحث‌ها و فعالیتهای سازنده و مؤثر را هموار

می‌کند. توافق بر مأموریت سازمان، تمام فعالیتهای آن را همسو می‌سازد و انگیزش و توجه ذینفعان سازمان خصوصاً کارکنان آن را افزایش می‌دهد.

۵-۳-۵. شناخت محیط سازمان

اساس استراتژیک عمل کردن شناخت شرایط است. یک بازیکن موفق فوتبال علاوه بر اینکه از توانایی‌ها و وظایف هر یک از اعضای تیم خود آگاهی دارد، سعی می‌کند 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 آنها برای سازمان تعیین می‌گردند. در راستای شناخت محیط سازمان، در این مرحله محیط داخلی نیز در قالب ورودی‌ها، خروجی‌ها، فرایند و عملکرد سازمان مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

۵-۳-۶. 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، ارزشها، محصول یا خدمات ارائه شده، مراجعان یا استفاده‌کنندگان، هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، سازمان یا مدیریت تأثیر می‌گذارد. هدف این مرحله تعیین انتخاب‌هایی است که سازمان با آنها مواجه است.

۵-۳-۷. تعیین استراتژیها

به منظور پرداختن به هر یک از موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان باید اقداماتی صورت گیرد که در قالب برنامه‌ها، اهداف، طرح‌ها بیان می‌شوند. این اقدامات استراتژی نامیده می‌شوند. در واقع استراتژی عبارتست از قالبی از اهداف، سیاستها، برنامه‌ها، فعالیتها، تصمیمات یا تخصیص‌های منابع که مشخص می‌کنند سازمان چیست، چه کاری انجام می‌دهد و چرا آن را

انجام می‌دهد. استراتژی‌ها می‌توانند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوتی تعریف شوند.

۵-۳-۸. 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 برایشون مربوط به اجرای برنامه و مدیریت استراتژیک می‌گردد. در این مرحله به منظور اجرای هر یک از استراتژیهای انتخاب شده تعدادی طرح و اقدام تعریف می‌گردد.

۵-۳-۹. تنظیم دورنمای سازمانی برای آینده

در این مرحله، توصیفی از شرایط آینده سازمان در صورت بکارگیری 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.

۵-۳-۱۰. 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.

۴-۵. روش اجرا

به منظور تجزیه و تحلیل وضعیت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم، ابتدا طی جلسه ای با حضور معاون بهداشتی و مدیران گروه ها و واحدهای مختلف بر سر نحوه تدوین برنامه و مدل مناسب بحث و تبادل نظر شد و توافق اولیه حاصل شد. اهداف برنامه دوم راهبردی مورد بررسی قرار گرفت و شاخص های مورد نظر از نظر میزان دستیابی به اهداف بررسی شد. همچنین در این مرحله اعضای کمیته تدوین برنامه، رئیس و دبیر آن تعیین گردید و زمان بندی جهت اجرای آن صورت گرفت. سپس بر اساس مراحل مدل برایسون از اعضا خواسته شد تا شرح وظایف هریک از گروه ها و واحد ها بر اساس دستورالعمل ها، بخشنامه ها و تصویب نامه های داخلی تعیین گردد تا مبنایی برای تعیین اهداف و استراتژی های قرار گیرد. در مرحله بعد کلیه ذینفعان معاونت بهداشتی با استفاده از روش بارش افکار و بررسی مستندات و سوابق شناسایی گردید. در گام بعد رسالت و مأموریت سازمان با مشارکت کلیه اعضا و استفاده از نظرات مشاوران و متخصصان تعیین و طی چند مرحله ویرایش نهایی گردید. سپس به منظور شناخت محیط داخلی و خارجی سازمان، ارزیابی سیستم از نظر واکنش به عوامل درونی و بیرونی یا همان نقاط ضعف و قوت و فرصت ها و تهدیدها صورت گرفت. سپس ضریب اهمیت هریک از آنها با استفاده از پانل متخصصان با استفاده از ماتریس های قطری تعیین شد.

در مرحله بعد بر اساس عوامل درونی و بیرونی هر یک از اعضا استراتژی های پیشنهادی خود را تعیین و در جلسه جمع بندی مورد بحث و تبادل نظر قرار داده و با استفاده از ماتریس کمی برنامه ریزی استراتژیک QPSM (Quantitative strategic planning matrix) امتیازدهی کردند و در نهایت به اتفاق نظرات جمع ۱۲ استراتژی جهت تدوین طرح ها و برنامه عملیاتی یکساله استخراج گردید.

یکی از روشها و تکنیک های ارزیابی، پایش و نظارت برای تحقق استراتژی استفاده از ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی یا QSPM می باشد. در این روش که در بسیاری از پژوهش های

مربوط به مدیریت و برنامه ریزی استراتژیک مورد استفاده قرار می‌گیرد مشخص می‌گردد که کدامیک از گزینه‌های استراتژیک انتخاب شده امکان پذیر می‌باشد و در واقع این استراتژی‌ها را اولویت‌بندی می‌نماید.

این ماتریس از اطلاعات بدست آمده در مراحل مختلف مدیریت و برنامه‌ریزی استراتژیک و راهبردی استفاده نموده و مانند سایر روشهای راهبردی نیازمند قضاوت خوب، خبرگی و آگاهی است. ماتریس QSPM برای ارزیابی امکان پذیری و پایداری راهکارهای پیشنهادی در مواجهه با شرایط محیطی و وضع موجود می‌باشد. در صورتیکه در این ماتریس یک استراتژی می‌توان مواجهه با شرایط درونی و بیرونی را نداشته باشد، باید از فهرست استراتژی‌های قابل اولویت‌بندی خارج شود.

مراحل تشکیل ماتریس QSPM به شرح زیر است:

در ستون اول ماتریس فهرست عوامل استراتژیک بیرون سازمان شامل کلیه تهدیدها و فرصتها و عوامل استراتژیک درون سازمانی شامل کلیه ضعف‌ها و قوت‌ها آورده می‌شود. این عوامل عیناً از ماتریسهای IFE و EFE آورده می‌شود. در ستون دوم امتیاز وزن دار یا موزن هر عامل استراتژیک عیناً از ماتریس IFE و EFE استخراج و درج می‌شود. در ستون‌های بعدی انواع استراتژی‌هایی که از ماتریس SWOT بدست آمده و شامل استراتژی‌های چهارگانه ST، WO، WT و SO می‌باشد آورده می‌شود. هر یک از ستونهای مربوط به انواع استراتژی‌ها به دو زیر ستون تقسیم می‌شود. یکی زیر ستون AS و دیگری زیر ستون TAS. در ستون AS امتیاز جذابیت داده می‌شود، به این ترتیب که هر عامل استراتژیک را با استراتژی مورد نظر می‌سنجند و به آن امتیاز می‌دهند.

تعیین جذابیت استراتژی‌ها

در تعیین امتیاز جذابیت باید به این سؤال پاسخ داده شود که آیا این عامل در انتخاب استراتژی مذکور اثر می‌گذارد؟ در صورتی که پاسخ به این سؤال مثبت باشد امتیاز جذابیت باید به صورت خاص و با توجه به جذابیت نسبی هر استراتژی به استراتژی دیگر داده شود.

امتیازهای جذابیت به صورت زیر است :

- امتیاز ۱ = جذاب نمی باشد.
- امتیاز ۲ = تا حدودی جذاب می باشد.
- امتیاز ۳ = در حد قابل قبول جذاب است.
- امتیاز ۴ = جذابیت بالایی دارد.

در صورتی که پاسخ به سؤال فوق الذکر منفی باشد نشان می‌دهد که عامل استراتژیک تأثیری برگزیده استراتژی ندارد لذا امتیاز جذابیت برای آن استراتژی در ردیف عامل استراتژیک مساوی یک خواهد بود. امتیازات ستون دوم را در امتیاز جذابیت ضرب نموده و امتیاز کل جذابیت در ستون TAS درج شده و نشان دهنده جذابیت نسبی هر یک از عوامل بر استراتژی مورد نظر می‌باشد. جمع امتیازات TAS در ردیف پایین جدول محاسبه می‌شود که این عدد همان امتیاز اولویت استراتژی می‌باشد. به این ترتیب گزینه‌های مختلف استراتژی یک سازمان با مقدار عددی تعیین اولویت شده و با یکدیگر قابل مقایسه خواهد بود.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها (یافته ها)

۴-۱. تعیین شرح وظایف

۴-۱-۲. گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

- مدیریت آمار و اطلاعات و تعیین شاخصهای راهبردی و تحلیل آمار و اطلاعات واصله از گروههای فنی
- بررسی، برآورد و شناسایی نیازهای واحدهای ارائه خدمات از لحاظ فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی
- تعیین استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی در واحدهای ارائه خدمات
- تعیین سطوح بسته های خدمات در سطح بندی خدمات سلامت و تبیین وظایف سطح ۱ خدمات
- تعیین استانداردهای دسترسی، فراهمی به منظور پوشش مناسب خدمات با توجه به هزینه اثربخشی و هزینه فرصت
- جلب مشارکت مردم
- امور آزمایشگاهها

۴-۱-۳. گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

- تهیه برنامه عملیاتی و جدول گانت
- آموزش (پرسنل و جامعه)
- پایش و نظارت تخصصی برنامه ها (مراکز، خانه ها، بیمارستان ها و ...)
- توسعه پژوهش های کاربردی در حوزه بیماری های واگیر و غیرواگیر
- ارتقاء ثبت اطلاعات در سامانه های الکترونیکی
- مراقبت بیماری های واگیر رایج، بازپدید و نوپدید مشمول برنامه های ملی
- ارتقاء کمی و کیفی برنامه ایمن سازی و زنجیره سرما

- رصد اپیدمی ها و انجام مداخلات لازم در مناطق تحت پوشش
- بهینه سازی مراقبت بیماری های در مرحله حذف و ریشه کنی ابلاغی از وزارت بهداشت (سرخک، سرخجه، مالاریا، سل، فلج اطفال و ...)
- ارتقاء کمی و کیفی برنامه های حشره شناسی پزشکی در راستای کنترل ناقلین
- تامین، حفظ و ارتقاء تجهیزات فنی واحدهای ارائه خدمات تخصصی (مراکز هاری، مالاریا، سالک، سل، مشاوره بیماری های رفتاری، زنجیره سرما و ...)
- برنامه ریزی در راستای آمادگی و کنترل بیمار یها در زمان نزول بلایا
- توسعه هماهنگی های برون و درون بخشی
- ارتقاء کمی و کیفی خدمات بهداشتی به اتباع
- برقراری نظام مراقبت سندرومیک در تجمعات انبوه
- توسعه برنامه های IHR
- ثبت و گزارش دهی بیماری های مشمول مراقبت فوری و غیر فوری
- پیگیری موارد بیماری ها، تا حصول نتیجه

۴-۱-۳. گروه سلامت محیط و کار

- کنترل و نظارت بر فعالیتهای مرتبط با آب و فاضلاب (پایش کیفیت آب آشامیدنی از طریق نمونه برداری و کلرسنجی طبق
- استانداردها، نظارت بر آزمایشگاه آب و فاضلاب، کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب، نظارت بر بهداشت آب استخرها)
- کنترل طغیان بیماریهای ناشی از آب و غذا
- ارزیابی مسایل زیست محیطی از قبیل مدیریت پسماندبیمارستانی ، کود در سطح روستاها و نظارت بر کیفیت هوا در شهرها و روستاها
- کنترل و کاهش استعمال دخانیات و اجرای برنامه های مرتبط
- بهداشت محیط روستا و اجرای برنامه CBI و اجرای برنامه های پیوست سلامت

- نظارت بر برنامه های مرتبط با بهداشت محیط بیمارستانها
- کنترل و نظارت بر مواد غذایی در سطح عرضه و مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، اماکن عمومی و صدور پروانه کسب
- توانمند سازی بازرسین بهداشت محیط از طریق برگزاری دوره های آموزشی و مجهز نمودن آنها به دستگاههای پرتابل
- صدور مجوز شرکتهای مبارزه با حشرات و جوندگان و نظارت بر نحوه فعالیت آنها در راستای کنترل ناقلین
- رسیدگی به شکایات مردمی به طور مستقیم یا از طریق سامانه ۱۹۰
- استقرار و توسعه سامانه جامع مدیریت بازرسی در راستای برنامه بازرسی هدفمند
- فعالیتهای مرتبط با مدیریت بحران طبق انتظارات مرکز سلامت
- اجرای برنامه های آموزشی در خصوص برنامه های بهداشت محیط (آموزش صنوف از طریق آموزشگاه اصناف و صدور
- مجوز و پروانه آموزشگاه ها، آموزش اقشار مختلف جامعه، آموزش دانشجویان، آموزش تخصصی پرسنل)
- توسعه پژوهش و تحقیقات
- شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی، و کنترل عوامل زیان آور محیط کار
- پیشگیری از بیماری های شغلی
- توانمند سازی شاغلین، کارفرمایان، کارشناسان و کارکنان تشکیلات بهداشت حرفه ای در خصوص مولفه های تامین سلامت شغلی
- ایجاد و توسعه تشکیلات بهداشت حرفه ای در واحد های کاری
- اجرای برنامه های مشاغل سخت و زیان آور، بهداشت پرتوکاران، بقاء، بهداشت کشاورزان، مقابله با صدا در محیط کار، ساماندهی روشنایی محیط کار، عوامل شیمیایی محیط کار، خطرات و حوادث شیمیایی محیط کار و سلامت عوامل اجرایی پسماندها
- اجرای برنامه بازرسی هدفمند

- توسعه خدمات الکترونیک در جهت اهداف دولت الکترونیک از جمله به روز رسانی سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار

۴-۱-۴. گروه سلامت خانواده و جمعیت و مدارس

- شناخت توانائی های بالقوه منطقه، ابلاغ سیاست های بالا دستی به محیط، برنامه ریزی و تعیین سیاست های منطقه ای، برنامه ریزی، نظارت و مشارکت درآموزش و بازآموزی پرسنل، افزایش سطح سواد سلامت در گروههای هدف، هماهنگی درون و برون بخشی و جلب مشارکت، نظارت بر عملکرد مراکز تابعه، توزیع اعتبارات و نظارت بر هزینه کرد اعتبارات، پایش و ارزشیابی
- مراقبتهای اولیه بهداشتی در سطح خانه بهداشت، پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت مرتبط با این گروه به دو دسته تقسیم می گردد: خدمات فرد محور و خدمات جامعه محور
- انجام غربالگریهای روتین و تشکیل پرونده الکترونیک با هدف شناسایی عوامل خطر یا بیماری در گروههای سنی (نوزادان، کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان، مادران باردار و زنان واجدالشرايط مراقبت باروری سالم)
- تشخیص و پیگیری درمان یا کنترل عامل خطر تا حصول نتیجه براساس بسته خدمت گروههای سنی، ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه سلامت پیشگیری و آموزش سلامت فردی و خدمات ارجاعی برای جمعیت خاص و در مراکز خاص (خدمات مشاوره ازدواج، خدمات مشاوره شیردهی، خدمات مشاوره ژنتیک و خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم)
- خدمات بهداشت عمومی که هدف آنها جامعه بوده و در گروه سلامت خانواده، بهداشت مدارس را تحت پوشش قرار می دهد.
- خدمات بهداشت مدارس شامل برنامه جامع آموزش سلامت، کنترل بیمارهای شایع سنین مدرسه، سلامت محیط مدرسه، بهبود تغذیه، تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی دانش آموزان،

ارتقای سلامت کارکنان، خدمات سلامت روان و مشاوره ای و مشارکت والدین و جامعه در برنامه های ارتقای سلامت در مدرسه

۴-۱-۵. آموزش و ارتقای سلامت

- نیازسنجی مبتنی بر شواهد
- توسعه پژوهش های کاربردی در حوزه آموزش سلامت
- اجرای برنامه خودمراقبتی
- تولید محتوای آموزشی مناسب در راستای نیازهای آموزشی جامعه
- توسعه فعالیت های آموزشی گروهی از جمله گروه های خودیار
- به کار گیری رویکرد اجتماعی و ظرفیت های جامعه برای تغییرات پایدار
- استفاده از الگوهای موثر و برنامه های شواهد محور جهت افزایش سواد سلامت
- توسعه تعامل با سازمان ها، ارگان ها و نهاد ها در زمینه فعالیت های آموزشی
- توانمندسازی پرسنل در خصوص آموزش اجتماع محور
- نظام مند کردن استفاده از رسانه های گروهی در امر آموزش سلامت

۴-۱-۶. گروه بهبود تغذیه جامعه

- برنامه ریزی و اجرای برنامه و فرآیندهای جاری دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت
- ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای با ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبت های تغذیه ای
- شناسایی و اولویت بندی مشکلات تغذیه ای شایع در منطقه و طراحی و کمک به اجرای مداخلات مناسب تغذیه ای بر حسب شرایط موجود
- نظارت و پیگیری بر انجام مراقبتها و خدمات تغذیه ای در واحدهای محیطی
- تدوین و مدیریت اجرای برنامه عملیاتی
- برنامه ریزی و هماهنگی اجرای برنامه های آموزشی تغذیه سالم در تمام سطوح

- جلب همکاری‌های درون و بین بخش در اجرای برنامه های تغذیه ای جامعه محور
- اجرای برنامه تغذیه صحیح در گروه های سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان، مادران باردار و شیرده و ...)
- پیشگیری و کنترل بیماری های مرتبط با سوء تغذیه در گروه های سنی (اضافه وزن و چاقی، دیابت، پرفشاری خون، چربی خون، کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان)
- پیشگیری از کمبود ریز مغذی ها (ید، آهن، ویتامین A و D، اسیدفولیک و ...)
- اجرای برنامه های امنیت غذایی و بحران

۴-۱-۷. واحد کاهش خطر بلایا

- Safety And Risk Assessment (SARA) یا ارزیابی و ایمنی خطر واحدهای بهداشتی: انجام ارزیابی ایمنی کلیه فضاهای فیزیکی ارائه دهنده خدمات شبکه سالی یکبار
- Structural And Nonstructural Safety (SNS) یا برنامه ایمنی سازه ای و غیرسازه ای واحدهای بهداشتی درمانی: پس از ارزیابی اجرای ایمنی سازه ای و غیر سازه ای فضاهای فیزیکی ارائه دهنده خدمات طبق دستورالعمل ها و چک لیست ها
- Disaster Surveillance system (DSS) یا برنامه نظام مراقبت بلایا: طبق دستورالعمل پایش مخاطرات که می بایست گزارش گردد
- Disaster Assessment of readiness and Training (DART) یا برنامه ارزیابی و آموزش خانوارهای ایرانی در برابر بلایا: ارزیابی با یک چک لیست پانزده سوالی و آموزش مادران خانوارها در خصوص تما مخاطرات و سال اول برنامه آموزش زلزله
- Emergency operation Plan (EOP) یا برنامه آمادگی و پاسخ در بحرانها و فوریت ها: تدوین یک برنامه آمادگی و پاسخ در پنج بخش ۱- بخش عمومی و مفاهیم پایه ۲- مبانی عملیات پاسخ ۳- کارکردهای فاز آمادگی ۴- کارکردهای مدیریتی عملیات پاسخ ۵- کارکردهای اختصاصی واحد ها

- مشارکت و همکاری درون بخشی و برون بخشی به منظور آمادگی و مقابله با خطرات بلایا در قبل، حین و بعد از بروز بلایا
- ایجاد حفاظت مالی و اطمینان از حفظ منابع نظام سلامت در قالب کسب اطمینان از خرید بیمه ای تاسیسات، تجهیزات و خدمات.

۴-۱-۸. گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

- ارزیابی اولیه و تکمیلی سلامت روان
- مداخلات روانشناختی
- آموزش گروه های هدف
- غربالگری درگیری سوء مصرف مواد، الکل و سیگار
- مداخلات مختصر در مصرف آسیب رسان مواد و سیگار
- کاهش آسیب (تیم سیار و آموزش)
- غربالگری اولیه و تکمیلی در سلامت اجتماعی
- مداخلات مختصر در خشونت خانگی

۴-۲. یافته های حاصل از تحلیل ذینفعان

۴-۲-۱. مهمترین ذینفعان درونی معاونت بهداشتی دانشگاه:

۱. رئیس دانشگاه
۲. معاونت بهداشتی
۳. سایر معاونت های دانشگاه
۴. معاونین و مدیران گروه های مرکز بهداشت
۵. کارشناسان ستادی مرکز بهداشت استان
۶. واحدهای پشتیبانی مرکز بهداشت استان

۷. مدیر مالی دانشگاه
۸. اعضاء هیئت رئیسه دانشگاه
۹. واحدهای پیشبینی دانشگاه
۱۰. مدیران ارشد معاونت های دانشگاه
۱۱. مدیران شبکه های بهداشتی درمانی دانشگاه
۱۲. روسای مرکز بهداشت شهرستان
۱۳. روسای بیمارستانها
۱۴. پزشکان طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده
۱۵. اعضاء تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی
۱۶. کارشناسان ستادی شهرستان
۱۷. دندانپزشکان
۱۸. پرسنل بیمارستانها و مراکز درمانی
۱۹. دانشکده های وابسته به دانشگاه
۲۰. مشاورین رئیس دانشگاه
۲۱. مدیران و مربیان مراکز آموزش بهورزی
۲۲. بسیج جامعه پزشکی

۴-۲-۲. مهمترین ذینفعان بیرونی معاونت بهداشتی دانشگاه:

وزیر بهداشت	بیمه های بخش خصوصی	دادگستری
جراید و روزنامه های محلی	سازمان صدا و سیما	اداره کل بیمه و خدمات درمانی استان
معاونتهای مختلف وزارت بهداشت	سازمان زندانها	تعمیرات حکومتی استان
آموزشگاههای صنوف	ادارات آموزش و پرورش	سازمان تامین اجتماعی
ادارات کل معاونت های وزارت متبوع	اداره آب و فاضلاب	نیروی نظامی و انتظامی استان
اداره کل ثبت احوال	مجمع نمایندگان مجلس	سازمان بهزیستی
استاندار	امورآب استان	سازمان ارشاد اسلامی
ثبت احوال شهرستانها	شورای اسلامی شهر و روستا	اداره کل صنعت و معدن استان
معاونین استاندار	سازمان انتقال خون	سازمان کمیته امداد
شهرداران شهرستانهای استان	دانشگاههای دولتی و آزاد استان	سازمان نظام مهندسی
فرماندار	سازمان هلال احمر	سازمان محیط زیست
رابطین بهداشتی	نظام پزشکی	اداره کل هواشناسی
بخشداران و دهیاران	بنیاد علوی	سازمان جهاد کشاورزی
حج و اوقاف و	شرکت های دارویی خصوصی	اداره راه و ترابری
شورای سلامت استان	پزشکی قانونی	مراکز درمانی بخش خصوصی
اداره کار و امور اجتماعی	پلیس راه استان	سازمان صنایع و معادن
اداره کل آموزش و پرورش استان	اداره کل دامپزشکی	مسئولین

۴-۲-۳. انتظارات و توقعات ذینفعان درونی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه

۱. تعیین وضعیت موجود
۲. شناسایی مشکلات
۳. تدوین برنامه
۴. افزایش انگیزه پرسنل
۵. ارتقاء سطح تحصیلی پرسنل
۶. ارتقاء مهارت‌های انجام کار
۷. بهبود کمی نیروی انسانی
۸. افزایش میزان روحیه مشارکت پذیری، انتقادپذیری و مسئولیت پذیری
۹. اصلاح پرداخت حقوق و مزایای پرسنل
۱۰. اصلاح نظام ارزشیابی سالیانه پرسنل
۱۱. گسترش خدمات رفاهی کارکنان
۱۲. داشتن بودجه برنامه ای
۱۳. ترویج فرهنگ شایسته سالاری
۱۴. توجه به سلامت و سرعت عمل پرسنل
۱۵. تسهیل در امر دسترسی به منابع اطلاعات
۱۶. اصلاح فرآیند انتخاب مدیران
۱۷. آشنایی مدیران به فنون مدیریتی
۱۸. بهبود استاندارد و فضاها و تجهیزات

۴-۲-۳. انتظارات و توقعات ذینفعان بیرونی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه

۱. داشتن برنامه های آموزشی برای مردم
۲. افزایش امکانات بهداشتی درمانی

۳. تکریم ارباب رجوع توسط پرسنل بهداشتی
۴. افزایش سطح دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز
۵. افزایش سطح همکاری و هماهنگی های برون بخشی
۶. بهبود سیستم ارجاع
۷. توجه ویژه به مشارکت های مردمی
۸. نظارت در تهیه و توزیع مواد غذایی
۹. توجه ویژه به بهداشت گروههای آسیب پذیر سالمندان و مادران و کودکان و ...
۱۰. تولید منابع آموزشی بهداشتی و انتشار آنها از طریق رسانه جمعی
۱۱. استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات
۱۲. اجرای برنامه پژوهشی و مداخله ای در بخش سلامت
۱۳. توجه ویژه به بهداشت مدارس
۱۴. توجه ویژه به بهداشت مساجد و اماکن عمومی
۱۵. نظارت بر عملکرد واحد های بهداشتی درمانی
۱۶. بهبود سیستم گزارش گیری و گزارش دهی
۱۷. کاهش حوادث و بیماریهای شغلی
۱۸. توجه ویژه به بهداشت روان جامعه
۱۹. پیشگیری و کنترل به موقع بیماریهای عفونی، گوارشی و
۲۰. توجه ویژه به کیفیت آب، هوا و دفع مواد زائد و جامد به منظور جلوگیری از آلودگی آب و خاک و محیط زیست
۲۱. تلاش در جهت اصلاح و بهبود شیوه زندگی مردم (ورزش و تغذیه و...)
۲۳. آمادگی لازم جهت مقابله با حوادث غیر مترقبه
۲۴. آمادگی لازم جهت پاسخگویی به نیازهای مردم در شرایط بحرانی

۳-۴. تنظیم بیانیه ماموریت سازمان

۱-۳-۴. رسالت

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، متولی راهبری، برنامه ریزی، سازماندهی، پایش، ارزشیابی بهداشت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی جامعه تحت پوشش بدون توجه به نژاد، ملیت، قومیت یا مذهب است. همچنین ارائه خدمات بهداشتی از طریق نظام شبکه و به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه با تکیه بر اصول پایه مراقبت های بهداشتی یعنی، عدالت، مشارکت جامعه، همکاری های بین بخشی، فن آوری مناسب و توجه به اصل ادغام، صورت می گیرد. شعار ما «سلامت برای همه، در همه جا» و تلاش ما ارائه بسته خدمت جامع سلامت به تمامی گروه های سنی تحت پوشش می باشد.

۲-۳-۴. دورنما

آرمان ما تحقق سلامت به عنوان یک ارزش متعالی برای بهبود کیفیت زندگی و آرایه با کیفیت ترین خدمات بهداشتی با تاکید بر ارزش های اسلامی و ایرانی، اهتمام بر اجرای عدالت، حفظ کرامت انسان ها، و اجتماع محوری، به آحاد مردم و بهبود شاخص های اساسی بهداشتی است به طوری که از این نظر همواره رتبه برتر در قطب قرار گیریم.

۴-۳-۳. هدف کلی

تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه تحت پوشش

۴-۴-۱. شناخت محیط سازمان

۴-۴-۱. ارزیابی اهداف برنامه دوم راهبردی

جدول ۴-۱. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «خود مراقبتی»

وضع موجود	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
	۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴		
۱۳۹۶	۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴		
%۶۷	%۶۷	%۶۰	افزایش میزان دانش گروههای هدف برنامه های مختلف بهداشتی با رویکرد خودمراقبتی	۱
%۶۵	%۶۰	%۵۰	افزایش مهارت های شیوه زندگی سالم در گروههای هدف برنامه های مختلف بهداشتی	۲
%۱۰/۴	-	کمتر از %۲۰	کاهش رفتارهای پرخطر	۳

جدول ۴-۲. اهداف و نتایج مورد انتظار برنامه راهبردی در ارتباط با موضوع مدیریت کیفیت و

نوآوری در ارائه خدمات

وضع موجود	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
	۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴		
۱۳۹۶	۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴		
%۲۰	%۳۰	کمتر از ۱%	کاهش خطا در ارائه مراقبت های بهداشتی	۱
%۱۲	%۱۵	کمتر از ۵%	کاهش میزان شکایت مشتریان از نحوه و کیفیت خدمات ارائه شده	۲
%۱۰۰	%۸۰	%۸۰	افزایش میزان ارائه خدمات از طریق روش های نوین(خدمات الکترونیک ، مولتی مدیا،...)	۳
%۹۰	%۷۵	بیش از ۸۰%	افزایش میزان انطباق مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه شده با رویکرد حفاظت از محیط زیست	۴

جدول ۳-۴. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی پژوهش در سیستم سلامت

(HSR)

وضع موجود		پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
		سال ۱۳۹۴	پیش بینی طبق برنامه در سال ۱۳۹۴		
۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۱	۱۰	افزایش تعداد پژوهشهای کاربردی سلامت محور	۱
۲۰	۳۰	۵۰	٪۵۰	افزایش سطح مهارت کارکنان در خصوص پژوهشهای سلامت محور	۲
٪۱۰	٪۱۰		بیش از ٪۱۰	افزایش پژوهشهای سلامت محور بر اساس درخواست سایر سازمانها برای رفع مشکلات بهداشتی	۳
۵	۶		۱۰	افزایش میزان تصمیم گیری مبتنی بر شواهد پژوهشی در ارائه خدمات بهداشتی- درمانی	۴

جدول ۳-۵. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «پایش و ارزشیابی»

وضع موجود		پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	اهداف	کد
۱۳۹۶	۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴		
%۸۰	%۹۰	بیش از %۹۵	افزایش میزان انطباق فعالیت ها با برنامه ها	۱
%۳۰	%۳۰	%۶۰	تعیین نقاط مداخله در فرایندها	۲
%۷۰	%۷۰	بیش از %۹۰	تعیین میزان دستیابی به اهداف	۳
%۱۰	%۰	بیش از %۲۵	افزایش میزان مشارکت بخش های غیر دولتی در پایش و ارزشیابی برنامه های بهداشتی	۴

جدول ۴-۴. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی فن آوری اطلاعات و

ارتباطات

وضع موجود	میزان پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
	۱۳۹۶	۱۳۹۵		
		سال ۹۴		
%۱۰۰	%۹۵	%۱۰۰	افزایش سطح دسترسی کارکنان به زیر ساختهای شبکه و فن آوری های نوین اطلاعاتی و ارتباطاتی	۱
%۹۰	%۸۰	%۸۰	افزایش دانش کارکنان در خصوص بهره گیری از فن آوری های اطلاعاتی و ارتباطی	۲
%۱۰۰	%۹۵	%۸۰	افزایش میزان تبادل اطلاعات با استفاده از فن اوریهای نوین	۳
%۱۰۰	%۹۰	%۸۰	افزایش میزان ارائه خدمات بهداشتی با استفاده از فن آوری های نوین	۴
%۷۵	%۷۰	-	افزایش میزان خدمات پشتیبانی نرم افزاری و سخت افزاری در استفاده از فن آوری های نوین اطلاعاتی	۵

جدول ۴-۵. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «مدیریت بحران»

وضع موجود	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
	۱۳۹۶	۱۳۹۵		
		سال ۱۳۹۴		
طبق مانور انجام شده حدوداً ۵۰ دقیقه		۳۵ دقیقه	افزایش قدرت واکنش سریع، مؤثر و کارآمد در مواجهه با حوادث	۱
-		کمتر از ۳٪	کاهش بروز مشکلات روانی ناشی از بحران	۲
-		کمتر از ۵٪	کاهش بروز بیماریهای واگیر در صورت بروز بحران	۳
-		کمتر از ۵٪	کاهش مرگ و میر گروههای آسیب پذیر ناشی از بحران	۴
-		کمتر از ۱۰٪	کاهش مشکلات بهداشت محیط ناشی از بحران	۵

جدول ۴-۶. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی مشارکت غیر دولتی و

همکاری بین بخشی

وضع موجود	میزان پیشرفت در پایان برنامه		اهداف	کد
	۱۳۹۶	۱۳۹۵		
		سال ۹۴		
%۸۵	%۸۵	۹۰	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه خدمات پشتیبانی قابل واگذاری	۱
%۱۰۰	%۱۰۰	۵۰	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه خدمات بهداشتی	۲
%۱۰<	%۱۰<	۳۰	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی به گروه هدف	۳
%۱۰<	%۱۰<	۲۰	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در انجام پروژه های مرتبط با حوزه سلامت	۴
%۶۰	%۶۰	۸۰	افزایش برنامه های بهداشتی مشترک با سایر سازمانها	۵

جدول ۷-۴. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی بازاریابی خدمات بهداشتی

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		وضع موجود	
		سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	
۱	افزایش درصد گروه‌های هدف آگاه از برنامه‌ها و خدمات بهداشتی دانشگاه از طریق رسانه‌ها	۱۰٪	۲۰	۲۵	
۲	افزایش درصد گروه‌های هدف آگاه از برنامه‌ها و خدمات بهداشتی دانشگاه از طریق رابطین بهداشتی	۱۰٪	۶	۷	
۳	افزایش انطباق نیازهای بهداشتی جامعه با خدمات ارائه شده	۸۰٪	۶۰	۷۰	
۴	افزایش میزان بهره‌مندی گروه‌های هدف از خدمات بهداشتی	بیش از ۹۵٪	۳۰	۴۰	

جدول ۸-۴. ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «مدیریت منابع»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		وضع موجود
		سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	
۱	افزایش میزان انطباق هزینه کرد مالی با شرح موافقت نامه‌ها	بیش از ۹۵٪	۹۵	۹۵
۲	افزایش جلب مشارکت خیرین سلامت و گروه‌های غیر دولتی در ساخت، راه اندازی و تجهیز واحد‌های بهداشتی مورد نیاز	بیش از ۴۰٪	۴۰	۴۰
۳	افزایش میزان رضایت کارکنان	۸۰٪	۷۵	۷۰
۴	افزایش تعداد مدیران میانی و پایه واجد حداقل دانش پایه مدیریت	۸۰٪	۷۵	۷۵
۵	افزایش میزان بهره‌وری کارکنان	بیش از ۵/۵ ساعت	۴	۴
۶	کاهش پست‌های بلا تصدی	کمتر از ۵٪	۵۰	۵۰
۷	افزایش سطح دانش فنی کارکنان	۸۰٪	۷۵	۸۰
۸	بهبود وضعیت فضای فیزیکی واحدهای بهداشتی درمانی منطبق بر استانداردهای بهداشت محیط	۷۵٪	۷۵	۸۰
۹	بهبود وضعیت کمی و کیفی تجهیزات از طریق استاندارد سازی یا تعمیر و تعویض آنها	بیش از ۹۰٪	۹۰	۹۰

۴-۴-۲. ارزیابی سیستم از نظر واکنش به عوامل درونی و بیرونی

نتایج حاصل از ماتریس تحلیل عوامل درونی و بیرونی امتیاز مربوط به عوامل درونی را ۲۲۳/۶۳ و امتیاز مربوط به عوامل بیرونی را ۲۳۸/۶۸ نشان داد. با توجه به این نتایج و با استفاده از نمودار تحلیل SWOT (شکل ۴-۲) استراتژی های تدافعی اتخاذ گردید. اما با توجه جایگاه توسعه در مدیریت سلامت و همچنین میانگین امتیازات به دست آمده که به ۲۵۰ نزدیک می باشد، سایر استراتژی ها نیز مد نظر قرار گرفت و در مرحله بعد با استفاده از ماتریس کمی برنامه ریزی راهبردی، راهبردهای نهایی تدوین گردید.

جدول ۹-۴. ماتریس ارزیابی عوامل درونی

امتیاز	نقاط قوت و ضعف	ردیف	
18.60388	وجود سامانه یکپارچه اطلاعاتی	قوت	۱
18.57911	ساختار شبکه ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه	قوت	۲
15.51766	توسعه برونسپاری خدمات بهداشتی	قوت	۳
16.15955	اجرای طرح تحول در حوزه بهداشت و برنامه پزشک خانواده روستایی	قوت	۴
12.04694	نوسازی و تجهیز واحدهای ارائه خدمت	قوت	۵
10.04836	وجود پرسنل آموزش دیده و توانمند در حوزه دولتی و خصوصی	قوت	۶
9.381697	وجود برنامه عملیاتی در واحدها	قوت	۷
14.50597	ضعف نظام پایش و ارزشیابی	ضعف	۸
12.61858	استخراج نامناسب و دسترسی نامناسب به اطلاعات وضعیت موجود	ضعف	۹
7.314525	انگیزه پایین پرسنل	ضعف	۱۰
11.18287	کمبود دانش مدیریت، تغییر مکرر و نظام مند نبودن انتساب مدیران	ضعف	۱۱

امتیاز	نقاط قوت و ضعف	ردیف	
8.193101	ضعف کار تیمی	ضعف	۱۲
9.264778	سیستم تشویق و تنبیه نامناسب	ضعف	۱۳
7.918326	ضعف سیستم پشتیبانی	ضعف	۱۴
7.210724	ضعف کمی و کیفی و انگیزش پایین نیروی انسانی	ضعف	۱۵
7.22238	کیفیت پایین آموزش	ضعف	۱۶
6.643354	رعایت نکردن ساختار تشکیلاتی	ضعف	۱۷
6.255966	تضاد منافع بخش خصوصی و دولتی	ضعف	۱۸
11.61123	زمان انتظار بالا و کم توجهی به رضایت مندی خدمت گیرندگان	ضعف	۱۹
7.440948	ارتباط نامناسب استان و شهرستان	ضعف	۲۰
5.910977	کمبود پژوهش های کاربردی	ضعف	۲۱
223.6309	جمع		

جدول ۱۰-۴. ماتریس ارزیابی عوامل بیرونی

امتیاز	تهدید ها و فرصت ها	ردیف	
16.97162	وجود سامانه های نرم افزاری ملی	فرصت	۱
15.02906	تک شهرستانی بودن استان قم	فرصت	۲
11.19889	مجاورت استان با پایتخت	فرصت	۳
7.960877	وجود کمیته ها و شوراهای کمک کننده در استان	فرصت	۴
18.4836	زیرساخت های مناسب شبکه	فرصت	۵
8.001922	وجود دانشکده بهداشت در استان	فرصت	۶
15.40785	فراهم بودن فرصتهای مناسب واگذاری	فرصت	۷
10.34724	وجود زیرساختهای اطلاع رسانی مجازی	فرصت	۸
16.65785	بازنگری بسته های خدمت سلامت	فرصت	۹
9.407847	وجود رسانه های ارتباط جمعی عمومی استانی	فرصت	۱۰
6.74118	وجود مراکز دینی متعدد	فرصت	۱۱
9.785391	رواج باورهای نادرست در خصوص خدمات بهداشتی	تهدید	۱۲
13.19889	ضعف سیستم ارجاع در سطح دو و سه	تهدید	۱۳
8.035391	شیوع بالای رفتارهای پرخطر	تهدید	۱۴
8.895862	رویکرد نامناسب دستگاه های نظارتی	تهدید	۱۵
7.062528	تعرفه های سنگین خدمات پاراکلینیک	تهدید	۱۶
7.411013	اولویت درمان بر پیشگیری	تهدید	۱۷
9.883876	وضعیت اقتصادی نامناسب جامعه	تهدید	۱۸

9.118725	حاشیه نشینی، مهاجرپذیری و زائرپذیری استان	تهدید	۱۹
8.395862	عدم پشتیبانی مناسب معاونت توسعه	تهدید	۲۰
7.797377	اعتبارات ناپایدار و ضعف در اختصاص اعتبارات به صورت متمرکز	تهدید	۲۱
6.353573	عدم حمایت کافی بیمه ها	تهدید	۲۲
6.542967	هماهنگی بین بخشی ضعیف	تهدید	۲۳
238.6894	جمع		

۴-۵. تدوین استراتژی ها

در این مرحله بر اساس عوامل درونی و بیرونی هر یک از اعضا استراتژی های پیشنهادی خود را تعیین و در جلسه جمع بندی مورد بحث و تبادل نظر قرار داده و با استفاده از ماتریس کمی برنامه ریزی استراتژیک (Quantitative strategic planning matrix) QPSM امتیازدهی کردند و در نهایت به اتفاق نظرات جمع ۱۲ استراتژی جهت تدوین طرح ها و برنامه عملیاتی یکساله استخراج گردید.

جدول ۴-۱۱. جدول اولویت بندی نهایی راهبردهای استخراج شده از ماتریس برنامه ریزی

استراتژیک

امتیاز	اولویت بندی نهایی راهبردها	ردیف
5644.2	توسعه کمی و بهبود کیفی ارائه خدمات	۱
4716.88	اصلاح ساختار و افزایش دسترسی و فراهمی خدمات بهداشتی-درمانی	۲
4674.35	بهینه سازی منابع انسانی، مالی و تجهیزات	۳
4440.52	توسعه بستر فناوری اطلاعات و ارتباطات	۴
4425.39	بازاریابی خدمات بهداشتی	۵
4391.36	اصلاح فرایندها به ویژه در بخش پشتیبانی	۶
4363.41	حمایت طلبی و جلب همکاری برون بخشی	۷
4226.54	توسعه برونسپاری خدمات	۸
4069.93	تقویت برنامه های حاکمیتی در حوزه سلامت	۹
4053.08	بهبود سواد سلامت با رویکرد خود مراقبتی	۱۰
3866.85	تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	۱۱
3488.44	بهره گیری از ظرفیت های مجامع علمی بومی	۱۲

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵. فصل پنجم: بحث، نتیجه گیری

۵-۱. بحث

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل سازمانی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم با استفاده از روش SWOT حاکی از آن است که الگوی تدافعی بهترین الگو به منظور سازگاری موقعیت های داخلی و خارجی سازمان به شمار می آید و مفهوم این الگو انتخاب راهبردهایی است که با کم کردن نقاط ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی از طریق واگذاری، کاهش عملیات، ادغام و سایر روشها از موقعیت مخاطره آمیز خارج شد و به اهداف اصلی سازمان که ارتقاء سلامت جامعه می باشد دست یافت. بنابراین در ادامه به تشریح اتخاذ راهبردهای ارتقاء نظام سازمانی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم پرداخته شده است:

۱. توسعه کمی و بهبود کیفی ارائه خدمات
۲. اصلاح ساختار و افزایش دسترسی و فراهمی خدمات بهداشتی-درمانی
۳. بهینه سازی منابع انسانی، مالی و تجهیزات
۴. توسعه بستر فناوری اطلاعات و ارتباطات
۵. بازاریابی خدمات بهداشتی
۶. اصلاح فرایندها به ویژه در بخش پشتیبانی
۷. حمایت طلبی و جلب همکاری برون بخشی
۸. توسعه برونسپاری خدمات
۹. تقویت برنامه های حاکمیتی در حوزه سلامت
۱۰. بهبود سواد سلامت با رویکرد خود مراقبتی

۱۱. تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

۱۲. بهره‌گیری از ظرفیت‌های مجامع علمی بومی

همانطور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد نقاط قوت سازمانی در معاونت بهداشتی به عواملی از جمله وجود سامانه یکپارچه اطلاعاتی، ساختار شبکه‌ای ارابه‌مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توسعه برونسپاری خدمات بهداشتی، اجرای طرح تحول در حوزه بهداشت و برنامه پزشکی خانواده روستایی، نوسازی و تجهیز واحدهای ارائه خدمت، وجود پرسنل آموزش دیده و توانمند در حوزه دولتی و خصوصی و وجود برنامه عملیاتی در واحدها بر می‌گردد. این موضوع نشان می‌دهد سازمان به لحاظ برخی شرایط مانند منابع زیر ساختی از شرایط مناسبی برخوردار است و برنامه ریزی برای استفاده بهینه از این منابع می‌تواند کمک موثری به دستیابی به اهداف سازمانی نماید.

از آنجا که شناسایی نقاط ضعف و تلاش برای رفع آنان با توجه به جایگاه سازمان می‌تواند گام بلندی به سمت رفع موانع دستیابی به اهداف داشته باشد، نقاط ضعف سازمان از جمله ضعف نظام پایش و ارزشیابی، استخراج نامناسب و دسترسی نامناسب به اطلاعات وضعیت موجود، انگیزه پایین پرسنل، کمبود دانش مدیریت، تغییر مکرر و نظام مند نبودن انتساب مدیران، ضعف کار تیمی، سیستم تشویق و تنبیه نامناسب و غیره باید در اولویت اقدام قرار گیرد. از جمله مهمترین این نقاط ضعف نبود نظام پایش و ارزشیابی نظام مند و دقیق است که سبب شده بسیاری از فعالیت‌ها از کمیت و کیفیت لازم برخوردار نباشند. همچنین از آنجا که وجود سامانه یکپارچه نرم افزاری برای اطلاعات سلامت به عنوان یک نقطه قوت در سازمان وجود دارد، تلاش برای استفاده موثر و استخراج و بکارگیری اطلاعات صحیح از آن می‌تواند یکی از نقاط مداخله اصلی در سازمان باشد. از جمله عوامل دیگر که به عنوان یک نقطه ضعف قلمداد می‌شود بی‌انگیزگی پرسنل است که می‌توان با برقراری نظام تشویق و تنبیه مناسب، توسعه ارتباطات سازمانی، کتھش استرس کاری و اقدامات دیگر آن را رفع کرد.

استفاده از فرصت های شناسایی شده در این پژوهش می تواند زمینه ساز توسعه سازمان و تسهیل دستیابی به اهداف باشد، برخی فرصت های شناسایی شده از جمله وجود سامانه های نرم افزاری ملی، تک شهرستانی بودن استان قم، مجاورت استان با پایتخت، وجود کمیته ها و شوراهای کمک کننده در استان، زیرساخت های مناسب شبکه، وجود دانشکده بهداشت در استان، فراهم بودن فرصتهای مناسب واگذاری، وجود زیرساختهای اطلاع رسانی مجازی، بازنگری بسته های خدمت سلامت، وجود رسانه های ارتباط جمعی عمومی استانی، و وجود مراکز دینی متعدد می تواند بسترساز رسیدن به اهداف باشد. به این منظور لازم است با اصلاح ساختار و فرایندها، حمایت طلبی و جلب همکاری برون بخشی و تمرکز بر عوامل محیطی و اجتماعی موثر بر سلامت راه را برای استفاده از این فرصت ها هموار نمود.

از جمله تهدید هایی که سازمان با آن مواجه است می توان به مواردی مانند رواج باورهای نادرست در خصوص خدمات بهداشتی، ضعف سیستم ارجاع در سطح دو و سه، شیوع بالای رفتارهای پرخطر، رویکرد نامناسب دستگاه های نظارتی، تعرفه های سنگین خدمات پاراکلینیک، اولویت درمان بر پیشگیری، وضعیت اقتصادی نامناسب جامعه، حاشیه نشینی، مهاجرپذیری و زائرپذیری استان و غیره اشاره کرد. از آنجا که بر اساس تحلیل های به عمل آمده استراتژی های تدافعی با رویکرد کم کردن نقاط ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی بهترین استراتژی در شرایط فعلی سازمان هستند راهبرد اصلاح فرایند ها در بخش پشتیبانی، بهینه سازی منابع انسانی، مالی و تجهیزات، بهره گیری از ظرفیت های مجامع علمی بومی و بازاریابی خدمات بهداشتی به عنوان راهبرد های برای برون رفت از وضعیت فعلی اتخاذ شدند.

۲-۵. نتیجه گیری

در این پروژه عوامل داخلی و بیرونی موثر بر وضعیت سازمان با استفاده از روش SWOT و استفاده از ماتریس کمی برنامه ریزی استراتژیک تعیین شد. در نهایت امتیاز عوامل داخلی مثبت ۲۲۳/۶ و امتیاز عوامل خارجی مثبت ۲۳۸/۷ به دست آمد و بر این اساس رویکرد تدافعی اتخاذ گردید.

نظام سلامت امروزه در بسیاری از کشورها با کمبود منابع روبروست. از این رو مدیران و برنامه ریزان مراقبت های بهداشتی اولیه باید بتوانند منابع موجود را با کاراترین و موثرترین روش های ممکن به کار گیرند. استفاده مطلوب از منابع نیازمند اطلاع دقیق و واضح از شکل جریان منابع می باشد و آگاهی از نحوه تخصیص منابع در کیفیت و عملکرد آن موثر است. استفاده از روش های علمی برنامه ریزی و تحلیل از جمله تحلیل به روش SWOT یکی از موثرترین روش های شناخت و کسب اطلاعات دقیق از وضع سازمان است.

1. Murray CJ, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Evidence and Information for Policy, World Health Organization; 1999 Nov.
2. Baltussen RM, Adam T, Tan-Torres Edejer T, Hutubessy RC, Acharya A, Evans DB, Murray CJ, World Health Organization. Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis.
3. Tandon A, Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization. 2000.
4. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V, Mackenbach JP. The social determinants of health: developing an evidence base for political action.
5. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
6. Petersen PE. Improvement of global oral health-the leadership role of the World Health Organization. Community Dent Health. 2010 Dec 1;27(4):194-8.
7. HAJIMAHMOUDI, Hannan; ZAHEDI, Farzaneh. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2013, 6.3: 1-16.
8. MEHRDAD, Ramin. Health system in Iran. JMAJ, 2009, 52.1: 69-73.
9. SHADPOUR, Kaveh. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. 2000.
10. LANKARANI, Kamran Bagheri; ALAVIAN, Seyed Moyed; PEYMANI, Payam. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 2013, 27.1: 42.
11. VOELKER, Kathleen E.; RAKICH, Jonathon S.; FRENCH, G. Richard. The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. Hospital topics, 2001, 79.3: 13-24.
12. VELIYATH, Rajaram; SHORTELL, Stephen M. Strategic orientation, strategic planning system characteristics and performance. Journal of Management Studies, 1993, 30.3: 359-381.
13. KONGSTVEDT, Peter Reid (ed.). The managed health care handbook. Jones & Bartlett Learning, 2001.
14. HERACLEOUS, Loizos. Strategic thinking or strategic planning?. Long range planning, 1998, 31.3: 481-487.
15. LARIJANI, Bagher, et al. Strengthening medical ethics by strategic planning in the Islamic Republic of Iran. Developing World Bioethics, 2006, 6.2: 106-110.
16. SADEGHIFAR, Jamil, et al. Strategic planning, implementation, and evaluation processes in hospital systems: A survey from Iran. Global journal of health science, 2015, 7.2: 56.

17. KALALI, Nader Seyed, et al. Why does strategic plans implementation fail? A study in the health service sector of Iran. *African Journal of Business Management*, 2011, 5.23: 9831-9837.
18. REIHANIAN, Anita, et al. Sustainable tourism development strategy by SWOT analysis: Boujagh National Park, Iran. *Tourism Management Perspectives*, 2012, 4: 223-228.
19. TOHIDI, Hamid; JAFARI, Aida; AFSHAR, Aslan Azimi. Strategic planning in Iranian educational organizations. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010, 2.2: 3904-3908.
20. LARIJANI, Bagher, et al. Strengthening medical ethics by strategic planning in the Islamic Republic of Iran. *Developing World Bioethics*, 2006, 6.2: 106-110.
21. <http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26440>
22. <http://www.leader.ir/fa/content/11651/leader.ir>
23. <http://www.rrk.ir/Files/Laws.pdf>
24. تقوا، اسماعیل زاده، محترمی. برنامه ریزی استراتژیک فناوری اطلاعات؛ به سوی رویکردهای اقتصادی. مطالعات مدیریت صنعتی. ۲۰۰۵ Jun 22;3(9):57-71.
25. شیرین. بررسی مقایسه‌ای نظام قدیم و جدید آموزش مدیران و کارکنان دولت با نگاه استراتژیک. فصلنامه فرایند. ۲۰۰۶ Jul 15;20(3):54-70.
26. Sumida J. Alfred Thayer Mahan, Geopolitician. *The Journal of Strategic Studies*. 1999 Jun 1;22(2-3):39-62.
27. طلاچی، همای، رواقی، آیت‌اللهی، هاله، اطلسی، رشا. گزارش کوتاه: بررسی ویژگی‌های علمی و عملی کتابداران Apr بالینی با تاکید بر نقش آنان در فرایند پزشکی مبتنی بر شواهد: مروری بر متون. مدیریت سلامت. ۲۰۱۲ Apr 15;15(47):7-12.
28. Arabmazar Yazdi M, Nasseri A, Nekoe Zadeh M, Moradi A. The Impact of Accounting Information System Flexibility on Firm Performance with Dynamic Capabilities Approach. *Journal of Accounting and Auditing Review*. 2017 Jul 23;24(2):221-42.
29. احمدیان، خوش‌طینت، بهناز. اجرای استراتژی و عملکرد با توجه به نقش تعدیل‌گرهای اخلاقیت و آموزش اصول Dec 21;8(2):87-112. برنامه‌ریزی استراتژیک. ابتکار و اخلاقیت در علوم انسانی. ۲۰۱۸.
30. زارعی قرکانلو، مشبکی، کردنائیچ، اسدالله. ارزیابی استراتژی انتخاب رسانه تبلیغاتی مبتنی بر رفتار مصرف‌کنندگان. Sep 23;9(2). مجله جهانی رسانه-نسخه فارسی. ۲۰۱۴.
31. Quinn JB. Strategic change: "logical incrementalism". *Sloan Management Review* (pre-1986). 1978 Oct 1;20(1):7.
32. Houben G, Lenie K, Vanhoof K. A knowledge-based SWOT-analysis system as an instrument for strategic planning in small and medium sized enterprises. *Decision support systems*. 1999 Aug 1;26(2):125-35.

33. کردنائیج، اسدالله، آذر، عادل، نیاکان لاهیجی، نازیلا. تدوین استراتژی اثربخش سازمانی در بخش دولتی: مطالعه موردی گمرک جمهوری اسلامی ایران. پژوهش‌های رشد و توسعه پایدار (پژوهش‌های اقتصادی). ۲۰۱۰ Jul 15;10(2):0-15.
34. Ghomi-Avili M, Tavakkoli-Moghaddam R, Jalali G, Jabbarzadeh A. A network design model for a resilient closed-loop supply chain with lateral transshipment. *International Journal of Engineering-Transactions C: Aspects*. 2017 Jan 26;30(3):374-83.
35. Grozema FC, Siebbeles LD. Mechanism of charge transport in self-organizing organic materials. *International Reviews in Physical Chemistry*. 2008 Jan 1;27(1):87-138.
36. Sobhanallahi MA, Gharaei A, Pilbala M. Provide a new method to determine effectiveness or performance rate of organization strategies based on Freeman model and using improved dimensional analysis method. In 2016 12th International Conference on Industrial Engineering (ICIE) 2016 Jan 25 (pp. 125-133). IEEE.
37. Sobhanallahi MA, Gharaei A, Pilbala M. Provide a practical approach for measuring the performance rate of organizational strategies. In 2016 12th International Conference on Industrial Engineering (ICIE) 2016 Jan 25 (pp. 115-124). IEEE.
38. Dutton JE, Duncan RB. The influence of the strategic planning process on strategic change. *Strategic management journal*. 1987 Mar;8(2):103-16.
39. David FR, David FR. *Strategic management: Concepts and cases: A competitive advantage approach*. Pearson; 2013.
40. Aragón TJ, Garcia BA. Designing a learning health organization for collective impact. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2015 Jan;21(Suppl 1):S24.
41. حاجی پور ب. سلطانی م. برنامه‌ریزی استراتژیک پژوهشی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی مورد مطالعه: دانشگاه امام صادق(ع). اندیشه مدیریت راهبردی. ۲۰۰۸;۲(۱):۱۸۳-۲۲۴.
42. Goodstein LD, Nolan TM, Pfeiffer JW. *Applied strategic planning: How to develop a plan that really works*. McGraw Hill Professional; 1993 Jun 22.
43. Daft RL, Weick KE. Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of management review*. 1984 Apr 1;9(2):284-95.
44. Hassanzadeh M, Sharifabadi SR, Derakhshan M. Assessment of service quality at central library of management and planning organization (MPO), Iran. *International Journal of Information Science and Management (IJISM)*. 2012 Jul 16;8(1):107-18.
45. Moghadam AH, Assar P. The relationship between national culture and e-adoption: A case study of Iran. *American Journal of Applied Sciences*. 2008;5(4):369-77.
46. Yaghoubi M, Agha Rahimi Z, Javadi M. Strategic Analysis and Hospital's Strategic Position in Marketing Planning: A Case Study of A Private Hospital in the Isfahan. *Health Inf Manage* 2014; 10(7): 996.

47. Morovati Sharifabadi A, Hayati M, Kazemi F. Prioritization Matrix Factors SWOT with Hierarchical Approach (AHP) Case Study: One of the Hospitals in Fars. *Health Inf Manage* 2015;11(7):1004.
48. Shahmoradi L, Darrudi A, Shamsi F, Norouzinejad-Dastenayi A, Nasrolahbeigi F. Strategy Formulation of Electronic Health Record Implementation Using SWOT Analysis. *Health Inf Manage* 2017; 14(1): 9-15.
49. Rakhshaninasab H, Safari KH, Strategic planning of waste management in Zahedan city, a SWOT study. *Environment science and Technology*, 18(3), 2016.
50. Reihanian A, Mahmood NZ, Kahrom E, Hin TW. Sustainable tourism development strategy by SWOT analysis: Boujagh National Park, Iran. *tourism management Perspectives*. 2012 Oct 1;4:223-8.
51. Ommani AR. Strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis for farming system businesses management: Case of wheat farmers of Shadervan District, Shoushtar Township, Iran. *African journal of business management*. 2011 Sep 30;5(22):9448-54.
52. Fleisher CS, Bensoussan BE. *Strategic and competitive analysis: methods and techniques for analyzing business competition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.