

باسمه تعالی

سند توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری استان زنجان

کزارش پنجم ۱۵ از مر حله دوم شرح خدمات مشاوره

تهیه اسناد استگاهی توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در استان برای دوران برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۴)

(دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان)

ویرایش سوم

مجری: جهاد دانشگاهی واحد استان زنجان

مدیر اجرایی: مهدی عباسی

مدیر علمی: علی نصیری اقدم

همکاران: بیترا غنیمی، علی اکبر تقی‌پور

فهرست مطالب

صفحه

موضوع

فهرست مطالب	۱
فهرست جداول	۵
فهرست نمودارها	۷
پیشگفتار	۱
۱- نقش قانونی (مأموریت‌ها و وظایف) دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف اقتصاد	۴
۱-۱- نقش قانونی دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیتهای تحت تصدی دستگاه	۶
۲-۱- نقش قانونی دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیتهای بخش‌های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه	۶
۲- مستندات تنظیم برنامه توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری دستگاه (اسناد بالا دست)	۷
۱-۲- چشم‌انداز بیست ساله	۷
۲-۲- استراتژی مدون دستگاه در افق چشم‌انداز	۷
۳-۲- برنامه چهارم توسعه	۸
۴-۲- سیاست‌های اجرایی ابلاغی مقام رهبری	۱۰
۵-۲- قانون برنامه پنجم توسعه	۱۰
۶-۲- سند ملی توسعه استان	۱۴
۷-۲- سند آمایش استان	۱۵
۳- ارزیابی تحول رشد اقتصادی، بهره‌وری نیروی کار، اشتغال و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه	۱۵
۱-۳- ارزیابی تحول رشد اقتصادی و بهره‌وری نیروی کار در فعالیتهای تحت پوشش دستگاه (اعم از فعالیتهای تحت تصدی و نظارت) و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق	۱۵
۱-۱-۳- ارزیابی تحولات رشد اقتصادی در بخش بهداشت بر اساس ارزش افزوده	۱۵
۲-۱-۳- ارزیابی تحولات رشد اقتصادی در بخش بهداشت براساس ارزش ستانده	۱۹
۳-۱-۳- پیوندهای پسین و پیشین در تعیین و شناسایی بخش‌های کلیدی اقتصاد منطقه	۲۰
۴-۱-۳- ارزیابی تحولات بهره‌وری در بخش بهداشت	۲۷
۲-۳- ارزیابی تحول اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیتهای تحت تصدی دستگاه و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق	۲۹
۱-۲-۳- ارزیابی ساختار بخشی اشتغال در بخش بهداشت	۲۹
۲-۲-۳- ارزیابی تحولات سرمایه‌گذاری در فعالیتهای بهداشتی	۳۸
۳-۳- ارزیابی تحول اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیتهای بخش‌های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق	۴۱
۴- ارزیابی سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه	۴۴

- ۴-۱- در فعالیتهای تحت تصدی دستگاه ۴۴
- ۴-۲- ارزیابی سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیتهای بخش‌های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه ۴۸
- ۵- تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای اشتغال در بخش‌های تحت تصدی و نظارت دستگاه به منظور تعیین مزیت‌های نسبی و رقابتی بخش‌های تولید کننده کالاها و خدمات قابل مبادله در بازار ۵۰
- ۵-۱- موقعیت مکانی و همجواری استان در ارتباط با دسترسی به بازارهای عرضه و مصرف داخلی و خارجی .. ۵۰
- ۵-۲- دسترسی به منابع طبیعی مورد نیاز (اعم از منابع تجدیدپذیر و تجدیرناپذیر) ۵۲
- ۵-۳- دسترسی به منابع انسانی ۵۳
- ۵-۴- امکانات آموزشی و ترویجی (آموزش حین خدمت، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، خدمات ترویجی) ۵۴
- ۵-۵- ظرفیتهای موجود و در دست ایجاد (طرح‌های سرمایه‌گذاری نیمه تمام و راکد) ۵۸
- ۵-۶- زیرساخت‌های فیزیکی استان (شبکه راه‌های زمینی، دریایی و هوایی، انرژی، آب و مخابرات) ۵۸
- ۵-۷- دسترسی به منابع مالی در استان (اعم از بودجه عمومی دولت، منابع شرکت‌های دولتی، تسهیلات بانکی) ۵۹
- ۵-۸- سایر عوامل مؤثر بر عملکرد بخش‌های تحت تصدی و نظارت دستگاه ۶۰
- ۶- تعیین اهداف کمی دستگاه در دوران برنامه پنجم ۶۲
- ۷- راهبردهای اساسی اشتغال دستگاه در دوران برنامه پنجم ۶۲
- ۸- سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای پیشبرد اهداف توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در دوران برنامه پنجم ۶۳
- ۹- برنامه دستگاه برای سازماندهی و اجرای طرح‌های سرمایه‌گذاری بخش عمومی، خصوصی و تعاونی ۶۴
- ۹-۱- تقسیم‌بندی پروژه‌های ملی بر اساس فعالیت‌ها ۶۴
- ۹-۲- تقسیم‌بندی پروژه‌های استانی بر اساس فعالیت ۶۵
- ۹-۳- تقسیم‌بندی پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب دستگاه اجرایی ۶۷
- ۹-۴- تقسیم‌بندی طرح‌های زودبازده استان بر حسب نوع مدیریت ۶۸
- ۹-۵- طرح‌های زودبازده تأمین مالی نشده ۶۸
- تکمیل و تجهیز ساختمان نیمه تمام دانشکده موجود و مطالعه و احداث دانشکده و فضاهای مورد نیاز در پردیس دانشگاه با پیش‌بینی اعتبار در لوایح بودجه سالانه ۶۹
- تکمیل ساختمان الحاقی نیمه تمام بیمارستان دکتر بهشتی یا احداث ساختمان جدید به منظور ایجاد آزمایشگاه کرجع غذا و دارو با تأمین یک سوم اعتبار توسط استان ۶۹
- اختصاص آمبولانس و تجهیزات مورد نیاز ۶ پایگاه امداد جاده ای، ۶۹
- اختصاص مبلغ ۱۰ میلیارد ریال برای احداث، تکمیل، تعمیر و تجهیز مراکز بهداشتی- درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه بهداشت استان با مشارکت استان به نسبت مساوی ۶۹
- مطالعه احداث ساختمان کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۷ و پیش‌بینی اعتبار مورد اجرایی در لایحه بودجه سال ۱۳۸۸ ۶۹
- مطالعه امکان سنجی اجرای فاز دوم بیمارستان آموزشی زنجان و ارایه نتیجه به هیئت وزیران ۶۹

- مطالعه خوابگاه دانشجویی در محل پردیس در سال ۱۳۸۷ و تأمین بخشی از اعتبار عملیات اجرایی پروژه از محل فروش املاک مازاد توسط دانشگاه علوم پزشکی زنجان و پیش‌بینی اعتبار لازم در بودجه سال ۱۳۸۸ ۶۹
- اختصاص مبلغ ۱۰ میلیارد ریال به نسبت مساوی از اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و استان برای خرید دو دستگاه سی تی اسکن برای شهرهای ابهر و خدابنده ۶۹
- اختصاص معادل ارزی ۱۲ میلیارد ریال برای تجهیز دانشکده ها و مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۶۹
- احداث یک سالن ورزشی در پردیس دانشگاه علوم پزشکی زنجان از سال ۱۳۸۸ ۶۹
- اختصاص ۲ دستگاه اتوبوس از محل اعتبارات نهاد ریاست جمهوری برای دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۶۹
- مبلغ ۱۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات ردیف هزینه‌های پیش‌بینی نشده سرمایه‌ای، قانون بودجه در سال ۱۳۸۷ کل کشور به منظور تجهیز بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی استان زنجان در اختیار دستگاه مربوط قرار گیرد تا با رعایت قوانین و مقررات هزینه شود. ۶۹
- توانمندسازی اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارشناسان ۶۹
- بهبود فرایند جذب و مصرف بودجه های پژوهش ۶۹
- تدوین مستمر قوانین و مقررات و رفع هرگونه ابهام از قوانین ۶۹
- ایجاد نگرش مثبت در مدیران خارج دانشگاه جهت افزایش سطح همکاری ها ۶۹
- تقویت و توسعه جذب اعتبارات از سایر منابع ۶۹
- حمایت و تقویت پژوهش‌های مشترک با سایر سازمان ها ۷۰
- شفاف‌سازی نظام حمایت مالی از کمیته تحقیقات دانشجویی ۷۰
- تأمین فضای فیزیکی و تجهیزات کامپیوتری کمیته‌های تحقیقات دانشجویی ۷۰
- فراهم‌سازی زمینه مناسب جهت ایجاد یک مرکز تحقیقاتی در سطح دانشگاه ۷۰
- افزایش دسترسی فیزیکی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق روستایی و شهری با تأکید بر نقاط حاشیه‌نشین شهری و مناطق محروم تا میزان ۱۰۰ درصد ۷۰
- بهبود الگوی مصرف مواد غذایی خانوارها در جهت اصلاح رزی مغذی‌ها تا میزان ۲۰ درصد وضعیت پایه ۷۰
- ارتقای سطح آگاهی جامعه به میزان ۲۰ درصد وضعیت پایه در زمینه بیماری‌های بازپدید و نوپدید به طوری که تمام افراد جامعه با راه‌های پیشگیری و انتقال این بیماری‌ها آشنا شوند. ۷۰
- توسعه تیم فنی ارایه دهنده خدمات بهداشتی- درمانی به طوری که هر خانه بهداشت توسط یک تیم کنترل و نظارت شده و آموزش‌های لازم ارایه شود. ۷۰
- واگذاری مراکز بهداشتی و درمانی شهری راه‌اندازی نشده به بخش خصوصی طبق آیین‌نامه اجرایی تا میزان ۱۰۰ درصد ۷۰
- رعایت تناسب فضای فیزیکی با خدمات ارایه شده و موقعیت منطقه در ۱۰۰ درصد فضاهای احداثی جدید ۷۰
- ایجاد بستر مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در عرصه بهداشت با مشارکت معاونت آموزشی ۷۰

- انجام حداقل ۱۵ طرح پژوهشی هماهنگ با اولویتهای پژوهشی بخش بهداشت با مشارکت کلیه گروههای کارشناسی در طول برنامه ۷۰
- واگذاری تعمیمات و نگهداری تجهیزات پزشکی به بخش خصوصی ۷۰
- بهره‌گیری از توان نظام پزشکی و نظام پرستاری جهت ارتقای کیفی امور درمان استان ۷۰
- ۱۰- برآورد سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای تحقق اهداف کمی دستگاه به تفکیک بخش‌های عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم برای فعالیت‌های تحت پوشش دستگاه ۷۱
- ۱۰-۱- برآورد سرمایه‌گذاری در دوره برنامه پنجم توسعه ۷۱
- ۱۰-۲- سرمایه‌گذاری مورد نیاز در برنامه پنجم استان در بخش بهداشت استان به تفکیک بخش‌ها ۷۲
- ۱۱- تأمین منابع مالی برای سرمایه‌گذاری‌های بخش عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم ۷۳
- ۱۲- تعهدات دستگاه برای تسهیل ایجاد اشتغال و توسعه سرمایه‌گذاری در بخش‌های خصوصی و تعاونی (با توجه به وظیفه هر دستگاه) ۷۴

فهرست جداول

صفحه

موضوع

جدول ۱. خلاصه‌ای از بندهای برنامه چهارم در رابطه با بهداشت	۹
جدول ۲. خلاصه‌ای از برنامه پنجم پیرامون بهداشت	۱۴
جدول ۳. مقایسه سهم ارزش افزوده فعالیت‌های اقتصادی در کل ارزش افزوده استان طی سال‌های ۱۳۷۹-۸۶	۱۷
جدول ۴. مقایسه ارزش افزوده فعالیت‌های استان زنجان با کشور	۱۷
جدول ۵. مقایسه رشد ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیون ریال- درصد)	۱۸
جدول ۶. ارزش ستانده بهداشت استان و میزان رشد آن در سطح کشور و استان طی سال‌های ۱۳۸۰-۸۶	۱۹
جدول ۷. ضرایب فنی و ضرایب فزاینده تولید استان زنجان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در سال ۱۳۸۶	۲۴
جدول ۸. پیوندهای پسین و پیشین جدول داده- ستانده استان زنجان سال ۱۳۸۶	۲۵
جدول ۹. میزان استفاده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی از کالاها و خدمات سایر بخش‌ها	۲۷
جدول ۱۰. تحولات بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۶	۲۸
جدول ۱۱. افزایش کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب گروه شغلی	۲۹
جدول ۱۲. پیراپزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب رشته شغلی	۳۰
جدول ۱۳. تعداد کارکنان خانه‌های بهداشت فعال روستاها	۳۰
جدول ۱۴. اشتغال در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در شهرستان‌های استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵	۳۱
جدول ۱۵. توزیع درصد شاغلان استان زنجان در بخش بهداشت طی سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵	۳۱
جدول ۱۶. میزان اشتغال در بخش بهداشت به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵	۳۲
جدول ۱۷. ضرایب اشتغال مستقیم بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان را در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹	۳۵
جدول ۱۸. ضرایب اشتغال غیرمستقیم بخش‌های عمده اقتصادی استان زنجان در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹	۳۶
جدول ۱۹. ضرایب اشتغال مستقیم و غیرمستقیم (توان اشتغال‌زایی) بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹	۳۶
جدول ۲۰. سهم مکانی شهرستان‌ها در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۳۸
جدول ۲۱. تعداد مؤسسات درمانی فعال بر حسب وضعیت حقوقی و تخت‌های موجود در آن	۳۹
جدول ۲۲. مراکز بهداشتی و درمانی بر حسب وضعیت جغرافیایی	۳۹

جدول ۲۳. تعداد آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری و توانبخشی استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۷۵	۴۰
جدول ۲۴. فعالیت‌های عمده بهداشت محیط در زمینه بازدید از مکان‌های تهیه، توزیع و نگهداری مواد غذایی	۴۰
جدول ۲۵. ریسک سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های بهداشتی در استان زنجان با توجه به ارزش ستانده فعالیت	۴۱
جدول ۲۶. مراکز بهداشتی و درمانی بر حسب وضعیت حقوقی	۴۲
جدول ۲۷. تعداد آزمایشگاه‌های استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی	۴۳
جدول ۲۸. تعداد داروخانه‌های استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی	۴۳
جدول ۲۹. تعداد مراکز پرتونگاری استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی	۴۳
جدول ۳۰. تعداد مراکز توانبخشی استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی	۴۳
جدول ۳۱. چکیده‌ای نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید در بخش بهداشت	۶۱
جدول ۳۲. اهداف توسعه ای بخش بهداشت و سلامت	۶۲
جدول ۳۳. پروژه‌های ملی در دست اجرا بر حسب فعالیت	۶۴
جدول ۳۴. پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب فعالیت	۶۶
جدول ۳۵. پروژه‌های استانی در بهداشت و مددکاری اجتماعی	۶۷
جدول ۳۶. پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب دستگاه اجرایی	۶۷
جدول ۳۷. طرح‌های زودبازده خصوصی	۶۸
جدول ۳۸. طرح‌های زودبازده تأمین مالی نشده در سازمان علوم پزشکی	۶۸
جدول ۳۹. پیش‌بینی سرمایه‌گذاری بر حسب فعالیت‌های عمده اقتصادی در دوران برنامه پنجم توسعه به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیون ریال)	۷۲
جدول ۴۰. سرمایه‌گذاری مورد نیاز در برنامه پنجم استان به تفکیک بخش‌ها به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیارد ریال)	۷۳

فهرست نمودارها

موضوع	صفحه
نمودار ۱. رشد ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ در کشور و استان	۱۸
نمودار ۲. مقایسه رشد ارزش ستانده بخش بهداشت به قیمت ثابت ۱۳۸۶	۱۹
نمودار ۳. تحولات بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۹	۲۸
نمودار ۴. توزیع درصد شاغلان استان زنجان برحسب گروه‌های عمده فعالیت در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵	۳۲
نمودار ۵. میزان اشتغال در بخش بهداشت به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵	۳۳
نمودار ۶. میزان تغییرات سهم مکانی شهرستان‌ها در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی طی سال‌های ۱۳۷۵ و ۸۵	۳۸
نمودار ۷. ریسک سرمایه‌گذاری در هر فعالیت اقتصادی در استان زنجان با توجه به ارزش ستانده فعالیت	۴۱
تصویر شماره ۱. موقعیت استان زنجان نسبت به استان‌های مجاور	۵۱
نمودار ۸. سهم پروژه‌های ملی در دست اجرا بر حسب فعالیت	۶۵
نمودار ۹. سهم پروژه‌های استانی بر حسب فعالیت‌ها	۶۶
نمودار ۱۰. تعداد پروژه‌های استانی در بهداشت و مددکاری اجتماعی	۶۷
نمودار ۱۱. پیش‌بینی سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی طی برنامه پنجم توسعه به قیمت ثابت و جاری	۷۳

پیشگفتار^۱

لازمه یک زندگی سالم، دسترسی به فرصت‌های شغلی مناسب و امرار معاش از محل درآمدهای آن است و لازمه در دسترس بودن فرصت‌های شغلی مناسب سرمایه‌گذاری است. لذا هر جامعه‌ای برای دستیابی به رشد و توسعه پایدار و رقم زدن حداقلی از رفاه برای شهروندان خود باید به الزامات و پیش زمینه‌های سرمایه‌گذاری و اشتغالزایی امعان نظر داشته باشد و مقدمات آن را مهیا نماید.

سند توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری استان زنجان با هدف ایجاد فضای مساعد سرمایه‌گذاری و رفع موانع کسب و کار و در نتیجه ایجاد فرصت‌های شغلی پایدار تهیه شده است. در این سند ضمن پرداختن به عملکرد گذشته استان در بازار کار و شناسایی مزیت‌های نسبی استان، نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای سرمایه‌گذاری در استان شناسایی شده و بر مبنای آن برنامه‌های توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری استان تدوین شده است.

در بخشی از این سند عملیاتی به نقش و جایگاه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری پرداخته شده و در راستای ترسیم آن نقش و جایگاه تهیه اسناد توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری دستگاهی تهیه شده است.

این نکته به غایت درست است که وظیفه دستگاه‌های دولتی خلق فرصت‌های شغلی مستقیم نیست و نمی‌توان انتظار داشت که این دستگاه‌ها از طریق سرمایه‌گذاری و بر عهده گرفتن تصدی‌های جدید برای افراد بیکار استان شغل ایجاد کنند. لکن تهیه و تنظیم اسناد توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری دستگاهی از این حیث حایز اهمیت است که هر دستگاه در ارتباط با وظایف قانونی و فعالیت‌های تحت نظارت و تصدی خود محورهای را شناسایی می‌کند که بر هزینه سرمایه‌گذاری اثرگذار است و دستگاه می‌تواند با برنامه‌ریزی از دامنه آن هزینه‌ها بکاهد و بر رقابت‌پذیری فعالیت‌های اقتصادی بیفزاید.

«معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان» وظایف متعددی در حیطه‌های گوناگون بر عهده دارد که مهمترین سرفصل‌های آنها عبارتست از؛

- ارتقاء سطح خدمات بهداشتی در سطح استان
- افزایش خدمات قابل ارائه در نظام شبکه‌های سلامت استان
- توسعه عملیات بهداشت محیط در روستاها

^۱ در این سند به دلیل فقدان آمار و اطلاعات مورد نیاز و یا عدم موضوعیت تعدادی از بندهای شرح خدمات با ساختار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان، بررسی برخی زیربخش‌های شرح خدمات از دستور کار خارج شده است.

به منظور انجام وظایف برشمرده، این سازمان برخی برنامه‌ها و اقدامات اجرایی در پیش رو قرار داده است که می‌تواند نقش مهمی در بهبود محیط کسب و کار، کاهش هزینه‌های سرمایه‌گذاری و توسعه فرصت‌های شغلی ایفا نماید. از جمله این برنامه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

- ✓ تدوین و ارائه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی
 - ✓ تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی
 - ✓ تعیین رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مورد نیاز کشور جهت تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی
 - ✓ برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی و درمانی
 - ✓ فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی
- با این رویکرد، سند حاضر در ۱۲ بند به شرح زیر تنظیم شده است:
- بند نخست، بررسی نقش قانونی دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف اقتصاد
 - بند دوم، مطالعه مستندات تنظیم برنامه توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری دستگاه (اسناد بالا دست)
 - بند سوم، ارزیابی تحول رشد اقتصادی، بهره‌وری نیروی کار، اشتغال و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سوم و چهارم
 - بند چهارم، ارزیابی سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در طی برنامه‌های سوم و چهارم
 - بند پنجم، تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای اشتغال در بخش‌های تحت تصدی و نظارت دستگاه به منظور تعیین مزیت‌های نسبی و رقابتی بخش‌های تولیدکننده کالاها و خدمات قابل مبادله در بازار
 - بند ششم، تعیین اهداف کمی دستگاه در دوران برنامه پنجم توسعه
 - بند هفتم، راهبردهای اساسی اشتغال دستگاه در دوران برنامه پنجم
 - بند هشتم، سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای پیشبرد اهداف توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در دوران برنامه پنجم توسعه
 - بند نهم، برنامه دستگاه برای سازماندهی و اجرای طرح‌های سرمایه‌گذاری بخش عمومی، خصوصی و تعاونی
 - بند دهم، برآورد سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای تحقق اهداف کمی دستگاه به تفکیک بخش‌های عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم توسعه

- بند یازدهم، تأمین مالی برای سرمایه‌گذاری‌های بخش عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم توسعه
- و در نهایت بند دوازدهم، ارایه تعهدات دستگاه برای تسهیل ایجاد اشتغال و توسعه سرمایه‌گذاری در بخش‌های خصوصی و تعاونی

۱- نقش قانونى (مأموریت‌ها و وظایف) دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف اقتصاد

برای پیشرفت هر کشوری وجود جامعه‌ای سالم و بدور از بیماری‌های گوناگون جسمی و روحی از اولویت بالایی برخوردار است. این امر میسر نمی‌شود مگر با گسترش خدمات بهداشتی و درمانی، بیمه و خدمات بهزیستی. به همین دلیل است که سازمان‌های مختلف از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور مأموریت اصلی خود را "فراهم ساختن موجبات تأمین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی" قرار داده‌اند.

به طور قطع گسترش و تعمیم خدمات بهداشتی و درمانی تنها با انجام سرمایه‌گذاری‌های زیربنایی و استخدام آموزش پرسنل مورد نیاز برای این هدف محقق خواهد شد. در همین راستا وزارت بهداشت و درمان و تمامی سازمان‌های تابعه آن، اهداف و وظایف زیر را در حوزه‌های مختلف پیگیری می‌نماید:

الف) حوزه بهداشت:

- ارتقاء سطح خدمات بهداشتی کشور
- توسعه اقدامات پیشگیری از بروز معلولیت‌های جسمی و روانی
- افزایش خدمات قابل ارائه در نظام شبکه‌های سلامت کشور
- توسعه و تشدید کنترل بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع و فروش و نگهداری مواد غذایی
- توسعه عملیات بهداشت محیط در روستاها
- توسعه فعالیت‌های مربوط به تأمین آب آشامیدنی سالم در روستاها
- توسعه خدمات دندانپزشکی در مناطق شهری و روستایی

ب) حوزه درمان:

- افزایش موجبات دستیابی جامعه به امکانات درمانی
 - ایجاد تناسب در سطوح خدمات درمان عمومی، تخصصی و فوق تخصصی کشور
 - تأمین موجبات ارتقاء سطح علمی و تخصص پزشکان و بازآموزی جامعه پزشکی
 - افزایش کارایی مراکز درمان شهری و استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و منابع انسانی
 - تأمین موجبات و مشارکت فعالیت بخش غیردولتی در سرمایه‌گذاری‌ها
- به منظور دستیابی به اهداف یاد شده، برخی راهبردها از سوی این وزارتخانه به شرح زیر در نظر گرفته شده

است:

- ✓ تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی-درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی
- ✓ تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی، خصوصاً در زمینه سلامت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، تغذیه و تنظیم خانواده، سلامت دهان و دندان، آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار، بهداشت مدارس و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذیربط
- ✓ تعیین رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مورد نیاز کشور جهت تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی و اجرای برنامه‌های تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی در جهت نیل به خودکفائی
- ✓ انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در جمیع رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی و نیز ایجاد گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهش‌ها و هماهنگ ساختن برنامه‌های مؤسسات تحقیقات پزشکی
- ✓ برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی و درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند
- ✓ فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و انواع بیمه‌های درمانی
- ✓ انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص داروئی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی. (سایت رسمی وزارت بهداشت)
- در استان زنجان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی در راستای کمک به تحقق رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نسبت به تعلیم و تربیت نیروی انسانی متعهد و کاردان و شایسته در دوره‌های بهورزی، بهیاری، کاردانی، کارشناسی و دکتری و دستیاری در علوم پزشکی اقدام می‌نماید. این دانشگاه همزمان با عمل به وظایف آموزشی خود، در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت استان، دامنه گسترده‌ای از خدمات پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی و بازتوانی را ارائه می‌نماید که از طریق معاونت‌های پژوهشی، توسعه مدیریت و منابع این دانشگاه صورت می‌گیرد.
- آنچه که در این سند مورد بررسی و ارزیابی قرار خواهد گرفت، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زنجان می‌باشد.

۱-۱- نقش قانونی دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه گذاری در فعالیت های تحت

تصدی دستگاه

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زنجان از طریق مراقبت های اولیه بهداشتی که از دورافتاده ترین روستاها و با استقرار خانه های بهداشت آغاز و تا بیمارستان های تخصصی ادامه داشته و توسط یک نظام ارجاع پشتیبانی می شود، ارائه خدمت می نماید. این خدمات شامل آموزش بهداشت همگانی، مراقبت های کودکان، جوانان، مادران، سالمندان، کارگران، بهداشت محیط، بهبود تغذیه، پیشگیری و مراقبت از بیماری ها، پیشگیری از حوادث و سوانح، بهداشت روان، امور دارویی و بهداشت دهان و دندان بوده که بر اصول برابری، عدالت، مشارکت جامعه و هماهنگی بین بخشی استوار بوده و توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده و ماهر ارائه می شود. عمده وظایف این افراد مشتمل بر موارد زیر می باشد:

- بررسی نواقص و کمبودهای مراکز و خانه های بهداشت و تلاش در جهت رفع مشکلات
- تأمین پزشک برای مراکز بهداشتی استان در راستای اجرای بهینه برنامه پزشک خانواده
- تأمین نیروی موقت پزشک برای پوشش مراکز بهداشتی در نقاط مختلف استان به خصوص در ماه های پرمراجعه از سال
- پایش عملکرد پرسنل برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در جهت بهبود وضعیت ارائه خدمت واحد
- جذب مشاور بهداشت حرفه ای در کارخانه روی نوسازان
- پیگیری عملکرد کارگاه ها در زمینه ایمنی و اعتیاد
- بازدید از کارگاه ها و خانه بهداشت های تابعه

۱-۲- نقش قانونی دستگاه در توسعه اشتغال و سرمایه گذاری در فعالیت های

بخش های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه

برخی وظایف و مسئولیت های معاونت بهداشت استان زنجان از طریق واگذاری به بخش خصوصی تحت نظارت سازمان بهداشت، انجام می شود که به نوعی در توسعه اشتغال و سرمایه گذاری نقش مهمی ایفا می کنند مانند:

- پیگیری احداث دو کارخانه داروسازی توسط بخش خصوصی در استان
- پیگیری و اقدام به تکمیل و ارسال مدارک متقاضیان تأسیس درمانگاه خصوصی
- واگذاری ۱۹ پایگاه فوریت های پزشکی به بخش خصوصی یا تعاونی
- بررسی واگذاری اموراتی که از نظر قانونی قابل واگذاری به بخش خصوصی یا تعاونی می باشد (از جمله برخی از فعالیت ها در سطح دانشگاه علوم پزشکی و بخش اورژانس)

- راه‌اندازی دستگاه سنگ‌شکنی (ESWL پیشرفته‌ترین دستگاه سنگ‌شکنی با مدل Compact Sigma)
- Dornier (M) آلمان در مرکز آموزشی درمانی آیت‌اله موسوی با مشارکت بخش خصوصی
- واگذاری یک واحد از آموزشگاه‌های بهداشت صنوف به بخش خصوصی. - ایجاد واحد MRI در دانشگاه علوم پزشکی زنجان توسط بخش خصوصی^۱

۲- مستندات تنظیم برنامه توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری دستگاه (اسناد بالا دست)

۲-۱- چشم‌انداز بیست ساله

در سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، در یک بند به موضوع سلامت و بهداشت به شرح زیر اشاره شده است. به این ترتیب که در افق چشم‌انداز، جامعه ایران:

«برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب» خواهد بود.

ملاحظه می‌شود که امر سلامتی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم توسعه‌یافتگی در جهان امروز تأکید شده است. بنابراین تمامی فعالیت‌های وزارت بهداشت و سازمان‌های تابعه آن اقدامات خود را در جهت دستیابی به این مهم تنظیم کرده‌اند.

متناسب با این رویکرد چشم‌انداز بخش سلامت و بهداشت استان زنجان به صورت زیر است:

در راستای تحقق چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، استان زنجان در افق سال ۱۳۹۴ در ارتباط با بخش سلامت به استانی پیشرو و الگویی مناسب برای توسعه سایر استان‌ها تبدیل خواهد گردید و به گواه شاخص‌های کلیدی توسعه در این بخش، گوی سبقت از بسیاری از استان‌های دیگر را خواهد ربود. با اتکا بر ارزش‌های اصیل اسلامی، فرهنگی، سخت‌کوشی و تدبیر مسئولان امر، کسب جایگاه پنجم کشوری در شاخص IMR (مرگ و میر کودکان زیر یکسال به ازای هر هزار تولد زنده) دورنمای مورد انتظار توسعه بخش در پایان برنامه پنجم خواهد بود.

۲-۲- استراتژی مدون دستگاه در افق چشم‌انداز

دورنمای معاونت بهداشتی استان زنجان به این ترتیب است که، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان در محور پیشگیری با نگاه به آینده بر آن است که تا ۳ سال آینده با وجود کارکنان بهداشتی علاقه‌مند، دلسوز

^۱ سایت رسمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

و ماهر که سرمایه‌های اصلی دانشگاه هستند و با ایجاد انگیزه‌های مادی و معنوی، علاوه بر گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی و پوشش کامل جمعیت شهری و روستایی، کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را نیز ارتقا بخشیده و با گسترش مشارکت جامعه، جلب هماهنگی‌های بین بخشی و استفاده از توانایی‌های بالقوه بخش خصوصی در شرایطی که بیماری‌های بازپدید و نوپدید چون ایدز، سل و بیماری‌های غیر واگیردار چون بیماری‌های قلبی-عروقی جان انسان‌ها را در معرض تهدید قرار داده‌اند در کنترل و پیشگیری و مراقبت این بیماری‌ها نیز سربلند و موفق شود و در ردیف دانشگاه‌های برتر کشور قرار گیرد.^۱

۲-۳- برنامه چهارم توسعه

در برنامه چهارم به ابعاد گوناگون توسعه مانند ابعاد اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی توجه شده است. در این بخش بررسی‌ها بیشتر بر اشتغال و سرمایه‌گذاری در حیطه بهداشتی کشور معطوف شده است. بدین منظور ضمن ارائه قوانین و بندهای برنامه چهارم در این باب، جدول خلاصه‌ای از مواد قانونی برنامه چهارم در رابطه با اشتغال بیان شده است.

در قسمت سیاست‌های کلی این برنامه موارد زیر قابل تأمل می‌باشد:

- ایجاد اشتغال مولد و کاهش نرخ بیکاری
- پشتیبانی از کارآفرینی، نوآوری و استعدادهای فنی و پژوهشی
- اصلاح نظام آموزشی کشور شامل: آموزش و پرورش، آموزش فنی و حرفه‌ای، آموزش عالی و کارآمد ساختن آن برای تأمین منابع انسانی مورد نیاز در جهت تحقق اهداف چشم‌انداز
- تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقاء سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد
- ایجاد نظام جامع تأمین اجتماعی برای حمایت از حقوق محرومان و مستضعفان و مبارزه با فقر و حمایت از نهادهای عمومی و مؤسسات و خیریه‌های مردمی با رعایت ملاحظات دینی و انقلابی
- در ماده ۸۶، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف‌اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارند.

در ماده ۸۷، وزارت بهداشت موظف است، به منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی

^۱ برنامه جامع راهبردی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در دوره ۱۳۸۶-۸۸

توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

ماده ۸۹ تصریح می‌کند، وزارت بهداشت مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، طراحی نماید.

در ماده ۹۷ دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف) ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب

ب) خدمات‌رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی.

پ) بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ماده ۱۲۶: به منظور بکارگیری جوانان در سازندگی و فعالیت‌های اجتماعی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهرداری‌ها، دهیاری‌ها، جمعیت هلال احمر و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط مجازند در اجرای طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و خدمات اجتماعی خود از ظرفیت جوانان کشور اعم از تشکلهای غیردولتی جوانان و نیروی مقاومت بسیج استفاده نمایند.

جدول ۱. خلاصه‌ای از بندهای برنامه چهارم در رابطه با بهداشت

ماده	موضوع
۸۶	انجام اقدامات لازم جهت کاهش خطرات و زبان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی
۸۷	ارایه تسهیلات لازم در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی به منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه
۸۹	ارایه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور مبتنی بر سطح‌بندی خدمات به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور
۹۷	تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی

مأخذ: برنامه چهارم توسعه

۲-۴- سیاست‌های اجرایی ابلاغی مقام رهبری

سخنان مقام رهبری در مراسم‌ها، اعیاد و روزهای خاص و ... همواره بیانگر نقطه نظرات ایشان و نشان‌دهنده سیاست‌های کلی نظام برای مدیران و سازمان‌های گوناگون می‌باشد. در زمینه گسترش اشتغال و سرمایه‌گذاری نیز ایشان سخنان و رهنمودهای گوناگونی را بیان داشتند که در این قسمت به مواردی که بیشتر به بهداشت و درمان مربوط می‌شود، اشاره خواهد شد:

- تأکید بر استخدام، آموزش حین خدمت و استراحت دادن به قشر پرستار
- واگذاری قسمتی از خدمات درمانی به بخش خصوصی بر اساس اصل ۴۴ قانون اساسی
- فراهم ساختن زمینه‌های اشتغال بیشتر در بخش بهداشت و درمان با ایجاد انگیزه‌های مناسب و تشویق سرمایه‌گذاری
- آموزش و بازآموزی نیروی انسانی در سطوح گوناگون، برای پاسخگویی به نیاز جامعه و فراهم ساختن مهارت‌ها و تخصص‌های لازم
- تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقاء سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد
- تولید علم و جهش‌های علمی در امر بهداشت و درمان
- توجه به پژوهش در زمینه‌های گوناگون از جمله سلامت و بهداشت

۲-۵- قانون برنامه پنجم توسعه

برنامه پنجم توسعه مصوب سال ۱۳۸۹ که بر پایه سیاست‌های کلی در چارچوب سند چشم‌انداز بیست ساله و با رویکرد مبنایی پیشرفت و عدالت تهیه و تصویب شده است، توجه خاصی به اشتغال و سرمایه‌گذاری دارد. از محورهای مهم در این زمینه، که در سیاست‌های کلی برنامه آمده است می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- انجام اقدامات ضروری برای رساندن نرخ بیکاری در کشور به ۷ درصد.
- تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی.
- توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی.
- حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار.
- تقویت هویت ملی جوانان متناسب با آرمان‌های انقلاب اسلامی، فراهم کردن محیط رشد فکری و علمی و تلاش در جهت رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب‌های اجتماعی آنان، توجه به مقتضیات دوره جوانی و نیازها و توانایی‌های آنان.

- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:

- * یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی.
- * ارتقاء شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی.
- * کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت.
- * اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی.
- * توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم.
- * ارتقاء و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.
- * تحول در نظام آموزش و پرورش با هدف ارتقاء کیفی آن بر اساس نیازها و اولویت‌های کشور در سه حوزه دانش، مهارت و تربیت و نیز افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان.
- * تکمیل و اجرای نقشه جامع علمی کشور.

همچنین در ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم آمده است:

الف) حمایت مالی از پژوهش‌های تقاضا محور مشترک با دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشی و فناوری وابسته به وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ویژه مواردی که ناظر به حل یکی از مشکلات موجود در کشور می‌باشد و طرح‌های علمی خاص مانند رصدخانه ملی از طریق پیش‌بینی اعتبار متمرکز در بودجه سنواتی این دو وزارتخانه، مشروط به اینکه حداقل (۵۰) درصد از هزینه‌های آن را کارفرما از بخش غیردولتی تأمین و تعهد کرده باشد.

ب) تدوین ضوابط و ارائه حمایت‌های لازم در راستای تشویق طرف‌های خارجی قراردادهای بین‌المللی و سرمایه‌گذاری خارجی برای انتقال دانش فنی و بخشی از فعالیت‌های تحقیق و توسعه مربوط به داخل کشور و انجام آن با مشارکت شرکت‌های داخلی.

در ماده ۲۹ تصریح شده است، به منظور ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهایی با سطح توسعه انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور سند راهبردی «ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی» پس از تصویب هیأت وزیران اجرا شود.

ماده ۳۲ بیان می‌دارد:

الف- فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که برابر بند (الف) ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه با ادغام شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت تشکیل شده است در مدت اجرای برنامه پنجم ادامه می‌یابد.

تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌شود و پس از تأیید معاونت به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط معاونت برای اجراء ابلاغ می‌گردد. مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت مشخص می‌شود.

ج- سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء باز طراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های اماناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

ماده ۳۴ عنوان می‌دارد، به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:

الف- دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به عمل آورد. آئین‌نامه اجرائی این بند طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ب- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندکردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق‌الذکر هزینه شود.

ج- به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال اول برنامه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام کند.

ه- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است زمینه لازم برای توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی را فراهم نماید.

و- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت جهاد کشاورزی مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی را مشخص نماید و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده‌اند را ممنوع نماید.

وزارت جهاد کشاورزی موظف است ضمن اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی در زمینه کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی امکان دسترسی مردم را به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردارند فراهم آورد.

ماده ۳۵: به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

ب- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید.

ماده ۳۶: به پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به طور مستمر و حداقل دو سال متوالی در سامانه «خدمات جامع و هماهنگی سلامت» انجام وظیفه نمایند به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تسهیلات ویژه علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یادشده پرداخت می‌شود.

جدول ۲. خلاصه‌ای از برنامه پنجم پیرامون بهداشت

۲۰	حمایت مالی از پژوهش‌های تقاضا محور مشترک با دانشگاه‌ها
۲۹	تدوین سند راهبردی «ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی» به منظور ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهایی با سطح توسعه انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور
۳۲	الف- ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در طول برنامه پنجم ب- تدوین استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ج- باز طراحی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری د- تهیه چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی
۳۴	به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت: - حمایت دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت - افزایش اعتبارات بخش سلامت به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز - استخراج نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور - اعلام فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سید غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف از سوی وزارت بهداشت - توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی توسط وزارت بهداشت - تعیین مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی توسط وزارت بهداشت

مأخذ: برنامه پنجم توسعه

۲-۶- سند ملی توسعه استان

سند ملی توسعه استان زنجان مصوب هیئت وزیران (۱۳۸۴/۵/۹) از اسناد ملی تعریف شده در ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه می‌باشد که رویکرد توسعه استان را در طول حداقل دو برنامه توسعه مشخص می‌نماید. این سند حاوی اصلی‌ترین قابلیت‌ها و عمده‌ترین تنگناهای توسعه استان بوده و با ارائه اصلی‌ترین مسائل و اهداف بلندمدت توسعه، راهبردهای بلندمدت توسعه استان را مشخص می‌نماید. بر طبق این سند، مهمترین و اصلی‌ترین جهت‌گیری‌های استان در امر بهداشت و سلامت طی موارد زیر خلاصه می‌شود:

- ارتقاء شاخص‌های توسعه انسانی متناسب با مقتضیات و قابلیت‌های استان.

- ارتقاء شاخص‌های بهداشتی و درمانی، آموزشی، فرهنگی و گذران اوقات فراغت.

- مبارزه با بیماری‌های عمده (ایدز / H.I.V ، سل، مالاریا و...).

- گسترش پوشش بیمه‌های اجتماعی و کاهش تلفات انسانی در اثر حوادث.

- تقویت و توسعه امکانات مراکز درمانی تخصصی و فوق تخصصی در شهر زنجان با عملکرد فرا استانی.

۷-۲- سند آمایش استان

با توجه به نظریه پایه توسعه ملی و جهت‌گیری‌های آمایش سرزمین، مأموریت‌ها و وظایف استان زنجان به ترتیب بر پایه توسعه صنعت، معدن و کشاورزی، استفاده حداکثر از قابلیت‌های بازرگانی و گردشگری استوار است. تکیه بر این اولویت‌ها مانع بهره‌گیری از سایر توانمندی‌ها و ظرفیت‌های استان نخواهد بود. در ادامه به برخی راهبردهای توسعه استان که در این سند بدانها پرداخته شده است، می‌پردازیم:

- تقویت و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی استان با هدف ارتقاء عرضه خدمات درمانی.
- ارتقاء شاخص‌های توسعه انسانی، سرمایه اجتماعی، هویت فرهنگی و احیاء میراث معنوی.
- توسعه فعالیت‌های آموزشی و تحقیقاتی مراکز آموزش عالی استان با هدف تربیت نیروی انسانی متخصص مورد نیاز

۳- ارزیابی تحول رشد اقتصادی، بهره‌وری نیروی کار، اشتغال و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه

۳-۱- ارزیابی تحول رشد اقتصادی و بهره‌وری نیروی کار در فعالیت‌های تحت پوشش دستگاه (اعم از فعالیت‌های تحت تصدی و نظارت) و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق

به منظور ارزیابی تحولات رشد اقتصادی در بخش بهداشت استان زنجان از برخی شاخص‌ها مانند «ارزش افزوده» و «میزان کل ستانده» استفاده شده است.

۳-۱-۱- ارزیابی تحولات رشد اقتصادی در بخش بهداشت بر اساس ارزش افزوده

ارزش افزوده، ارزشی است که در فرآیند تولید به ارزش کالاهای واسطه‌ای افزوده می‌شود. این مفهوم به فرآیند تولید مربوط است و نه به کالای خاص. با این توضیح ابتدا به بررسی جایگاه فعالیت‌های بهداشتی در استان از منظر میزان ارزش افزوده ایجاد شده به وسیله این بخش می‌پردازیم. بدین منظور در جدول ۳، متوسط سهم هر یک از بخش‌ها از کل ارزش افزوده استان طی سال‌های ۱۳۷۹-۸۶ محاسبه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بخش کشاورزی، شکار و جنگلداری با ۲۰.۸ درصد سهم از میان فعالیت‌های اقتصادی بیشترین سهم را در ارزش افزوده استان زنجان دارد، پس از این بخش صنعت با ۱۷.۴ درصد در رده بعدی قرار دارد. در این میان سهم بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی معادل ۴.۱ درصد است که در مقایسه با کشاورزی و صنعت رقم ناچیزی می‌باشد. این بدان معناست که بخش بهداشت در ایجاد ارزش افزوده استان سهم اندکی دارد.

جدول ۳. مقایسه سهم ارزش افزوده فعالیت‌های اقتصادی در کل ارزش افزوده استان طی سال‌های ۱۳۷۹-۸۶

ردیف	نوع فعالیت	متوسط ارزش افزوده (میلیون ریال)	سهم هر بخش (درصد)
1	کشاورزی، شکار و جنگلداری	4127756	20.8
2	ماهیگیری	11072	0.1
3	معدن	371171	1.9
4	صنعت	3462298	17.4
5	تأمین آب، برق و گاز طبیعی	372971	1.9
6	ساختمان	2044462	10.3
7	عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، تعمیر وسایل نقلیه و کالاها	2131923	10.7
8	هتل و رستوران	175409	0.9
9	حمل و نقل، انبارداری و ارتباطات	924283	4.7
10	واسطه‌گری‌های مالی	289773	1.5
11	مستغلات، کرایه و خدمات کسب و کار	2140204	10.8
12	اداره امور عمومی، و خدمات شهری	1275352	6.4
13	آموزش	1395289	7.0
14	بهداشت و مددکاری اجتماعی	805029	4.1
15	سایر خدمات عمومی، اجتماعی شخصی و خانگی	342281	1.7

مأخذ: سالنامه آماری استان

جدول ۴، سهم ارزش افزوده استان را از ارزش افزوده کشور در بخش بهداشت نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، سهم ارزش افزوده این فعالیت در کشور معادل ۱۰۰۲ درصد است که از سهم بسیار پایین این فعالیت استان در کشور حکایت می‌کند.

جدول ۴. مقایسه ارزش افزوده فعالیت‌های استان زنجان با کشور

فعالیت‌ها	ارزش افزوده استان به قیمت ثابت میلیون ریال	ارزش افزوده کشور به قیمت ثابت میلیون ریال	سهم استان از ارزش افزوده کشور در فعالیت
بهداشت و مددکاری اجتماعی	805029	78897592	1.02

مأخذ: محاسبات تحقیق

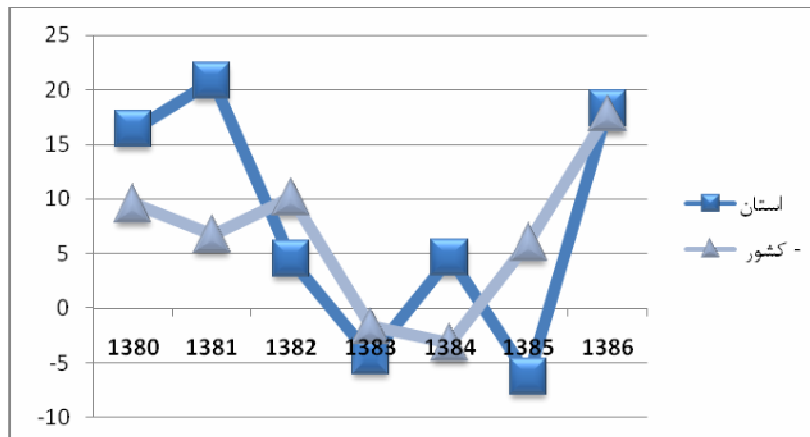
جدول ۵، میزان ارزش افزوده و رشد آن را در بخش بهداشت به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ در سطح استان و کشور نشان می‌دهد.

جدول ۵. مقایسه رشد ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیون ریال - درصد)

شرح	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	متوسط رشد
رشد در سطح استان	-	16	21	4	-4	5	-6	18	۷.۷
رشد در سطح کشور	-	9.5	6.7	10.1	-1.7	-3.2	6.0	17.8	6.5

مأخذ: سایت مشاور مادر، ۱۳۹۰

همان طور که از نمودار ۱ مشخص است، رشد ارزش افزوده بخش بهداشت استان، طی سال های ۱۳۸۰ تا ۸۶ تغییرات قابل ملاحظه ای داشته است به طوری که نمی توان یک روند همواره افزایشی یا کاهشی برای آن در نظر گرفت. از سال ۱۳۸۰ تا ۸۱، رشد ارزش افزوده بخش بهداشت افزایش یافته سپس از سال ۱۳۸۱ تا ۸۳، روند کاهشی به خود گرفته و نرخ رشد از ۲۱ درصد به ۴- درصد رسیده است. این رشد مجدد از سال ۱۳۸۳ تا ۸۴ افزایش یافته و از سال ۱۳۸۴ تا ۸۵ مجدد روند نزولی به خود می گیرد و از سال ۱۳۸۵ روند صعودی خود را از سر می گیرد. همچنین این نمودار گویای آن است که رشد ارزش افزوده در استان همواره روندی مشابه با کشور را طی نکرده اما متوسط رشد طی سال های ۱۳۷۹ تا ۸۶ در استان بیش از سطح کشور بوده زیرا متوسط رشد در استان معادل ۷.۷ درصد و در کشور ۶.۵ درصد است.



نمودار ۱. رشد ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ در کشور و استان (درصد)

۳-۱-۲- ارزیابی تحولات رشد اقتصادی در بخش بهداشت براساس ارزش ستانده

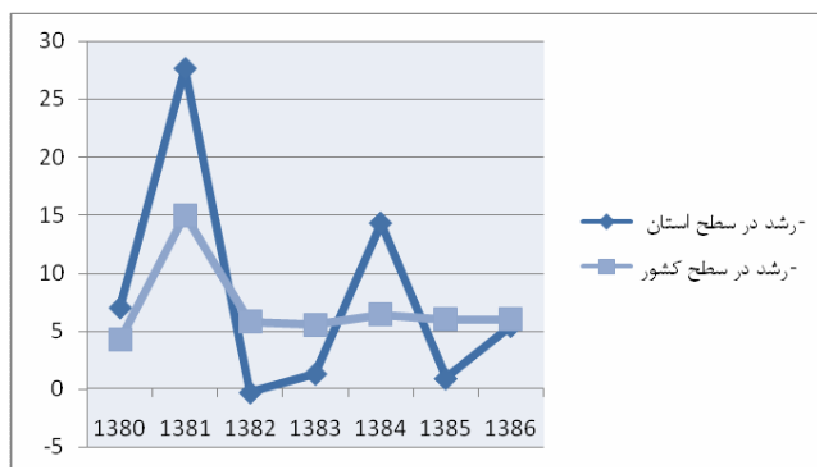
ستانده واحدهای تولید، مجموع کالا و خدماتی است که در آن واحد تولید می‌شود و برای استفاده در اختیار عموم قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه ارزش ستانده بخش کشاورزی استان زنجان، مجموع کالا و خدماتی است که به وسیله بخش کشاورزی استان تولید شده است. افزایش ارزش ستانده در یک فعالیت را می‌توان به عنوان نشانه‌ای از تولید بیشتر و بزرگتر شدن آن بخش تلقی کرد.

در جدول زیر کل ارزش ستانده بهداشت استان و میزان رشد آن در سطح کشور و استان طی سال‌های ۱۳۸۰-۸۶ مقایسه شده است. بر طبق این جدول، متوسط رشد ارزش ستانده بخش بهداشت در سطح استان معادل ۸۰۳ درصد و در سطح کشور ۷۱۶ درصد می‌باشد. بنابراین از این نظر، متوسط رشد ارزش ستانده بخش بهداشت در سطح استان بیشتر از سطح کشوری می‌باشد. به طور کلی طبق نمودار ۲ تغییرات رشد ارزش ستانده در سطح کشور و استان، روندی همسو طی نکرده‌اند.

جدول ۶. ارزش ستانده بهداشت استان و میزان رشد آن در سطح کشور و استان طی سال‌های ۱۳۸۰-۸۶

شرح فعالیت‌ها	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	متوسط رشد
بهداشت و مددکاری اجتماعی	722,390	773,288	987,077	983,670	996,658	1,138,904	1,148,645	1,210,538	
رشد در سطح استان	-	7.0	27.6	-0.3	1.3	14.3	0.9	5.4	۸۰۳
رشد در سطح کشور	-	4.2	15.0	5.8	5.5	6.4	6.0	6.0	۷۱۶

مأخذ: سایت مشاور مادر، ۱۳۹۰



نمودار ۲. مقایسه رشد ارزش ستانده بخش بهداشت به قیمت ثابت ۱۳۸۶ (میلیون ریال - درصد)

۳-۱-۳- پیوندهای پسین و پیشین در تعیین و شناسایی بخش‌های کلیدی اقتصاد منطقه

تعیین و شناسایی بخش‌های کلیدی و یا بخش‌های پیشرو در سطح اقتصاد منطقه یکی از کاربردهای اساسی الگوی داده ستانده منطقه به شمار می‌آید. تقریباً تمام کشورهای مختلف جهان که جدول داده ستانده منطقه‌ای تهیه کرده‌اند، در سیاست‌های منطقه‌ای از تکنیک مذکور استفاده نموده‌اند. از منظر سیاست‌گذاری، تعیین و شناسایی بخش‌های کلیدی در سطح منطقه حداقل می‌تواند سه حسن اساسی را به همراه داشته باشد. ۱- جذب و ایجاد صنایع جدید در سطح منطقه. ۲- تحرک در افزایش تولید صنایع موجود در منطقه. ۳- اتخاذ سیاست‌های مالی به منظور ایجاد انگیزه بیشتر در توسعه و گسترش این نوع بخش‌ها در سطح منطقه، نظیر کاهش مالیات و یا افزایش یارانه‌های صادرات. به دلایل فوق، از لحاظ اقتصادی، منطقی به نظر می‌رسد که تعیین و شناسایی بخش‌های کلیدی، یعنی بخش‌هایی که منجر به رشد اقتصادی بیشتری در سطح منطقه می‌شوند و می‌توانند منافع زیادی در کل منطقه ایجاد نمایند، اهمیت می‌یابد. بررسی جنبه‌های نظری و عملیاتی کردن ابعاد پیوندهای پسین و پیشین پاسخ به چهارمین سؤال مطرح شده می‌باشد. از نقطه نظر روش‌شناسی پیوندهای پسین و پیشین به دو گروه کلی زیر تقسیم می‌گردند. پیوندهای پسین طرف تقاضای اقتصاد و پیوندهای پیشین طرف عرضه اقتصاد.

الف) پیوندهای پسین طرف تقاضای اقتصاد

این نوع پیوندها اساساً بر مبنای ساختار نهاده‌های واسطه‌ای بخش‌های مختلف اقتصادی در سطح منطقه که در ماتریس ضرایب مستقیم و ماتریس معکوس داده ستانده منطقه‌ای نمایان می‌شوند، به شکل جمع ستونی محاسبه می‌شوند. یعنی اینکه، یک بخش در سطح منطقه به چه میزان از کالاها و خدمات سایر بخش‌ها را در فرآیند تولید خود مورد استفاده قرار می‌دهد. هر چه میزان تولید این بخش در سطح منطقه افزایش یابد، انتظار می‌رود که باعث تحرک سایر بخش‌های اقتصادی در سطح منطقه شود. میزان افزایش تولید بخش بستگی به افزایش متغیرهای کلان سیاستی آن بخش دارد که در ناحیه تقاضای نهایی جدول قرار می‌گیرند. به این دلیل چنین پیوندهایی را طرف تقاضای اقتصاد می‌نامند.

پیوندهای پسین خود به دو گروه تقسیم می‌گردند. پیوندهای پسین مستقیم و پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم.

الف-۱) پیوندهای پسین مستقیم طرف تقاضای اقتصاد

پیوندهای پسین مستقیم نشان می‌دهند که بخش زام در فرآیند تولید خود چه میزان از کالاها و خدمات سایر بخش‌ها را به عنوان واسطه در فرآیند تولید خود مورد استفاده قرار می‌دهد. هر چه شاخص مذکور بیشتر باشد، وابستگی بخش مذکور از سایر بخش‌های اقتصاد منطقه بیشتر است. پیوند مذکور به صورت زیر محاسبه می‌گردد:

$$DBL_j = \sum_{i=1}^n a_{ij} \quad (1)$$

در رابطه (۲۰) a_{ii} ماتریس ضرایب مستقیم داده ستانده منطقه‌ای و DBL_j پیوند پسین مستقیم بخش زام در سطح منطقه را نشان می‌دهد. هر چه قدر شاخص DBL_j بیشتر باشد، میزان وابستگی بخش زام به کالاهای و خدمات سایر بخش‌های منطقه‌ای بیشتر است.

الف-۲) پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم طرف تقاضای اقتصاد

این نوع پیوندها نشان می‌دهند که فرضاً بخش زام به چه میزان از کالاهای و خدمات سایر بخش‌ها را به طور مستقیم و غیرمستقیم در فرآیند تولید خود مورد استفاده قرار می‌دهد.

$$DIBL_j = \sum_{i=1}^n R_{ij} \quad (2)$$

در رابطه فوق R_{ii} ماتریس معکوس و DBL_j پیوند پسین مستقیم و غیرمستقیم بخش زام در سطح منطقه است. چنانچه شاخص DBL_j زیاد باشد، بیانگر این واقعیت است که وابستگی مستقیم و غیرمستقیم بخش مذکور با سایر بخش‌های اقتصادی در سطح منطقه بیشتر است.

الف-۳) پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده طرف تقاضای اقتصاد

پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم متعارف نمی‌توانند شدت وابستگی‌های متوسط یک بخش از اقتصاد منطقه را نسبت به متوسط کل اقتصاد منطقه نشان دهند. تحت چنین شرایطی ممکن است شاخص یک بخش مستقل از اینکه از شاخص متوسط کل اقتصاد بیشتر و یا کمتر باشد، مورد سنجش قرار می‌گیرد. برای رفع این نارسایی از پیوندهای مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده استفاده می‌گردد. پیوندهای مذکور از تقسیم متوسط پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم هر بخش به متوسط پیوندهای مستقیم و غیرمستقیم کل اقتصاد منطقه به صورت زیر محاسبه می‌گردد. تحت چنین شرایطی عملکرد متوسط هر بخش نسبت به عملکرد متوسط اقتصاد منطقه مورد سنجش قرار می‌گیرد.

$$DIBL_j^n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n R_{ij} / \frac{1}{n^2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n R_{ij} \quad (3)$$

در رابطه (۳) n تعداد بخش‌های اقتصادی در سطح منطقه را نشان می‌دهد. $DIBL_j^n$ متوسط پیوند پسین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده بخش زام در سطح منطقه است. هر چه شاخص $DIBL_j^n$ بیشتر باشد، نشان می‌دهد که نه فقط متوسط شاخص مذکور از متوسط کل اقتصاد منطقه بیشتر است.

ب) پیوندهای پیشین طرف عرضه اقتصاد

برخلاف پیوندهای پسین که اساساً بر مبنای ساختار تقاضای نهاده‌های واسطه‌ای بخش‌های مختلف اقتصاد قرار دارند و به شکل جمع ستونی ماتریس ضرایب مستقیم A و ماتریس ضرایب مستقیم و غیرمستقیم $(I-A)^{-1}$ محاسبه

می‌گردند، پیوندهای پیشین بر مبنای ساختار تولید منطقه و چگونگی توزیع تولید هر بخش به سایر بخش‌های اقتصادی به شکل جمع سطری ماتریس ضرایب مستقیم و ماتریس ضرایب مستقیم و غیرمستقیم محاسبه می‌گردند. هر چه این نوع پیوندها برای یک بخش بیشتر باشد، نشان می‌دهد که بخش مذکور نسبت به سایر بخش‌های اقتصادی به نسبت بیشتری تولید خود را به سایر بخش‌های اقتصادی به عنوان واسطه می‌فروشد. همانند پیوندهای پسین، پیوندهای پیشین به دو گروه تقسیم می‌گردند، پیوندهای پیشین مستقیم و پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم.

ب-۱) پیوندهای پیشین مستقیم طرف عرضه اقتصاد

پیوندهای پیشین مستقیم به صورت زیر محاسبه می‌گردند:

$$DFL_i = \sum_{j=1}^n b_{ij} \quad (4)$$

$$b_{ij} = \frac{z_{ij}}{x_i} \quad \text{که در آن}$$

با توجه به رابطه فوق، مشاهده می‌گردد که در محاسبه ضرایب، تقسیم به صورت سطری است. حال آنکه در پیوندهای پسین ضرایب همواره به صورت ستونی محاسبه می‌گردیده‌اند. ماتریس b_{ij} نشان می‌دهد که به ازای افزایش یک واحد تولید بخش i ام در سطح منطقه، چه میزان بخش مذکور تولید خود را مستقیماً به بخش j می‌فروشد. DFL_i هم شاخص پیوند پیشین مستقیم بخش i ام را نشان می‌دهد. هرچه شاخص مذکور بیشتر باشد، بیانگر این واقعیت است که بخش مذکور در مقایسه با سایر بخش‌های اقتصادی به نسبت بیشتری از تولید خود را به سایر بخش‌های اقتصادی در سطح منطقه می‌فروشد.

ب-۲) پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم طرف عرضه اقتصاد

پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم بخش i ام از رابطه زیر به دست می‌آید:

$$DIFL_i = \sum_{j=1}^n C_{ij} \quad (5)$$

$$B = [B_{ij}] \text{ و } C_{ij} = (I - B)^{-1} \quad \text{که در آن}$$

در رابطه (۵) DBL_i پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم بخش i ام در سطح منطقه را نشان می‌دهد. هرچه شاخص مذکور بیشتر باشد، بیانگر این واقعیت است که بخش مذکور در مقایسه با سایر بخش‌های اقتصادی منطقه تولید خود را به طور مستقیم و غیرمستقیم به نسبت بیشتری به سایر بخش‌ها می‌فروشد.

ب-۳) پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده طرف عرضه اقتصاد

شاخص فوق مشخص نمی‌کند که عملکرد متوسط هر بخش نسبت به عملکرد متوسط کل اقتصاد به چه صورت می‌باشد.

برای این منظور از پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده استفاده می‌گردد. شاخص مذکور از رابطه زیر به دست می‌آید:

$$DIFL_i^n = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n C_{ij} / \frac{1}{n^2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n C_{ij} \quad (6)$$

$DIFL_i^n$ در رابطه فوق متوسط پیوند پیشین مستقیم و غیرمستقیم بخش i ام در سطح منطقه است. هر چه شاخص مذکور بیشتر باشد، نشان می‌دهد که عملکرد متوسط پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم این بخش از متوسط کل اقتصاد منطقه بیشتر است.

ج- شاخص انتشار

پیوندهای پسین و پیشین که در بالا معرفی شد مبتنی بر روش متوسط‌گیری است. این امر بدین معنی است که یک بخش می‌تواند پیوند پسین و پیشین بالایی در اقتصاد داشته باشد، ولی این پیوندها مرتبط با بخش‌های محدودی باشد. به عبارت دیگر پیوندهای پسین و پیشین یک بخش ممکن است به طور نسبتاً مساوی و متعادل با بخش‌های دیگر حاصل نشده باشد. از این رو برای نشان دادن میزان پراکندگی شاخص ضریب انتشار برای پیوندهای پسین و پیشین معرفی شده است. این شاخص‌ها در زیر آورده شده است:

$$V_j = \frac{\left\{ \left[\frac{1}{n-1} \right] \sum_i (r_{ij} - \frac{\sum_i r_{ij}}{n})^2 \right\}^{\frac{1}{2}}}{\frac{\sum_i r_{ij}}{n}} \quad (7)$$

و

$$V_i = \frac{\left\{ \left[\frac{1}{n-1} \right] \sum_j (r_{ij} - \frac{\sum_j r_{ij}}{n})^2 \right\}^{\frac{1}{2}}}{\frac{\sum_j r_{ij}}{n}} \quad (8)$$

بخش کلیدی به بخشی اطلاق می‌شود که پیوند پسین و پیشین نرمال شده بالاتر از واحد داشته باشد و ضریب پراکندگی آن نسبتاً کوچک باشد.

۳-۱-۳-۱- تحلیل نتایج الگوی داده ستانده منطقه‌ای

در این قسمت در راستای عملیاتی نمودن الگوی نظری داده ستانده که در بخش پیشین ارائه شد، به تحلیل نتایج حاصل از جدول داده ستانده استان زنجان در سال ۱۳۸۶ خواهیم پرداخت. بدین منظور ابتدا نگاهی به وضعیت اقتصاد کلان استان زنجان خواهیم انداخت، سپس به تحلیل ساختار اقتصاد استان و ضرایب فزاینده تولید و اشتغال در استان زنجان می‌پردازیم و در پایان بررسی پیوندهای پسین و پیشین بخش‌های مختلف اقتصادی در استان در کانون توجه قرار می‌گیرد.

- تحلیل ضرایب فزاینده

از ویژگی‌های بارز الگوی داده ستانده توانایی این الگو در تحلیل ساختار تولید اقتصاد است. ماتریس ضرایب فنی یکی از پایه‌های اساسی این تحلیل به شمار می‌رود. ماتریس ضرایب فنی از تقسیم هزینه‌های واسطه یک بخش بر ستانده همان بخش حاصل شده و نشان می‌دهد که چه سهمی از تولید هر بخش صرف خرید کالاها و خدمات واسطه‌ای از سایر بخش‌ها می‌شود. این ماتریس در حقیقت ساختار هزینه بخش‌ها را نشان می‌دهد. جدول ۷ ضرایب فنی و نیز ضرایب فزاینده تولید استان زنجان در سال ۱۳۸۶ را نشان می‌دهد.

جدول ۷. ضرایب فنی و ضرایب فزاینده تولید استان زنجان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در سال ۱۳۸۶

عنوان بخش	جمع ضرایب فنی	ضریب فزاینده تولید
بهداشت و درمان	0.35	1.07

مأخذ: محاسبات تحقیق

*میزان تولید بخش نفت خام و گاز طبیعی در استان زنجان برابر صفر بوده و به همین دلیل بخش ۵ در جدول آورده نشده است.

ستون ضرایب فنی گویای این امر است که هر بخش چه مقدار از ستانده خود را صرف خرید کالا و خدمات واسطه‌ای می‌نماید، با توجه به اعداد جدول ۷ می‌توان گفت بخش بهداشت و درمان ۰.۳۵ ستانده خود را صرف خرید کالاها و خدمات واسطه‌ای می‌کند یا به عبارت دیگر به ازای هر ۱۰۰۰ ریال ستانده این بخش ۳۵۰ ریال کالا و خدمات واسطه‌ای خریداری می‌کند. از منظر سیاست‌گذاری نیز می‌توان گفت با تزریق اضافی ارزش یک میلیون ریال در هر یک از متغیرهای سیاستی بخش‌های اقتصادی نظیر مصرف نهایی خانوارها، مصرف دولت، سرمایه‌گذاری و یا صادرات به طور مستقیم چه میزان تولید بخش‌های اقتصاد استان افزایش می‌یابد. به عنوان مثال در بخش بهداشت و درمان به ازای یک میلیون ریال افزایش در هر یک از متغیرهای سیاستی به عنوان مثال سرمایه‌گذاری، به طور مستقیم تولید اقتصاد ۳۵۰۰۰۰ ریال افزایش می‌یابد. از این منظر به این ماتریس، ماتریس ضرایب فزاینده مستقیم نیز گفته می‌شود.

ضرایب فزاینده تولید ستونی دیگر از جدول ۷ را به خود اختصاص داده است. ضریب فزاینده تولید در الگوی داده ستانده، اثرات مستقیم و غیرمستقیم تغییر در تقاضای نهایی را بر روی تولید در کل اقتصاد استان نشان می‌دهد. یکی از مهمترین اجزای الگوی داده ستانده معکوس ماتریس لئونتیف است. این ماتریس اساس ضرایب فزاینده را در الگوی داده ستانده تشکیل می‌دهد. جمع ستونی اجزاء این ماتریس، ضرایب فزاینده تولید بخش‌های مختلف اقتصادی را در الگوی داده ستانده نشان می‌دهد. با توجه به ارقام جدول ضریب فزاینده تولید بخش بهداشت و درمان

برابر با ۱۰۷ است. این رقم این معنا را در ذهن ایجاد می‌کند که با افزایش یک میلیون ریالی تقاضای نهایی بخش بهداشت و درمان، تولید کل اقتصاد استان به طور مستقیم و غیرمستقیم ۱۰۷ میلیون ریال افزایش می‌یابد. از منظر سیاستگذاری افزایش تقاضای نهایی بخش‌هایی که دارای ضریب فزاینده تولید بالاتری هستند، تأثیر بیشتری بر رشد تولید در اقتصاد استان خواهند داشت. از این رو اگر سیاستگذاران استان خواهان رشد بیشتری در تولید استان هستند، باید بر بخش‌هایی که ضریب فزاینده تولید بالاتری در استان تمرکز نمایند. با استفاده از ضرایب فنی می‌توان ارتباط میان بخش‌های مختلف اقتصاد را با یکدیگر سنجید و اینکه هر بخش با بخش‌های دیگر پیوند برقرار کرده است یا خیر. جدول ۸ با این هدف سامان یافته است. در این جدول بخش‌های اقتصادی و پیوندهای پیشین و پسین آنها مورد مذاقه قرار گرفته است.

جدول ۸. پیوندهای پسین و پیشین جدول داده-ستانده استان زنجان سال ۱۳۸۶

عنوان بخش	پیوند پسین مستقیم	پیوند پیشین مستقیم	پیوند پسین غیرمستقیم	پیوند پیشین غیرمستقیم	پیوند پسین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده	پیوند پیشین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده
بهداشت و مددکاری اجتماعی	0.06	0.03	1.07	1.03	0.92	0.88

مأخذ: محاسبات تحقیق

ستون‌های اول و دوم جدول فوق به ترتیب پیوندهای پسین و پیشین مستقیم را بیان می‌کنند. ارقام ستون اول بیانگر این واقعیت است که هر بخش به ازای افزایش ارزش یک واحد تولید خود چه میزان از کالاها و خدمات خود و سایر بخش‌های اقتصادی را به عنوان کالاها و خدمات واسطه‌ای در فرآیند تولید خود مورد استفاده قرار می‌دهد، مثلاً در مورد بخش بهداشت بدین معناست که این بخش به چه میزان از کالا و خدمات واسطه‌ای سایر بخش‌ها بهره می‌برد. هر چه این شاخص برای یک بخش بیشتر باشد، نشان‌دهنده آن است که این بخش در فرآیند تولید خود از کالاها و خدمات واسطه‌ای بیشتری نسبت به سایر بخش‌های اقتصاد استفاده می‌کند و بدین ترتیب دارای پیوند پسین مستقیم بیشتری است. ارقام ستون اول نشان می‌دهد که بخش بهداشت و مددکاری با ۰.۰۶ واحد پیوند پسین مستقیم ایجاد می‌کند.

ستون دوم، ارقام پیوندهای پیشین مستقیم در بخش بهداشت استان زنجان را نشان می‌دهند. این رقم به طور کلی بیان‌کننده این واقعیت است که بخش بهداشت به چه نسبت از کالاها و خدمات دیگر بخش‌ها در فرآیند تولید خود استفاده می‌کند. هر چه شاخص مذکور برای یک بخش بیشتر باشد، نشان‌دهنده آن است که به ازای افزایش یک واحد تولید، محصولات خود را به نسبت بیشتری در مقایسه با سایر بخش‌های اقتصادی به بخش‌های استان می‌فروشد. پیوند پیشین مستقیم برای بخش بهداشت ۰.۰۳ است.

ستون‌های ۳ و ۴ جدول فوق، ارقام پیوندهای پسین و پیشین مستقیم و غیرمستقیم بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی را نشان می‌دهد. این ارقام علاوه بر اثرات مستقیم، اثرات غیرمستقیم سیاست‌های توسعه اقتصادی را نشان می‌دهد. ارقام ستون ۳ جدول مربوط به پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم بخش‌ها است و بیان می‌کند که به ازای تزریق اضافی فرضاً یک میلیون ریال سرمایه‌گذاری در این بخش، به طور مستقیم و غیرمستقیم چه میزان افزایش تولید توسط آن بخش‌ها در کل اقتصاد استان ایجاد خواهد شد. بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی ۱۰۷ پیوند پسین مستقیم و غیرمستقیم تولید را در مقایسه با سایر بخش‌های اقتصادی استان به خود اختصاص داده است. ستون ۴ جدول فوق، نتایج پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم متعارف را نشان می‌دهند. رقم مذکور به طور کلی بیانگر این واقعیت است که تزریق اضافی یک میلیون ریال در ارزش افزوده یک بخش، موجب افزایش چه میزان تولید توسط آن بخش در کل اقتصاد استان زنجان خواهد شد. در این خصوص مشاهده می‌شود که بخش معدن با ۱۰۳ واحد تولید پیوند پیشین مستقیم و غیرمستقیم در سطح استان زنجان ایجاد می‌کند.

پیوندهای فوق تنها عملکرد کلی هر بخش را در کل اقتصاد استان زنجان آشکار می‌کنند و نمی‌توان بر مبنای آن‌ها بخش‌های کلیدی را در سطح استان شناسایی نمود. برای این منظور از دو معیار مشخص استفاده شده است:

– پیوندهای پسین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده

– و دیگری پیوندهای پیشین مستقیم و غیرمستقیم نرمال شده

نتایج به ترتیب در ستون‌های ۵ و ۶ جدول ۸ آورده شده است. بخش‌هایی که پیوندهای پسین و پیشین نرمال شده آنها بزرگتر از واحد باشد، می‌توانند به عنوان بخش‌های کلیدی یا بخش‌های پیشرو در استان زنجان مطرح شوند. بدین ترتیب بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی جزء بخش‌هایی است که پیوندهای پسین و نیز پیشین نرمال شده آن کمتر از واحد می‌باشد. بنابراین این فعالیت در زمره فعالیت‌های کلیدی و پیشرو استان به شمار نمی‌رود.

ارتباط میان بخش‌های مختلف اقتصادی نیز قابل ارزیابی است. در این بخش از گزارش ارتباط بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی با دیگر فعالیت‌های اقتصادی مورد کنکاش قرار می‌گیرد و تعیین می‌شود که هر فعالیت برای تولید محصول خود به چه میزان از محصولات و خدمات سایر فعالیت‌ها بهره می‌گیرد، این مسأله می‌تواند نشان دهد که رشد یک بخش خاص در اقتصاد به چه میزان می‌تواند در رشد سایر بخش‌ها مؤثر باشد. به عنوان نمونه جدول ۹ ارتباط بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی را با سایر فعالیت‌های اقتصادی بررسی می‌کند.

جدول ۹. میزان استفاده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی از کالاها و خدمات سایر بخش‌ها

بخش‌های اقتصادی	بهداشت و مددکاری اجتماعی
کشاورزی، شکار و جنگلداری	0.0079
ماهیگیری	0.0003
معدن	0.0000
صنعت	0.0125
تأمین آب، برق و گاز طبیعی	0.0027
ساختمان	0.0012
عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، تعمیر وسایل نقلیه و کالاها	0.0091
هتل و رستوران	0.0017
حمل و نقل، انبارداری و ارتباطات	0.0021
واسطه‌گری‌های مالی	0.0076
مستغلات، کرایه و خدمات کسب و کار	0.0007
اداره امور عمومی، و خدمات شهری	0.0000
آموزش	0.0002
بهداشت و مددکاری اجتماعی	0.0098
سایر خدمات عمومی، اجتماعی شخصی و خانگی	0.0010

مأخذ: محاسبات تحقیق

- بررسی ارقام جداول حاکی از آن است که اکثر بخش‌ها ارتباط بسیار کمی با بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی دارند و کمتر بخشی است که از خدمات ارائه شده در این بخش به عنوان نهاده بهره ببرد، لذا نوسات این بخش تأثیر چندانی بر سایر بخش‌ها ندارد.
- بخش صنعت بیشتری بخش تأمین‌کننده نهاده‌های بهداشت و مددکاری اجتماعی است و لذا این بخش بیشترین وابستگی را به بخش صنعت دارد. پس از آن وابستگی این بخش به خود و نیز بخش عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، تعمیر وسایل نقلیه و کالاها بیش از سایر بخش‌ها است.
- بخش اداره امور عمومی و خدمات شهری و نیز بخش معدن از جمله بخش‌های کمتر اثرگذار در بر بهداشت و مددکاری اجتماعی هستند و این بخش در ارائه خدمات خود کمترین استفاده را از این دو بخش دارد.

۳-۱-۴- ارزیابی تحولات بهره‌وری در بخش بهداشت

بهره‌وری نیروی کار رابطه میان نهاده نیروی کار و ستانده است. بهره‌وری نیروی کار هنگامی بالا می‌رود که افزایش ستانده در اثر افزایش کمتر از مقدار متناسب نیروی کار اتفاق افتاده باشد و یا همان ستانده با نیروی کار کمتری تولید شده باشد به عبارت دیگر، افزایش بهره‌وری نیروی کار می‌تواند بدون تغییر میزان نهاده‌های تولید (سرمایه و نیروی کار) تولید را افزایش دهد. از سوی دیگر هرچه بهره‌وری در یک فعالیت اقتصادی افزایش یابد به معنای توانمندی آن فعالیت در پرورش نیروی کار ماهر بوده و آن فعالیت می‌تواند با صرف هزینه‌های کمتر به تولید

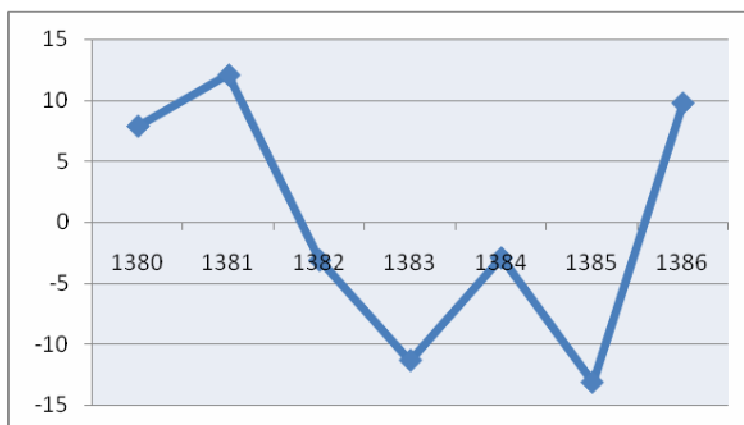
بالاتر دست یابد و آن بخش را به عنوان یک بخش پیشرو در اقتصاد معرفی نماید. در این بخش از مطالعه به تحلیل بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان در دوره ۱۳۷۹-۱۳۸۶ خواهیم پرداخت. جدول ۱۰، تحولات بهره‌وری نیروی کار را در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان طی سال‌های ۱۳۷-۸۶ نشان می‌دهد. بر طبق این جدول متوسط بهره‌وری نیروی کار طی سال‌های ۱۳۷۹-۸۶ معادل ۱۴۰.۵ درصد بوده است و رشد آن از روندی همواره نزولی و یا صعودی برخوردار نبوده است.

جدول ۱۰. تحولات بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۶

نوع فعالیت	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	متوسط
بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱۳۴.۷	۱۴۵.۴	۱۶۲.۹	۱۵۷.۸	۱۳۹.۹	۱۳۵.۸	۱۱۸.۰	۱۲۹.۶	۱۴۰.۵
رشد بهره‌وری	-	۷.۹	۱۲.۱	-۳.۱	-۱۱.۳	-۲.۹	-۱۳.۱	۹.۸	-۰.۱

مأخذ: محاسبات محقق

نمودار ۳ نشان می‌دهد که در اغلب سال‌ها رشد بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت منفی بوده است بجز در سال‌های ۱۳۸۰، ۸۱ و ۸۶.



نمودار ۳. تحولات بهره‌وری نیروی کار در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۶

اگر بخواهیم فعالیت‌های اقتصادی را به سه دسته فعالیت با بهره‌وری پایین، بهره‌وری متوسط و بهره‌وری بالا تقسیم کنیم نیاز به یک شاخص برای طبقه‌بندی داریم. اگر میزان متوسط بهره‌وری در یک فعالیت اقتصادی در دوره ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ کمتر از ۱۰۰ باشد آنگاه آن فعالیت اقتصادی دارای بهره‌وری پایین خواهد بود. اگر میزان متوسط بهره‌وری در یک فعالیت اقتصادی بین ۱۰۰ و ۲۰۰ باشد آنگاه آن فعالیت اقتصادی دارای بهره‌وری متوسط بوده و اگر میزان متوسط بهره‌وری بالای ۲۰۰ باشد، میزان بهره‌وری بالا را شاهد خواهیم بود. بدین ترتیب بخش بهداشت و مددکاری استان زنجان در زمره فعالیت‌های با بهره‌وری متوسط محسوب می‌شود.

۳-۲- ارزیابی تحول اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های تحت تصدی دستگاه و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق

۳-۲-۱- ارزیابی ساختار بخشی اشتغال در بخش بهداشت

همان‌گونه که در ابتدای مبحث و در قسمت اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان شد، این وزارتخانه و سازمان‌های تحت امر آن اهداف گوناگونی مانند ارتقاء سطح خدمات بهداشتی کشور، توسعه اقدامات پیشگیری از بروز معلولیت‌های جسمی و روانی، افزایش خدمات قابل ارائه در نظام شبکه‌های سلامت کشور، توسعه و تشدید کنترل بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع و فروش و نگهداری مواد غذایی، توسعه عملیات بهداشت محیط در روستاها، توسعه فعالیت‌های مربوط به تأمین آب آشامیدنی سالم در روستاها، توسعه خدمات دندانپزشکی در مناطق شهری و روستایی و ... را بر عهده دارد. در راستای اهداف تعیین شده برای این وزارتخانه و در جهت نیل به آنها تلاش شده است که در استان‌های مختلف کشور با جذب نیروهای متخصص در زمینه‌های گوناگون امکان برآورده شدن هر چه سریع‌تر این اهداف میسر شود.

دانشگاه علوم پزشکی زنجان نیز در همین راستا تلاش دارد با جذب نیروهای متخصص و مورد نیاز خود در شهرها و روستاهای مختلف استان، بهداشت عمومی را هر چه بیشتر گسترش دهد. با نگاهی به آمار ارائه شده در سالنامه آماری استان زنجان در سال ۱۳۸۸ این موضوع به خوبی قابل لمس می‌باشد. تمامی این آمارها نشان از گسترش اشتغال و جذب نیروهای متعهد در سازمان‌ها و ارگان‌های مختلف مربوط به بهداشت دارد به گونه‌ای که در سال ۱۳۸۸، ۶۰۲ پزشک در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان شاغل بوده‌اند که نسبت به سال ۱۳۸۷، ۱۷/۸ درصد افزایش داشته است. از این تعداد ۲۴۹ نفر پزشک عمومی، ۲۶۱ نفر پزشک متخصص، ۵۶ نفر دندانپزشک، ۳۵ نفر داروساز بوده‌اند.

جدول ۱۱، افزایش تعداد کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب گروه شغلی را نشان می‌دهد.

جدول ۱۱. افزایش کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب گروه شغلی

سال	پزشکان	پیراپزشکان	سایر کارکنان	جمع
۱۳۷۵	۲۹۷	۱۹۲۸	۹۳۷	۳۱۶۲
۱۳۸۰	۳۷۵	۲۹۸۹	۱۸۷۴	۵۲۳۸
۱۳۸۵	۴۸۹	۲۸۴۴	۱۲۱۰	۴۵۴۳
۱۳۸۶	۵۲۰	۳۱۳۳	۱۳۳۴	۴۹۸۷
۱۳۸۷	۵۱۱	۳۱۴۳	۱۲۴۹	۴۹۰۳
۱۳۸۸	۶۰۲	۳۵۳۰	۱۱۳۲	۵۲۶۴

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

همچنین در آماری دیگر تعداد پیراپزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان از ۱۹۲۸ نفر در سال ۱۳۷۵ به ۳۵۳۰ نفر در سال ۱۳۸۸ افزایش یافته که میزان دقیق این افزایش در رشته‌های گوناگون در جدول ۱۲ آورده شده است.

جدول ۱۲. پیراپزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر حسب رشته شغلی

سال	خدمات پزشکی	خدمات دندانپزشکی	خدمات پرستاری و مامائی	خدمات توانبخشی	خدمات بهسازی و بهداشت	خدمات دارویی	جمع
۱۳۷۵	۴	۵۶	۱۴۰۰	۱	۱۱۲	۵۵	۱۹۲۸
۱۳۸۰	۱۶	۴۲	۱۳۱۴	۲	۳۹۹	۸۵	۲۹۸۹
۱۳۸۵	۲۵	۲۴	۱۲۱۲	۷	۵۳۸	۶۸	۲۸۴۴
۱۳۸۶	۵۴	۲۱	۱۴۸۴	۸	۴۳۷	۸۴	۳۱۳۳
۱۳۸۷	۵۶	۱۸	۱۵۴۳	۹	۳۹۱	۸۳	۳۱۴۳
۱۳۸۸	۰	۱۱	۱۳۵۱	۲۵	۱۲۹۷	۹۱	۳۵۳۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

همچنین در راستای گسترش بهداشت و ارائه خدمات مناسب به روستائیان در طی سال‌های گذشته همواره خانه‌های بهداشت اقدام به جذب پزشکان و بهورزان کرده که در جدول ۱۳ این افزایش نشان داده شده است.

جدول ۱۳. تعداد کارکنان خانه‌های بهداشت فعال روستاها

سال	خانه‌های بهداشت فعال	کارکنان (بهورز)		
		مرد	زن	جمع
۱۳۸۰	۳۵۷	۲۱۲	۳۷۶	۵۸۸
۱۳۸۴	۴۱۱	۲۱۴	۴۱۲	۶۲۶
۱۳۸۵	۴۱۲	۲۲۲	۴۱۷	۶۳۹
۱۳۸۶	۴۲۰	۲۳۳	۴۲۷	۶۶۰
۱۳۸۷	۴۲۲	۲۳۹	۴۳۱	۶۷۰
۱۳۸۸	۴۲۲	۲۵۲	۴۴۱	۶۹۳

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

همانگونه که در جدول ۱۳ نیز مشاهده می‌شود طی سال‌های گذشته همواره بر تعداد شاغلان در خانه‌های بهداشت استان زنجان افزوده شده است.

از آمار اشاره شده پیداست که دانشگاه علوم پزشکی زنجان و سازمان‌های تابعه آن همواره سعی داشته‌اند در راستای اهداف وزارتخانه خود که گسترش بهداشت، ایجاد شغل و پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه خدمات به بیماران می‌باشد، پرسنل، کادر پزشکی و اداری خود را با استانداردها منطبق سازند. از این رو طی سال‌های گذشته همواره با ایجاد اشتغال مؤثر قدم در این راه نهاده‌اند، که این خود می‌تواند گامی بزرگ برای رسیدن به اهداف مورد نظر باشد.

در ادامه به منظور تعیین سهم شهرستان‌ها در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی، به بررسی اشتغال در هر فعالیت اقتصادی به تفکیک شهرستان‌های استان زنجان می‌پردازیم. جدول ۱۴ جدولی است که ارقام اشتغال و نیز سهم هر شهرستان از اشتغال در این بخش به نمایش گذاشته است.

طبق این جدول ۶۰ درصد شاغلین بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در سال ۸۵ از شهرستان زنجان بوده‌اند، ابهر با ۱۳.۹ درصد در رتبه دوم و خدابنده با ۱۱.۶ درصد سوم قرار دارد. اشتغال در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در سال ۸۵ نسبت به ۷۵ در تمامی شهرستان‌های استان افزایش یافته است. تمام شهرستان‌های استان در سال ۸۵ سهم‌شان در اشتغال این بخش افزایش یافته و این ناشی از کاهش سهم ۷ درصدی شهرستان زنجان بوده است. در مجموع نیز شاغلین بخش بهداشت و مددکاری استان زنجان در سال ۸۵ نسبت به سال ۷۵، ۱۱۲.۶ درصد افزایش یافته‌اند.

جدول ۱۴. اشتغال در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در شهرستان‌های استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

شرح	ابهر	ایجرود	خدابنده	خرم دره	زنجان	طارم	ماه‌نشان
اشتغال سال ۱۳۷۵	۴۴۸	۳۳	۲۴۲	۱۱۵	۲۱۷۷	۱۲۱	۱۰۱
اشتغال سال ۱۳۸۵	۹۵۸	۹۷	۷۹۷	۴۱۳	۴۱۳۱	۲۶۷	۲۲۰
سهم اشتغال ۱۳۷۵	۱۳.۸	۱.۰	۷.۵	۳.۶	۶۷.۳	۳.۷	۳.۱
سهم اشتغال ۱۳۸۵	۱۳.۹	۱.۴	۱۱.۶	۶.۰	۶۰.۰	۳.۹	۳.۲
تغییرات اشتغال	۱۱۳.۸	۱۹۳.۹	۲۲۹.۳	۲۵۹.۱	۸۹.۸	۱۲۰.۷	۱۱۷.۸

مأخذ: سالنامه های آماری استان

در ادامه به بررسی تحول ساختار بخشی اشتغال استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خواهیم پرداخت. بدین منظور اشتغال در بخش بهداشت مورد بررسی قرار می‌گیرد تا تحولات صورت گرفته در آن از سال ۷۵ تا ۸۵ روشن شود. جدول ۱۵ درصد شاغلان بهداشت و مددکاری استان زنجان را در سال‌های مذکور ارائه می‌دهد. بر طبق این جدول، تعداد شاغلان این بخش از سال ۱۳۷۵ - ۸۵، ۵۳.۳ درصد افزایش یافته است.

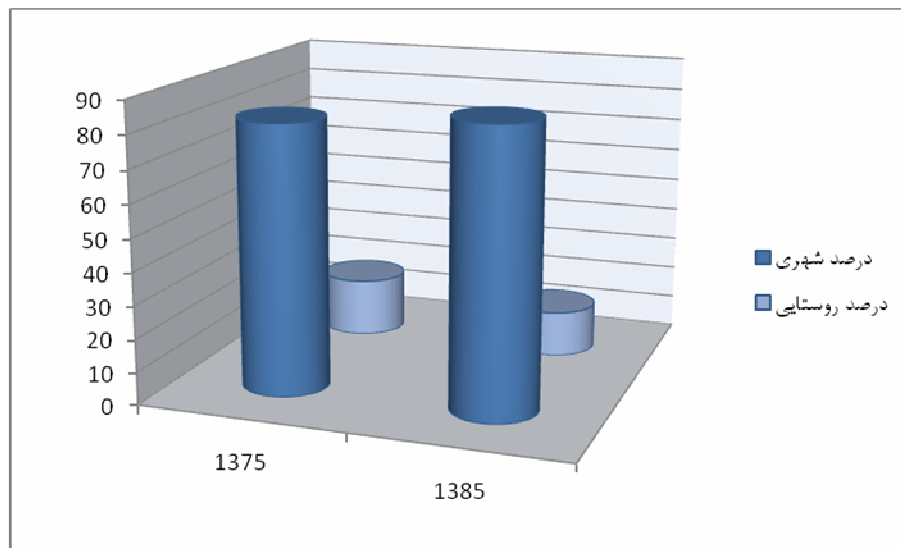
جدول ۱۵. توزیع درصد شاغلان استان زنجان در بخش بهداشت طی سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

درصد تغییرات	۱۳۸۵	۱۳۷۵	عنوان
۵۳.۳	۲.۳	۱.۵	بهداشت و مددکاری اجتماعی

منبع: مرکز آمار ایران، سرشماری عمومی نفوس و مسکن

در نمودار زیر مقایسه‌ای از سهم شاغلان بخش بهداشت و دیگر فعالیت‌های اقتصادی استان صورت گرفته است. ملاحظه می‌شود که سهم شاغلان این بخش در مقایسه با بخش‌هایی مانند کشاورزی، صنعت، عمده فروشی و خرده فروشی، ساختمان و... بسیار کمتر است.

نمودار ۵ سهم شاغلان شهری و روستایی این بخش را به تفکیک نشان می‌دهد. مشخص است که در هر دو سال ۱۳۷۵ و ۸۵ سهم شاغلان شهری به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از شاغلان روستایی است.



نمودار ۵. میزان اشتغال در بخش بهداشت به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

۳-۲-۱-۱- جدول داده- ستانده و ارتباط آن با اشتغال و محاسبه توان اشتغال‌زایی بخش

بهداشت و مددکاری اجتماعی

از نقطه نظر روش‌شناسی و قلمرو کاربردها، ادبیات موجود نشان می‌دهد که دو نوع رویکرد کلی در جداول داده- ستانده وجود دارد. رویکرد طرف تقاضا یا رویکرد درآمد و رویکرد طرف عرضه یا رویکرد قیمت. رویکرد طرف تقاضا، آثار و تبعات مستقیم و غیرمستقیم سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی توسعه و گسترش بخش‌های مختلف اقتصادی بر افزایش تولید، توان اشتغال‌زایی بخش‌ها، توزیع درآمد گروه‌های اقتصادی و اجتماعی نیروی کار، سرمایه، توزیع درآمد گروه‌های اقتصادی و اجتماعی خانوارها، فقر و فقرزدایی از طریق ضرایب فزاینده مورد سنجش قرار می‌گیرند. در رویکرد طرف عرضه، معمولاً سیاست‌های معطوف به آثار و تبعات مستقیم و غیرمستقیم اقتصادی و اجتماعی تغییرات اقلام برون‌زایی (اقلام ناشی‌ها) مانند مالیات، سوبسیدها و واردات کالاها و خدمات بر افزایش شاخص قیمت بخش‌های تولیدی، افزایش شاخص قیمت گروه‌های اقتصادی و اجتماعی نیروی کار و افزایش شاخص هزینه زندگی (شاخص هزینه مصرف) طیف وسیعی از گروه‌های اقتصادی و اجتماعی خانوارها به صورت کمی مورد بررسی قرار می‌گیرند. تأکید اصلی در این قسمت سیاست‌های معطوف به رویکرد طرف تقاضا در قالب جدول داده- ستانده متعارف است.

روابط نظری ساختار تولید و ایجاد اشتغال در بخش‌های مختلف اقتصادی را بر اساس جدول داده- ستانده

متعارف می‌توان به صورت زیر بیان نمود.

رابطه زیر یک رابطه تراز تولیدی در جدول داده- ستانده است.

$$Q = AQ + F \quad (۱)$$

$$Q = (I-A)^{-1}F \quad (۲)$$

رابطه (۲) یک رابطه تراز تولیدی در الگوی داده- ستانده متعارف است که بر مبنای تزریق اضافی یک واحد مشخص حساب‌های برون‌زا یا اقلام تشکیل‌دهنده (F) با فرض ثبات ساختار تولید، (ماتریس ضرایب فزاینده تولید) محاسبه می‌گردد.

افزایش (Q) ناشی از اثرات مستقیم و غیرمستقیم تزریق اضافی یک واحد از اقلام تشکیل‌دهنده (F)، افزایش تقاضای مستقیم و غیرمستقیم نیروی کار توسط بخش‌های مختلف اقتصادی را به دست می‌دهد. افزایش تقاضای مستقیم و غیرمستقیم نیروی کار به توان اشتغال‌زایی بخش‌ها معروف است.

به منظور ایجاد پیوند بین Q، F و اشتغال (L) لازم است که چهار فرض اساسی زیر را در الگوی داده- ستانده در نظر گیریم:

الف) همانند فعالیت‌های مختلف اقتصادی که یک کالای اساسی و کالاهای همگن را تولید می‌کنند، اشتغال در بخش‌های مختلف نیز همگن فرض شده و بدین ترتیب اساس جایگزینی یک رده شغلی با رده دیگر شغلی همان بخش نادیده گرفته می‌شود. چنانچه آمارهای مربوط به رده‌های مختلف شغلی در سطح بخش‌ها موجود باشند (ماتریس اشتغال) در این صورت می‌توان محدودیت مذکور را برطرف نمود.

ب) نسبت اشتغال مستقیم به تولید در کلیه بخش‌ها ثابت است.

ج) اشتغال خارج از سیستم تولیدی و بدون ملاحظه ساختار درآمد طیف وسیعی از گروه‌های اقتصادی و اجتماعی نیروی کار و خانوارها که ارتباط مستقیم با جمعیت فعال و کل جمعیت جامعه دارند به سیستم تحمیل می‌گردد.

د) فقط فعالیت‌های تولیدی نقش اساسی را در ایجاد اشتغال دارند و بدین ترتیب نقش عوامل تولید و نهادهای داخلی جامعه در ایجاد اشتغال غیرمستقیم نادیده گرفته می‌شود.

در راستای پیش فروض فوق و به منظور محاسبه توان اشتغال‌زایی بخش‌های مختلف اقتصادی، ابتدا ضرایب مستقیم اشتغال از رابطه زیر محاسبه می‌گردد.

$$l = L/Q \Rightarrow L = lq \quad (۳)$$

در رابطه (۳) L کل اشتغال l یک ماتریس قطری ضرایب اشتغال و Q هم ارزش تولید ناخالص را آشکار می‌کند. با جایگزینی رابطه (۳) در رابطه (۲) رابطه جدیدی به دست می‌آید که ارتباط بین تقاضای نهایی ساختار تولید و توان اشتغال‌زایی (نفر شغل مستقیم و غیرمستقیم ایجاد شده) توسط بخش‌های مختلف اقتصادی را نشان می‌دهد.

$$L = l(I-A)^{-1}F \quad (۴)$$

$$K = I (I-A)^{-1} K_{ij} \quad (5)$$

ماتریس K_{ij} ، ماتریس ضرایب فزاینده اشتغال را نشان می‌دهد. جمع هر ستون آن نفر- شغل مستقیم و غیرمستقیم ایجاد شده ناشی از تزریق یک واحد مشخص حساب‌های برون‌زای بخش‌های اقتصادی توسط آن بخش‌ها در کل اقتصاد را آشکار می‌کند. چنانچه بخواهیم نفر- شغل غیرمستقیم ایجاد شده توسط هر بخش را محاسبه نماییم، کافی است که ضرایب مستقیم اشتغال را از ماتریس ضرایب فزاینده اشتغال کسر نماییم. رابطه زیر نفر- شغل غیرمستقیم ایجاد شده ناشی از تزریق یک واحد مشخص حساب‌های برون‌زا را بیان می‌کند.

$$IL = (K - I) F = PF \quad (6)$$

$$P = (K - I) = P_{ij} \quad (7)$$

P_{ij} ماتریس ضرایب فزاینده اشتغال غیرمستقیم است. جمع هر ستون آن نفر- شغل غیر مستقیم ایجاد شده ناشی از تزریق اضافی یک واحد مشخص حساب‌های برون‌زای فعالیت‌های تولیدی توسط آن بخش‌ها را در کل اقتصاد آشکار می‌کند. به این ترتیب می‌توان سه شاخص مهم اشتغال را در یک اقتصاد محاسبه کرد:

۱- شاخص اشتغال مستقیم: این شاخص عبارت از نسبت تعداد اشتغال هر بخش به تولید همان بخش. این شاخص نشان می‌دهد که به ازای یک واحد تولید در بخش چه میزان اشتغال ایجاد می‌شود.

۲- شاخص نرخ اشتغال القایی: با ضرب کردن ماتریس قطری بردار ضریب‌های اشتغال مستقیم بخش‌ها در ماتریس لئونتیف محتویات مستقیم و غیرمستقیم هر واحد تقاضای نهایی به دست می‌آید که نرخ اشتغال القایی و یا ماتریس ضرایب اشتغال مستقیم و غیرمستقیم نامیده می‌شود.

۳- شاخص اشتغال غیرمستقیم: این شاخص از کم کردن ضریب اشتغال مستقیم هر بخش از ضریب اشتغال القایی همان بخش به دست می‌آید.

۳-۲-۱-۱- محاسبه و تحلیل توان اشتغال‌زایی بخش‌های اقتصادی استان زنجان بر پایه جداول داده-

ستانده استان‌ها در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹

در این قسمت شاخص‌های ضرایب اشتغال مستقیم، ضرایب اشتغال غیر مستقیم و ضرایب اشتغال مستقیم و غیرمستقیم (ضرایب توان اشتغال‌زایی) برای بخش بهداشت و مددکاری استان محاسبه و ارائه می‌شود. جدول ۱۷ ضرایب اشتغال مستقیم این بخش را در دوره ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ نشان می‌دهد.

جدول ۱۷. ضرایب اشتغال مستقیم بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان را در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹

فعالیت	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	متوسط
بهداشت و مددکاری اجتماعی	0.0058	0.0087	0.0085	0.0072	0.0085	0.0080	0.0086	0.0061	0.0077

مأخذ: محاسبات تحقیق

داده‌های جدول حاکی از آن است که بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی، به طور متوسط دارای ضریب اشتغال ۰.۰۰۷۷ بوده و به ازای هر واحد افزایش تولید این میزان اشتغال ایجاد می‌کند.

جدول ۱۸. ضرایب اشتغال غیرمستقیم بخش‌های عمده اقتصادی استان زنجان در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹

فعالیت	۷۹۱۳	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	متوسط
بهداشت و مددکاری اجتماعی	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۷	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۵	۰.۰۰۰۷	۰.۰۰۰۵	۰.۰۰۰۶

مأخذ: محاسبات تحقیق

همچنین بر طبق جدول ۱۸، این بخش به طور متوسط در ازای افزایش یک واحد تولید، به میزان ۰.۰۰۰۶ اشتغال غیرمستقیم ایجاد می‌کند. جدول ۱۹ نیز ارائه دهنده ارقام مربوط به توان اشتغال‌زایی بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در دوره ۷۹ تا ۸۶ است.

جدول ۱۹. ضرایب اشتغال مستقیم و غیرمستقیم (توان اشتغال‌زایی) بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی استان زنجان در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۹

فعالیت	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	متوسط	رتبه
بهداشت و مددکاری اجتماعی	۰.۰۰۶۴	۰.۰۰۹۴	۰.۰۰۹۱	۰.۰۰۷۷	۰.۰۰۹۱	۰.۰۰۸۵	۰.۰۰۹۲	۰.۰۰۶۶	۰.۰۰۸۳	۱۱

مأخذ: محاسبات تحقیق

جدول بالا حاکی از آن است که توان اشتغال‌زایی این بخش به طور متوسط معادل ۰.۰۰۸۳ است یعنی در ازای افزایش یک واحد تولید، ۰.۰۰۸۳ نفر شغل ایجاد خواهد شد.

۳-۲-۱-۲- محاسبه ضریب تمرکز مکانی استان با استفاده از اشتغال در سطح شهرستان‌های

استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

مقدمه

در این بخش قصد بر آن است مزیت رقابتی فعالیت‌های بهداشتی استان در سطح شهرستان تعیین شود تا با انجام این کار، مشخص شود که کدام یک از شهرستان‌های استان قادرند در اشتغال‌زایی و افزایش تولید استان از طریق بخش بهداشت نقش محوری ایفا کرده و موجبات توسعه و ترقی استان را فراهم آورند.

به طور کلی سهم مکانی هر منطقه در زمینه اشتغال یا ارزش افزوده از تقسیم نسبت ارزش افزوده (اشتغال) هر بخش اقتصاد در استان به کل ارزش افزوده (اشتغال) استان، به نسبت ارزش افزوده (اشتغال) هر بخش اقتصاد در

کشور به کل ارزش افزوده (اشتغال) کشور به دست می‌آید. با استفاده از سهم مکانی در زمینه اشتغال یا ارزش افزوده، می‌توان به تحلیل وضعیت رقابتی استان در فعالیتهای مختلف اقتصادی پرداخت.

معیار برخورداری از مزیت رقابتی در هر استان، بالاتر بودن مقدار LQ محاسبه شده در هر رشته فعالیت از مقدار ۱.۲۵ است. به عبارت دیگر در جداول رتبه‌بندی مزیت رقابتی استان‌ها، مقادیر LQ استان‌ها به شرط بالاتر بودن از مقدار ۱.۲۵ و به ترتیبی است که در ادامه تشریح می‌شود.

مزیت رقابتی رو به اعتلاء: در صورتی که مقدار LQ استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ بالاتر از مقدار ۱.۲۵ باشد یا به عبارت دیگر در این دو سال استان دارای مزیت رقابتی باشد، هرگاه مقدار LQ سال ۱۳۸۵ بیش از مقدار آن در سال ۱۳۷۵ باشد، مزیت رقابتی استان رو به بهبود و اعتلاء است.

مزیت رقابتی رو به افول: در صورتی که مقدار LQ استان در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ بالاتر از مقدار ۱.۲۵ باشد یا به عبارت دیگر در این دو سال استان دارای مزیت رقابتی باشد، هرگاه مقدار LQ سال ۱۳۸۵ کمتر از مقدار آن در سال ۱۳۷۵ باشد، مزیت رقابتی استان رو به افول است.

مزیت رقابتی ثابت: در صورتی که مقدار LQ استان در سال‌های ۷۵ و ۸۵ بالاتر از مقدار ۱.۲۵ و برابر یک مقدار باشد، مزیت رقابتی استان وضعیتی ثابت دارد.

مزیت رقابتی در حال پیدایش: در صورتی که مقدار LQ استان در سال ۱۳۷۵ کمتر از ۱.۲۵ و در سال ۱۳۸۵ بیشتر از ۱.۲۵ باشد، مزیت رقابتی استان در حال پیدایش است.

مزیت رقابتی در حال نابودی: در صورتی که LQ استان در سال ۱۳۷۵ بیش از رقم ۱.۲۵ باشد و این مقدار در سال ۱۳۸۵ به رقمی کمتر از ۱.۲۵ کاهش یافته باشد، مزیت رقابتی استان رو به نابودی است.

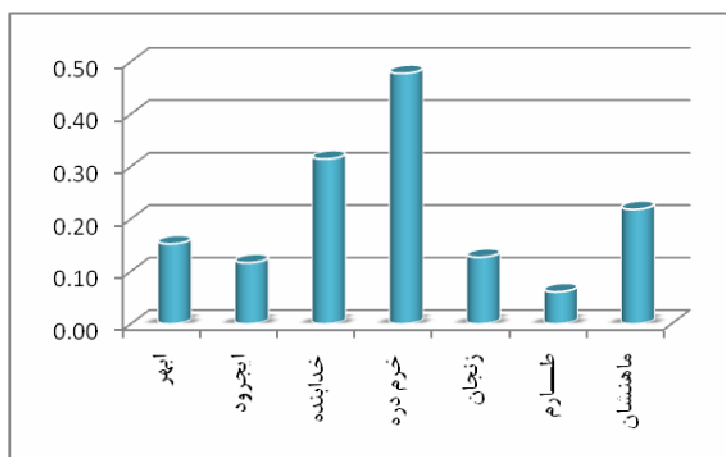
خارج از تقسیم بندی بالا، برخی از رشته‌های فعالیتی در استان دیده می‌شود که مقدار ضریب تمرکز مکانی آنها در هر دو سال مورد نظر کمتر از ۱.۲۵ بوده و روند آنها کاهشی بوده و یا بسیار ناچیز افزایش یافته‌اند، با عنوان «عدم شکل‌گیری مزیت رقابتی» متمایز شده‌اند.

پس از انجام محاسبات مشخص شد که وضعیت مزیت رقابتی بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در تمامی شهرستان‌های استان به گونه‌ای است که هیچ گونه مزیتی در آنها شکل نگرفته است اما نمودار ۶ نشان می‌دهد که میزان سهم مکانی این فعالیت در تمامی شهرستان‌ها در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۷۵ رشد مثبت داشته است. این بدان معناست که هر چند سهم مکانی فعالیت‌های بهداشتی طی این سال‌ها افزایش یافته است اما به سبب کمتر بودن رقم آن از ۱.۲۵، فعالیت‌های این بخش به عنوان فعالیت‌های کلیدی و پیشرو استان محسوب نمی‌شوند.

جدول ۲۰. سهم مکانی شهرستان‌ها در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی

شرح	ایهر	ایجروود	خدابنده	خرمدره	زنجان	طارم	ماهنشان
۱۳۷۵	۰.۶۴	۰.۱۶	۰.۳۳	۰.۴۹	۱.۰۰	۰.۵۵	۰.۳۷
۱۳۸۵	۰.۷۹	۰.۲۸	۰.۶۴	۰.۹۶	۱.۱۳	۰.۶۱	۰.۵۹
میزان تغییرات	0.15	0.12	0.31	0.48	0.13	0.06	0.22
وضعیت مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی	عدم شکل گیری مزیت رقابتی

مأخذ: محاسبات محقق



نمودار ۶. میزان تغییرات سهم مکانی شهرستان‌ها در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی طی سال‌های ۱۳۷۵ و ۸۵

۳-۲-۲- ارزیابی تحولات سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های بهداشتی

یکی دیگر از موارد مهم برای دستیابی به اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی زنجان سرمایه‌گذاری‌های مستمر و مناسب در بخش بهداشت و درمان در استان می‌باشد. این سرمایه‌گذاری‌ها می‌تواند به صورت مستقیم مربوط به احداث بیمارستان، درمانگاه، آزمایشگاه و داروخانه و ... باشد یا می‌تواند به صورت سرمایه‌گذاری غیرمستقیم از طریق مایه‌کوبی دام‌ها، پیشگیری از بیماری‌های مشترک انسان و دام و یا بیماری‌های واگیردار و ... صورت گیرد. همانند تحول در اشتغال و جذب نیروهای متخصص در امر بهداشت، سرمایه‌گذاری‌های مناسبی نیز در این استان انجام شده است که در ادامه به آنها اشاره خواهد شد.

در سال ۱۳۸۸، حدود ۱۲۲۰ تخت فعال در ۱۱ مؤسسه درمانی (بیمارستان‌ها، زایشگاه‌ها و آسایشگاه‌ها) استان وجود داشته است. همچنین در این سال ۱۴۰ مرکز بهداشتی و درمانی (درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در استان فعالیت داشته که در مقایسه با سال قبل ۲/۲ درصد افزایش نشان می‌دهد در همین سال ۶۰ مرکز توانبخشی، ۲۷ مرکز پرتونگاری و ۹۸ داروخانه در استان مشغول به فعالیت بوده‌اند. (سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸).

آمارهای موجود در سالنامه آماری از افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در بخش بهداشت و درمان حکایت می‌کند به گونه‌ای که تعداد مؤسسات درمانی فعال در استان تا سال ۱۳۸۵ افزایش داشته است.

جدول ۲۱. تعداد مؤسسات درمانی فعال برحسب وضعیت حقوقی و تخت‌های موجود در آن

سال	جمع مؤسسات	جمع تخت‌ها
۱۳۷۵	۸	۹۰۲
۱۳۸۰	۸	۱۰۰۳
۱۳۸۴	۱۰	۱۲۸۴
۱۳۸۵	۱۱	۱۳۱۴
۱۳۸۶	۱۱	۱۳۳۴
۱۳۸۷	۱۱	۱۴۲۴
۱۳۸۸	۱۱	۱۲۲۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

همچنین از دیگر موارد مهم، افزایش سرمایه‌گذاری و احداث مراکز بهداشتی درمانی هم در سطوح شهری و هم در سطوح روستایی می‌باشد، به گونه‌ای که مراکز بهداشتی و درمانی روستایی که در سال ۱۳۷۵ به تعداد ۴۳ مرکز بوده‌اند در سال ۱۳۸۸ به ۵۷ مرکز بهداشتی افزایش یافته‌اند و مراکز بهداشتی شهری از ۳۶ مرکز در سال ۱۳۷۵ به ۸۳ مرکز بهداشتی در سال ۱۳۸۸ رسیده است. جدول ۲۲ این افزایش را در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد.

جدول ۲۲. مراکز بهداشتی و درمانی برحسب وضعیت جغرافیایی

سال	شهری	روستایی	جمع
۱۳۷۵	۳۶	۴۳	۷۹
۱۳۸۰	۶۴	۴۴	۱۰۸
۱۳۸۴	۶۷	۵۱	۱۱۸
۱۳۸۵	۶۸	۵۹	۱۲۷
۱۳۸۶	۷۱	۶۳	۱۳۴
۱۳۸۷	۷۴	۶۳	۱۳۷
۱۳۸۸	۸۳	۵۷	۱۴۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

همچنین طی سال‌های گذشته و بر اساس اهداف و برنامه‌های تعیین شده افزایش سرمایه‌گذاری و احداث دیگر مواردی مانند آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری و توانبخشی دیده می‌شود که در جدول ۲۳ به صورت کلی آورده شده است.

جدول ۲۳. تعداد آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری و توانبخشی استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۸

سال	جمع آزمایشگاه‌ها	جمع داروخانه‌ها	جمع مراکز پرتونگاری	جمع مراکز توانبخشی
۱۳۷۵	۴۶	۴۸	۱۳	۲۱
۱۳۸۰	۶۲	۶۳	۲۸	۲۳
۱۳۸۴	۵۷	۷۸	۲۵	۲۹
۱۳۸۵	۵۹	۷۶	۲۷	۳۳
۱۳۸۶	۶۴	۸۲	۲۸	۳۳
۱۳۸۷	۷۰	۸۱	۲۹	۴۴
۱۳۸۸	۷۰	۹۸	۲۷	۶۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

از موارد مهم سرمایه‌گذاری که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان نیز دارد، بهداشت محیط می‌باشد. در حقیقت با داشتن محیطی پاکتر و سالم‌تر، امکان بروز بیماری‌های گوناگون کاهش یافته و به دنبال آن نیاز به خدمات درمانی و بهداشتی کمتر می‌شود که این خود سرمایه‌گذاری بزرگی برای جوامع محسوب می‌شود. هر چند باید توجه داشت که انجام این کار نیاز به جذب نیروی انسانی متخصص دارد که این مورد خود موجب افزایش اشتغال می‌شود. دانشگاه علوم پزشکی زنجان در طی سال‌های گذشته و بر حسب وظیفه‌ای که به عهده دارد در این زمینه فعالیت‌های متعددی را انجام داده است که یکی از این فعالیت‌ها بازدید از مکان‌های تهیه، توزیع و نگهداری مواد غذایی می‌باشد. در این زمینه بازدیدهای مختلفی انجام گرفته است که در نهایت تعدادی از اماکن نامناسب از نظر بهداشتی تعطیل و تعدادی دیگر اخطار گرفته‌اند. آمار دقیق از نتایج این بازدیدها در جدول ۲۴ آورده شده است.

جدول ۲۴. فعالیت‌های عمده بهداشت محیط در زمینه بازدید از مکان‌های تهیه، توزیع و نگهداری مواد غذایی

سال	موارد بازدید شده	کارت معاینه بهداشتی صادر شده	اخطار بهداشتی صادر شده	معرفی متخلفین به دادگاه	اماکن تعطیل شده
۱۳۸۰	۳۲۴۴۳	۱۰۲۰۵	۱۱۸۷	۵۶۲	۳۳۵
۱۳۸۴	۵۵۵۷۲	۱۳۶۰۵	۸۷۶	۵۸۲	۲۸۰
۱۳۸۵	۸۷۹۷۴	۱۳۵۹۹	۱۴۷۳	۱۲۴۴	۴۵۱
۱۳۸۶	۹۱۹۰۴	۱۴۷۹۴	۹۴۰	۷۳۶	۴۴۲
۱۳۸۷	۷۸۰۵۰	۱۶۴۴۷	۱۶۹۹	۱۴۸۹	۴۲۹
۱۳۸۸	۸۳۸۳۰	۱۸۸۸۹	۱۷۴۲	۱۶۶۲	۵۱۹

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

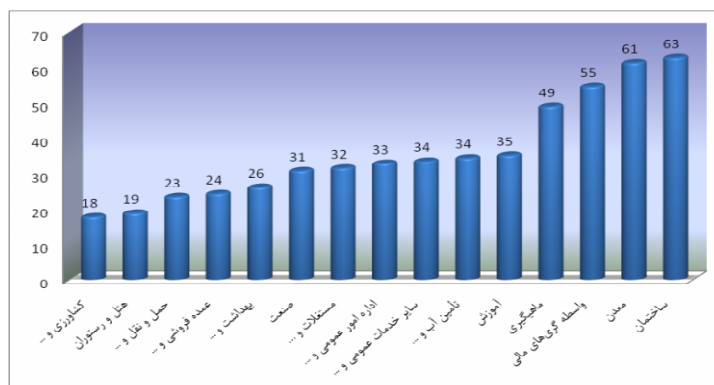
مقایسه فعالیت‌های عمده اقتصادی از منظر ارزش ستانده علاوه بر بررسی نقاط مثبت و منفی رشد، نیازمند بررسی میزان پراکندگی و نوساناتی است که آن بخش با آن مواجه است. جدول ۲۵ با اندازه‌گیری انحراف معیار ارزش ستانده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی اماکن مقایسه میان بخش‌های مختلف اقتصادی را فراهم آورده

است. طبق جدول، ریسک سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی معادل ۲۶.۱ درصد بوده که در مقایسه با دیگر فعالیت‌ها دارای ریسک کمتری است. نمودار ۷ نمایشی از ریسک هر یک از فعالیت‌های اقتصادی را ارائه می‌دهد.

جدول ۲۵. ریسک سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های بهداشتی در استان زنجان با توجه به ارزش ستانده فعالیت

فعالیت	متوسط ارزش ستانده (میلیون ریال)	سهم از ارزش ستانده استان (درصد)	انحراف معیار	ریسک (درصد)
بهداشت و مددکاری اجتماعی	770106.1	2.2	201278.7	26.1

مأخذ: محاسبات محقق



نمودار ۷. ریسک سرمایه‌گذاری در هر فعالیت اقتصادی در استان زنجان با توجه به ارزش ستانده فعالیت

۳-۳- ارزیابی تحول اشتغال و سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های بخش‌های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه و مقایسه آن با اهداف برنامه‌های فوق

از اهداف اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین موجبات و مشارکت فعالیت بخش غیردولتی در سرمایه‌گذاری‌ها در مسائل بهداشتی و درمانی است که به موجب همین هدف سازمان‌های تحت نظارت این وزارتخانه و دانشگاه علوم پزشکی زنجان تلاش خود را بر این نهاده تا در حد امکان و تا جایی که قانون اجازه می‌دهد بخش خصوصی در مسائل و ارائه خدمات بهداشتی وارد شود. این موضوع را می‌توان در تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌های خصوصی و غیره مشاهده نمود. بر اساس اطلاعات موجود از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بخش خصوصی و تعاونی‌ها رشد قابل توجهی در زمینه سرمایه‌گذاری و احداث اماکن (و به تبع گسترش اشتغال) مربوط به بهداشت و درمان داشته‌اند. به عنوان نمونه در حالی که در سال ۱۳۷۵ هیچگونه مرکز بهداشتی درمانی خصوصی در

استان زنجان وجود نداشته این مراکز در سال ۱۳۸۸ به ۱۰ مرکز می‌رسد. جدول ۲۶ رشد این مراکز خصوصی را در سال‌های مختلف بیان می‌نماید.

جدول ۲۶. مراکز بهداشتی و درمانی بر حسب وضعیت حقوقی

سال	وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	خصوصی	سایر (خیریه، بانک‌ها، تعاونی‌ها و...)	جمع
۱۳۷۵	۷۳	۰	۷	۷۹
۱۳۸۰	۹۰	۴	۱۴	۱۰۸
۱۳۸۴	۱۰۶	۵	۷	۱۱۸
۱۳۸۵	۱۱۴	۶	۷	۱۲۷
۱۳۸۶	۱۲۱	۶	۷	۱۳۴
۱۳۸۷	۱۲۱	۹	۷	۱۳۷
۱۳۸۸	۱۲۳	۱۰	۷	۱۴۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸.

همچنین بررسی آمارها نشان می‌دهد که به طور کلی تعداد آزمایشگاه‌ها (جدول ۲۷)، داروخانه‌ها (جدول ۲۸)، مراکز پرتونگاری (جدول ۲۹)، مراکز توانبخشی (جدول ۳۰) از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ در حال افزایش بوده است که این افزایش به ویژه در بخش خصوصی بسیار ملموس است در حالی که بخش سایر (شامل تأمین اجتماعی، بانک‌ها، مؤسسات خیریه و غیره) یا تغییری نکرده یا کاهش داشته است. تمامی این موارد نشان از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش بهداشت و درمان و در نتیجه ایجاد اشتغال برای استان زنجان را در پی داشته است.

جدول ۲۷. تعداد آزمایشگاه‌های استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی

سال	وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	خصوصی	سایر (تأمین اجتماعی، تعاونی، بانک‌ها و...)	جمع
۱۳۷۵	۳۴	۶	۶	۴۶
۱۳۸۰	۳۸	۱۳	۱۱	۶۲
۱۳۸۴	۳۲	۱۷	۸	۵۷
۱۳۸۵	۳۵	۱۶	۸	۵۹
۱۳۸۶	۳۸	۱۸	۸	۶۴
۱۳۸۷	۴۲	۱۹	۹	۷۰
۱۳۸۸	۴۲	۱۹	۹	۷۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

جدول ۲۸. تعداد داروخانه‌های استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی

سال	وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	خصوصی	سایر (تأمین اجتماعی، تعاونی، بانک‌ها و...)	جمع
۱۳۷۵	۳	۴۴	۱	۴۸
۱۳۸۰	۴	۵۷	۲	۶۳
۱۳۸۴	۲	۷۵	۱	۷۸
۱۳۸۵	۲	۷۳	۱	۷۶
۱۳۸۶	۲	۷۹	۱	۸۲
۱۳۸۷	۲	۷۸	۱	۸۱
۱۳۸۸	۱۱	۸۶	۱	۹۸

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

جدول ۲۹. تعداد مراکز پرتونگاری استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی

سال	وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	خصوصی	سایر (تأمین اجتماعی، تعاونی، بانک‌ها و...)	جمع
۱۳۷۵	۹	۳	۱	۱۳
۱۳۸۰	۱۴	۹	۵	۲۸
۱۳۸۴	۱۲	۸	۵	۲۵
۱۳۸۵	۱۳	۹	۵	۲۷
۱۳۸۶	۱۳	۱۰	۵	۲۸
۱۳۸۷	۱۳	۱۱	۵	۲۹
۱۳۸۸	۱۲	۱۱	۴	۲۷

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

جدول ۳۰. تعداد مراکز توانبخشی استان زنجان در طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ بر حسب وضعیت حقوقی

سال	وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	خصوصی	سایر (تأمین اجتماعی، تعاونی، بانک‌ها و...)	جمع
۱۳۷۵	۱	۳	۱۷	۲۱
۱۳۸۰	۲	۹	۱۲	۲۳
۱۳۸۴	۴	۱۳	۱۲	۲۹
۱۳۸۵	۴	۱۵	۱۴	۳۳
۱۳۸۶	۳	۱۶	۱۴	۳۳
۱۳۸۷	۵	۲۴	۱۵	۴۴
۱۳۸۸	۹	۴۳	۸	۶۰

منبع: سالنامه آماری استان زنجان، ۱۳۸۸

۴- ارزیابی سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه

۴-۱- در فعالیتهای تحت تصدی دستگاه

همانگونه که بیان شد دانشگاه علوم پزشکی زنجان در راستای رسیدن به اهداف مورد نظر خود و وزارتخانه تلاش‌های بی‌وقفه و مستمری را انجام داده که نتیجه این تلاش‌ها دستیابی به برخی اهداف مانند افزایش سرمایه‌گذاری و ایجاد فرصت‌های شغلی برای استان زنجان بوده است. اما تحقق این اهداف در نتیجه اعمال سیاست‌ها و اجرای برنامه‌های تعیین شده در برنامه سوم و چهارم صورت گرفته که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود:

- جذب ۲۴ متخصص و فوق تخصص در استان
 - افتتاح و راه‌اندازی دانشکده داروسازی
 - افتتاح اولین مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک
 - راه‌اندازی سایت دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه
 - راه‌اندازی رشته‌های جدید در مقطع تحصیلات تکمیلی
 - اجرای موفقیت‌آمیز طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده
 - تشکیل تیم‌های مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه در استان
 - استانداردسازی و راه‌اندازی ۷ مرکز ارائه خدمات دهان و دندان ویژه کودکان زیر ۱۲ سال
 - تجهیز و راه‌اندازی مرکز همایش‌های روزبه
 - ساماندهی واحد آمار و فناوری اطلاعات در ذیل تشکیلات حوزه ریاست
 - اقدام در جهت راه‌اندازی بخش جراحی قلب
 - راه‌اندازی موزه سلامت استان^۱
 - افتتاح و راه‌اندازی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی آیت اله موسوی
 - افتتاح و راه‌اندازی دانشکده دندانپزشکی
- همچنین بر اساس دومین برنامه جامع راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان استراتژی‌های زیر را برای رسیدن به اهداف مدنظر در پیش گرفته است:
- اصلاح کمی و کیفی ساختار نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات آموزشی دانشگاه و ارتقاء بهره‌وری از منابع موجود

^۱ خلاصه‌ای از عملکرد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان در سال‌های ۸۶-۸۵

- بهره‌گیری راهکارهای مشارکتی - حمایتی مردم و مسئولین، بخش خصوصی و سایر سازمان‌ها در راستای تقویت و توسعه آموزش پزشکی
- توسعه کمی آموزش با ایجاد رشته‌های جدید و ارتقاء رشته‌های موجود
- ارتقای کیفیت آموزش با تأکید بر افزایش توانمندی اعضای هیات علمی و بکارگیری فناوری‌های نوین آموزشی
- ارتقاء کیفیت مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی
- پویاسازی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه
- توسعه عرصه آموزشی جامع برای تمامی رشته‌ها^۱
- معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی در راستای برنامه‌ها و سیاست‌های برنامه سوم و چهارم استراتژی‌های زیر را برای رسیدن به اهداف بکار گرفته است:
 - دستیابی به استانداردهای وزارتی و کشوری از نظر سرانه فضا
 - تقویت سیاستگذاری و هماهنگی فعالیت‌های فرهنگی دانشجویان
 - شناسایی و جذب امکانات و کمک‌های مادی و معنوی افراد و نهادهای خارج از دانشگاه (اردوها- کلاس‌های فرهنگی- مهارت‌های آموزشی و ورزشی)
 - ارتقاء توسعه کمی و کیفی امکانات و خدمات رفاهی دانشجویان^۲
- معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان نیز استراتژی‌های زیر را برای رسیدن به اهداف به کار گرفته است:
 - تقویت و توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات
 - توسعه کمی و کیفی مراکز تحقیقاتی دانشگاه
 - افزایش شناخت معضلات سلامت از طریق تأسیس و راه‌اندازی مراکز تحقیقاتی
 - توانمندسازی پژوهشگران^۳
- معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان بر اساس برنامه‌های توسعه سوم و چهارم، استراتژی‌های زیر را برای رسیدن به اهداف برنامه در نظر گرفته است:
 - افزایش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی
 - ساماندهی نظام ارجاع از طریق اجرای برنامه بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده

^۱ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷: ۸

^۲ همان، ص ۲۲-۲۷

^۳ همان، ص ۳۴-۳۷

- ارتقاء آگاهی جامعه با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر (مادران، کودکان، جوانان و سالمندان) و توجه خاص به بیماری‌های بازپدید و نوپدید در جهت ایجاد رفتار بهداشتی
- بهبود ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی در راستای نیازهای بخش سلامت
- اصلاح واحدهای بهداشتی درمانی در ابعاد فیزیکی، تجهیزات فنی و اداری، نیروی انسانی به طور مستمر
- توانمندسازی سیستم بهداشتی در مقابله با حوادث غیرمترقبه
- افزایش دسترسی فیزیکی سهل و آسان در مناطق روستایی و شهری به مراقبت‌های بهداشتی با تأکید بر نقاط حاشیه نشین شهری، مناطق محروم تا میزان ۹۳٪ در شهر و ۱۰۰٪ در روستا
- افزایش پوشش مراقبت از کودکان زیر ۸ سال تا میزان ۹۹٪ در شهر و ۹۹٪ در روستا
- افزایش میزان مراقبت از زنان باردار تا میزان ۹۹٪
- افزایش خدمات بهداشتی محیط خانواده‌های روستایی به میزان ۱۰ درصد وضع موجود
- افزایش پوشش نظارتی بر اماکن عمومی- مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و تأسیسات آب و فاضلاب و... به میزان ۶ درصد وضع موجود
- افزایش پوشش جذب معتادین کارتن خواب در مراکز کاهش آسیب به میزان ۵۰ درصد وضع موجود
- افزایش پوشش معتادین تزریقی در مراکز متادون درمانی به میزان ۳۰ درصد وضع موجود
- بهبود کمی تیم سلامت در مراکز مجری بیمه روستایی
- افزایش تعداد مراکز بهداشتی به نحوی که ۱۰۰ درصد جمعیت شبکه تحت پوشش به سهولت به خدمات بهداشتی درمانی سطح دوم دسترسی داشته باشند
- افزایش تعداد خانه‌های بهداشت به نحوی که ۱۰۰ درصد جمعیت روستایی به سهولت به خدمات بهداشتی اولیه در سطح اول دسترسی داشته باشند
- افزایش جذب بهورزان جهت جایگزینی نیروی خروجی و تکمیل طرح گسترش
- افزایش جذب پرسنل مراکز بهداشتی درمانی جهت جایگزینی نیروهای خروجی و تکمیل تشکیلات مصوب
- اصلاح ساختار نیروی انسانی بخش بهداشت از نظر کمی به طوری که ۸۰٪ ردیف‌های مصوب سازمانی بر اساس سیاست‌های کشوری توسط نیروهای مناسب (متناسب با شرایط احراز) اشغال شود.

- افزایش مراکز استاندارد مشاوره قبل از ازدواج در استان
 - افزایش تعداد اکیپ‌های ویژه عملیاتی شهرستان‌ها طبق پروتکل کشوری قبل از وقوع حوادث
 به میزان ۱۰۰ درصد^۱
 معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی نیز استراتژی‌های زیر را در راستای برنامه‌های سوم و چهارم در پیش گرفته است:

- افزایش کادر درمانی پزشکی مورد نیاز از طریق جذب نیرو
- تکمیل پوشش ردیف‌های بلا تصدی مراکز درمانی به میزان سالانه ۵٪ تشکیلات مصوب
- افزایش کادر درمانی (پرستاری- پیراپزشکی) مورد نیاز از طریق جذب نیروهای موجود
- توزیع مطلوب منابع تشخیصی و درمانی در شهرستان‌ها به نحوی که میزان اعزام بیمار سالانه ۱۰٪ کاهش یابد
- افزایش تعداد متخصصین در کلینک‌های ویژه به تعداد ۲ متخصص در سال
- افزایش تخت‌های ویژه استان در شهرستان‌های تابعه (غیر از زنجان) حداقل ۳ تخت در سال
- افزایش جذب متخصصین به میزان ۱۰٪ نسبت به سال قبل با ایجاد جاذبه‌های کاری
- ایجاد واحدهای آمار در حوزه‌های مختلف معاونت درمان جهت ساماندهی مدیریت گردش آمار و اطلاعات درمانی
- جذب نیروهای متخصص آمار و اطلاع رسانی به نحوی که در پایان برنامه ۶۰٪ نیروی انسانی بخش آمار تخصص مربوطه را داشته باشند^۲

یکی از معاونت‌های مهم در دانشگاه علوم پزشکی زنجان معاونت پشتیبانی دانشگاه می‌باشد. این معاونت وظیفه تأمین مناسب و مکفی منابع مورد نیاز تمامی معاونت‌های دانشگاه، اعم از منابع انسانی و تجهیزات فیزیکی و مالی، تسهیلات بکارگیری فناوری‌های مناسب، استفاده از روش‌های اداری و ایجاد تمهیدات ساختاری و اجرایی لازم برای گردش بهتر امور و فراهم آوردن محیط کار مناسب برای انجام وظیفه نیروی انسانی را عهده‌دار می‌باشد. این معاونت در راستای اهداف مورد نظر دانشگاه و وزارتخانه استراتژی‌های زیر را دنبال می‌نماید:

- تکمیل طرح پردیس دانشگاه و سایر طرح‌های نیمه تمام
- استقرار نظام مدیریت و استفاده از نتایج آن در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی در واحدهای تابعه
- افزایش روند بهره‌وری کل در کلیه واحدهای دانشگاه به میزان حداقل ۵٪ افزایش نسبت به شاخص سال پایه

^۱ همان، ص ۴۶-۵۴

^۲ همان، ص ۶۲-۶۹

- افزایش مستمر روند رضایت ارباب رجوع به میزان سالانه ۲٪^۱

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی زنجان نیز در راستای رسالت این دانشگاه در استان زنجان و با توجه به نقش اساسی ایمنی و امنیت غذا و دارو در سلامت افراد جامعه و نیز روند توسعه در صنایع و خدمات وابسته کوشیده است با جذب نیروهای متخصص و سرمایه‌گذاری‌های مختلف و به کار بردن استراتژی‌های زیر، به اهداف مورد نظر دست یابد:

- بسیج منابع و ظرفیت‌سازی برای تحقق استراتژی‌ها و اهداف برنامه با بکارگیری کلیه امکانات

درون و برون سازمانی

- توسعه و تقویت فعالیت‌های نظارت فنی بر امور غذا و دارو و توسعه کمی و کیفی ارائه خدمات

داروئی

- تأمین ۱۰۰٪ فضای فیزیکی و امکانات مورد نیاز ادارات تابعه معاونت غذا و دارو بر اساس

استانداردهای موجود و دستور العمل‌های ابلاغی

- ۳٪ افزایش در بهره‌وری نیروی انسانی در تمامی واحدهای تابعه معاونت غذا و دارو نسبت به

سال مبنا (ابتدای سال ۱۳۸۷) تا پایان سال ۱۳۸۸

- افزایش توانمندی فنی حوزه در پایش ۸۰٪ فرآورده‌های داروئی، غذایی، بهداشتی و آرایشی

تولیدی در استان تا پایان سال ۱۳۸۸

- دسترسی به ۱۰۰٪ داروهای مورد نیاز در نقاط مختلف استان با توجه به گروه‌های تخصصی دایر

در محل تا پایان سال ۱۳۸۸^۲

۴-۲- ارزیابی سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای توسعه اشتغال و

سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های بخش‌های خصوصی و تعاونی تحت نظارت دستگاه

در کنار سازمان‌ها و دستگاه‌های دولتی و تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی زنجان، واحدها و بخش‌های خصوصی نیز با همکاری سازمان‌های مختلف و از جمله دانشگاه علوم پزشکی زنجان استراتژی‌ها و سیاست‌هایی را برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در استان زنجان انجام داده، که همه این موارد در نهایت به ایجاد اشتغال بیشتر در استان منتهی شده است. از جمله مهم‌ترین استراتژی‌ها و سیاست‌های توسعه اشتغال در بخش خصوصی و تعاونی موارد زیر می‌باشد:

- واگذاری خدمات بهداشتی درمانی به بخش خصوصی

^۱ همان، ص ۷۶-۷۷

^۲ همان، ص ۸۴-۸۸

- واگذاری تدریجی بخشی از خدمات به بخش خصوصی با توجه به توانمندی‌های بالقوه بخش خصوصی
- واگذاری امور به بخش خصوصی و جذب مشارکت سرمایه‌گذاری در زمینه‌های مورد نیاز دانشگاه (علوم پزشکی زنجان)
- کاهش تصدی‌گری از طریق راهکارهای قانونی موجود و واگذاری امور به بخش غیردولتی
- افزایش مشارکت و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در حداقل ۶۰٪ فعالیت‌های قابل واگذاری دانشگاه
- افزایش توانمندی پزشکان بخش خصوصی در خصوص نظام مراقبت از بیماری‌ها
- افزایش مراکز (خصوصی - دولتی) استاندارد متادون درمانی در سطح استان به میزان ۸۰ درصد
- افزایش تعداد مراکز خدمات دارویی، مراکز بهداشتی درمانی مجری بیمه روستایی از طریق خرید خدمت از بخش خصوصی که تا فاصله حداقل ۱۰ کیلومتری این مراکز واقع شده‌اند
- خصوصی‌سازی خدمات دندانپزشکی (پیشگیری و ترمیم) به نسبت ۵ درصد وضع موجود
- واگذاری خدمات پشتیبانی به واحدهای محیطی (مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی) به میزان ۵۰ درصد
- افزایش تعداد مراکز خدمات ایمن‌سازی (هیپاتیت ب) از طریق خرید خدمت از بخش خصوصی
- افزایش سهم مشارکت بخش خصوصی در معاینات کارگری
- افزایش کادر فوریت‌های پزشکی (پزشک - تکنسین - اپراتور) مورد نیاز از طریق جذب نیروهای (طرحی - قراردادی - پیام‌آور) و یا بخش خصوصی
- واگذاری مراکز فوریت‌های پزشکی بین جاده‌ای، شهری - جاده‌ای و شهری (هر سال یک شهری و یک جاده‌ای)
- واگذاری تعمیرات و نگهداری تجهیزات پزشکی مراکز درمانی به بخش خصوصی
- توسعه مراکز تشخیصی و درمانی توسط بخش خصوصی (که شامل موارد زیر می‌باشد):
 - * فوریت‌های پزشکی (مرکز خدمات آمبولانس خصوصی)
 - * صدور مجوز بیمارستان خصوصی.
 - * درمانگاه خصوصی در هر شهرستان.
 - * درمانگاه دندانپزشکی شبانه‌روزی در هر شهرستان.
 - * مرکز جراحی محدود

* سایر مؤسسات پزشکی حسب مورد.

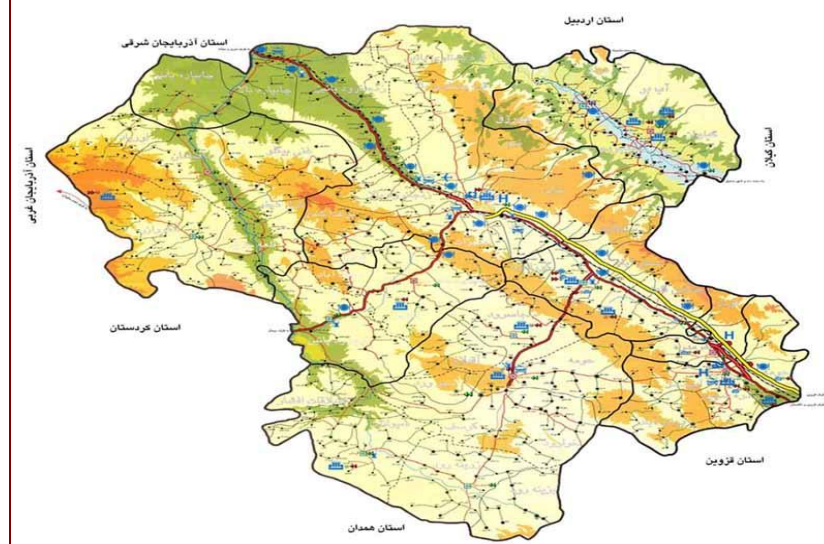
- واگذاری تدریجی واحدهای پاراکلینکی (آزمایشگاه- تصویربرداری- فیزیوتراپی) به بخش خصوصی
- بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های غیردولتی (نظام پزشکی- نظام پرستاری) جهت ارتقاء کیفی و کمی امور درمان (برنامه‌های آموزشی- نظارتی و رفاهی- تعرفه‌گذاری و نظارتی)
- استفاده از ظرفیت انجمن‌های مربوط به بیماران خاص و صعب‌العلاج در استان با برگزاری جلسات هماهنگی به منظور ارتقاء کیفیت ارائه خدمات درمانی
- تأمین حداقل نیم درصد هزینه‌های آموزشی از محل واگذاری امکانات مازاد بر نیاز آموزشی به سایر سازمان‌ها و بخش خصوصی
- ارتقاء دانش و آگاهی پزشکان بخش خصوصی به نحوی که حداقل ۱۰ درصد این افراد با پروتکل‌های بیماری‌ها آشنا شوند.^۱

۵- تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای اشتغال در بخش‌های تحت تصدی و نظارت دستگاه به منظور تعیین مزیت‌های نسبی و رقابتی بخش‌های تولیدکننده کالاها و خدمات قابل مبادله در بازار

۵-۱- موقعیت مکانی و همجواری استان در ارتباط با دسترسی به بازارهای عرضه و مصرف داخلی و خارجی

استان زنجان از نظر جغرافیایی و مکانی دارای موقعیتی بسیار منحصر بفرد می‌باشد، که همین موقعیت مناسب یکی از نقاط قوت و در حقیقت از اصلی‌ترین پتانسیل‌های رشد و توسعه استان می‌باشد. تصویر شماره ۱ موقعیت استان زنجان را نسبت به استان‌های همجوار خود نشان می‌دهد.

^۱ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷



تصویر شماره ۱. موقعیت استان زنجان نسبت به استان‌های مجاور

این استان که از آن به عنوان فلات زنجان نیز نام برده می‌شود، در قسمت مرکزی و شمالغربی کشور، و ما بین ۳۵ درجه و ۲۵ دقیقه تا ۳۷ درجه و ۱۵ دقیقه عرض شمالی و ۴۷ درجه و ۱ دقیقه تا ۴۹ درجه و ۵۲ دقیقه طول شرقی از نصف‌النهار گرینویچ واقع شده است. این استان با هفت استان هم مرز می‌باشد، به طوری که از شمال به شهرستان خلخال از استان اردبیل، و شهرستان رودبار از استان گیلان، از شمال شرقی و شرق به شهرستان‌های تاکستان و بوئین زهرا و قزوین از استان قزوین، از جنوب به شهرستان همدان از استان همدان، از جنوب غربی به شهرستان بیجار از استان کردستان و از مغرب به شهرستان تکاب از استان آذربایجان غربی و از شمال غرب به شهرستان‌های میانه و هشترود از استان آذربایجان شرقی محدود است. وسعت استان در سال ۱۳۷۸ حدود ۲۲۱۶۴ کیلومتر مربع و تراکم نسبی در استان ۴۲ نفر در هر کیلومتر می‌باشد. به این ترتیب در مقایسه با میانگین مساحت استان‌های کشور (۶۵۹۲۰ کیلومتر مربع)، استان زنجان در ردیف استان‌های کوچک از نظر وسعت قلمرو دارد و سهم نسبی استان از مساحت کل کشور ۱/۳۴ درصد می‌باشد.^۱

همان گونه که در مطالب بالا عنوان شد موقعیت مکانی استان زنجان از نقاط قوت می‌باشد که با قرارگیری در مجاورت ۷ استان امکان خدمات‌رسانی و خدمات‌گیری (از همه لحاظ بخصوص در مورد مسائل بهداشتی و درمانی) از استان‌های مختلف را دارد. از آن مهمتر قرارگیری این استان بین دو استان مهم کشور که هر کدام دارای کلان شهرهای مهمی هستند، می‌باشد به عبارتی قرارگیری استان زنجان بین دو استان تهران و آذربایجان شرقی (دو کلان شهر مهم تهران و تبریز) یک موقعیت سوق الجیشی و ویژه به این استان بخشیده است که باعث می‌شود این استان

^۱ <http://www.ostandari-zn.ir>

بتواند نقش مهمی در برآوردن نیازهای گوناگون دو استان کشور از جنبه‌های گوناگون از جمله تربیت نیروی انسانی متخصص در امر بهداشت و درمان، تأمین و ذخیره مواد غذایی بهداشتی و مطمئن، احداث بیمارستان‌ها و پذیرش بیماران از این دو استان پر جمعیت کشور و دیگر استان‌های مجاور خود، داشته باشد.

در دومین برنامه راهبردی دانشگاه علوم پزشکی از موارد بیان شده به عنوان فرصت برای گسترش آموزش پزشکی در استان زنجان مورد زیر می‌باشد:

- موقعیت استراتژیک و مکانی استان و سهولت دسترسی به تهران.

- امکان بهره‌گیری از پتانسیل‌های تحقیقاتی خارج از استان به واسطه موقعیت ژئوپولیتیک استان

همچنین در این برنامه موارد تهدید عبارتند از:

- ضعف جاذبه‌های بومی و دانشگاهی جهت جذب و حفظ نیروهای کارآمد و غیربومی^۱.

۵-۲- دسترسی به منابع طبیعی مورد نیاز (اعم از منابع تجدیدپذیر و تجدیرناپذیر)

تنوع منابع طبیعی و بخصوص آب و هوایی استان زنجان سبب شده که این منطقه چهارفصل بوده و ظرفیت‌های بالایی در زمینه گردشگری طبیعی داشته باشد. به سبب شرایط خاص آب و هوایی منطقه؛ طارم استان زنجان را هندوستان ایران می‌دانند. چشمه‌های آب معدنی، رودخانه‌های متعدد دائمی و فصلی، جنگل‌ها و آبشارهای زیبای داخل جنگل‌ها، روستاهای ییلاقی و زیبایی که در دره‌های ارتفاعات طارم واقع شده‌اند؛ این منطقه را به پرجاذبه‌ترین ناحیه طبیعی استان زنجان تبدیل کرده است.

در حقیقت آب و هوای مناسب استان همراه با موقعیت ویژه استان در بین چندین استان کشور باعث شده این استان ظرفیت بالایی در زمینه احداث بیمارستان‌ها و مراکز درمانی که نیاز به آرامش و سکون خاص همراه با آب و هوای مناسب هستند، داشته باشد.

در کنار آب و هوای مناسب وجود چشمه‌های معدنی که خاصیت درمانی دارند از دیگر نقاط قوت این استان می‌باشد. چشمه‌های معدنی استان به دو صورت چشمه‌های آب گرم معدنی و چشمه‌های آب سرد معدنی شکل گرفته‌اند که در این میان بیشتر چشمه‌های آب گرم از نظر جاذبه‌های گردشگری و درمانی دارای اهمیت هستند. این چشمه‌ها با عبور از لایه‌های آهکی زیرزمینی و اختلاط با گازهای گوگردی از درجه حرارت بالایی برخوردار شده و به خاطر داشتن کیفیت گوگردی و آهکی به عنوان داروی شفابخش امراض رماتیسمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. از چشمه‌های معدنی معروف استان موارد زیر بیشتر مورد توجه می‌باشند:

^۱ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷: ۸۰

چشمه آب معدنی ونلق در محدوده شهرستان زنجان و حدود ۲۱ کیلومتری جاده زنجان- میانه در روستای ونلق واقع شده است. مسیر دسترسی به این چشمه زیبا که بر فراز تپه‌ای به ارتفاع ۲۰۰ متر قرار گرفته است از میان کشتزارها و تپه‌های متعدد می‌گذرد. این چشمه دو مظهر دارد که مظهر اول حوضچه‌ای کم عمق با درازای دو متر و پهنای یک متر و آبدهی حدود ۷ لیتر در دقیقه است. آب این حوضچه از شمال باختری آن خارج شده و در مجرای باریکی سرازیر می‌شود. مظهر دوم یک حوضچه مربع شکل به ابعاد ۲/۵ متر و عمق حدود یک متر است که اطراف آن را سنگ چین کرده‌اند. بررسی و آزمایش آب دو چشمه نشان می‌دهد که آب آنها در ردیف آب‌های معدنی سولفاته کلسیک گرم است.

چشمه آب گرم روستای ابدال در جنوب باختری جاده زنجان- تبریز و در محدوده شهرستان زنجان واقع شده است. این چشمه که در ارتفاعات ابدال قرار گرفته، دارای خاصیت‌های درمانی و دارویی است و مورد استقبال اهالی و مسافری عبوری منطقه قرار می‌گیرد.

چشمه آب گرم گرماب در ۶۰ کیلومتری خداپنده در حومه روستای گرماب، چشمه آب گرم قنیرجه در ۱۰ کیلومتری روستای علم‌کندی شهرستان ماه‌نشان، چشمه آب گرم احمدآباد در جنوب باختری منطقه حفاظت شده انگوران و در ۱۵ کیلومتری معدن سرب انگوران واقع در شهرستان تکاب در استان آذربایجان باختری از دیگر چشمه‌های آب گرم معدنی استان زنجان هستند که علاوه بر خواص دارویی و درمانی از اهمیت توریستی نیز برخوردارند.^۱

چشمه‌های آب سرد معدنی استان زنجان دارای ترکیبات گوگردی، منیزیمی و زاج هستند. این آب‌ها گازدار بوده و به عنوان دافع سنگ کلیه مورد استفاده قرار می‌گیرند. مهم‌ترین چشمه‌های آب سرد استان را آب معدنی اله بلاغی واقع در ۵۰ کیلومتری شمال زنجان و حومه روستای ماهان در شهرستان طارم و چشمه آب معدنی عمقین در ۱۵ کیلومتری لوشان در جاده سیروان شهرستان طارم تشکیل می‌دهند.^۲

۵-۳- دسترسی به منابع انسانی

یکی دیگر از نقاط قوت استان زنجان وجود نیروی انسانی فعال و پژوهشگر در این استان است. استان زنجان از جمله نقاط کشور می‌باشد که به خاطر شرایط خاص آب و هوایی و تاریخی و فرهنگی همیشه پرورش‌دهنده برترین استعدادها بوده است، داشتن دانشمندان جهانی در دوران گذشته همچون شیخ شهاب‌الدین سهروردی و اساتید برجسته باعث افتخار همیشگی مردمان این سرزمین است. داشتن دانشجویان المپیادی و جهانی، داشتن ورزشکارانی با افتخارات جهانی و کلاً استعدادهای برتر از جمله نقاط قوت این استان می‌باشد.

^۱ <http://www.ostandari-zn.ir>

^۲ <http://www.ostandari-zn.ir>

این استان با ویژگی‌های ذکر شده دارای دانشجویان متعدد در دانشگاه‌های مختلف در سطح استان می‌باشد که یک پتانسیل زیاد و نقطه قوت برای پیشرفت علمی استان و کشور محسوب می‌شوند. تعداد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۶ به شرح زیر است:

تعداد کل دانشجویان دانشگاه	۱۵۸۰ نفر
تعداد دانشجویان در دوره روزانه	۱۱۳۵ نفر
تعداد دانشجویان در دوره شبانه	۴۴۵ نفر

از دیگر نقاط قوت در این بخش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- وجود برخی افراد با انگیزه در سطوح مختلف واحدهای ستادی و درمانی
- وجود افراد کاردان و مسئولیت‌پذیر در حوزه‌های مختلف پشتیبانی
- پرسنل آموزش دیده، بومی و چند پیشه^۱
- همچنین از فرصت‌های موجود در این بخش موارد زیر قابل توجه می‌باشد:
- وجود انجمن‌ها و تشکلهای صنفی مردمی و NGO^۲
- وجود فارغ‌التحصیل گروه پزشکی در رده‌های مختلف
- نقاط ضعف این بخش عبارتند از:
- کمبود فارغ‌التحصیلان واجد شرایط اولویت اول تصدی مسئولیت فنی صنایع تحت نظارت
- وابستگی مراکز درمان تابعه به نیروهای کم تجربه و طرحی
- عدم وجود انگیزه کافی در برخی از نیروهای بخش درمان
- نبود فرآیند مناسب جهت نیازسنجی، جذب و بکارگیری نیروی انسانی
- مرتبط نبودن مدرک تحصیلی کارکنان با پست‌های مورد تصدی و اشتغال آنان با ابلاغ انشایی^۳

۵-۴- امکانات آموزشی و ترویجی (آموزش حین خدمت، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، خدمات ترویجی)

استان زنجان باز هم به دلیل موقعیت خاص خود در بین چند استان و بخصوص نزدیکی به تهران، از نظر امکانات آموزشی و دانشگاهی استانی غنی می‌باشد که حتی می‌تواند بیش از این نیز گسترش یابد. مجموعه دانشگاه‌های دولتی، پیام نور، آزاد و غیر انتفاعی همراه با دانشگاه علوم پزشکی زنجان همراه با دیگر امکانات آموزشی دیگر از نقاط

^۱ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷: ۴۵ و ۷۴

^۲ همان، ص ۵۹

^۳ همان، ص ۶۱، ۷۵ و ۸۰

قوت این استان برای توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در این استان محسوب می‌شود. در این قسمت به دلیل اینکه بخش بهداشت و درمان بیشتر مورد بررسی می‌باشد، مجموعه دانشگاهی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

یکی از بارزترین دستاوردهای انقلاب شکوهمند اسلامی، رسیدن به مرز خودکفایی و قطع وابستگی در ابعاد آن بوده است. دانشگاه علوم پزشکی زنجان نیز که یکی از دستاوردهای بزرگ و سرمایه‌گذاری‌های عظیم دولت پس از پیروزی انقلاب اسلامی در استان زنجان می‌باشد در تیرماه سال ۱۳۶۶ با تشکیل شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، به عنوان اولین دانشگاه علوم پزشکی در سطح استان تصویب و در سال ۱۳۷۳ با سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان ادغام و به عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان زنجان شناخته شد. به طور کلی این دانشگاه دارای مجموعه زیر است:

- هفت حوزه معاونت دانشگاه: توسعه مدیریت و منابع، بهداشتی، درمان، غذا و دارو، دانشجویی و فرهنگی، پژوهشی، آموزشی.

- دانشکده‌ها: شش دانشکده پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامائی، پیراپزشکی، بهداشت، پرستاری ابهر

رشته‌های تحصیلی:

- **روزانه شامل ۲۱ رشته:** دستیاری کودکان و داخلی، دکترای پزشکی، داروسازی، کارشناسی ارشد انگل‌شناسی و بیوشیمی، کارشناسی پرستاری زنجان، پرستاری ابهر، مامائی ناپیوسته و پیوسته، بهداشت محیط کاردانی مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت خانواده، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی، مامائی، اتاق عمل، هوشبری، فوریت‌های پزشکی

- **شبانه شامل ۷ رشته:** کارشناسی ناپیوسته بهداشت محیط کاردانی رشته‌های بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی

- **هفت شبکه بهداشت و درمان شامل:** زنجان، ماهنشان، طارم، ابهر، خرمدره، خدابنده، ایجرود

- **مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌ها (۸ مرکز) با تعداد تخت‌های مصوب:** آیت الله موسوی (۵۴۰ تختی)، ولیعصر (۳۰۸ تختی)، شهید بهشتی (۱۱۶ تختی)، امدادی ابهر (۱۲۰ تختی)، امیرالمومنین خدابنده (۹۶ تختی)، شهدای طارم (۳۲ تختی)، بوعلی سینا خرمدره (۶۴ تختی)، رازی ماهنشان (۳۲ تختی)

- هفت خوابگاه دانشجویی و دو مجموعه ورزشی

- تعداد واحدهای بهداشتی و درمانی و فوریت‌های پزشکی:

- ۴۲۰ خانه بهداشت

- ۵۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی
- ۳۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری
- ۴۸ پایگاه بهداشتی
- ۴ آموزشگاه بهورزی
- ۱۴ مرکز تسهیلات زایمانی
- ۷ مرکز فوریت‌های پزشکی
- ۳۳ واحد پایگاه اوژانس شهری و جاده‌ای

- تعداد واحدهای پاراکلینیک:

- رادیولوژی ۱۷ واحد
- MRI ۱ واحد (بخش خصوصی)
- CTscan: ۳ واحد دولتی، ۱ واحد خصوصی (ابهر)

- آزمایشگاه:

دولتی:

- ۴ پاتوبیولوژی
- ۸ تشخیص طبی

خصوصی:

- ۱۰ پاتوبیولوژی
- ۷ تشخیص طبی

تأمین اجتماعی:

- ۱ پاتوبیولوژی
- تشخیص طبی^۱ ۳

همان‌گونه که در بالا نیز اشاره شد مجموعه امکانات آموزشی، بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان یکی از نقاط قوت استان برای گسترش اشتغال و سرمایه‌گذاری و همچنین آموزش دانشجویان در مقاطع مختلف می‌باشد. از دیگر نقاط قوت در این بخش موارد زیر می‌باشد:

- آموزش حین خدمت و وجود برنامه‌های آموزشی مناسب
- وجود مرکز توسعه (EDC) فعال در دانشگاه

¹ <http://www.zums.ac.ir>

- وجود هیئت علمی توانمند و پویا
- اضافه شدن دانشکده داروسازی و رشته‌های تحصیلات تکمیلی به مجموعه دانشگاه
- راه‌اندازی بیمارستان آموزشی آیت ا... موسوی^۱
- افزوده شدن دانشکده دندانپزشکی به مجموعه دانشگاه
- همچنین می‌توان از فرصت‌های موجود در این بخش به موارد زیر اشاره نمود:
- توجه به گسترش تحصیلات تکمیلی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- وجود فارغ‌التحصیلان در رشته‌های مختلف برای انتخاب و جذب هیأت علمی
- وجود فناوری و روش‌های نوین در آموزش
- توجه دولت در برنامه چهارم توسعه به آموزش
- وجود مراکز متعدد آموزش عالی در استان خصوصاً وجود مرکز تحصیلات تکمیلی
- توسعه و توجه به علوم پزشکی و آموزش آن در سطح جهان
- حمایت‌های مردمی و مسئولین از دانشگاه
- وجود مراکز علمی معتبر در سطح استان از جمله علوم پایه^۲
- اما از ضعف‌های عمده که در این قسمت وجود دارد موارد زیر می‌باشد:
- نامطلوب بودن کیفیت آموزش
- کمبود تعداد مقاطع تحصیلات تکمیلی
- نداشتن هیئت ممیزه مستقل
- نامناسب بودن چارت تشکیلاتی معاونت آموزشی و دانشکده‌ها (در دانشگاه علوم پزشکی زنجان)
- ناپایداری مدیریت‌های حوزه آموزش
- ضعف در بکارگیری تکنیک‌های مدیریتی در آموزش
- ضعف ارتباطات آموزشی با سایر دانشگاه‌های کشور و بین‌المللی^۳

^۱ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷: ۷ و ۴۵

^۲ دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۸۷: ۵ و ۳۱ و ۷۳

^۳ همان، ص ۶

۵-۵- ظرفیت‌های موجود و در دست ایجاد (طرح‌های سرمایه‌گذاری نیمه تمام و راکد)

دانشگاه علوم پزشکی زنجان در راستای اهداف مورد نظر خود و با حمایت مسئولان طرح‌های در دست احداث مختلفی را دنبال می‌نماید که تکمیل این طرح‌ها و پروژه‌ها می‌تواند میزان اشتغال در استان را افزایش دهد، بنابراین پروژه‌های مذکور نقطه قوتی برای این بخش محسوب می‌شوند که مهمترین آنها عبارتند از:

- پیگیری راه‌اندازی ۴ دوره دستیاری تخصصی
- پیگیری ایجاد مرکز انتشارات دانشگاه
- پیگیری انتشار مجله توسعه آموزش پزشکی
- پیگیری ساخت بیمارستان سوختگی زنجان
- تکمیل و تجهیز و راه‌اندازی دانشکده داروسازی
- مطالعه احداث دانشکده پرستاری ابهر
- انجام مطالعه بیمارستان ۳۲ تختخوابی ایجرود
- مطالعه و آغاز عملیات اجرایی بیمارستان ۲۲۰ تختخوابی ابهر^۱

۵-۶- زیرساخت‌های فیزیکی استان (شبکه راه‌های زمینی، دریایی و هوایی،

انرژی، آب و مخابرات)

یکی از مهمترین موارد برای توسعه یک کشور و استان دسترسی و داشتن زیرساخت‌هایی مانند خطوط ارتباطی، خطوط انتقال نیرو و... است. استان زنجان با توجه به موقعیت ویژه‌اش و قرارگیری در بین چندین استان کشور و همچنین این مطلب که تنها راه ترانزیت و عبور بین شرق و قاره اروپا به شمار می‌آید، که این مطلب از چند بعد قابل بررسی است:

الف) بزرگراه زنجان - تهران: عبور تنها بزرگراه غرب و شمال غرب کشور از استان زنجان موقعیت ممتازی را به این استان بخشیده است .

ب) راه آهن شمال غرب کشور: تنها راه مواصلاتی ریلی ایران و اروپا از شهر زنجان می‌گذرد که این از نظر ژئوپالیتیک و موقعیت سیاسی و سرزمینی بسیار مهم می‌باشد.

علاوه بر خطوط مواصلاتی زمینی از جمله راه آهن و جاده، زنجان در مسیر بزرگراه هوایی تهران و شمال غرب کشور و اروپا واقع است که این نیز یک فرصت بالقوه بسیار مهمی است برای استفاده از حمل و نقل هوایی و یکی از نقاط قوت شبکه راه‌های این استان می‌باشد.

^۱ همان، ص ۸

با توجه به موقعیت خاص استان زنجان و داشتن خطوط ارتباطی مناسب این استان می‌تواند نقش مهمی در آموزش پزشکی کشور و احداث و ایجاد بیمارستان‌های مختلف برای مداوای بیماران داشته باشد، که این امر باعث اشتغال و سرمایه‌گذاری بیشتر در کشور می‌شود.

همچنین موارد زیر از دیگر نقاط قوت در این بخش می‌باشد:

- وجود شبکه اینترنت و اینترنت پیشرفته در دانشگاه علوم پزشکی زنجان

- امکان دسترسی به منابع اطلاعاتی الکترونیک^۱

از نقاط فرصت برای این بخش موارد زیر قابل ذکر می‌باشد:

- پیشرفت روزافزون فناوری‌های اطلاعاتی

- توسعه رسانه‌های ارتباط جمعی

- دسترسی به اطلاعات^۲

۵-۷- دسترسی به منابع مالی در استان (اعم از بودجه عمومی دولت، منابع

شرکت‌های دولتی، تسهیلات بانکی)

در مورد منابع مالی و نقاط ضعف و قوت این بند آنچه که می‌توان ذکر کرد (البته بر اساس دومین برنامه

راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان) موارد زیر قابل توجه است:

تهیدها:

- بودجه ناکافی آموزش

- اختصاص بودجه ناکافی از منابع بیرون دانشگاه

- توزیع نادرست اعتبارات آموزش در بین دانشگاه‌ها

- عدم پرداخت بهنگام اعتبارات تخصیص یافته به آموزش (دانشگاه)

- امکان عدم تحقق اختصاص سهم پیش‌بینی شده از منابع عمومی برای پژوهش در برنامه چهارم توسعه

- عدم گرایش بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در امر پژوهش‌های کاربردی

- کمبود اعتبارات مالی و عدم همخوانی برنامه‌های مختلف امور درمانی با اعتبارات مصوب^۳

اما فرصت‌های موجود در این بخش برای دانشگاه علوم پزشکی زنجان عبارتند از:

فرصت‌ها:

- استفاده از امکانات و اعتبارات متمرکز وزارتی

^۱ همان، ص ۷

^۲ همان، ص ۴۴

^۳ همان، ص ۳۰

- امکان بهره‌گیری از گرنت‌های پژوهشی در سطح بین‌المللی و ملی و استانی
 - وجود سیاست‌های حمایتی از پژوهش‌های مشترک بین بخشی
 - وجود منابع تسهیلات اعطایی جهت توسعه سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های دانشگاه^۱
- ۵-۸- سایر عوامل مؤثر بر عملکرد بخش‌های تحت تصدی و نظارت دستگاه**
- تهدیدها:**

- وجود شرایط نامناسب بین‌المللی در برقراری ارتباطات علمی با مراکز پژوهشی معتبر دنیا
- وجود رقبای قدرتمند دانشگاهی و غیردانشگاهی در زمینه جذب گرنت‌های پژوهشی استانی
- عدم تناسب برخی از ضوابط و بخش‌نامه‌ها با شرایط و امکانات منطقه‌ای

فرصت‌ها:

- وجود مراکز صنعتی مهم در استان
- وجود خیرین بومی و افراد علمی و ذی نفوذ جهت دستیابی به اهداف دانشگاه^۲

^۱ همان، ۳۱، ۷۴، ۸۱

^۲ همان، ص ۳۰، ۳۱، ۷۴، ۸۰

جدول ۳۱. چکیده‌ای نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید در بخش بهداشت

نقاط قوت	نقاط ضعف
وجود نظام شبکه بهداشتی درمانی مناسب و امکان ارایه خدمات بصورت ادغام یافته آموزش حین خدمت و وجود برنامه‌های آموزشی مناسب پرسنل آموزش دیده، بومی و چندپیشه وجود رابطین بهداشتی سازمان یافته وجود ساختار آماری مدون از تحرکات جمعیتی اختصاص بودجه در ردیف‌های مشخص واگذاری خدمات بهداشتی درمانی به بخش خصوصی اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	کم ثباتی مدیران و کم توجهی به شایسته سالاری در انتخاب مدیران تطابق ناکافی محتوای آموزش پزشکی و پیراپزشکی با برنامه‌های سلامت پایین بودن انگیزه در کارکنان کمبود و نامناسب بودن تجهیزات فنی و فضای فیزیکی محیط کار نبودن زمان‌سنجی در تعیین حجم خدمات ادغام برنامه‌های متعدد بدون توجه به منابع انسانی و مالی کم توجهی به مقوله کیفیت خدمات در مقایسه با کمیت و رضایت مشتری پایین بودن سطح پایش و نظارت بر ارایه خدمات بهداشتی عملکرد مراجع تصمیم‌گیری در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و نظم ارجاع مبتنی بر آن اجرای برنامه‌های متعدد ابلاغی از مراجع بالاتر بدون توجه به ساختار استانی ضعف در هماهنگی بین بخشی و درون بخشی هماهنگی ناکافی حوزه پژوهش با طرح‌های پژوهش کاربردی در حوزه بهداشت بکارگیری نامناسب و تأمین نیروی انسانی با توجه به ردیف‌های سازمانی مرتبط مصوب نشدن بازنگری طرح‌های گسترش و تشکیلات در موعد مقرر
فرصت‌ها	تهدیدها
توسعه رسانه‌های ارتباط جمعی حساسیت مردم نسبت به سلامتی شان توانایی‌های بالقوه بخش خصوصی در بخش بهداشت سهولت دسترسی به مردم توسعه تحقیقات در سازمان‌های مختلف توسعه آموزش عمومی و مالی وجود قوانین مصوب در حمایت از بخش سلامت وجود شوراهای، تشکلهای مردمی و کمیته‌های استانی تعهدات دولت در خصوص توسعه اهداف هزاره سوم در سطوح بین‌المللی	پایین بودن سطح رفتارهای بهداشتی شیوه زندگی و تغییر سیمای اپیدمیولوژی بیماری‌ها پایین بودن سرانه بهداشت پایین بودن درآمد سرانه جامعه وجود سازمان‌های موازی ضعف اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی پایین بودن رشد اقتصادی جامعه مهاجرت به شهر و حاشیه نشینی پایین بودن سهمیه سوخت بخش سلامت

مأخذ: دومین برنامه راهبردی سه ساله ۸۸-۸۶ دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۶- تعیین اهداف کمی دستگاه در دوران برنامه پنجم

بر اساس برنامه استراتژیک استان زنجان، اهداف توسعه‌ای بخش بهداشت در افق سال ۱۳۹۴ به شرح جدول زیر می‌باشد. مطابق با این جدول شاخص مرگ و میر کودکان زیر یکسال به ازای هر هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۸ معادل ۱۵.۲۹ است که در سال ۱۳۹۴ این رقم کاهش یافته و به ۱۴ خواهد رسید. همچنین شاخص مرگ و میر مادران باردار به ازای هر صد هزار تولد از ۱۳.۲۹ در سال ۱۳۸۸ به ۱۳ در سال ۱۳۹۴ کاهش خواهد یافت. به همین ترتیب در دیگر شاخص‌های بهداشتی نیز مقرر است که در سال ۱۳۹۴ بهبود حاصل شود.

جدول ۳۲. اهداف توسعه‌ای بخش بهداشت و سلامت

ردیف	شاخص‌های کلیدی توسعه	واحد اندازه‌گیری	وضعیت سال پایه		پیش‌بینی سال ۱۳۹۴
			سال	مقدار	
۱	شاخص IMR (مرگ و میر کودکان زیر یکسال به ازای هر هزار تولد زنده)	یک در هزار	۱۳۸۸	۱۵.۲۹	۱۴ (بر اساس اهداف تعیین شده از سوی WTO)
۲	شاخص MMR (مرگ و میر مادران باردار به ازای هر صد هزار تولد)	یک در صد هزار	۱۳۸۸	۱۳.۲۹	۱۳ (بر اساس اهداف تعیین شده از سوی WTO)
۳	جمعیت برخوردار از آب آشامیدنی سالم شهری	درصد	۱۳۸۸	۹۸	۱۰۰ (بر اساس اهداف کشوری)
۴	جمعیت برخوردار از آب آشامیدنی سالم روستایی	درصد	۱۳۸۸	۷۷.۷	۹۳.۵ (بر اساس اهداف کشوری)
۵	کاهش مرگ و میر و معلولیت در حوادث جاده‌ای و حوادث غیرمترقبه	نفر به صدکیومتر	۱۳۸۸	۱۱۰	سالیانه ۱۰ تا ۱۵ درصد کاهش (بر اساس اهداف سازمان هلال احمر و راه و ترابری)
۶	نسبت پزشک به جمعیت (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)	یک در هزار	۱۳۸۸	۰.۸۱	۰.۹۵ (بر اساس اهداف تعیین شده از سوی WTO)
۷	نسبت تخت بیمارستانی به جمعیت (به ازای هر هزار نفر)	یک در هزار	۱۳۸۸	۰.۹۸	۱.۶۷ (بر اساس اهداف تعیین شده از سوی WTO)
۸	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	درصد	۱۳۸۸	۹۰	۹۸ (بر اساس اهداف تعیین شده از سوی WTO)
۹	ضریب سلامت خون‌های اهدایی و تأمین خون کافی در هزار نفر جمعیت	یک در هزار	۱۳۸۸	۱۷	۳۵ (بر اساس اهداف سازمان انتقال خون)

مأخذ: برنامه راهبردی توسعه استان زنجان، ۱۳۹۰

۷- راهبردهای اساسی اشتغال دستگاه در دوران برنامه پنجم

با توجه به موارد اشاره شده در بند ۵ پیرامون نقاط قوت، ضعف، تهدید و فرصت‌های بخش بهداشت استان زنجان، برخی راهبردهای اساسی جهت دستیابی به اهداف این بخش تدوین شده است که به طور مستقیم و غیرمستقیم موجبات افزایش اشتغال و سرمایه‌گذاری را فراهم می‌آورند. این راهبردها بدین شرح‌اند:

- افزایش پوشش کمی و کیفی خدمات بهداشتی درمانی بویژه در منطقه حاشیه شهری

- ارتقای سطح دانش و مهارت‌های سلامتی جامعه با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر (مادران، کودکان و جوانان) و توجه خاص به بیماری‌های نوپدید و بازپدید
- توسعه و تقویت ویژگی‌های مثبت شبکه با اولویت بهبود نظام ارجاع و تأکید بر محوریت مراکز بهداشتی درمانی و الزام بر اجرای کامل قانون بیمه همگانی
- واگذاری تدریجی خدمات به بخش خصوصی با توجه به توانایی‌های بالقوه بخش خصوصی
- تقویت و پیگیری مستمر هماهنگی بین بخشی به منظور توفیق برنامه‌های بهداشتی به ویژه در راستای برقراری نظام نظارت و پایش اماکن عمومی
- برقراری روند مستمر اصلاح در ابعاد فضای فیزیکی، تجهیزات فنی، نیروی انسانی و منابع مالی واحدهای بهداشتی و درمانی
- توجه خاص به توانمندسازی کارکنان با افزایش رضایت شغلی و انگیزش مادی و معنوی و ارتقای سطح دانش و مهارت علمی و عملی آنان و برقراری فرایند مستمر بازآموزی و نوآموزی
- توسعه مشارکت‌های مردمی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی
- اصلاح و تقویت برنامه‌های آموزشی پزشکی اجتماعی
- توجه خاص به پژوهش در امر بهداشت با استفاده از توانایی‌های پژوهشی موجود در کارکنان این بخش

۸- سیاست‌ها و اقدامات اجرایی دستگاه برای پیشبرد اهداف توسعه اشتغال و سرمایه‌گذاری در دوران برنامه پنجم

در چارچوب راهبردهای تعیین شده، برخی اقدامات اجرایی از سوی دانشگاه علوم پزشکی در نظر گرفته شده است:

- تنظیم به موقع و صحیح صورت حساب‌ها توسط واحدهای تابعه جهت ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر
- تدوین نظام عادلانه جبران خدمات کارکنان دانشگاه با استفاده از راهکارهای پیش‌بینی شده در ماده ۴۹ و تصویب هیأت امنا
- استفاده از راهکارهای قانونی جهت کاهش زمان اجرای پروژه‌های عمرانی
- استفاده از بخش خصوصی توانمند در واگذاری خدمات و واگذاری فیزیکی
- جلب مشارکت کارکنان واحدهای تابعه در افزایش درآمدهای اختصاصی از طریق پرداخت‌های پُرکیس

- تدوین و تعریف علمی شاخص‌های واگذاری و بکارگیری بخش خصوصی توانمند جهت کاهش تصدی‌گری دانشگاه با استفاده از نظرات کارشناسی
- تدوین و استقرار نظام بودجه‌ریزی براساس بهای تمام شده و برآورد و ابلاغ اعتبار واحدهای تابعه بر اساس نتایج طرح
- اجرای طرح پردیس و استقرار تمامی واحدهای محیطی در آن به منظور کاهش هزینه‌های عمومی و پشتیبانی
- استفاده از راهکارهای ماده ۴۹ جهت تنظیم و مبادله موافقتنامه‌های اعتبارات دانشگاه با هیأت امناء به منظور کاهش زمان فرایند مبادله توسط معاونت نظارت راهبردی کشور
- اخذ به موقع مطالبات از سازمان‌های بیمه‌گر با تفویض اختیارات اداری و مالی به مدیران واحدهای میانی و تنظیم و ارسال به موقع صورت حساب‌ها

۹- برنامه دستگاه برای سازماندهی و اجرای طرح‌های سرمایه‌گذاری بخش عمومی، خصوصی و تعاونی

۹-۱- تقسیم‌بندی پروژه‌های ملی بر اساس فعالیت‌ها

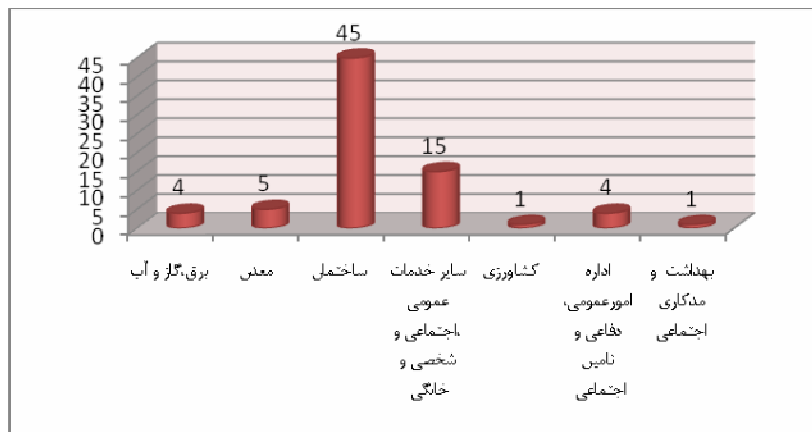
جدول ۳۲، تعداد پروژه‌های ملی استان را به تفکیک فعالیت‌ها نشان می‌دهد. طبق این جدول، ۷۵ پروژه ملی در حال اجرای استان میان ۷ گروه فعالیت‌ی توزیع شده است که عبارتند از: برق، گاز و آب، ساختمان، کشاورزی، سایر خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی و خانگی، اداره امور عمومی، دفاعی و تأمین اجتماعی، بهداشت و مددکاری اجتماعی و معدن.

جدول ۳۲. پروژه‌های ملی در دست اجرا بر حسب فعالیت

ردیف	فعالیت	تعداد طرح‌ها	سهم
۱	برق، گاز و آب	۴	۵.۳۳
۲	معدن	۵	۶.۶۷
۳	ساختمان	۴۵	۶۰
۴	سایر خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی و خانگی	۱۵	۲۰
۵	کشاورزی	۱	۱.۳۳
۶	اداره امور عمومی، دفاعی و تأمین اجتماعی	۴	۵.۳۳
۷	بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱	۱.۳۳
	جمع	۷۵	۱۰۰

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری

با توجه به جدول ۳۲، در میان پروژه‌های ملی در دست اجرا سهم فعالیت ساختمان بیش از دیگر فعالیت‌ها بوده که به تنهایی ۶۰ درصد پروژه‌های ملی استان (۷۵ مورد) را به خود اختصاص داده است. در رتبه بعدی فعالیت سایر خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی و خانگی قرار دارد که ۱۵ پروژه و ۲۰ درصد را شکل داده است و فعالیت‌های مربوط به معدن (۵ طرح)، برق، گاز و آب (۴ طرح)، و اداره امور عمومی، دفاعی و تأمین اجتماعی (۴ طرح) در رده‌های بعدی قرار دارند. در این میان فعالیت‌های مربوط به بخش کشاورزی و بهداشت و مددکاری اجتماعی (هرکدام ۱ طرح) کمترین سهم را در بین ۷۵ پروژه ملی به خود اختصاص داده‌اند. سهم هرکدام از این فعالیت‌ها در نمودار ۸ نشان داده شده است.



نمودار ۸. سهم پروژه‌های ملی در دست اجرا بر حسب فعالیت

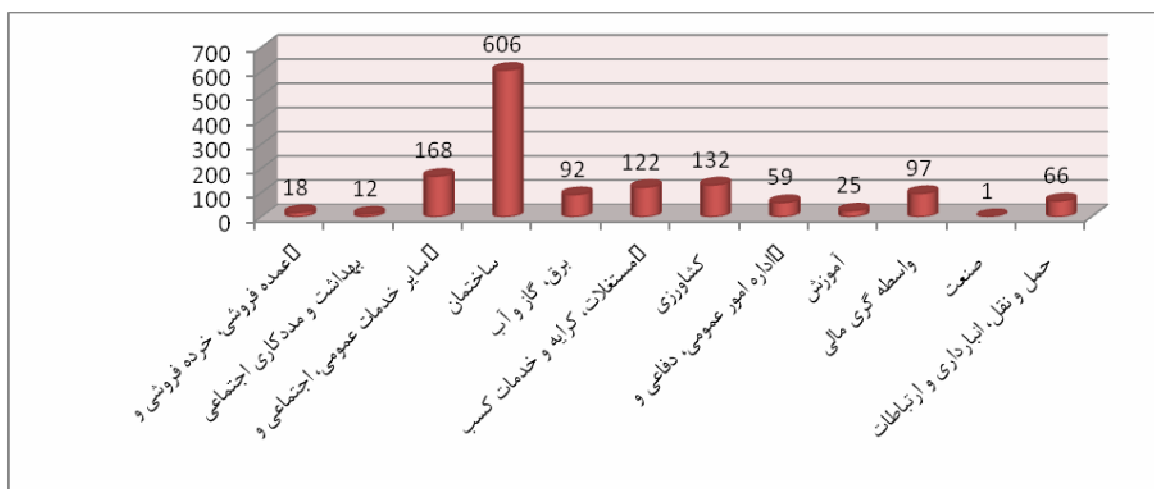
۹-۲- تقسیم‌بندی پروژه‌های استانی بر اساس فعالیت

جدول ۳۳ حکایت از آن دارد که در میان فعالیت‌های مختلف، رشته ساختمان بیشترین پروژه را از میان پروژه‌های استانی به خود اختصاص داده است (۶۰۶ طرح و ۴۳.۳۵ درصد) که فعالیت سایر خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی و خانگی (۱۶۸ طرح و ۱۲.۰۲ درصد) پس از آن با فاصله بسیار زیاد قرار دارد. همچنین کمترین تعداد پروژه‌ها مربوط به فعالیت صنعت (۱ طرح و ۰.۰۷ درصد) است. در این میان تعداد پروژه‌های بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی ۱۲ فقره معادل ۰.۸۵ درصد است. در نمودار ۹، سهم پروژه‌های استانی بر حسب فعالیت‌ها نشان داده شده است.

جدول ۳۴. پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب فعالیت

ردیف	فعالیت	تعداد طرح‌ها	سهم
۱	اداره امور عمومی، دفاعی و تأمین اجتماعی	۵۹	۴.۲۲
۲	آموزش	۲۵	۱.۷۹
۳	برق، گاز و آب	۹۲	۶.۵۸
۴	بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱۲	۰.۸۵
۵	حمل و نقل، انبارداری و ارتباطات	۶۶	۴.۲۷
۶	ساختمان	۶۰۶	۴۳.۳۵
۷	سایر خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی و خانگی	۱۶۸	۱۲.۰۲
۸	صنعت	۱	۰.۰۷
۹	عمده‌فروشی، خرده‌فروشی و تعمیر وسایل نقلیه و کالاها	۱۸	۱.۲۹
۱۰	کشاورزی	۱۳۲	۹.۴۴
۱۱	مستغلات، کرایه و خدمات کسب و کار	۱۲۲	۸.۷۳
۱۲	واسطه‌گری مالی	۹۷	۶.۹۴
	جمع	۱۳۹۸	۱۰۰

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری



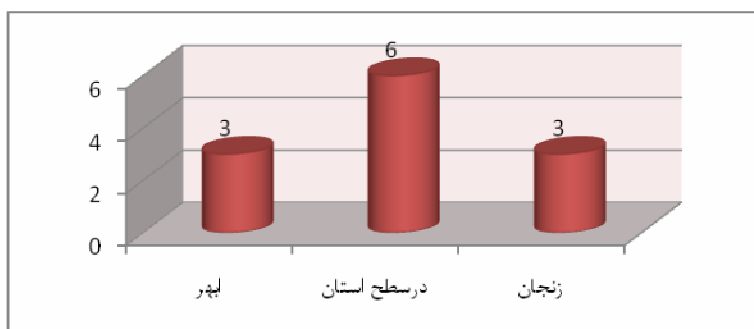
نمودار ۹. سهم پروژه‌های استانی بر حسب فعالیت‌ها

در جدول ۳۵ مشاهده می‌شود که طرح‌های بهداشتی اغلب در سطح استان به اجرا درمی‌آید. هم چنین می‌توان گفت که ۵ شهر این استان، شامل ایجرود، خدابنده، خرمدره، طارم و ماهنشان، در فعالیت بهداشت و مددکاری اجتماعی، هیچ طرحی ندارند.

جدول ۳۵. پروژه‌های استانی در بهداشت و مددکاری اجتماعی

ردیف	شهرستان	تعداد طرح	سهم
۱	ایجر	۳	۲۵
۵	در سطح استان	۶	۵۰
۶	زنجان	۳	۲۵
جمع کل استان		۱۲	۱۰۰

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری



نمودار ۱۰. تعداد پروژه‌های استانی در بهداشت و مددکاری اجتماعی

۹-۳- تقسیم‌بندی پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب دستگاه اجرایی

در جدول ۳۶، پروژه‌های استانی را بر حسب دستگاه اجرایی بهداشت (دانشگاه علوم پزشکی) تقسیم‌بندی کرده‌ایم. می‌توان مشاهده کرد که از مجموع ۱۳۹۸ طرح، تنها ۱۱ طرح در دانشگاه علوم پزشکی در دست اجرا می‌باشد.

جدول ۳۶. پروژه‌های استانی در دست اجرا بر حسب دستگاه اجرایی

ردیف	درصد پیشرفت	تعداد طرح‌ها	سهم
۳۱	علوم پزشکی	۱۱	۰.۷۱
جمع		1398	۱۰۰

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری

۹-۴- تقسیم‌بندی طرح‌های زودبازده استان بر حسب نوع مدیریت

بر اساس اطلاعات گردآوری شده از بانک اطلاعاتی موجود در اداره کل کار و امور اجتماعی استان، در حال حاضر تعداد ۱۳۱۹۹ طرح در قالب طرح‌های زودبازده در سطح استان در حال اجرا هستند که از این میان ۱۳۱۲۱ مورد به صورت خصوصی و ۷۸ مورد به صورت تعاونی مدیریت می‌شوند. این ارقام بدان معنا هستند که ۹۹.۴ درصد طرح‌های زودبازده استان دارای مدیریت خصوصی و تنها ۰.۶ درصد آنها دارای مدیریت تعاونی هستند. طبق جدول ۳۷، ۹۳ طرح دانشگاه علوم پزشکی از مجموع ۱۳۱۲۱ طرح، در زمره طرح‌های زودبازده با نوع مدیریت خصوصی محسوب می‌شود.

جدول ۳۷. طرح‌های زودبازده خصوصی

دستگاه اجرایی	تعداد	سهم
علوم پزشکی	93	0.71
جمع کل	13121	100.00

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری

۹-۵- طرح‌های زودبازده تأمین مالی نشده

در جدول ۳۸، تعداد طرح‌های تأمین مالی نشده دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک شهرستان‌های استان آورده شده. همچنین تعداد شغل از دست رفته، میزان درخواست و میزان مصوب در هر دستگاه نیز نشان داده شده است.

جدول ۳۸. طرح‌های زودبازده تأمین مالی نشده در سازمان علوم پزشکی

میزان مصوب	اشتغال مصوب	میزان درخواست	اشتغال ارسالی	تعداد طرح	شهرستان
9975	45	12000	60	2	زنجان
9975.00	45	12000	60	2	جمع کل استان

مأخذ: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری

با توجه به جدول ۳۷، تعداد طرح‌های زودبازده تأمین مالی نشده دانشگاه علوم پزشکی در کل استان ۲ طرح و این تعداد تنها در شهرستان بوده است. در ضمن اشتغال از دست رفته این دستگاه ۴۵ شغل می‌باشد. در ادامه به مشروح برخی برنامه‌ها، طرح‌ها و پروژه‌های بخش بهداشت استان زنجان می‌پردازیم:

- تکمیل و تجهیز ساختمان نیمه تمام دانشکده موجود و مطالعه و احداث دانشکده و فضاهای مورد نیاز در پردیس دانشگاه با پیش‌بینی اعتبار در لوایح بودجه سالانه.
- تکمیل ساختمان الحاقی نیمه تمام بیمارستان دکتر بهشتی یا احداث ساختمان جدید به منظور ایجاد آزمایشگاه کرجع غذا و دارو با تأمین یک سوم اعتبار توسط استان
- اختصاص آمبولانس و تجهیزات مورد نیاز ۶ پایگاه امداد جاده ای،
- اختصاص مبلغ ۱۰ میلیارد ریال برای احداث، تکمیل، تعمیر و تجهیز مراکز بهداشتی- درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه بهداشت استان با مشارکت استان به نسبت مساوی
- مطالعه احداث ساختمان کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۷ و پیش‌بینی اعتبار مورد اجرایی در لایحه بودجه سال ۱۳۸۸
- مطالعه امکان سنجی اجرای فاز دوم بیمارستان آموزشی زنجان و ارایه نتیجه به هیئت وزیران
- مطالعه خوابگاه دانشجویی در محل پردیس در سال ۱۳۸۷ و تأمین بخشی از اعتبار عملیات اجرایی پروژه از محل فروش املاک مازاد توسط دانشگاه علوم پزشکی زنجان و پیش‌بینی اعتبار لازم در بودجه سال ۱۳۸۸
- اختصاص مبلغ ۱۰ میلیارد ریال به نسبت مساوی از اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و استان برای خرید دو دستگاه سی تی اسکن برای شهرهای ابهر و خدابنده
- اختصاص معادل ارزی ۱۲ میلیارد ریال برای تجهیز دانشکده ها و مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- احداث یک سالن ورزشی در پردیس دانشگاه علوم پزشکی زنجان از سال ۱۳۸۸
- اختصاص ۲ دستگاه اتوبوس از محل اعتبارات نهاد ریاست جمهوری برای دانشگاه علوم پزشکی زنجان
- مبلغ ۱۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات ردیف هزینه‌های پیش‌بینی نشده سرمایه‌ای، قانون بودجه در سال ۱۳۸۷ کل کشور به منظور تجهیز بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی استان زنجان در اختیار دستگاه مربوط قرار گیرد تا با رعایت قوانین و مقررات هزینه شود.
- توانمندسازی اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارشناسان
- بهبود فرایند جذب و مصرف بودجه های پژوهش
- تدوین مستمر قوانین و مقررات و رفع هرگونه ابهام از قوانین
- ایجاد نگرش مثبت در مدیران خارج دانشگاه جهت افزایش سطح همکاری‌ها
- تقویت و توسعه جذب اعتبارات از سایر منابع

- حمایت و تقویت پژوهش‌های مشترک با سایر سازمان‌ها
- شفاف‌سازی نظام حمایت مالی از کمیته تحقیقات دانشجویی
- تأمین فضای فیزیکی و تجهیزات کامپیوتری کمیته‌های تحقیقات دانشجویی
- فراهم‌سازی زمینه مناسب جهت ایجاد یک مرکز تحقیقاتی در سطح دانشگاه
- افزایش دسترسی فیزیکی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق روستایی و شهری با تأکید بر نقاط حاشیه‌نشین شهری و مناطق محروم تا میزان ۱۰۰ درصد
- بهبود الگوی مصرف مواد غذایی خانوارها در جهت اصلاح رزی مغذی‌ها تا میزان ۲۰ درصد وضعیت پایه
- ارتقای سطح آگاهی جامعه به میزان ۲۰ درصد وضعیت پایه در زمینه بیماری‌های بازپدید و نوپدید به طوری که تمام افراد جامعه با راه‌های پیشگیری و انتقال این بیماری‌ها آشنا شوند.
- توسعه تیم فنی ارایه دهنده خدمات بهداشتی- درمانی به طوری که هر خانه بهداشت توسط یک تیم کنترل و نظارت شده و آموزش‌های لازم ارایه شود.
- واگذاری مراکز بهداشتی و درمانی شهری راه‌اندازی نشده به بخش خصوصی طبق آیین‌نامه اجرایی تا میزان ۱۰۰ درصد
- رعایت تناسب فضای فیزیکی با خدمات ارایه شده و موقعیت منطقه در ۱۰۰ درصد فضاهای احداثی جدید
- ایجاد بستر مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در عرصه بهداشت با مشارکت معاونت آموزشی
- انجام حداقل ۱۵ طرح پژوهشی هماهنگ با اولویت‌های پژوهشی بخش بهداشت با مشارکت کلیه گروه‌های کارشناسی در طول برنامه
- واگذاری تعیمیزات و نگهداری تجهیزات پزشکی به بخش خصوصی
- بهره‌گیری از توان نظام پزشکی و نظام پرستاری جهت ارتقای کیفی امور درمان استان

۱۰- برآورد سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای تحقق اهداف کمی دستگاه به تفکیک بخش‌های عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم برای فعالیت‌های تحت پوشش دستگاه

۱۰-۱- برآورد سرمایه‌گذاری در دوره برنامه پنجم توسعه

جهت برآورد سرمایه‌گذاری در دوران برنامه پنجم به سه شیوه عمل شد. ابتدا با استفاده از جدول داده ستانده سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای هر فرصت شغلی جدید در استان به تفکیک فعالیت‌های اقتصادی محاسبه گردید و در مشاغل جدید مورد نیاز استان به تفکیک فعالیت‌ها ضرب شد. و به این ترتیب سرمایه‌گذاری استان محاسبه گردید ولی نتایج دچار کم برآوردی بود و میزان آن با تولید ناخالص داخلی استان تطابق نداشت. در روش دوم از نسبت افزایش سرمایه به افزایش محصول (ICOR) استفاده گردید. نتایج این روش بهتر از روش اول بود و به نظر می‌رسید با سهم سرمایه‌گذاری در تولید ناخالص داخلی تطابق دارد. در روش سوم از نسبت سرمایه‌گذاری به تولید در بخش‌های مختلف در جدول داده ستانده استانی استفاده شد. در نهایت نتایج روش دوم مبنای تنظیم سند قرار گرفت چرا که هم با معیار سهم سرمایه‌گذاری در تولید ناخالص داخلی تطابق داشت و هم سهم بخش‌های مختلف از سرمایه‌گذاری استان منطقی بود.

پیش‌بینی می‌شود در دوره برنامه پنجم توسعه سرمایه‌گذاری در استان زنجان از 6856615 میلیون ریال در سال ۱۳۹۰ به 10285627 میلیون ریال در سال ۱۳۹۴ ارتقا یابد. در این دوره سرمایه‌گذاری در استان زنجان صورت گیرد. در واقع لازمه رشد ۸.۲ درصدی تحقق آن است که در این دوره مجموعاً 42405382 میلیون ریال سرمایه‌گذاری در استان انجام شود و در صورتی که تلاش لازم برای تحقق این میزان سرمایه‌گذاری صورت نپذیرد بیکاری در استان بش از ۷ درصد خواهد شد.

در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ سهم بخش صنعت از سرمایه‌گذاری بیش از سایر بخش‌ها و بالغ بر 10337606 میلیون ریال است و ۲۴.۴ درصد از سرمایه‌گذاری استان به این بخش اختصاص خواهد یافت. واسطه‌گری مالی و عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، تعمیر وسایل نقلیه موتوری و کالاهای شخصی و خانگی به ترتیب با سهم‌هایی معادل ۱۷.۹ و ۱۳.۱ درصد در رتبه‌های بعدی سرمایه‌گذاری استان زنجان قرار می‌گیرند.

پیش‌بینی می‌شود کمترین سرمایه‌گذاری در شیلات انجام گیرد، به طوری که اعداد برآوردی نشان می‌دهد که این بخش در دوره برنامه پنجم در مجموع ۱۳۷۰۳ میلیون ریال سرمایه را جذب می‌کند. هتل و رستوران و مستغلات، اجاره و فعالیت‌های کار و کسب از دیگر بخش‌هایی هستند که طبق پیش‌بینی‌های صورت گرفته کمترین سرمایه‌گذاری در آنها انجام می‌پذیرد.

در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی نیز پیش‌بینی می‌شود که در کل سال‌های برنامه پنجم ۱۷۵۷۸۹۹ میلیون ریال سرمایه‌گذاری صورت گیرد. به این ترتیب میزان تغییرات سرمایه‌گذاری از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ معادل مثبت ۴۴.۱۸ درصد خواهد بود.

جدول ۳۹. پیش‌بینی سرمایه‌گذاری بر حسب فعالیت‌های عمده اقتصادی در دوران برنامه پنجم توسعه به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیون ریال)

شرح	دوران برنامه پنجم					جمع برنامه پنجم
	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	
کشاورزی، شکار و جنگلداری	755170	815433	880504	950770	1026638	4428514
شیلات	2472	2599	2734	2875	3023	13703
استخراج معادن	332935	367997	406745	449574	496913	2054164
صنعت- ساخت	1588924	1798661	2036085	2304849	2609087	10337606
تامین برق، گاز و آب	244484	264010	285109	307894	332490	1433987
ساختمان	137331	157615	180895	207613	238277	921732
عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، ...	917671	1007055	1105139	1212780	1330906	5573552
هتل و رستوران	19887	20580	21295	22040	22809	106611
حمل و نقل و انبارداری و ارتباطات	572365	622561	677161	736550	801143	3409780
واسطه‌گری‌های مالی	1185371	1330932	1494372	1677883	1883925	7572483
مستغلات، اجاره و فعالیت‌های کار و کسب	41572	43986	46536	49235	52093	233423
اداره امور عمومی، ...	180065	189642	199731	210358	221547	1001343
آموزش	456369	499359	546402	597868	654191	2754190
بهداشت و مددکاری اجتماعی	290357	318174	348656	382057	418656	1757899
سایر خدمات	131640	145026	159776	176026	193928	806396
جمع	6856615	7583629	8391141	9288371	10285627	42405382

مأخذ: محاسبات مشاور استانی

۱۰-۲- سرمایه‌گذاری مورد نیاز در برنامه پنجم استان در بخش بهداشت استان به

تفکیک بخش‌ها

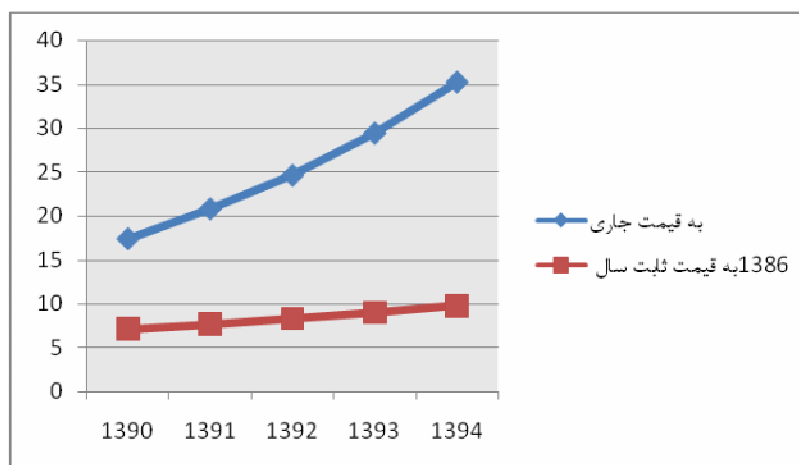
با توجه به ارزیابی‌های کارشناسی، سرمایه‌گذاری مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها به شرح ذیل برآورد شده است. ملاحظه می‌شود که از کل ۱۷۵۷.۹ میلیارد ریال حجم سرمایه مربوط به بخش بهداشت، ۲۱۰.۹ میلیارد ریال به بخش تعاونی و ۱۴۰.۶ و ۱۴۰۶.۳ میلیارد ریال نیز به ترتیب به بخش‌های عمومی و خصوصی اختصاص دارد. به این ترتیب می‌توان گفت، سهم بخش خصوصی از مجموع سرمایه‌گذاری‌ها بیش از دیگر بخش‌هاست.

جدول ۴۰. سرمایه‌گذاری مورد نیاز در برنامه پنجم استان به تفکیک بخش‌ها به قیمت ثابت سال ۱۳۸۶ (میلیارد ریال)

گروه‌های عمده فعالیت	کل سرمایه‌گذاری در دوران برنامه پنجم	توزیع سرمایه‌گذاری	
		تعاونی	خصوصی
بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱۷۵۷.۹	210.9	1406.3
سایر فعالیت‌های خدمات عمومی، ...	۸۰۶.۴	96.8	669.3
جمع	۴۲۴۰.۴	5427.4	32513.5

مأخذ: محاسبات مشاور استانی

نمودار زیر نیز روند سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت را به قیمت ثابت و جاری نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که روند سرمایه‌گذاری در این بخش به قیمت ثابت و جاری طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ صعودی است.



نمودار ۱۱. پیش‌بینی سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی طی برنامه پنجم توسعه به قیمت ثابت و جاری (میلیارد ریال)

۱۱- تأمین منابع مالی برای سرمایه‌گذاری‌های بخش عمومی، خصوصی و تعاونی در دوران برنامه پنجم

به طور کلی تأمین مالی برنامه‌ها، طرح‌ها و پروژه‌های مربوط به بخش بهداشت استان، از طریق اختصاص بودجه در سطح ملی و یا استانی صورت می‌گیرد. همچنین از دیگر منابعی که به این بخش تزریق می‌شود به واسطه

- اعطای تسهیلات بانکی
- سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و تعاونی
- فروش اوراق مشارکت
- درآمد اختصاصی دستگاه‌های استانی
- نهادهای عمومی غیردولتی (شهرداری‌ها)

تأمین خواهد شد.

۱۲- تعهدات دستگاه برای تسهیل ایجاد اشتغال و توسعه سرمایه‌گذاری در بخش‌های خصوصی و تعاونی (با توجه به وظیفه هر دستگاه)

در این بخش تعهدات دستگاه که به طور مستقیم و غیرمستقیم موجب افزایش سرمایه‌گذاری و ایجاد فرصت‌های شغلی می‌شود، مورد بررسی قرار می‌گیرد. این تعهدات در چارچوب تدوین راهبردها و اهداف مورد نظر دانشگاه علوم پزشکی است که عبارتند از:

✓ انجام سرمایه‌گذاری و جذب منابع مالی در جهت:

- افزایش دسترسی فیزیکی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق روستایی و شهری با تأکید بر نقاط حاشیه‌نشین شهری و مناطق محروم
- افزایش و حفظ پوشش ایمن‌سازی در گروه‌های هدف
- ارتقاء کیفی خدمات از طریق استقرار کامل مدیریت جامع کیفیت
- افزایش واحدهای ارائه دهنده خدمات مستقر به طوری که به ازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت روستایی یک خانه بهداشت وجود داشته باشد.
- حفظ و بهینه‌سازی کلی فضاهای فیزیکی موجود به نحوی که ۹۰٪ واحدها مطابق الگوی استاندارد باشد.
- رعایت تناسب فضای فیزیکی با خدمات ارائه شده و موقعیت منطقه در ۱۰۰٪ فضاهای احداثی جدید.
- متناسب‌سازی تجهیزات فنی واحدهای بخش بهداشت با ارائه خدمات و تکنولوژی روز به میزان حداقل ۹۰٪

✓ جذب نیروهای متخصص و کارشناس بمنظور:

- افزایش پوشش مراقبت کودکان زیر ۱۶ سال، افزایش پوشش مراقبت زنان باردار و افزایش پوشش مراقبت تنظیم خانواده
- افزایش پوشش نظام گزارش‌دهی و مراقبت بیماری‌ها همگام با اهداف کشوری
- افزایش پوشش نظارتی برنامه‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای
- افزایش پوشش مراقبت دانش‌آموزان بر اساس پروتکل‌های کشوری
- نظارت بر بهبود الگوی مصرف مواد غذایی خانوارها در جهت اصلاح ریز مغذی‌ها
- ارتقاء سطح آگاهی جامعه در زمینه فاکتورهای عمده مؤثر بر سلامتی و گروه‌های آسیب‌پذیر

- توسعه تیم فنی ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به طوری که هر ۴ خانه بهداشت توسط یک تیم کنترل و نظارت شده و آموزش‌های لازم ارائه شود.
- تغییر کمی و کیفی فارماکوپه مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و بهینه‌سازی فرآیند تجویز دارو به طوری که در این مراکز مشکل دارویی ۹۵٪ افراد قابل درمان، بر اساس سیاست‌های کشوری حل شود.
- اصلاح ساختار نیروی انسانی بخش بهداشت از نظر کمی به طوری که ۸۰٪ ردیف‌های مصوب سازمانی بر اساس سیاست‌های کشوری، توسط نیروهای مناسب اشغال شود.
- ارتقاء مهارت‌های شغلی کارکنان بهداشتی به نحوی که ۹۰٪ کارکنان رده‌های مختلف، در بازآموزی‌های تخصصی پیش‌بینی شده شرکت نمایند.
- ایجاد بستر مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در عرصه بهداشت با مشارکت معاونت آموزشی
- انجام حداقل ۱۵ طرح پژوهشی هماهنگ با اولویت‌های پژوهشی بخش بهداشت با مشارکت کلیه گروه‌های کارشناسی در طول برنامه
- ایجاد بستر مناسب به منظور جلب همکاری‌های دانشجویان و اعضا هیئت علمی در امر پژوهش در زمینه بهداشت به طوری که تا پایان برنامه حداقل ۵ طرح پژوهشی مشترک انجام گیرد.^۱

✓ مشارکت با بخش خصوصی در راستای؛

- واگذاری مراکز بهداشتی درمانی شهری راه‌اندازی نشده به بخش خصوصی طبق آیین‌نامه اجرائی، تا میزان ۱۰۰٪
- واگذاری خدمات درمانی مراکز بهداشتی درمانی شهری موجود طبق آیین‌نامه اجرای ماده ۱۹۲ تا میزان حداقل ۳۰٪

^۱. با توجه به عدم دسترسی به برنامه راهبردی دانشگاه علوم پزشکی زنجان مربوط به سال‌های ۱۳۹۰-۹۴، از اسناد سال‌های قبل این دانشگاه جهت تکمیل این بند استفاده شده است.