وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی

دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی

شیوه‌نامه تدوین برنامه عملیاتی
در ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور
در سال ۱۴۰۴

معاونت توسعه مدیریت و منابع

دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی

دی ماه ۱۴۰۳

فهرست مطالب

مقدمه ۳

ضرورت بازنگری و توسعه نظام برنامه ریزی ۴

فصل ۱. چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی

۱. مولفه‌های برنامه راهبردی ۵

۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی ۶

فصل ۲. فرایند تدوین برنامه عملیاتی

مراحل تدوین برنامه عملیاتی ۲۱

نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی ۲۲

فصل ۳. پایش و نظارت

خوداظهاری و ارزیابی انطباق

پایش میدانی

روش رتبه بندی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور

✍ **شیوه نامه حاضر، مشتمل بر ۳ فصل فوق می باشد؛ که در مرحله اول صرفا شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی شامل سه فصل اول، به عنوان راهنمای تدوین برنامه عملیاتی، و در مرحله بعدی فصل سوم (پایش و نظارت) ابلاغ می گردد.**

مقدمه

نظام برنامه ریزی عملیاتی از سال ۹۵ تا کنون در ستاد وزارت و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و سازمان های وابسته طی جلسات متعدد با محوریت دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی، به صورت برنامه مشترک ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور تدوین و از طریق سامانه پایش برنامه عملیاتی ، پایش می‌گردد. به صورت کلی پیاده سازی نظام برنامه ریزی عملیاتی از طریق سامانه (HOP) در وزارت بهداشت طی سال‌های گذشته باعث نظم دادن به انجام برنامه و فعالیتها شده و از سویی دسترسی آسان تمام ذینفعان به سامانه ای کشوری را فراهم می‌ساخت .

به نظر می رسد مشکل اساسی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی طی سالیان اخیر، تاثیر پایین اجرای برنامه ها در تحقق اسناد فرادستی و برنامه های پنج ساله توسعه کشور و در نهایت ارتقاء شاخص های سلامت باشد، زیرا علی‌رغم تحقق بالای ۹۵ درصد از برنامه های عملیاتی، هنوز میزان تاثیر و ارتباط اجرای برنامه های عملیاتی سالانه در تحقق اسناد فرادستی، احکام برنامه های پنج ساله توسعه و ارتقا شاخص های سلامت، محسوس نبوده است. در این راستا دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی به عنوان متولی نظام برنامه ریزی در ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور اقدام به بازنگری و توسعه نظام برنامه ریزی و ارتقای سامانه پایش برنامه عملیاتی نموده است. سامانه راهبری نظام سلامت که از سال جاری در ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور مستقر می‌گردد، با بهره گیری از دانش و فناوری به روز و با توجه به نیازهای کاربران، رصد و پایش برنامه های راهبردی و عملیاتی و شاخص های نظام سلامت را عهده دار خواهد بود.

امیدواریم در این مسیر تحول برنامه ریزی، شاهد ارتقاء سلامت مردم و دستیابی به اهداف نظام سلامت باشیم.

ضرورت بازنگری و توسعه نظام برنامه ریزی

برنامه‌ریزی، یکی از اصول اساسی مدیریت و عنصر حیاتی در تحقق اهداف و توسعه سازمان‌ها می‌باشد. این اصل اساسی نقش مهمی در ایجاد تعادل و هماهنگی بین منابع مختلف سازمان داشته و به‌طور جامع بر نحوه استفاده بهینه از آن‌ها تأثیرگذار است. با پیشرفت روزافزون فناوری و تغییرات مداوم در محیط کسب‌وکار، لزوم ارتقای فرایند برنامه‌ریزی برای سازمان‌ها غیرقابل‌انکار می‌باشد. امروزه فعالیت‌های سازمانی پیچیده‌تر شده و نیاز به اطلاعات دقیق، تصمیم‌گیری سریع و پاسخگویی فوری می‌باشد. ازاین‌رو، ارتقاء فرایند برنامه‌ریزی به سازمان این امکان را می‌دهد تا با چالش‌ها و تغییرات محیطی مواجه شده و به بهبود عملکرد خود بپردازد. این ارتقاء می‌تواند به بهبود کارایی، افزایش توانمندی تصمیم‌گیری و بهینه‌سازی منابع منجر شود و به تحقق اهداف سازمان کمک کند.

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی برنامه‌ریزی، وظیفه مدیریت، تدوین و پایش برنامه‌ها و ارائه گزارش‌های ادواری در سطوح مدیریتی و بررسی چالش‌ها و پیشنهادهای مدیران و کارشناسان در راستای ارتقاء برنامه‌ریزی را عهده‌دار می‌باشد. در راستای ارتقا فرایند برنامه‌ریزی، این دفتر برنامه توسعه نظام برنامه ریزی را در سطوح مختلف برنامه ریزی با اجرای برنامه هایی نظیر بازنگری محتوای برنامه های عملیاتی، تدوین شاخص های کلیدی عملکردی، ارتقای سامانه پایش برنامه عملیاتی ، و ارزیابی میدانی در دستور کار خود قرار داده است.

طی سالیان گذشته گزارش پیشرفت اجرا و تحقق برنامه عملیاتی هر دانشگاه در جلسات هیات امنای دانشگاه/دانشکده ها و با حضور اعضای محترم هیات امنا مطرح می شد. و با توجه به تجربه پیاده سازی نظام برنامه‌ریزی بدین شکل و با توجه به اینکه در اکثر جلسات فوق الذکر از درصد دستیابی دانشگاه به شاخص‌ها و میزان تاثیر عملکرد آن دانشگاه در دستیابی به اهداف سوال مطرح می شد، و با توجه به بررسی های کارشناسی صورت گرفته، به این نتیجه رسیدیم که مشکل اساسی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی طی سالیان اخیر، تاثیر پایین اجرای برنامه‌ها در تحقق اسناد فرادستی و برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور و عدم ارتباط بین شاخص و اهداف در راستای ارتقاء شاخص‌های سلامت است. با توجه به اینکه برنامه های عملیاتی از جنس اجرا هستند و باید اثربخشی این اقدامات بررسی و اندازه گیری شود، سازمان ها برای اندازه گیری و ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته و همچنین اندازه گیری درصد تحقق اهداف تدوین شده باید شاخص هایی را برای اهداف و برنامه ها تعریف و پایش نمایند. از این رو هدف اصلی از تغییر سامانه برنامه عملیاتی این بوده است که علاوه بر میزان تحقق برنامه عملیاتی که منتج از میزان تحقق برنامه‌های عملیاتی مشترک(ستاد و دانشگاه)، ستادی و دانشگاهی می باشد و با رویکرد خوداظهاری و ارزیابی انطباق انجام می گردد، میزان تحقق شاخص های نظام سلامت نیز به طور جداگانه از طریق همین سامانه پایش گردیده و نهایتا گزارشی تحلیلی از مقایسه میزان تحقق برنامه عملیاتی و میزان تحقق شاخص ها ارائه گردد.

فصل ۱: چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی

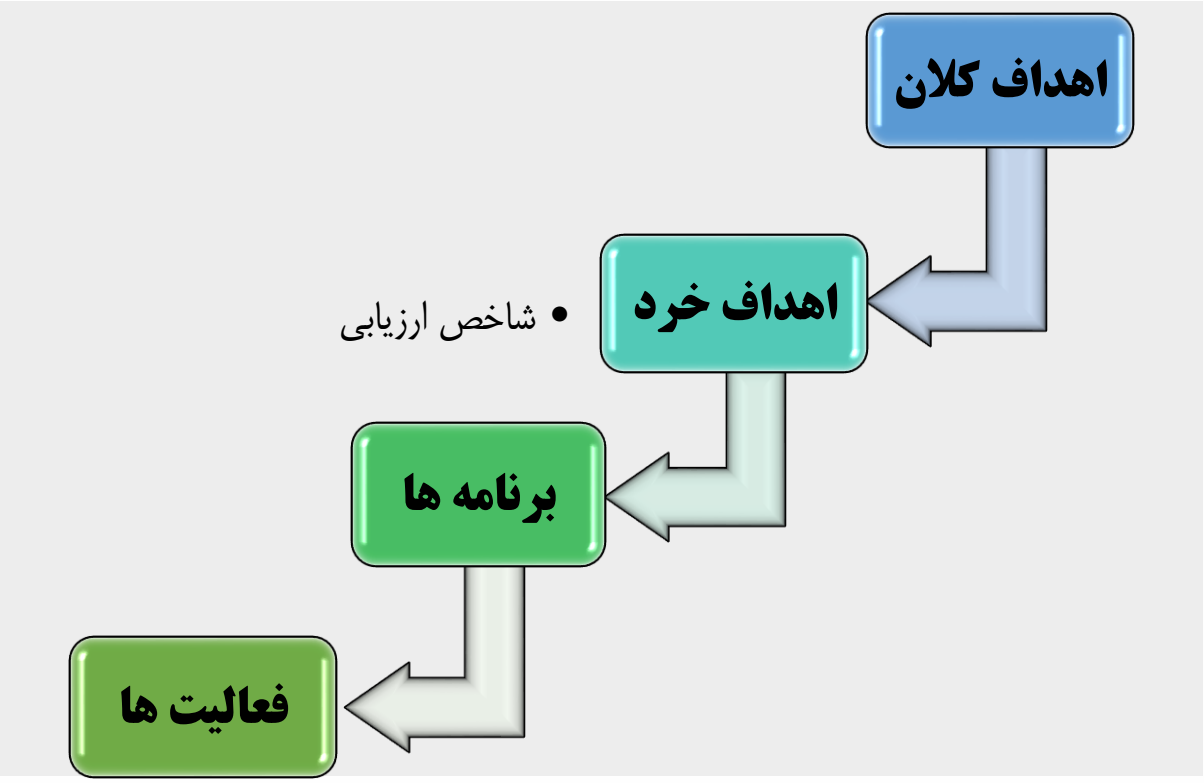
۱. مولفه‌های برنامه راهبردی

در ادبیات برنامه‌ریزی راهبردی، اجزای برنامه سازمان از سه بخش کلی تشکیل می‌شود که به ترتیب از بالا به پایین عبارتند از؛ سیاست، راهبرد و برنامه عملیاتی. هر یک از این سطوح، کارکردها و اقتضائات خود را دارد؛ برای مثال، سیاست، خط مشی کلی سازمان را ترسیم می‌کند و راهبرد نیز به چگونگی و راه و روش اجرای سیاست در قالب چشم‌انداز، رسالت و اهداف کلان می‌پردازد. اما برنامه عملیاتی که می‌توان آن را سطح سوم برنامه‌ریزی دانست، اجرایی‌ترین سطح برنامه را در بر می‌گیرد و هسته آن را برنامه‌ها و فعالیت‌ها تشکیل می‌دهد.



شکل ۱. مولفه های برنامه راهبردی

۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی



شکل ۲. مولفه های برنامه عملیاتی

از برنامه عملیاتی یا برنامه اقدام (Action Plan) تعاریف مختلفی ارایه شده است و اجماع چندانی در این زمینه وجود ندارد. اما در این شیوه‌نامه، برنامه عملیاتی از مولفه‌های زیر تشکیل می‌شود:

- **هدف کلان:**

هدف کلان عبارت است از موقعیت یا وضعیتی مطلوب در یکی از حوزه‌های سلامت که در راستای اسناد فرادست و ماموریت‌های کلان نظام سلامت در قالب گزاره‌ای کوتاه، شفاف و برانگیزاننده تدوین می‌شود. گرچه هدف کلان نوعاً متضمن تغییر یا تحول در وضع موجود نظام سلامت است، اما در عین حال باید واقع‌بینانه بوده و با مقدورات و محدودیت‌های نظام سلامت در افق مورد نظر (همسو و هماهنگ با برنامه هفتم پیشرفت) همخوانی داشته باشد. برای آن که بتوانیم در سال‌های بعد میزان تحقق برنامه را بسنجیم، ترجیحاً می‌بایست وضعیت هر هدف کلان را در ابتدا و انتهای برنامه با تکیه بر آمار و اطلاعات متقن مشخص کنیم.

- مثال‌هایی از «هدف کلان» در برنامه عملیاتی مشترک:

❖ افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

❖ حفاظت مالی مردم در برابر هزینه های سلامت

✍ **نکته:** اهداف کلان در نظر گرفته شده برای کلیه حوزه‌های تخصصی ستاد و دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته یکسان بوده و ضرورت دارد کلیه مراحل تهیه و تدوین برنامه عملیاتی بر اساس این اهداف کلان در نظر گرفته شود.

- **هدف خرد:**

اهداف کلان ماهیت کلان دارند و باید به ابعاد مختلف شکسته شوند تا جنبه عملیاتی بگیرند. بنابراین ذیل هر هدف کلان، چند هدف خرد تدوین می‌شود که هر کدام، یکی از ابعاد هدف کلان را توصیف می‌کند. برای سنجش میزان تحقق برنامه لازم است برای هر هدف خرد یک یا چند شاخص تعریف و اندازه گیری گردد.

✍ چند مثال از اهداف کلان و خرد:

هدف کلان: افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

اهداف خرد:

۱. افزایش تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، به ویژه در مناطق محروم و روستایی
۲. افزایش تعداد پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی درمانی، به ویژه در رشته ها (تخصص‌های) مورد نیاز و برحسب مناطق مختلف
۳. افزایش پوشش واکسیناسیون، غربالگری بیماری‌ها و آموزش بهداشت
۴. ارتقای سطح کیفی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی، از طریق اقداماتی نظیر استانداردسازی تجهیزات و آموزش پرسنل
۵. تضمین دسترسی آسان و ارزان به داروهای اساسی (ضروری)

هدف کلان: حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت

اهداف خرد:

۱. گسترش پوشش بیمه سلامت به تمام اقشار جامعه
۲. کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران برای دریافت خدمات
۳. ارائه خدمات درمانی تکمیلی مانند دندانپزشکی در پوشش بیمه پایه

❖ نکات مهم در تدوین اهداف خرد

- ✓ مورد توجه قرار دادن اهداف خرد اولویت‌دار و همچنین اهداف متصل به بودجه حوزه‌های تخصصی؛
- ✓ معطوف بودن هر هدف خرد به یک یا چند شاخص عملکردی؛
- ✓ توجه به تکالیف حوزه‌ها در اسناد بالادستی؛
- ✓ پرهیز از کلی گویی و ابهام؛

✍ **نکته:** هدف خرد در حد برنامه و یا فعالیت نبوده و امور جاری در هدف گذاری نباید لحاظ گردد.

- **شاخص اهداف خرد**

الف) تعریف مفاهیم

تعریف شاخص:

برای پایش برنامه‌های عملیاتی و سنجش میزان تحقق برنامه‌های تدوین شده در سال ۱۴۰۴، نیاز به تعیین شاخص‌هایی است تا براساس آن‌ها میزان پیشرفت برنامه‌ها و عملکرد سازمان و میزان تحقق و دستیابی به اهداف تعیین گردد. شاخص‌ها برای اندازه‌گیری نتایج حاصل از تحقق هر یک اهداف خرد بکار می‌روند و به عبارتی اهداف خرد را سنجش‌پذیر و کمی می‌کنند. بنابراین می‌توان ذیل اهداف خرد شاخص/ شاخص‌هایی تدوین نمود و مقدار موجود، استاندار و مقدار هدف آن را (مقادیری که هدف‌گذاری می‌شود تا در پایان سال و با اجرای آن برنامه به آن‌ها دست یابیم) مشخص کرد. علاوه بر این موارد، برای هر شاخص باید مولفه‌هایی نیز در قالب "شاسنامه شاخص" تعیین گردد. در ادامه طبقه‌بندی مختلف شاخص و همچنین شناسنامه شاخص توضیح داده خواهد شد. مثال‌هایی از «شاخص» در برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی عبارت است از:

مثال ۱:

هدف کلان: حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت

هدف خرد : گسترش پوشش بیمه سلامت به تمام اقشار جامعه

شاخص: درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (برحسب کشور، مناطق، اقشار مختلف، خدمات، ...)

مثال ۲:

هدف کلان: افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

هدف خرد : افزایش تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، به ویژه در مناطق محروم و روستایی

شاخص: تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در مناطق مختلف

❖ **ملاحظات کلیدی در تدوین شاخص‌ها عبارتند از:**

✓ شاخص‌ها باید معطوف به هدف باشند نه برنامه یا فعالیت، بنابراین موارد زیر "شاخص هدف خرد" محسوب نمی‌شوند:

- ❖ تعداد جلسات برگزار شده
- ❖ تعداد دستورالعمل‌های تدوین شده

✓ شاخص‌ها باید براساس معیارهای مشخص و عینی و بدون قضاوت شخصی قابل‌اندازه‌گیری و سنجش باشند، بنابراین موارد زیر شاخص هدف محسوب نمی‌شود:

- ❖ درصد پیاده سازی نرم افزار
- ❖ درصد پیاده سازی سند آمایش سرزمین
- ❖ درصد پیشرفت پروژه

✓ شاخص‌ها در راستای تحقق اهداف خرد تعیین شده، تدوین گردد.

✓ تعداد بهینه‌ای شاخص مرتبط انتخاب شود به طوری که تحقق هدف مربوطه را تضمین کند.

تعریف مقدار مطلوب شاخص:

استاندارد[۱] یا مقدار مطلوب شاخص عبارت است از حد قابل قبول و مبنای اصلی برای قضاوت. استاندارد در لغت به معنای نظم، قاعده و قانون است و چنین تعریف می‌شود: تعیین و تدوین ویژگی‌های لازم در تولید یک محصول (کالا) و یا انجام یک خدمت. استاندارد در واقع حد یا حدود قابل قبول از شاخص و مبنای اصلی برای قضاوت است. عبارت دیگر، استاندارد خط قرمز شاخص می‌باشد. شاخص نشان می‌دهد که وضعیت چیست. استاندارد نشان می‌دهد که آیا وضعیت مطلوب است یا نه. و آیا اهداف و سیاست‌های تحقق یافته‌اند یا نه.

به طور مثال: درصد پوشش مراقبت مادران یک شاخص است و حد قابل قبول ۶۵ درصد، استاندارد می‌باشد.

حدود استاندارد

استاندارد از نظر اندازه‌گیری می‌تواند کمی باشد در اینصورت :

- استاندارد یا حداقل قابل قبول دارد و حداکثر ندارد .

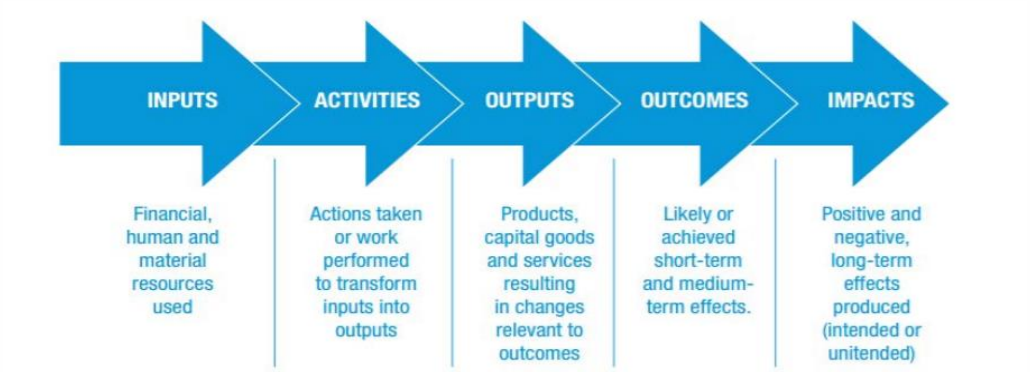
[۱] Standard.

- احتمال دارد یک استاندارد فقط حداکثر داشته باشد و حداقل معنا نداشته باشد.

- احتمال دارد یک استاندارد هم حداقل داشته باشد و هم حداکثر(کمیته و بیشینه)

ب) طبقه‌بندی شاخص‌ها از نظر اجزای سیستم و زنجیره نتایج (رویکرد سیستمی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یک سیستم اجتماعی است. سیستم مجموعه‌ای از اجزای مختلف است که معمولاً به صورت هدفمند و هماهنگ برای دستیابی به اهداف مشترک تلاش می‌نمایند. سیستم دارای ورودی، خروجی و پردازش مشخص است و نتایجی را به همراه دارد . در شکل زیر زنجیره نتایج حاصل از فعالیت یک سیستم نمایش داده شده است.



شکل زنجیره نتایج

شاخص‌ها را نیز با در نظر گرفتن اجزای سیستم، زنجیره نتایج و اثرات کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت آن به به شرح زیر طبقه‌بندی می‌کنند:

۱. شاخص‌های ورودی/ ساختاری یا درون‌دادی (Input Index)

آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل: نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی و .... خواهد بود و بدون آن‌ها امکان طراحی و اجرای برنامه‌ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص‌ها جای می‌گیرد .

مثال : نسبت تخت فعال به مصوب – نسبت تعداد کادر پرستاری در بخش‌های بستری به تخت فعال

۲. شاخص‌های فرایندی (Process Index)

شاخص‌هایی که فعالیت‌های در حال اجرا، نحوه ارایه خدمت، روش‌ها و برنامه دست‌یابی به اهداف را پایش می‌کنند.

مثال: میزان بازخورد به سطح یک از سطح دوم و سوم برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده

۳. شاخص‌های خروجی/ برون‌دادی (Output Index)

شاخص‌هایی که خروجی برنامه‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند.

مثال: میزان پوشش برنامه واکسیناسیون (تعداد کودکانی که واکسن را دریافت کرده‌اند/ تعداد موالید زنده)

۳. شاخص‌های نتایج (Outcome Index)

شاخص‌هایی که برآمد/ نتایج برنامه را نشان می‌دهند.

مثال: میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی

۴. شاخص‌های پیامدی (Impact Index)

شاخص‌هایی هستند که اثرات بلندمدت برنامه‌ها را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها معمولاً در شرایط زیر رصد می‌شوند:

- زمان طولانی مدنظر باشد
- عملکرد کل سیستم مدنظر باشد
- حجم زیادی از موارد قابل دسترس باشد

مثال: درصد کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن

✓ لازم به ذکر است، با توجه به اینکه شاخص‌های نتایج و شاخص‌های پیامدی اثرات بلندمدت برنامه‌ها را نشان می‌دهند و بیش از یکسال طول می‌کشد تا تاثیرات آن‌ها مشخص گردد، لذا در حال حاضر در تدوین برنامه‌های عملیاتی یکساله مدنظر قرار نمی‌گیرد.

ج) انواع شاخص‌ها از نظر نحوه گزارش

- **تعداد / فراوانی (Frequency/Count / Number) :** فراوانی پدیده را نشان می‌دهد. بدون داشتن کسر، تعداد موارد حوادث را مشخص می‌کند. مثال: تعداد تخت، تعداد بیمار، تعداد تخت‌های دیالیز، تعداد اتاق‌های عمل
- **نسبت (Ratio):** صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند به عبارت دیگر صورت جزیی از مخرج نیست. مثال: نسبت پرستار به تخت- نسبت پزشک متخصص به جمعیت- نسبت دانشجویان به اعضای هیئت علمی

- **سهم (proportion):** صورت و مخرج از یک جنس هستند و صورت جزیی از مخرج است به عبارت دیگر صورت از دل مخرج بیرون می‌آید. مثال: تعداد احیاهای موفق به تعداد احیاهای صورت‌گرفته، تعداد پرستار به کل پرسنل
- **میزان (Rate):** احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. مثال: میزان مرگ ومیر درطی یک سال– میزان شیوع کم خونی در زنان باردار – میزان بروز کم کاری تیروئید نوزادان

✓ خاصیت مهمی که میزان را از سهم متمایز می‌کند این است که میزان سهمی است که فاکتور زمان در آن مد نظر قرار گرفته است.

مثال: میزان احیاهای موفق در اسفند ماه (صورت: تعداد احیاهای موفق در اسفند ماه، مخرج: تعداد کل احیاها در اسفند ماه)

✓ نظر به اینکه در میزان صورت کسر نسبت به مخرج بسیارکوچک است، معمولاً در محاسبه میزان‌ها حاصل تقسیم را درعدد ثابت ۱۰۰ ضرب می‌کنند.

- **میانگین و میانه(Mean/Median)** : در برخی مواقع میانگین و میانه نیز می‌توانند به عنوان شاخص به کار روند.

مثال: میانگین مدت اقامت بیمار – میانگین زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار در کلان شهرها

د) ویژگی‌های شاخص

- شاخص ها باید از ویژگی‌های (SMART & D) به شرح زیر برخوردارد باشند:

Specific – S: مخصوص، معین و مشخص باشد. یعنی شاخص جامع و مانع، شفاف و ساده و واضح و رسا و صریح باشد بطوری‌که برداشت یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید.

Measurable - M: قابل اندازه‌گیری باشد. سنجش آن‌ها به سادگی مقدور باشد. یعنی علاوه بر عملکرد کمی، قابلیت تعریف عملکرد کیفی شاخص در قالب‌های متغیر کمی را نیز داشته باشد.

Achievable - A: قابل دستیابی باشد.

Relevant/Realistic - R: واقع‌گرایانه باشد. یعنی با فعالیت‌ها و ماموریت‌ها و خطمشی و راهبردهای واقعی سازمان و با حوزه‌های حساس و کلیدی عملکرد سازمان مرتبط باشد.

Time frame - T: چهارچوب و محدوده زمانی داتشه باشد، یعنی شاخص دوره ارزیابی معین داشته باشد.

Database - D: بانک اطلاعاتی، یعنی داده‌ها و اطلاعات لازم و مربوط به شاخص وجود داشته باشد.

۵) تدوین شناسنامه شاخص

طراحی شناسنامه شاخص به معنای هویت بخشیدن به شاخص‌ها با هدف شناساندن آن به کاربران و ذینفعان می باشد. در واقع با استفاده از ابزار شناسنامه شاخص، هویت منحصربه‌فردی به هر یک از شاخص‌ها داده می‌شود تا قابل‌درک و قابل‌بررسی باشند. هدف از تعیین شناسنامه شاخص، ایجاد رویه یکسان در تهیه و تدوین شاخص‌های آماری و به حداقل رساندن اختلاف‌نظرها و تعارضات بین بخش‌ها و حوزه‌های مختلف و دستیابی به ادبیات مشترک با همکاری واحدهای ذینفع در خصوص تعاریف و مفاهیم می‌باشد. ضمن آنکه در صورت درخواست آمار و اطلاعات شاخص‌ها از سوی واحدهای برون‌سازمانی، کلیه واحدهای مرتبط اطلاعات مورد نیاز را منطبق با شناسنامه شاخص‌ها تولید و ارائه خواهند کرد و خطای اطلاعات به علت ایجاد برداشت واحد به حداقل ممکن خواهد رسید.

پس از تدوین و نهایی شدن شاخص‌های هریک از معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ذیل اهداف، باید فرم شناسنامه شاخص نیز برای هریک از شاخص‌ها تکمیل گردد. در ادامه، مثالی از فرم شناسنامه شاخص تکمیل شده آورده شده است.

مثالی از فرم شناسنامه شاخص

عنوان هدف کلان	عنوان هدف خرد	عنوان شاخص	نوع شاخص	صورت شاخص		مخرج شاخص		روند مطلوب شاخص	تناوب جمع آوری شاخص	منبع جمع آوری داده های صورت	منبع جمع آوری داده های مخرج	واحد اندازه گیری شاخص	وضعیت شاخص در ابتدای سال	وضعیت شاخص در پایان سال (مقدار هدف)	جایگاه سازمانی مسئول وارد کننده اطلاعات	جایگاه سازمانی مقام تایید کننده اطلاعات	برش ستادی/ دانشگاه
				تعریف صورت	مقدار عددی صورت در آخرین ماه بازه زمانی	تعریف مخرج	مقدار عددی مخرج در آخرین ماه بازه زمانی										
ارتقای بهره وری نظام سلامت	استقرار محصولات دانشی	درصد محصولات دانشی پیاده سازی شده در HIS	پیامدی- برون دادی	تعداد محصولات دانشی پیاده سازی شده در توسط مرکز HIS مافا ضرب در صد	۵۵	تعداد کل محصولات دانشی ابلاغ شده معاونت درمان در همان سال	۲۲۵	صعودی	سالانه	سامانه های اطلاعاتی HIS و RDA..behdasht.gov.ir	سامانه های اطلاعاتی medcare.behdasht.gov.ir	درصد	۲۴/۴۴	۲۶/۸۹	حوزه تخصصی	مدیر کل	ستادی
تقویت نظام ارائه خدمات سلامت	توسعه و تقویت نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت	میزان بازخورد به سطح یک از سطح دوم و سوم برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده	فرآیندی	تعداد بازخوردهای داده شده به سطح یک از سطوح دوم و سوم	۳۸۴۰۵۴	تعداد ارجاعات داده شده به سطوح دوم و سوم	۱۲۱۱۲۱۷	صعودی	فصلی	داده های در دسترس	داده های در دسترس	درصد	۳۲	۵۰	معاونت درمان دانشگاه- اداره آمار و فناوری دانشگاه	معاون درمان دانشگاه	ستادی

- **برنامه**

به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌شود که ذیل اهداف خرد شکل گرفته و دستیابی به خروجی معینی را در زمان مشخص دنبال می‌کند. هر برنامه دست کم از دو فعالیت تشکیل می‌شود، اما تعداد فعالیت‌های یک برنامه محدودیتی ندارد. برنامه را می‌توان معادل طرح دانست. به لحاظ زمانی، برنامه‌ها معمولاً در محدوده زمانی چند روز، هفته یا چند ماه به طول می‌انجامند. مثال‌هایی از «برنامه» در حوزه‌های مختلف دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی عبارت است از:

- ✓ تدوین سند (برنامه) بهبود فعالیت فیزیکی در جوانان
- ✓ راه‌اندازی شبکه آزمایشگاهی تشخیص لیشمانیوز
- ✓ ادغام خدمات پیشگیری و ترک دخانیات در نظام شبکه
- ✓ آموزش گروه‌های جمعیتی خاص در زمینه عوامل خطر
- ✓ پیمایش کشوری شیوع بیماری COPD

❖ **ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه‌ها عبارتند از:**

- ✓ در ابتدای برنامه‌ها نمی‌توان از واژگانی مانند «افزایش»، «توسعه»، «ارتقا»، «گسترش» یا «تقویت» استفاده کرد، چون این واژگان نوعاً اشاره به هدف دارند، نه برنامه.
- ✓ **بسیار اهمیت دارد که برنامه‌ها ماهیت هدف یا راهبرد نداشته باشند. برای مثال موارد زیر نمی‌تواند عنوان «برنامه» باشد، زیرا ماهیت «هدف» دارد یا خروجی آن ناملموس و نامعین است:**
  - ❖ گسترش مراقبت‌های ادغام‌یافته بازنگری‌شده سلامت کودکان
  - ❖ حمایت از زوجین نابارور
  - ❖ افزایش هماهنگی بین بخشی با دستگاه‌های ذی‌ربط در حوزه قاچاق فراورده‌های بهداشتی
  - ❖ کارآفرینی و خلق ثروت دانش‌بنیان در دانشگاه‌های علوم پزشکی
  - ❖ ارتقای کیفی دوره‌های دکترای پژوهشی
  - ❖ ارتقای خودمراقبتی روانی دانشجویان

- ✓ برنامه باید به خروجی مشخصی اشاره نماید، به طوری که اگر چند کارشناس از چند دانشگاه/دانشکده مختلف کشور با آن مواجه شوند، خروجی‌ها یا دستاوردهای نسبتاً یکسانی به ذهن آن‌ها متبادر شود. بنابراین مواردی مانند «همکاری با بخش خصوصی در ارتقای خدمات خوابگاهی» نیز نمی‌تواند «برنامه» قلمداد شود، زیرا جنبه «راهبرد» یا «سیاست» دارد و به خروجی مشخصی اشاره نمی‌کند.

✓ برنامه، امور حاشیه‌ای، فرعی یا جاری معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد یا دانشگاه‌های علوم پزشکی را شامل نمی‌شود. اساساً کیفیت برنامه‌های مندرج در برنامه عملیاتی بسیار مهم‌تر از کمیت آن‌هاست. درج برنامه‌های حاشیه‌ای، فرعی یا کم‌اولویت در برنامه عملیاتی می‌تواند زمینه‌ساز استهلاک و دلزدگی مسئولان پایش در ستاد و دانشگاه‌ها باشد. لذا حتی‌المقدور می‌بایست از گنجاندن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.

❖ **واحد/دفتر متولی برنامه:** در زمان نگارش برنامه عملیاتی لازم است واحد/دفتر متولی برنامه به دقت از میان دفاتر تخصصی در ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی تعیین شود. تعیین متولی برنامه این امکان را فراهم می‌سازد تا در پایش برنامه عملیاتی، گزارش‌های پایش متناسب با ساختار ستاد یا دانشگاه‌های علوم پزشکی و به تفکیک دفاتر تخصصی تهیه شود و در اختیار مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی قرار گیرد.

- **فعالیت**

منظور از فعالیت، یک اقدام عملیاتی عینی و مشخص با زمان‌بندی مشخص است که برای تحقق یک برنامه ضرورت دارد. فعالیت‌ها به‌گونه‌ای نوشته می‌شوند که سنجش درصد پیشرفت آن‌ها در موعد پایش به راحتی توسط یک کارشناس دانشگاه امکان‌پذیر باشد.

ملاحظات کلیدی در تدوین فعالیت‌ها عبارتند از:

✓ **هر فعالیت باید به یک اقدام کاملاً مشخص اشاره کند، نه هدف، راهبرد، سیاست یا برنامه.**

برای مثال «ارتقای نظام حوادث ترافیکی» یک هدف یا راهبرد کلان است و نمی‌تواند فعالیت باشد. «برون‌سپاری فعالیت‌های غیرحاکمیتی» نیز شامل چندین اقدام در سطح ستاد و دانشگاه‌ها است و فعالیت محسوب نمی‌شود.

✓ **فعالیت‌ها باید کاملاً شفاف باشند**، به طوری که اگر چند کارشناس در چند دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی با آن روبرو شوند، اقدام کاملاً یکسانی به ذهن آن‌ها متبادر شود. لذا «فراهم‌سازی مقدمات راه‌اندازی مراکز مشاوره شیوه زندگی سالم در بخش خصوصی» نمی‌تواند یک فعالیت باشد، زیرا هر کارشناس بسته به تجارب و سوابق خود ممکن است تصور خاصی از مقدمات راه‌اندازی مراکز مشاوره داشته باشد. «سامانه ثبت و کنترل آب سیاه کردستان» نیز نمی‌تواند فعالیت باشد، زیرا ابهام دارد و مسئول پایش دانشگاهی نمی‌تواند از آن استنباط کند که دقیقاً باید چه کاری روی سامانه انجام شود؟

✓ **فعالیت‌ها باید به‌گونه‌ای نوشته شوند که راه و روش اقدام در آن‌ها محرز باشد.**

برای مثال «ایجاد هماهنگی بین خانه‌های بهداشت استان» نمی‌تواند یک فعالیت باشد. زیرا راه و روش ایجاد هماهنگی را مشخص نمی‌کند، ابهام دارد و به اقدام خاصی اشاره نمی‌کند. به بیان دیگر، سوال «از چه طریق» نباید در مورد فعالیت‌ها مصداق داشته باشد.

❖ **نشانگر (مستندات و شواهد فعالیت):** به ازای هر فعالیت (اعم از دانشگاهی یا ستادی) لازم است مستندات و شواهدی تعیین شود که بیانگر پیشرفت یا خاتمه آن فعالیت باشد. برای مثال مستندات و شواهد فعالیت «شناسایی گروه‌های

هدف» (در برنامه آموزش و اطلاع‌رسانی به منظور کاهش اسیدهای چرب ترانس» می‌تواند «فهرست گروه‌های هدف منتخب» باشد یا مستندات و شواهد فعالیت «تدوین شیوه‌نامه اختصاصی دانشگاه برای اعطای گرنت‌های تحقیقاتی» می‌تواند «شیوه‌نامه اعطای گرنت دانشگاه» تعیین شود. ملاحظات کلیدی در تعیین مستندات و شواهد هر فعالیت عبارت است از:

- امکان تعریف بیش از یک مستند یا شاهد برای هر فعالیت وجود دارد، اما به منظور عدم ایجاد ابهام و سردرگمی مسئولان پایش، بهتر است تعداد مستندات و شواهد تا حد امکان محدود باشد. از آن‌جا که مسئولان پایش (اعم از ستادی و دانشگاهی) می‌بایست به ازای هر بار درج میزان پیشرفت یک فعالیت، مستندات و شواهد دال بر پیشرفت فعالیت را در سامانه پایش بارگذاری نمایند و متعاقباً مسئولان پایش ستادی نیز به ارزیابی انطباق آن‌ها بپردازند، پیشنهاد می‌شود تعداد مستندات و شواهد محدود باشد. همچنین امسال امکان قراردادن "فایل راهنمای" فعالیت برای مسئولان پایش ستادی فراهم است.
- مستندات و شواهد باید کاملاً شفاف بوده و هیچگونه ابهامی نداشته باشند.
- مستندات و شواهد یک فعالیت می‌بایست با ماهیت آن فعالیت تناسب داشته باشند، نه با نتایج یا پیامدهای آن فعالیت. برای مثال در مورد فعالیت «تدوین شیوه‌نامه اختصاصی گرنت‌های تحقیقاتی دانشگاه» نمی‌توان «گزارش گرنت‌های تحقیقاتی اعطاشده در دانشگاه» را به عنوان مستندات و شواهد تعیین کرد بلکه اصل شیوه نامه مورد نظر به عنوان مستند باید ارایه شود.

❖ **تاریخ شروع و پایان فعالیت:** هر فعالیت باید تاریخ شروع و پایان مشخصی در قالب تقویم شمسی داشته باشد؛ مثلاً ۱۴۰۴/۰۲/۰۱. ملاحظات کلیدی در تعیین تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها عبارتند از:

- منظور از تاریخ شروع و پایان، زمانبندی انجام فعالیت است و با تاریخ خوداظهاری و ارزیابی انطباق متفاوت است. (تاریخ خوداظهاری معمولا یکم تا دهم هرماه و تاریخ ارزیابی انطباق یازدهم تا بیستم هرماه می‌باشد.)
- در برنامه عملیاتی باید از فعالیت‌های بلندمدت یا سالانه پرهیز کرد، زیرا فعالیت‌ها در پایان هر ماه مورد پایش قرار می‌گیرند و لذا یک فعالیت ۱۰ یا ۱۲ ماهه عملاً قابل پایش نیست. حتی الامکان فاصله زمان شروع تا پایان هر فعالیت حداکثر ۲ ماه باشد.
- تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها باید واقع‌بینانه بوده و با حجم کاری فعالیت‌ها تناسب داشته باشد. برای مثال تاریخ شروع و پایان فعالیت «برگزاری سمینار آموزشی یک‌روزه» را نباید به این دلیل که مشخص نیست دانشگاه‌ها در کدام وقت سال آن را انجام می‌دهند، ابتدا و انتهای سال تعیین کرد، زیرا این فعالیت عملاً یک روزه است و نباید هر ماهه پایش شود.

- تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها باید با تقویم کاری دانشگاه‌ها تناسب داشته باشد. برای مثال اگر انجام یک فعالیت مستلزم حضور دانشجویان در دانشگاه است، نباید آن را به تابستان موکول کرد. به همین منوال برخی فعالیت‌ها الزاماً باید در نیم‌سال تحصیلی اول یا دوم انجام شوند.
- تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها باید با تقویم رسمی کشور تناسب داشته باشد. برای مثال تعطیلات رسمی (مانند تعطیلات ابتدای سال، دهه فجر، ماه مبارک رمضان و امثال آن‌ها) نیز باید در تعیین تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها لحاظ شوند.
- تاریخ شروع فعالیت‌ها تا حد امکان نباید در آخرین روزهای هر ماه (مثلا ۳۰ یا ۳۱ ام) تعیین شود. به منظور تسهیل در پایش فعالیت‌ها، بهتر است تاریخ شروع آن‌ها اواسط یا روزهای نخست هر ماه (مثلاً یکم یا دوم ماه) باشد. همچنین تاریخ پایان فعالیت‌ها تا حد امکان نباید در اولین روزهای هر ماه (مثلا یکم یا دوم) انتخاب شود و تاریخ پایان مناسب برای فعالیت‌ها، اواسط یا اواخر ماه است.

❖ **تاریخ پایان طلایی:** گرچه همه فعالیت‌ها تاریخ پایان مشخصی دارند، اما برخی از فعالیت‌ها بیشتر به زمان حساس هستند و ضرب‌الاجل‌های جدی‌تری دارند. برای مثال ممکن است هدف از گنجاندن یک فعالیت خاص در برنامه عملیاتی، دریافت گزارش‌های پیشرفت دانشگاه‌های علوم پزشکی، و تجمیع و ارایه آن به سازمان‌های فرادست در تاریخ‌های خاص (برای مثال سالگرد پیروزی انقلاب) باشد. از این رو تاخیر در اجرای این نوع فعالیت‌ها، عملاً آن‌ها را بی‌ارزش می‌کند. لذا در هنگام تدوین برنامه عملیاتی، تاریخ نهایی پایان این فعالیت‌ها موسوم به «تاریخ پایان طلایی» نیز تعیین می‌شود.

✍ نکات کلیدی

- خوداظهاری برای فعالیت‌هایی که تاریخ پایان طلایی برای آن‌ها تعیین نمی‌شود، حتی پس از فرارسیدن تاریخ پایان نیز مجاز است و تا پایان سال مجاز باقی خواهد ماند. این نوع فعالیت‌ها حتی پس از فرارسیدن تاریخ پایان نیز ارزیابی انطباق خواهند شد. از این رو امکان جبران انحراف خوداظهاری یا ارزیابی انطباق برای مسئولان پایش این نوع فعالیت‌ها وجود دارد.
- خوداظهاری برای فعالیت‌هایی که تاریخ پایان طلایی برای آن‌ها تعیین شده است، پس از فرارسیدن تاریخ پایان طلایی مقدور نیست. از این رو، با عبور از تاریخ پایان طلایی (که توسط ستاد تا حداکثر ۴ دوره پایش قابل تعریف است)، ارزیابی انطباق آن‌ها انجام نخواهد شد و امکان جبران انحراف خوداظهاری یا ارزیابی انطباق برای مسئولان پایش این نوع فعالیت‌ها وجود ندارد.
- همکاران محترم ستادی در تعریف فعالیت‌های طلایی توجه نمایند از آنجاییکه فرصت خوداظهاری برای این فعالیتها محدود است، در انتخاب تاریخ پایان فعالیت طلایی دقت بیشتری صورت گیرد و نشانگرهای این فعالیت‌ها با حساسیت بیشتری برای دانشگاهها تبیین شود تا خوداظهاری این فعالیتها در زمان تعیین شده و با دقت انجام گردد.

❖ **برش ستادی/دانشگاهی:** برخی فعالیت‌ها در حیطه ماموریت‌ها، جایگاه و کارکردهای معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه هستند و اصطلاحاً ماهیت «ستادی» دارند، مانند تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها به دانشگاه‌ها، ابلاغ اعتبار مورد نیاز به دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، ارایه آموزش‌های یکپارچه و سراسری به مدیران یا کارشناسان دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و امثال آن‌ها. اما انجام برخی فعالیت‌ها نیز برعهده دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است که عمدتاً جنبه اجرایی دارد، مانند «شناسایی مراکز فعال و مجوزدار ارایه مراقبت‌های پرستاری در منزل استان» یا «برگزاری همایش صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در استان». برش ستادی و دانشگاهی که با علامت (✓) مشخص می‌شود، نشانگر آن است که این فعالیت ماهیت ستادی دارد یا دانشگاهی و لذا انجام آن برعهده ستاد است یا دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی. برخی فعالیت‌ها نیز همزمان برعهده ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها می‌باشند و لذا برش ستادی ـ دانشگاهی دارند.

❖ **وزن نسبی:** همه اهداف کلان، اهداف خرد، برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که در برنامه عملیاتی درج می‌شوند، از اهمیت یکسانی در پیشبرد برنامه عملیاتی برخوردار نیستند. بنابراین برای در نظر گرفتن اولویت، نقش یا اهمیت نسبی اهداف کلان، اهداف خرد، برنامه‌ها و فعالیت‌ها از مولفه «وزن نسبی» استفاده می‌شود.

با این تعریف، وزن نسبی فعالیت به اهمیت نسبی آن فعالیت نسبت به دیگر فعالیت‌های ذیل همان برنامه گفته می‌شود که در قالب درصد بیان می‌شود. از آن‌جا که این اوزان جنبه «نسبی» دارند و مطلق نیستند، جمع آن‌ها باید معادل ۱۰۰ باشد. لذا وزن نسبی هر فعالیت طوری تعیین می‌شود که مجموع اوزان نسبی فعالیت‌های ذیل یک برنامه معادل ۱۰۰ باشد. برای مثال، اگر یک برنامه دارای ۵ فعالیت باشد، ممکن است وزن همه آن‌ها مساوی (۲۰ درصد) منظور شود، یا اینکه وزن آن‌ها به ترتیب معادل ۵۰، ۱۰، ۲۰، ۱۰، ۱۰ منظور شود. یادآوری می‌شود که وزن نسبی یکایک فعالیت‌های ذیل یک برنامه، باید بیانگر اهمیت و اولویت نسبی آن‌ها در پیشبرد همان برنامه باشد. اگر یک فعالیت در یک برنامه نقش گلوگاهی داشته باشد، باید وزن بیشتری به آن اختصاص یابد. یکی از شاخص‌های تعیین وزن نسبی می‌تواند میزان هزینه مورد نیاز برای آن فعالیت باشد. وزن نسبی بر مبنای قضاوت کارشناسی تدوین‌کنندگان برنامه مشخص می‌شود و لزوماً شاخص کمی ندارد.

به طور مشابه، همه برنامه‌های ذیل یک هدف خرد نیز از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند. برخی برنامه‌ها به لحاظ منابع مورد نیاز، اهمیتی که نزد ذی‌نفعان و سایر بازیگران دارند، یا بنا به نقشی که در تحقق هدف خرد متناظر خود ایفا می‌کنند، از اهمیت بیشتری برخوردارند. بنابراین وزن نسبی برنامه به اهمیت نسبی آن برنامه نسبت به سایر برنامه‌های ذیل همان کمی اطلاق می‌شود که در قالب درصد بیان می‌شود. وزن نسبی هر برنامه نیز باید طوری تعیین شود که مجموع وزن نسبی برنامه‌های ذیل یک هدف خرد معادل ۱۰۰ باشد.

به همین منوال باید وزن نسبی هر هدف خرد نیز با توجه به نقش و اهمیت آن در تحقق هدف کلان متناظر آن مشخص و در قالب «درصد» بیان شود. به طور مشابه اهداف کلان نیز وزن نسبی دارند که بیانگر نقش، اهمیت یا جایگاه نسبی آن‌ها در حوزه تخصصی متناظر است.

مثال :

هدف کلان	ارتقای مستمر کیفیت مراقبت‌ها، خدمات و سواد سلامت			
هدف خرد	استقرار نظام هیات امنایی در مراکز ارائه خدمت			
برنامه	فعالیت ها	وزن نسبی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
ایجاد ساختار هیات امنایی در مراکز خدمات درمانی	تدوین آیین نامه	۲۵ درصد	۱۴۰۴/۲/۱	۱۴۰۴/۲/۳۰
	تصویب در مراجع ذیربط	۵ درصد	۱۴۰۴/۲/۳۰	۱۴۰۴/۴/۳۰
	ابلاغ به استان ها	۵ درصد	۱۴۰۴/۵/۱	۱۴۰۴/۵/۳۰
	تشکیل ستاد مرتبط	۵ درصد	۱۴۰۴/۶/۱	۱۴۰۴/۷/۳۰
	انتخاب مراکز درمانی مربوط	۵ درصد	۱۴۰۴/۸/۱	۱۴۰۴/۸/۳۰
	آموزش کارکنان	۱۰ درصد	۱۴۰۴/۹/۱	۱۴۰۴/۱۰/۳۰
	انتخاب اعضای هیات امنا	۱۰ درصد	۱۴۰۴/۱۱/۱	۱۴۰۴/۱۱/۳۰
	تبدیل نظام جاری به هیات امنایی	۳۵درصد	۱۴۰۴/۱۱/۳۰	۱۴۰۴/۱۲/۲۰

فصل ۲: فرایند تدوین برنامه عملیاتی

مراحل تدوین برنامه عملیاتی

در این فصل به فرایند تدوین برنامه عملیاتی می‌پردازیم:

- **گام ۱: ابلاغ اهداف کلان و شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی:** در ابتدا با عنایت به بازخوردهای مدیران و کارشناسان ستادی و دانشگاهی و بررسی نتایج پایش برنامه عملیاتی سال گذشته؛ اهداف کلان مورد بازنگری قرار گرفت و پس از تصویب آن‌ها در شورای برنامه ریزی، اهداف کلان چهارده گانه توسط مقام محترم وزارت به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی طی نامه ۱۰۰/۹۸۶ مورخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۶ ابلاغ گردید و متعاقب آن شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۴ نیز ابلاغ خواهد شد.
- **گام ۲: تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک:** در این گام کارگروه‌هایی با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی (از جمله بهداشت، درمان، غذا و دارو، اورژانس، آموزش، تحقیقات و فناوری، فرهنگی و دانشجویی، پرستاری، ،توسعه مدیریت و منابع، طب سنتی، بازرسی، آمار و فناوری اطلاعات، حراست، بین‌الملل، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، حقوقی و امور مجلس، سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت، مامایی، سازمان انتقال خون، انیستیتو پاستور، سازمان انتقال خون، صندوق رفاه دانشجویان، پدافند غیر عامل، بیمه سلامت) با مشارکت دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و اخذ نظرات آنها در چارچوب همین شیوه نامه، جهت تدوین برنامه عملیاتی تشکیل شده و پیش نویس برنامه عملیاتی مشترک ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی تدوین می‌گردد.

✍ نکته کلیدی

برنامه‌ها می‌بایست مورد تایید و تاکید بالاترین مقام هر حوزه تخصصی بوده و از اولویت و پشتوانه مدیریتی کافی برخوردار باشند. تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در ۸ سال گذشته نشان می‌دهد برنامه‌هایی که صرفاً از پشتوانه کارشناسی برخوردارند و از حمایت مدیریتی در سطوح ارشد بی‌بهره‌اند، اثربخشی کافی ندارند.

بنابراین به منظور اطمینان از کیفیت و اثربخشی برنامه عملیاتی، لازم است کلیه کارگروه‌ها، ابتدا پیش‌نویس عناوین «برنامه‌ها» را پس از هماهنگی اولیه با مخاطبین و دانشگاهها، به تایید بالاترین مقام معاونت/حوزه تخصصی برسانند و سپس نسبت به تدوین فعالیت‌ها و سایر مولفه‌های برنامه عملیاتی اقدام نمایند.

- **گام ۳: بررسی پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** امسال نیز مانند سال گذشته مدیران پایش حوزه های تخصصی می‌بایست برنامه عملیاتی حوزه خود را در قسمت برنامه آتی در سامانه وارد نمایند. در ادامه هر یک از معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه، پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک را برای معاونت‌ها و حوزه‌های متناظر خود در کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال خواهد کرد تا توسط مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها مورد بحث و بررسی قرار گیرد. دانشگاه‌ها و

دانشکده‌های علوم پزشکی نیز می‌توانند ضمن تبادل نظر از طرق و کانال های گوناگون، نظرات و پیشنهادات خود پیرامون پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک را هم در سامانه پایش برنامه عملیاتی و هم به صورت مکاتبه‌ای در موعد مقرر به معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی متناظر خود در ستاد وزارتخانه ارسال نمایند.

- **گام ۴: تصویب برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این مرحله، برنامه عملیاتی هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در جلسه هیات امنا طرح و به تصویب خواهد رسید.
- **گام ۵: نهایی سازی برنامه‌ها و شروع خوداظهاری و ارزیابی انطباق برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه/دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی؛**

نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی

تجربه نظام برنامه‌ریزی عملیاتی در سالهای گذشته نشان می‌دهد لازم است در زمان تدوین اهداف خرد و برنامه/فعالیت‌ها در حوزه‌های تخصصی، موارد ذیل مورد توجه اساسی قرار گیرد:

- شاخص‌ها برای اهداف خرد و برنامه ها باید به درستی تعریف شوند.
- برخی اهداف با یکدیگر همپوشانی دارند. هدف خرد که به پیشنهاد حوزه‌ها اضافه می‌شود، در بعضی موارد با هدف خرد که از قبل تعیین شده و یا با هدف خرد پیشنهادی حوزه‌های دیگر همپوشانی دارد.
- عناوین برخی از برنامه‌ها بدون ارجاع به هدف مشخصی به عنوان برنامه تعریف می شوند. مانند برنامه "توانمندسازی" یا برنامه "اطلاع‌رسانی" که مشخص نیست توانمندسازی و اطلاع‌رسانی چه چیزی در نظر است.
- گاها مشاهده گردیده است برنامه‌ای که از جنس برنامه می باشد، در سال بعد تحت عنوان هدف خرد پیشنهاد شده است.
- گاهی دیده می شود برخی از برنامه‌ها در یک سال و در یک حوزه عینا دو بار تکرار شده‌اند. یا اینکه در سال قبل با عنوانی شبیه به تجهیز و توسعه مرکز وجود داشته و در سال بعد با مفهوم راه اندازی همان مرکز، آورده شده است.
- با توجه به اهمیت پوشش انتظارات اسناد بالادستی توسط برنامه‌های عملیاتی و گزارش‌دهی سیستمی در این ارتباط، پایش مستمر و نظام‌مند پیشبرد اسناد بالادستی از طریق بررسی پیشرفت پروژه‌ها و برنامه‌ها در افزایش کارآیی و اثربخشی آن‌ها، و به منظور امکان رصد یکپارچه پیشرفت امور در نظام سلامت، شفاف‌سازی روند تخصیص و پایش بودجه و متعاقباً مدیریت بهینه منابع، ضرورت دارد تمامی برنامه های تدوین شده در حوزه‌های تخصصی به بندهای مرتبط اسناد بالادستی موجود در سامانه متصل گردد.

- لزوم توجه مدیران ارشـد ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به فرایند تدوین و تنظیم جامع برنامه عملیاتی و نظارت بر حسن اجرای آن به عنوان متولیان اصلی برنامه ریزی و برنامه عملیاتی؛
- ضرورت مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در فرایند تدوین و پایش برنامه عملیاتی؛
- توجه هر چه بیشـتر به پوشـش اسـناد و احکام بالادسـتی در تدوین برنامه عملیاتی و نیز بیانات مقام معظم رهبری در خصوص شعار سال؛
- اهمیت پایش مداوم و مستمر برنامه عملیاتی با رویکردهای مختلف (خوداظهاری، ارزیابی انطباق و میدانی) و ارائه گزارش‌های فصلی به مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی؛
- تاکید بر تعریف شاخص های دستیابی به اهداف و رصد و پایش شاخص ها؛
- لزوم طراحی فایل های راهنمای مناسـب برای گزارش دهی فعالیت ها در سامانه در قالب جداول **Word** و**Excel**؛
- توجه دقیق به ماهیت دانشـگاه/دانشـکده‌ها و سازمان ها در تعریف برش های دانشگاهی/سازمانی فعالیت ها بخصوص (دانشگاه علوم پزشکی هوشمند ، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)؛
- زمانبندی دقیق و اصولی برنامه و فعالیت ها با توجه به شرایط محیطی و مبتنی بر واقعیات و امکانات؛
- پرهیز از گنجـانـدن برنامه‌ها و امور جاری، کم‌اولویت یا حاشـــیه‌ای در برنامه عملیاتی و تاکید بر برنامه‌ها و فعالیت‌های مهم و اولویت‌دار (تضمین کیفیت برنامه عملیاتی به جای کمیت آن)؛
- تدوین فعالیت های طلایی به صورت صحیح و با توجه به ماهیت این نوع از فعالیت‌ها؛
- مشـارکت حداکثری دانشـگاه‌ها و دانشـکده‌های علوم پزشـکی کشـور در جلسات کارگروه‌های تدوین برنامه عملیاتی که در معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه برگزار می‌شود.
- واقع‌بینی و پرهیز از نگارش برنامه‌های بلندپروازانه و نامتناسـب با منابع مالی، انسـانی و سـاختاری سـتاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی؛
- توجه اکید به توانمندی‌ها و محدودیت‌ها و همچنین وضع موجود استان‌ها (دانشگاه‌ها) در حین نگارش برنامه عملیاتی؛
- تفکیک دقیق نقش ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در حین نگارش برنامه عملیاتی مشترک؛
- توجه ویژه به آموخته‌ها، تجارب و بازخوردهای ناشـی از پایش برنامه عملیاتی در ۸ سـال گذشـته (همچون مشـکلات پیش آمده در پایش فعالیت‌های بلندمدت، نگارش نادرسـت فعالیت‌ها، عدم تعیین دقیق شـواهد و مستندات و مواردی از این دست)(توجه ویژه به زمان آغاز و پایان فعالیت ها در سامانه چرا که بعضا مشاهده شده است که فعالیتی منحصرا کوتاه مدت بوده ولی در سامانه بازه بصورت اشتباه تعریف شده است.)
- بررسـی جامع، دقیق و موشـکافانه پیش‌نویس برنامه عملیاتی توسط مدیران و کارشناسان دانشگاهی در کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصـصـی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی با تاکید بر برش‌های دانشگاهی و

ارسـال به موقع نظرات و دیدگاه‌ها به معاونت‌ها و حوزه‌های تخصـصـی سـتادی هم از طریق سـامانه و هم مکاتبه با حوزه های تخصصی مربوطه؛

- توجه به نظرات کارشـناسی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی از سوی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه به منظور افزایش اثربخشی برنامه عملیاتی؛

نکات قابل توجه مسئولان برنامه ریزی ستاد وزارت

۱. جلب پشتوانه مدیریتی برای کلیه برنامه‌های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامه‌ها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی؛

۲. تعامل با دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی جهت هم سـویی و عدم تداخل برنامه‌های مشترک و یا مکمل با سایر حوزه–های تخصصی وزارت متبوع؛

۳. عدم ارزیابی انطباق به موقع فعالیت‌های خود اظهاری شـده توسـط دانشـگاه‌ها موجب ایجاد نمره منفی در درصـد تحقق دانشگاهها می‌گردد.

۴. تعداد بالای تاخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیت‌ها نشان دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامه‌ها می‌باشد.

۵. نکته مهم در خصـوص ارزیابی انطباق فعالیت‌ها: در حوزه‌های تخصـصـی مواردی دیده شده است که ارزیابی‌ها در ساعات پایانی بازه ارزیابی انجام می‌شود. این امر می‌تواند این شائبه را ایجاد کند که انجام این ارزیابی‌ها بدون دقت و تمرکز و بررسی دقیق فایل‌های بارگذاری و خوداظهاری شده، انجام می‌گردد.