

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی

شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۰ در ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور

*توجه ویژه مخاطبین شیوه نامه را به نکات کلیدی شیوه نامه برنامه
عملیاتی سال ۱۴۰۰ که در ابتدای این سند درج گردیده، جلب می نماییم.

تهیه و تنظیم:

دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی

گروه برنامه ریزی عملیاتی

بهمن ماه ۱۳۹۹

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۳	نکات کلیدی شیوه نامه برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۰
۴	سایر نکات مهم
۷	فصل ۱. چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی
۷	۱. مولفه‌های برنامه راهبردی
۸	۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی
۲۵	فصل ۲. فرایند تدوین برنامه عملیاتی
۲۵	مراحل تدوین برنامه عملیاتی

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت، می‌کوشد چشم‌انداز، سیاستها، برنامه‌ها و اهداف کلان کشور در این عرصه را محقق نماید. در این راستا، به‌ویژه در سال‌های اخیر با مشارکت سیاست‌گذاران، مدیران و صاحب‌نظران این حوزه، اسناد سیاستی و راهبردی متعددی در سطوح مختلف نظام سلامت تدوین و از سوی مراجع ذیصلاح ابلاغ شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به سیاست‌های کلی نظام سلامت (ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری)، برنامه ششم توسعه و برنامه‌های مقام محترم وزارت و سایر اسناد بالادستی اشاره کرد. اما چشم‌اندازها، سیاستها و برنامه‌های راهبردی کلان، در غیاب «برنامه عملیاتی» (Action Plan) اثربخشی کافی را ندارند و چه بسا ابر می‌مانند. از چشم‌انداز، سیاستها و برنامه راهبردی انتظار می‌رود جهت‌گیری‌های کلان نظام سلامت در حوزه‌های کلیدی عملکرد آن را مشخص نماید، اما برنامه‌ها و اقداماتی که تحقق راهبردها در گرو آن‌هاست، موضوع برنامه عملیاتی است که نمی‌توان اهمیت آن را کمتر از چشم‌انداز و راهبرد دانست.

اکنون و در آستانه تدوین برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۴۰۰، نسخه جدید شیوه‌نامه تدوین برنامه عملیاتی با تاکید بر آموخته‌ها و تجربیات ۵ سال گذشته و همچنین بازخوردهای دریافتی از مدیران و مسئولان پایش ستادی و دانشگاهی تدوین شده است که از مهمترین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- لزوم توجه مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به عنوان متولیان اصلی برنامه عملیاتی به فرایند تدوین جامع و مانع برنامه و نظارت بر حسن اجرای آن؛
- ضرورت مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در فرایند تدوین و پایش برنامه عملیاتی؛
- توجه هر چه بیشتر به پوشش اسناد و احکام بالادستی در تدوین برنامه عملیاتی؛
- اهمیت پایش مداوم و مستمر برنامه عملیاتی با رویکردهای مختلف (خوداظهاری، ارزیابی انطباق و میدانی) و ارائه گزارش‌های مدیریتی روزآمد به مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی.

امید است این شیوه‌نامه بتواند چارچوب مناسبی برای تدوین برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۴۰۰ فراهم سازد.

نکات کلیدی

- تعریف برنامه های مناسب ذیل اهداف کلی و کمی ابلاغی؛
- تعریف برنامه های مناسب ذیل جزییات اسناد بالادستی؛
- تعریف فایل های راهنمای مناسب برای گزارش دهی فعالیت ها در سامانه در قالب جداول Word و Excel؛
- توجه دقیق به ماهیت دانشگاه/دانشکده ها و سازمان ها در تعریف برش های دانشگاهی فعالیت ها؛
- زمانبندی دقیق و اصولی برنامه و فعالیت ها با توجه به شرایط محیطی و مبتنی بر واقعیات و امکانات؛
- اقدامات جاری حوزه ها که جنبه توسعه ای ندارند و ماموریت جاری حوزه هستند ترجیحا در برنامه عملیاتی آورده نشوند.
- شکستن هر برنامه به فعالیت ها به دقت و با توجه به ماهیت برنامه ها صورت گیرد.
- تحقق کامل باقیمانده اهداف کمی برنامه ششم توسعه مورد توجه جدی قرار گیرد.
- تعریف فعالیت های طلایی به صورت صحیح و در موارد مرتبط استفاده شود.

سایر نکات مهم

با توجه به تجارب حاصله، نیازمندی های جدید مطرح شده توسط مدیریت ارشد و نهادهای فوقانی و همچنین بازخوردهای دریافتی از مدیران و مسئولان پایش ستادی و دانشگاهی، تحولات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۰ نسبت به سنوات قبلی عبارتند از:

➤ با توجه به اهمیت پوشش انتظارات اسناد بالادستی توسط برنامه های عملیاتی و گزارش دهی سیستمی در این ارتباط، پایش مستمر و نظام مند پیشبرد اسناد بالادستی از طریق بررسی پیشرفت پروژهها و برنامهها در افزایش کارایی و اثربخشی آنها، و به منظور امکان رصد یکپارچه پیشرفت امور در نظام سلامت، شفاف سازی روند تخصیص و پایش بودجه و متعاقباً مدیریت بهینه منابع، **ضرورت دارد تمامی برنامه های تدوین شده در حوزه های تخصصی به بندهای مرتبط اسناد بالادستی موجود در سامانه متصل گردد.** اسناد پایش بینی شده در سامانه در این مرحله شامل سیاست های کلی سلامت، برنامه ششم توسعه، برنامه مقام عالی وزارت، احکام دائمی برنامه های توسعه است. (عدم ارتباط یک برنامه با هیچ یک از احکام یک یا چند سند بالادستی گزینه قابل انتخاب در شرایط خاص می باشد)

➤ با توجه به ضرورت گزارش دهی یکپارچه جامع از عملیات وزارت، لازم است **کلیه برنامهها و پروژه های کلیدی به ویژه برنامه های ستادی، دانشگاهی و اختصاصی نیز** که در ستاد وزارتخانه، موسسات و واحدهای تابعه و همچنین دانشگاههای و دانشکده های علوم پزشکی انجام می گردد، و در سامانه به عنوان برنامه مشترک نیامده است، در سامانه پایش برنامه عملیاتی درج و پیگیری گردند.

➤ با توجه به نیازهای گزارش دهی، لازم است **وضعیت بودجه ای هر یک از برنامهها** (صرف نظر از میزان بودجه مورد نیاز و یا تخصیصی) در سامانه از طریق اتصال به یک یا چند عنوان شامل: بودجه جاری، طرح تملک (عمرانی)، اختصاصی، خیرین و مشارکت بخش خصوصی مشخص گردد و در صورتی که برنامه ای جهت اجرا به بودجه نیازی ندارد، گزینه "**غیروابسته به بودجه**" انتخاب گردد.

➤ در خصوص **سازمانهای با واحدهای استانی مستقل از دانشگاهها، مانند سازمان انتقال خون و سازمان بیمه سلامت** به دلیل ضرورت پاسخگویی وزارت بهداشت به مراجع ذیربط در خصوص اسناد بالادستی متصل به برنامه ها، لازم است این سازمانها هرگونه برنامه ای که به نوعی با اسناد بالادستی مرتبط بوده و در راستای آنهاست به عنوان برنامه در سامانه پایش برنامه عملیاتی تعریف نمایند.

- گزارش گیری دوره‌ای و مدون از درصد تحقق برنامه‌ها در حوزه‌های تخصصی توسط مدیران پایش هر حوزه انجام گردد.
- مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در جلسات کارگروه‌های تدوین برنامه عملیاتی که در معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه برگزار می‌شود.
- مطالعه دقیق شیوه‌نامه تدوین و پایش برنامه عملیاتی توسط اعضای کارگروه‌های تخصصی و پایبندی حداکثری به چارچوب‌ها و مفاهیم مندرج در آن
- پرهیز از گنجانیدن برنامه‌ها و امور جاری، کم‌اولویت یا حاشیه‌ای در برنامه عملیاتی و تاکید بر برنامه‌ها و فعالیت‌های مهم و اولویت‌دار (تضمین کیفیت برنامه عملیاتی به جای کمیت آن)
- تضمین پشتیبانی مدیریتی برای کلیه برنامه‌های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامه‌ها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- واقع‌بینی و پرهیز از نگارش برنامه‌های بلندپروازانه و نامتناسب با منابع مالی، انسانی و ساختاری ستاد 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 ناشی از پایش برنامه عملیاتی در ۵ سال گذشته (همچون مشکلات پیش آمده در پایش فعالیت‌های بلندمدت، نگارش نادرست فعالیت‌ها، عدم تعیین دقیق شواهد و مستندات و مواردی از این دست)
- بررسی جامع، دقیق و موشکافانه پیش‌نویس برنامه عملیاتی توسط مدیران و کارشناسان دانشگاهی در کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی با تاکید بر برش‌های دانشگاهی و ارسال به موقع نظرات و دیدگاه‌ها به معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستادی
- توجه به نظرات کارشناسی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی از سوی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه به منظور افزایش اثربخشی برنامه عملیاتی
- برگزاری سمینارها و در صورت عدم امکان و بینارهای مشترک با حضور نمایندگان معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به منظور دستیابی به فهم و ادبیات مشترک پیرامون برنامه عملیاتی، بالاخص برنامه‌ها، فعالیت‌ها و مستندات و شواهد مورد نیاز؛

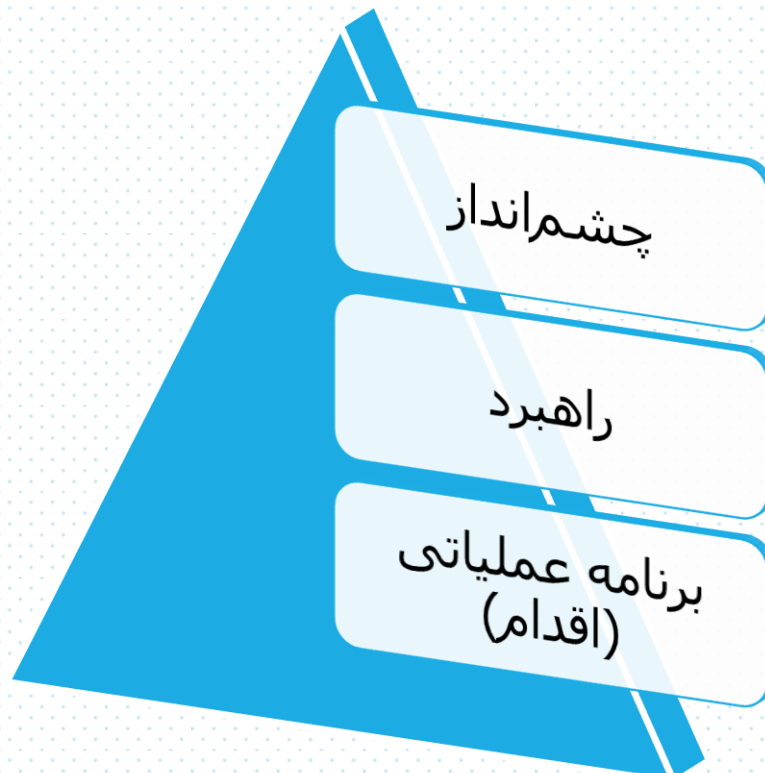
همکاران محترم ستادی به چند نکته توجه داشته باشند:

۱. همانگونه که مستحضرید در بازه شهریورماه هر سال ۱۰ تا ۲۰ درصد اصلاحات در برنامه عملیاتی لحاظ می-گردد. حجم بالای اصلاحات در هر حوزه نشان دهنده عدم دقت کافی تمام ذینفعان در زمان تدوین برنامه است.
۲. همچنین مسئولین پایش برنامه عملیاتی ستادی دقت نمایند تعداد بالای تاخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیتها نشان دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامهها می باشد.
۳. عدم ارزیابی انطباق به موقع فعالیتهای خود اظهاری شده توسط دانشگاه ها موجب ایجاد نمره منفی در درصد تحقق دانشگاه ها می گردد.
۴. پرهیز از گنجاندن برنامهها و امور جاری، کم اولویت یا حاشیه ای در برنامه عملیاتی و تاکید بر برنامهها و فعالیت های مهم و اولویت دار (تضمین کیفیت برنامه عملیاتی به جای کمیت آن)
۵. تضمین پشتوانه مدیریتی برای کلیه برنامه های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامهها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه های علوم پزشکی
۶. تعامل با دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی جهت هم سویی و عدم تداخل برنامه های مشترک و یا مکمل با سایر حوزه های تخصصی وزارت متبوع

فصل ۱: چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی

۱. مولفه‌های برنامه راهبردی

در ادبیات برنامه‌ریزی راهبردی، برنامه سازمان از ۳ مولفه تشکیل می‌شود که به ترتیب از بالا به پایین عبارتند از چشم‌انداز، راهبرد و برنامه عملیاتی (یا اقدام). هر یک از این سطوح، کارکردها و اقتضائات خود را دارد؛ برای مثال، چشم‌انداز تصویری از وضعیت مطلوب سازمان در آینده را ترسیم می‌کند، و راهبرد نیز به راه و روش تحقق چشم‌انداز می‌پردازد. اما برنامه عملیاتی (اقدام) که می‌توان آن را سطح سوم برنامه‌ریزی دانست، اجرایی‌ترین سطح برنامه را در بر می‌گیرد و هسته آن را برنامه‌ها و فعالیت‌ها (اقدامات) تشکیل می‌دهد. شکل ۱ سه مولفه برنامه راهبردی را نشان می‌دهد. سایر مولفه‌های برنامه راهبردی نظیر شاخص‌ها، اهداف کلی و کمی، سیاست‌های کلان، سیاست‌های اجرایی و ... بسته به شرایط در یکی از این مولفه‌های اصلی جای می‌گیرند.



شکل ۱. مولفه‌های ۳ گانه برنامه راهبردی

۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی

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

- **هدف کلی:** هدف کلی 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 کلی 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 ششم توسعه، در افق ۵ ساله، منتهی به ۱۴۰۰) همخوانی داشته باشد. برای آن که بتوانیم در سال‌های بعد میزان تحقق برنامه را بسنجیم، ترجیحاً می‌بایست وضعیت هر هدف کلی را در ابتدا و انتهای برنامه با تکیه بر آمار و اطلاعات متقن مشخص کنیم. هدف کلی عموماً با عباراتی مانند «توسعه»، «ارتقا»، «افزایش» یا «دستیابی به» آغاز می‌شود. جدول ۱ چند هدف کلی را نشان می‌دهد که وضع موجود و وضع مطلوب آن‌ها در ابتدا و انتهای برنامه ۵ ساله نیز مشخص شده است.

جدول ۱. مثال‌هایی از «هدف کلی» در برنامه عملیاتی مشترک و وضعیت آن‌ها در ابتدا و انتهای برنامه

هدف کلی	واحد سنجش	وضع موجود در ابتدای برنامه ۵ساله	وضع مطلوب در انتهای برنامه ۵ ساله
افزایش امید زندگی	سال	۷۴	۷۶
کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر	نسبت از دالی	۷۶ درصد	۷۲/۲ درصد

اهداف کلی جنبه سراسری دارند و به ستاد، دانشگاه یا منطقه خاصی محدود نمی‌شوند. برای مثال مطابق جدول بالا میانگین کشوری امید زندگی می‌بایست از ۷۴ به ۷۶ سال برسد و چه بسا امید زندگی در برخی استان‌ها در ابتدای برنامه بیشتر یا کمتر از ۷۴ سال بوده باشد. اهداف کلی و کمی سلامت در برنامه ۵ ساله ششم توسعه برای سال ۱۴۰۰، برگرفته از سند پشتیبان برنامه ششم توسعه با آخرین تغییرات آن، طی ابلاغیه مقام عالی وزارت به شماره نامه ۱۰۰/۱۸۶۱ مورخ ۹۹/۱۱/۲۵ ابلاغ گردید.

- **هدف کمی:** اهداف کلی ماهیت کلان دارند و می بایست به ابعاد مختلف شکسته شوند تا جنبه عملیاتی بگیرند. بنابراین ذیل هر هدف کلی، چند هدف کمی تدوین می شود که هر کدام، یکی از ابعاد هدف کلی را توصیف می کند. برای سنجش میزان تحقق برنامه لازم است مقادیر موجود و مطلوب اهداف کمی نیز در انتهای یکایک سال های برنامه مشخص شود. برای مثال جدول ۲ اهداف کمی مربوط به هدف کلی «افزایش امید زندگی» را به همراه وضع موجود و وضع مطلوب آن ها در انتهای سال های برنامه نشان می دهد:

جدول ۲. مثال هایی از «هدف کمی» در برنامه عملیاتی مشترک و وضعیت آن ها در انتهای سال های برنامه

وضعیت در انتهای هر سال						واحد سنجش	اهداف کمی	هدف کلی
۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴			
۱۵	۱۶	۱۶/۵	۱۷	۱۸	۱۸/۵	مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده	کاهش مرگ مادران	افزایش امید زندگی
۴/۹	۵/۲	۵/۶	۶	۶/۵	۸	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	کاهش مرگ نوزادان	
۱۱/۳	۱۲/۳	۱۳/۳	۱۴/۴	۱۵/۶	۱۶	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه	
۱۷۲/۱	۱۷۵/۹	۱۷۹/۸	۱۸۳/۵	۱۸۷/۴	۱۸۹/۲	مرگ درصد هزار نفر جمعیت	کاهش میزان مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال	

اهداف کمی نیز مانند اهداف کلی جنبه سراسری دارند و به ستاد، دانشگاه یا منطقه خاصی محدود نمی شوند. برای مثال مطابق جدول بالا میانگین کشوری مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده می بایست از ۱۸/۵ درصد در سال ۹۴ به ۱۵ درصد در سال ۱۳۹۹ برسد، و چه بسا مقدار این هدف کمی در استان های مختلف متفاوت باشد. اما سنجش میزان دستیابی به اهداف کمی در هر یک از استان ها مستلزم «برش استانی اهداف کمی» است. منظور از برش استانی اهداف کمی، وضعیت مطلوب آن ها در پایان هر سال برنامه به تفکیک استان ها (و نه دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی) است. برش استانی اهداف کمی سالانه و با توجه به مقدرات و محدودیت های استان ها تدوین می شود. برای مثال جدول ۳ برش استانی چند هدف کمی را در حوزه تحقیقات و فناوری نشان می دهد.

جدول ۳. مثال هایی از «برش استانی اهداف کمی» در برنامه عملیاتی مشترک (مثال مربوط به سال ۹۵ است)

استان‌ها														هدف کمی
اردبیل	اصفهان	تهران	چهارمحال و بختیاری	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	اصفهان	
۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	افزایش مشارکت دانشجویان در اداره خوابگاه‌های دانشجویی
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	توسعه خوابگاه‌های مشارکتی
۱۰۰	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۱۰۰	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	توسعه و تامین فضاهای خوابگاه‌های دانشجویی

اهداف کمی سلامت که در سند پشتیبان برنامه ششم توسعه آمده است نیز به همراه اهداف کلی از سوی مقام محترم وزارت ابلاغ خواهد شد تا برنامه‌ها و فعالیت‌های مورد نیاز برای تحقق آن‌ها، تدوین شود. اما این اهداف کمی جنبه حداقلی داشته، و معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی می‌توانند فراخور نیاز و صلاحدید، و با توجه به بازخوردهای تدوین و پایش برنامه عملیاتی در سال‌های گذشته، اهداف کمی دیگری نیز ذیل اهداف کلی تدوین نمایند.

- **شاخص/شاخص‌های هدف کمی:** سنجش اثربخشی برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۹، در سال ۱۴۰۰ و برپایه میزان تحقق اهداف کمی صورت خواهد گرفت. بنابراین لازم است اهداف کمی قابل اندازه‌گیری باشند و مقادیر آن‌ها در ابتدای سال ۱۴۰۰ نیز مشخص باشد. برای آن که اهداف کمی قابل اندازه‌گیری باشند، باید با یک یا چند شاخص استاندارد حوزه سلامت که به طور پیوسته توسط ستاد یا دانشگاه‌های علوم پزشکی اندازه‌گیری می‌شوند، مرتبط باشند. برای مثال، شاخص‌های مورد بررسی در هیات امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی یا شاخص‌های اختصاصی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی می‌تواند برای سنجش برخی اهداف کمی مورد استفاده قرار گیرد.
- **برنامه:** به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌شود که ذیل اهداف کمی 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 بین ۴-۵ تا حداکثر ۱۲ 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
 - راه اندازی 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
 - طراحی نظام اخذ عوارض از کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت
 - راه‌اندازی سامانه اعطای مجوز عاملیت مراکز فروش محصولات دخانی
 - ارزشیابی کیفی مراکز تحقیقات علوم پزشکی کشور
 - تدوین و تصویب استاندارد خدمات درمانی طب مکمل در مراکز درمانی
 - طراحی بایگانی الکترونیک در سطح ستاد و دانشگاه‌ها
- بسیار اهمیت دارد که برنامه‌ها ماهیت هدف یا راهبرد کلان 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 فرآورده‌های بهداشتی
 - کارآفرینی و خلق ثروت دانش‌بنیان در دانشگاه‌های علوم پزشکی
 - ارتقای کیفی دوره‌های دکترای پژوهشی
 - ارتقای خودمراقبتی روانی دانشجویان
- به طور کلی 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.
 - 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 یومیه 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 حتی المقدور می‌بایست از گنجانیدن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.

نکات کلیدی

- تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که برنامه عملیاتی، بستر مناسبی برای کنترل پیشرفت و اجرای تدابیر، راهکارها و اولویت‌های مورد نظر مدیران ارشد ستاد وزارتخانه در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است.
- بنابراین بسیاری از بخشنامه‌ها، شیوه‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها یا آیین‌نامه‌های صادره از سوی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه که ناظر بر اجرای چند فعالیت در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است و یا تفاهم‌نامه‌هایی که مابین ستاد وزارتخانه و سایر دستگاه‌های اجرایی کشور منعقد شده است، می‌تواند موضوع «برنامه» قرار گیرد و در ادامه به چند فعالیت شکسته شود.

● **اسناد بالادستی:** برخی برنامه‌ها (و نه لزوماً همه برنامه‌ها) در پرتو یک یا چند سند سیاستی یا راهبردی بالادستی تدوین می‌شوند. برای مثال بعضی برنامه‌ها ذیل سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری به عنوان یکی از سیاست‌های کلان حاکمیت شکل می‌گیرند و بنابراین سند فرادستی آن‌ها، «سیاست‌های نظام سلامت» است. برخی از برنامه‌ها نیز با توجه به تکالیف مندرج در قانون برنامه ششم توسعه تدوین می‌شوند و لذا «برنامه ششم توسعه» یا مواد و بندهایی از آن به عنوان سند فرادست آن‌ها در نظر گرفته می‌شود. تعیین سند بالادستی برنامه‌ها در هنگام تدوین برنامه عملیاتی ضرورت دارد، زیرا در هنگام پایش برنامه عملیاتی می‌توان گزارشات پایش را بر اساس این برچسب‌ها تنظیم نمود: گزارش پایش برنامه‌های مرتبط با سیاست‌های کلی نظام سلامت، گزارش پایش برنامه‌های مرتبط با بند X از ماده Y برنامه ششم توسعه و امثال آن‌ها.

نکات کلیدی

- اگر برنامه‌ای به منظور کمک به تحقق یک یا چند سند فرادست تدوین شده باشد، لازم است عنوان سند یا اسناد فرادست آن در سامانه انتخاب شود.
- ضرورت دارد اتصال برنامه‌ها به تمام اسناد بالادستی موردنظر در سامانه مشخص گردد.
- در صورتیکه برنامه به هریک از اسناد بالادستی غیرمرتبط است، این عدم ارتباط برای تک تک اسناد بالادستی نیز در سامانه مشخص گردد.

- **حوزه های تخصصی:** به معاونتها، واحدهای مستقل ستادی و سازمانهای وابسته گفته می شود که مستقیماً زیر نظر مقام وزارت بوده و در خصوص تدوین و پایش برنامه عملیاتی حوزه خود و دانشگاههای علوم پزشکی اقدام می نمایند.
- **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 می سازد تا در پایش برنامه عملیاتی، گزارش های 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.

نکات کلیدی

- برای هر برنامه، تنها یک دفتر تخصصی به عنوان متولی تعیین می شود.
- دفتر متولی یک برنامه لزوماً مجری تمام فعالیت های ذیل آن نیست. بنابراین ممکن است متولی یک برنامه، دفتر تخصصی «الف» و مجری یکی از فعالیت های ذیل آن، دفتر تخصصی «ب» باشد.
- در گزارش های پایش برنامه عملیاتی که از سامانه پایش (hop) استخراج می شود، کلیه انحراف های (اعم از خوداظهاری، ارزیابی انطباق و میدانی) برنامه، برای دفتر متولی آن برنامه منظور می شود.

- **فعالیت:** منظور از فعالیت، یک اقدام عملیاتی مشخص با زمان بندی مشخص است که برای تحقق یک برنامه ضرورت دارد. فعالیت‌ها به گونه‌ای نوشته می‌شوند که سنجش درصد پیشرفت آن‌ها در موعد پایش به راحتی توسط یک کارشناس دانشگاه امکان پذیر باشد. ملاحظات کلیدی در نگارش فعالیت‌ها عبارت است 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. «برون سپاری 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 «فراهم سازی مقدمات راه اندازی 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 راه اندازی 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 به گونه‌ای 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.
 - به لحاظ زمانی، فعالیت‌ها معمولاً بین ۲ تا ۴ ماه به طول می‌انجامند. تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در سال گذشته نشان می‌دهد که چنانچه فعالیتی بیش از ۴ ماه به طول بینجامد، معمولاً ماهیت «برنامه» دارد و خود قابل شکستن به چند فعالیت است. همچنین پایش فعالیت‌های طولانی مدت در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی دشوار است.

یادآوری

برخی از فعالیتهای دانشگاهی نه در ستاد دانشگاههای علوم پزشکی، بلکه در واحدهای تابعه آنها، اعم از مراکز بهداشت، بیمارستانها، دانشکدهها یا مراکز تحقیقاتی انجام می‌شوند. از این رو، خوداظهاری این نوع فعالیتهای مستلزم جمع‌آوری میزان پیشرفت، دلیل انحراف و مستندات مربوطه از واحدهای تابعه، توسط مسئولان پایش دانشگاهها است.

به منظور سهولت در خوداظهاری این نوع فعالیتهای، مدیران پایش دانشگاهها می‌توانند فعالیتهای مربوطه را به تعداد مراکز دانشگاهی، مراکز بهداشت و در برنامه اختصاصی آن دانشگاه تعریف کنند و پس از جمع‌بندی خوداظهاریها و مستندات از مراکز مربوطه، نتیجه نهایی را به فعالیت مربوطه در برنامه عملیاتی مشترک منتقل نمایند.

- **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 می‌باشد. 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 گزنت‌های تحقیقاتی» می‌تواند «شیوه‌نامه اعطای گزنت 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 راهنما"ی 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 گزینش‌های تحقیقاتی دانشگاه» نمی‌توان «گزارش گزینش‌های تحقیقاتی اعطاشده در دانشگاه» را به عنوان مستندات و شواهد تعیین کرد.

● **معاونت/حوزه همکار فعالیت:** گرچه هر برنامه در یکی از معاونت‌ها یا حوزه‌های تخصصی تدوین می‌شود، اما اجرای برخی از فعالیت‌های ذیل یک برنامه مستلزم همکاری یک معاونت/حوزه تخصصی دیگر است. برای مثال اجرای برخی از برنامه‌های حوزه طب سنتی مستلزم همکاری حوزه بهداشت در برخی فعالیت‌ها، یا عملیاتی شدن برخی از برنامه‌های حوزه پرستاری نیازمند همکاری حوزه درمان می‌باشد. بنابراین در صورت نیاز باید معاونت/حوزه همکار هر فعالیت نیز در هنگام تدوین برنامه عملیاتی مشخص شوند. متعاقباً لازم است پیش از تصویب نهایی و ابلاغ برنامه عملیاتی به دانشگاه‌های علوم پزشکی، موافقت‌نامه‌هایی مابین معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی به منظور تقویت تعامل در خصوص این نوع برنامه‌ها و فعالیت‌ها در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی منعقد شده و هماهنگی لازم برای این برنامه‌ها و نحوه چگونگی انجام آن برنامه در حوزه‌های تخصصی ستاد مشخص گردد.

نکات کلیدی

- همکاری واحدها برای اجرای یک یا چند فعالیت، مستلزم انعقاد تفاهم‌نامه مابین دفتر/واحد اصلی و حوزه همکار است که پس از تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی و قبل از تصویب آن در هیات‌های امانا انجام خواهد شد.
- گرچه اجرای این نوع فعالیت‌ها مستلزم همکاری «حوزه همکار» است، اما پیشرفت و انحراف آن برای واحد/دفتر متولی اجرای برنامه نیز منظور می‌شود. اما سامانه پایش برنامه عملیاتی میزان پیشرفت و انحراف برنامه‌های دارای همکار را از سایر برنامه‌های هر دفتر/واحد تفکیک کرده و نمایش خواهد داد.
- سامانه پایش برنامه عملیاتی، در کنار گزارش میزان پیشرفت و انحراف فعالیت‌های هر دفتر، گزارشی اجمالی از میزان پیشرفت و انحراف فعالیت‌هایی که آن واحد/دفتر به عنوان همکار آن معین شده نیز ارائه خواهد داد.

- **تاریخ شروع و پایان فعالیت:** هر فعالیت باید تاریخ شروع و پایان مشخصی در قالب تقویم شمسی داشته باشد؛ مثلاً ۹۹/۰۲/۰۱. 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 معمولاً 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. فاصله زمان شروع تا پایان هر فعالیت باید حداکثر ۴ 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 (مثلاً 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 (مثلاً 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 - دانشگاهی دارند. جدول ۴ مثال‌هایی از برش ستادی و دانشگاهی را در برنامه عملیاتی مشترک سال ۹۵ نشان می‌دهد.

جدول ۴. مثال‌هایی از «برش ستادی/دانشگاهی» در برنامه عملیاتی مشترک سال ۹۵

برنامه	فعالیت	وزن فعالیت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	ستادی	دانشگاهی
آموزش کارشناسان و مسئولین فنی	تعیین دوره های آموزشی	۱۰	۹۶/۰۲/۰۱	۹۶/۰۲/۳۱	✓	
	اعلام و ابلاغ دوره و برنامه آموزش به دانشگاهها	۱۰	۹۶/۰۳/۰۱	۹۶/۰۳/۳۱	✓	
	تهیه و تدوین محتوای آموزشی	۲۰	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۶/۳۱	✓	
	آموزش یا بازآموزی کارشناسان معاونت غذا و دارو	۳۰	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۹/۳۰		✓
	برگزاری دوره های آموزشی مسئولین فنی و مدیران صنایع	۳۰	۹۶/۱۰/۰۱	۹۶/۱۱/۳۰		✓

- **برش دانشگاهی فعالیت‌ها:** همان طور که در برش استانی اهداف کمی اشاره شد، توانمندی‌ها، محدودیت‌ها و شرایط بومی و منطقه‌ای و نیز وضع موجود استان‌ها متفاوت است. برش استانی اهداف کمی سازوکاری است که ما را قادر می‌سازد نقش استان‌ها را در دستیابی به برخی اهداف کمی پررنگ‌تر یا کمرنگ‌تر کنیم. بنابراین از آن‌جا که نقش استان‌ها در دستیابی به اهداف کمی متفاوت است، لازم است در سطح فعالیت‌ها نیز به کمک یک سازوکار مشابه، تفاوت نقش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی را متناسب با توانمندی‌ها، محدودیت‌ها، شرایط بومی و منطقه‌ای و همچنین وضع موجود و اقدامات گذشته آن‌ها لحاظ کرد که برای این منظور از «برش دانشگاهی فعالیت‌ها» استفاده می‌شود.
- برش دانشگاهی که با علامت (✓) جلوی هر فعالیت مشخص می‌شود، نشان می‌دهد که هر فعالیت بر عهده کدام دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است.** جدول ۵ نمونه‌ای از برش دانشگاهی فعالیت‌ها را نشان می‌دهد. همان طور که در این جدول پیداست، برخی فعالیت‌ها جنبه پایلوت (آزمایشی) دارند و لذا تنها در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی اجرا می‌شوند. برخی از فعالیت‌ها نیز صرفاً باید در سطح کلان‌مناطق آمایشی یا مراکز استان به اجرا درآیند و بعضی نیز شامل همه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی می‌شوند. بنابراین گرچه برنامه عملیاتی پسوند «مشترک» دارد، اما لزوماً همه فعالیت‌های مندرج در آن برعهده همه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نمی‌باشد و به کمک برش دانشگاهی کم و بیش با توانمندی‌ها و محدودیت‌های دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها متناسب می‌شود.
- ✓ همکاران محترم ستادی در تعیین برش دانشگاهی به تفاوت نقش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی متناسب با توانمندی‌ها، محدودیت‌ها، شرایط بومی و منطقه‌ای و همچنین وضع موجود و اقدامات گذشته آن‌ها، و همچنین امکان‌پذیری انجام آن برنامه در آن دانشگاه توجه نمایند.

جدول ۵. مثال هایی از برش دانشگاهی در برنامه عملیاتی مشترک سال ۹۵

برنامه	فعالیت	ارومیه	اراک	ارمیه	اصفهان	البرز	اهواز	ایران	ایلام	بابل	بجنورد	تهران	تبریز
بازرسی و کنترل مستمر واحدهای تولیدی و محصولات	تدوین برنامه زمان بندی بازدید از کارخانجات مرتبط	✓											✓
	تدوین برنامه کالیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	✓											✓
	اجرای کالیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	✓											✓
	اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله اول)	✓											✓
	اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله دوم)	✓											✓
آموزش، اطلاع رسانی عمومی و فرهنگ سازی	پایش محصولات و فرآورده های مرتبط و ارائه گزارش پایش	✓											✓
	شناسایی و انتخاب گروههای هدف	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله اول	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله دوم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله سوم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	شناسایی و انتخاب گروههای هدف	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله اول	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله دوم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله سوم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

- **وزن نسبی:** همه اهداف کلی، اهداف کمی، برنامه ها یا فعالیت هایی که در برنامه عملیاتی درج می شوند، از اهمیت یکسانی در پیشبرد برنامه عملیاتی برخوردار نیستند. بنابراین برای در نظر گرفتن اولویت، نقش یا اهمیت نسبی اهداف کلی، اهداف کمی، برنامه ها و فعالیت ها از مولفه «وزن نسبی» استفاده می شود. با این تعریف، وزن نسبی فعالیت به اهمیت نسبی آن فعالیت نسبت به دیگر فعالیت های ذیل همان برنامه گفته می شود که در قالب درصد بیان می شود. از آن جا که این اوزان جنبه «نسبی» دارند و مطلق نیستند، جمع آن ها باید معادل ۱۰۰ باشد. لذا وزن نسبی هر فعالیت طوری تعیین می شود که مجموع اوزان نسبی فعالیت های ذیل یک برنامه معادل ۱۰۰ باشد. برای مثال، اگر یک برنامه دارای ۵ فعالیت باشد، ممکن است وزن همه آن ها مساوی (۲۰ درصد) منظور شود، یا اینکه وزن آن ها به ترتیب معادل ۵۰، ۱۰، ۲۰، ۱۰، ۱۰ منظور شود. یادآوری می شود که وزن نسبی یکایک فعالیت های ذیل یک برنامه، باید بیانگر اهمیت و اولویت نسبی آن ها در پیشبرد همان برنامه باشد. اگر یک فعالیت در یک برنامه نقش گلوگاهی داشته باشد، باید وزن بیشتری به آن اختصاص یابد. یکی از شاخص های تعیین وزن نسبی می تواند میزان هزینه مورد نیاز برای آن فعالیت باشد. وزن نسبی بر مبنای قضاوت کارشناسی تدوین کنندگان برنامه مشخص می شود و لزوماً شاخص کمی ندارد.

به طور مشابه، همه برنامه‌های ذیل یک هدف کمی 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 کمی 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 کمی معادل ۱۰۰ باشد. به همین منوال باید وزن نسبی هر هدف کمی نیز با توجه به نقش و اهمیت آن در تحقق هدف کلی متناظر آن مشخص و در قالب «درصد» بیان شود. به طور مشابه اهداف کلی نیز وزن نسبی دارند که بیانگر نقش، اهمیت یا جایگاه نسبی آن‌ها در حوزه تخصصی متناظر است.

یادآوری: نقش کلان‌مناطق در برنامه عملیاتی

کلان‌مناطق آمایشی می‌توانند دو نقش در برنامه عملیاتی ایفا نمایند:

- نخست، هر کلان‌منطقه آمایشی به کمک امکاناتی که سامانه پایش در اختیار آن قرار می‌دهد، می‌تواند پیشرفت و انحراف برنامه عملیاتی در دانشگاه‌های کلان‌منطقه را بررسی کرده و با برگزاری جلسات آسیب‌شناسی، نسبت به تسریع و تسهیل در اجرای برنامه عملیاتی در سطح کلان‌منطقه اقدام نماید.
- دوم، با توجه به اینکه امکان تفویض ارزیابی انطباق برخی یا همه فعالیت‌ها به افرادی بجز کارکنان معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه فراهم شده است، در صورت صلاحدید و نیاز معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد، کلان‌مناطق آمایشی می‌توانند ارزیابی انطباق فعالیت‌ها را نیز انجام دهند.

اکنون بر پایه تعاریفی که از مولفه‌های برنامه عملیاتی ارایه شد، به ذکر یک مثال می‌پردازیم. (شکل ۲)

شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۰

هدف کمی	وزن هدف کمی	برنامه	وزن برنامه	فعالیت	وزن فعالیت	نشانگرها	تاریخ شروع	تاریخ پایان	ستادی	دانشگاهی		
کاهش اسیدهای چرب ترانس در روغن های مایع و جامد مصرف خلوار به حداکثر ۰.۱۵٪	۲۵	آموزش کارشناسان و مسئولین فنی	۲۰	تعیین دوره های آموزشی	۱۰	فایل عناوین دوره های آموزشی	۹۶/۰۲/۰۱	۹۶/۰۲/۳۱	✓			
				اعلام و ابلاغ دوره و برنامه آموزش به دانشگاهها	۱۰	تصویر ابلاغ	۹۶/۰۳/۰۱	۹۶/۰۳/۳۱	✓			
				تهیه و تدوین محتوای آموزشی	۲۰	فایل عناوین سرفصل های آموزشی	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۴/۳۱	✓			
				آموزش یا بازآموزی کارشناسان معاونت غذا و دارو	۳۰	تصویر فراخوان دوره / فایل گزارش برگزاری دوره	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۹/۳۰	✓			
				برگزاری دوره های آموزشی مسئولین فنی و مدیران صنایع	۳۰	تصویر فراخوان دوره / فایل گزارش برگزاری دوره	۹۶/۱۰/۰۱	۹۶/۱۱/۳۰	✓			
		بازنگری و تدوین ضوابط و دستورالعمل های مرتبط	۱۰	تکمیل کارگروه تخصصی	۲۰	تشکیل کارگروه تخصصی	۲۰	تصویر حکم اعضاء	۹۶/۰۲/۰۱	۹۶/۰۳/۳۱	✓	
						تهیه و تدوین و بازنگری ضوابط و دستورالعمل ها	۶۰	فایل ضابطه بازنگری شده	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۶/۳۱	✓	
						ابلاغ ضوابط و دستورالعمل ها به معاونت های غذا و دارو	۲۰	تصویر ابلاغ	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۷/۳۰	✓	
						اعلام ضوابط و دستورالعمل ها به ارگان های ذربیط	۳۰	تصویر نامه ابلاغ	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۷/۳۰	✓	
						پیگیری اجرای ضوابط و دستورالعمل های اصلاحی	۷۰	گزارش اجرای ضابطه	۹۶/۰۸/۰۱	۹۶/۰۹/۳۰	✓	
		بازرسی و کنترل مستمر واحدهای تولیدی و محصولات	۳۰	تدوین برنامه زمان بندی بازدید از کارخانجات مرتبط	۱۰	تدوین برنامه کالیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	۱۰	فایل برنامه کالیبراسیون و کنترل میانی	۹۶/۰۲/۰۱	۹۶/۰۳/۳۱	✓	
						اجرای کالیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	۲۰	تصویر تاییدیه های کالیبراسیون و کنترل میانی	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۶/۳۱	✓	
						اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله اول)	۲۰	گزارش بازرسی های انجام شده	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۶/۳۱	✓	
						اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله دوم)	۲۰	گزارش بازرسی های انجام شده	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۹/۳۰	✓	
						پایش محصولات و فرآورده های مرتبط و ارائه گزارش پایش	۲۰	گزارش پایش فرآورده ها	۹۶/۱۰/۰۱	۹۶/۱۱/۳۰	✓	
آموزش، اطلاع رسانی عمومی	۱۵	شناسایی و انتخاب گروههای هدف	۱۰	شناسایی و انتخاب گروههای هدف	۱۰	صور جلسه حاوی گروههای منتخب	۹۶/۰۲/۳۱	۹۶/۰۲/۳۱	✓			
				تهیه ، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله اول	۳۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶/۰۴/۰۱	۹۶/۰۶/۳۱	✓			
				تهیه ، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله دوم	۳۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶/۰۷/۰۱	۹۶/۰۹/۳۰	✓			
				تهیه ، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله سوم	۳۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶/۱۰/۰۱	۹۶/۱۲/۲۵	✓			

شکل ۲. مثالی از برنامه عملیاتی شامل هدف کلی، اهداف کمی، برنامه ها، فعالیت ها، اوزان نسبی و ...

تدوین برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی در سال ۱۴۰۰

برنامه عملیاتی مشترک سال ۱۴۰۰ دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی (شامل برنامه ها و فعالیت ها، تاریخ شروع و پایان آن ها، کلیه اوزان نسبی و همچنین برش ها) به صورت یکپارچه و متمرکز با محوریت معاونت ها و حوزه های تخصصی ستاد وزارتخانه و مشارکت دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی تدوین خواهد شد.

به منظور حفظ یکپارچگی، هماهنگی و وحدت رویه، برنامه عملیاتی اختصاصی سال ۱۴۰۰ دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی نیز می بایست در چارچوب همین شیوه نامه و ذیل اهداف کلی و کمی موجود در سامانه تدوین گردد.

لازم به یادآوری است تدوین و درج برنامه اختصاصی با کاربری مدیران پایش دانشگاهها امکان پذیر است و دانشگاههای علوم پزشکی می توانند برای خوداظهاری و ارزیابی انطباق فعالیت های اختصاصی از همان کاربری های برنامه عملیاتی مشترک استفاده نمایند. (با قابلیت تخصیص به کاربری های موردنظر)

یادآوری: انحراف موجه و ناموجه

اجرای برخی از فعالیت‌ها به دلایلی خارج از حیطه مسئولیت‌ها و اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی (همچون عدم ابلاغ آیین‌نامه‌ها یا دستورالعمل‌های مورد نیاز از سوی ستاد وزارتخانه، یا عدم ابلاغ اعتبار مورد نیاز از سوی ستاد وزارتخانه، و یا حوادث غیرمترقبه) با تاخیر مواجه می‌شود. در این صورت، لازم است مسئولان پایش دانشگاهی میزان پیشرفت واقعی فعالیت‌ها (صفر) را درج نموده، و نسبت به انتخاب یا درج دلیل انحراف در سامانه پایش اقدام نمایند.

متعاقباً مسئولان پایش ستادی در هنگام ارزیابی انطباق این نوع فعالیت‌ها، می‌بایست با بررسی دلیل درج‌شده، موجه یا ناموجه بودن آن را تشخیص داده و در سامانه پایش برنامه عملیاتی معین کنند. امکان موجه کردن دلیل انحراف یک فعالیت برای تمام دانشگاه‌های دارای برش آن فعالیت نیز در سامانه مهیا است. (موجه سراسری)

سامانه پایش برنامه عملیاتی، تاخیرهای موجه برنامه عملیاتی (منظور فعالیت‌هایی است که تاخیر آن‌ها توسط مسئول پایش ارزیابی انطباق موجه ارزیابی شده است) را در کنار مجموع تاخیرهای هر دانشگاه/حوزه تخصصی نمایش خواهد داد. تفکیک تاخیرهای موجه از ناموجه در سامانه پایش، به آسیب‌شناسی بهتر پیشرفت برنامه عملیاتی کمک خواهد کرد.

فصل ۲: فرایند تدوین برنامه عملیاتی

مراحل تدوین برنامه عملیاتی

در این فصل به فرایند تدوین برنامه عملیاتی می‌پردازیم:

- **گام ۱: ابلاغ اهداف کلی و کمی و همچنین شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی:** در ابتدا با عنایت به بازخوردهای مدیران و کارشناسان ستادی و دانشگاهی، نتایج پایش برنامه عملیاتی، اهداف کلی مورد بازنگری قرار خواهد گرفت و همراه با اهداف کمی مندرج در سند پشتیبان برنامه ششم توسعه از سوی مقام محترم وزارت به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید. سند حاضر نیز که شیوه نامه تدوین برنامه است توسط معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی ابلاغ و عملیاتی می‌گردد. (با ابلاغ سند حاضر این گام تکمیل گردیده است).
- **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، اجتماعی، توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی، طب سنتی، بازرسی، آمار و فناوری اطلاعات، حراست، بین‌الملل و سایر حوزه‌های تخصصی که توسط کمیته برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه تعیین خواهد شد) با مشارکت دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و اخذ نظرات آنها در چارچوب همین شیوه نامه، جهت تدوین برنامه عملیاتی تشکیل شده و پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک ستاد و دانشگاه/دانشکده‌های 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 ۴ 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 حوزه‌های 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،

پیش نویس 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 کانال‌های گوناگون، نظرات و پیشنهادات خود پیرامون پیش نویس 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: مبادله تفاهم‌نامه در خصوص برنامه‌های بین حوزه‌های مابین حوزه‌های مختلف ستاد وزارتخانه:**
در این گام به منظور کمک به اجرای برنامه‌هایی که مستلزم همکاری بین معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی مختلف در ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند، تفاهم‌نامه‌هایی مابین معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه تدوین و مبادله خواهد شد. عدم تبادل این تفاهم نامه مانع از اجرای گام‌های بعدی تدوین برنامه نخواهد بود.
- **گام ۵: جمع بندی نسخه الکترونیکی برنامه عملیاتی هر یک از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:**
در این گام گروه برنامه عملیاتی نسبت به جمع بندی نسخه الکترونیکی برنامه عملیاتی یکایک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی متناسب با برش‌های دانشگاهی مربوطه اقدام خواهد نمود.
- **گام ۶: 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 امنای طرح و به تصویب خواهد رسید.
- **گام ۷: بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک و اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی:**
در این گام گروه برنامه ریزی عملیاتی نسبت به بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سامانه پایش برنامه عملیاتی (به نشانی hop.behdasht.gov.ir) اقدام خواهد کرد.