



**شیوه‌نامه تدوین
برنامه عملیاتی
در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور**

معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی

آذرماه ۹۶

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين
و صلى الله على محمد و آله الطاهرين

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۳	فصل ۱. چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی
۳	۱. مولفه‌های برنامه راهبردی
۴	۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی
۱۶	فصل ۲. فرایند تدوین برنامه عملیاتی
۱۶	۱. مراحل تدوین برنامه عملیاتی
۱۹	۲. ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت می‌کوشد چشم‌انداز و اهداف کلان کشور در این عرصه را محقق نماید. در این راستا، به‌ویژه در سال‌های اخیر با مشارکت مدیران و صاحب‌نظران این حوزه، اسناد سیاستی و راهبردی متعددی در سطوح مختلف نظام سلامت تدوین و از سوی مراجع ذی‌ربط ابلاغ شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به سیاست‌های کلی نظام سلامت (ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری)، نقشه تحول سلامت و نقشه جامع علمی سلامت اشاره کرد. برنامه ششم توسعه نیز که اخیراً به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و به کلیه دستگاه‌های اداری و اجرایی کشور ابلاغ شده است، تکالیف مختلفی را برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برشمرده است.

اما چشم‌اندازها، سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی کلان، در غیاب «برنامه عملیاتی» (Action Plan) اثربخشی کافی را ندارند و چه بسا ابتر می‌مانند. از چشم‌انداز 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 ۱۳۹۷، نسخه جدید شیوه‌نامه تدوین برنامه عملیاتی با تاکید بر آموخته‌ها و تجربیات ۲ 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 برنامه و نظارت بر حسن اجرای آن
 - ضرورت مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در فرایند تدوین و پایش برنامه عملیاتی به‌ویژه در سطوح کارشناسی
 - اهمیت پایش مداوم و مستمر برنامه عملیاتی با رویکردهای مختلف (خوداظهاری، ارزیابی انطباق و میدانی) و ارایه 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 ۱۳۹۷ فراهم سازد.

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 ۵ ساله	وضع مطلوب در انتهای برنامه ۵ ساله
افزایش امید زندگی	سال	۷۴	۷۷
کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر	نسبت از دالی	۷۶ درصد	۷۲/۲ درصد
افزایش دسترسی به سبد مطلوب غذایی	درصد جمعیت	۳۰ درصد	۶۰ 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 ۷۷ سال برسد و چه بسا امید زندگی در برخی استان‌ها در ابتدای برنامه بیشتر یا کمتر از ۷۴ سال بوده باشد. اهداف کلی سلامت در برنامه ۵ ساله ششم توسعه در سال گذشته طی شماره ۸۴۲/۱۰۰ مورخ ۹۵/۰۹/۳۰ از سوی مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید. امسال نیز این اهداف با عنایت به تغییرات و بازخوردهای محیطی مورد بررسی و بازنگری قرار گرفته و نسخه جدید آن از سوی مقام محترم وزارت ابلاغ خواهد شد.

- **هدف کمی:** اهداف کلی ماهیت کلان دارند و می‌بایست به ابعاد مختلف شکسته شوند تا جنبه عملیاتی بگیرند. بنابراین ذیل هر هدف کلی، چند هدف کمی تدوین می‌شود که هر کدام، یکی از ابعاد هدف کلی را

توصیف می‌کند. برای سنجش میزان تحقق برنامه لازم است مقادیر موجود و مطلوب اهداف کمی نیز در انتهای یکایک سال‌های برنامه مشخص شود. برای مثال جدول ۲ اهداف کمی مربوط به هدف کلی «افزایش امید زندگی» را به همراه وضع موجود و وضع مطلوب آن‌ها در انتهای سال‌های برنامه نشان می‌دهد:

جدول ۲. مثال‌هایی از «هدف کمی» در برنامه عملیاتی مشترک و وضعیت آن‌ها در انتهای سال‌های برنامه

هدف کلی	اهداف کمی	واحد سنجش	وضعیت در انتهای هر سال					
			۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
افزایش امید زندگی	کاهش مرگ مادران	مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده	۱۸/۹	۱۸	۱۷	۱۶/۵	۱۶	۱۵
	کاهش مرگ نوزادان	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	۱۰	۶/۵	۶	۵/۶	۵/۲	۴/۹
	کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	۱۷	۱۵/۶	۱۴/۴	۱۳/۳	۱۲/۳	۱۱/۳
	کاهش میزان مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال	مرگ درصد هزار نفر جمعیت	۱۹۱/۲	۱۸۷/۴	۱۸۳/۵	۱۷۹/۸	۱۷۵/۹	۱۷۲/۱

اهداف کمی نیز مانند اهداف کلی جنبه سراسری دارند و به ستاد، دانشگاه یا منطقه خاصی محدود نمی‌شوند. برای مثال مطابق جدول بالا میانگین کشوری مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده می‌بایست از ۱۸/۹ درصد در سال ۹۴ به ۱۵ درصد در سال ۱۳۹۹ برسد، و چه بسا مقدار این هدف کمی در استان‌های مختلف متفاوت باشد. اما سنجش میزان دستیابی به اهداف کمی در هر یک از استان‌ها مستلزم «برش استانی اهداف کمی» است. منظور از برش استانی اهداف کمی، وضعیت مطلوب آن‌ها در پایان هر سال برنامه به تفکیک استان‌ها (و نه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی) است. برش استانی اهداف کمی سالانه و با توجه به مقدرات و محدودیت‌های استان‌ها تدوین می‌شود. برای مثال جدول ۳ برش استانی چند هدف کمی را در حوزه تحقیقات و فناوری نشان می‌دهد.

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

هدف کمی	استان‌ها														
	اردبیل	اصفهان	تهران	آذربایجان شرقی	آذربایجان غربی	بوشهر	تهران	همدان	گلستان	گیلان	قزوین	زنجان	سمنان	بوشهر و بوشهر	فارس
افزایش مشارکت دانشجویان در اداره خوابگاه‌های دانشجویی	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
توسعه خوابگاه‌های مشارکتی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
توسعه و تامین فضاهای خوابگاه‌های دانشجویی	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵
ارتقای کیفیت تغذیه دانشجویان	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰

اهداف کمی سلامت در برنامه ۵ ساله ششم توسعه نیز سال گذشته تدوین و از سوی مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های

علوم پزشکی ابلاغ شد. در فرایند تدوین برنامه عملیاتی سال ۹۷، اهداف کمی و برش‌های استانی آن‌ها با توجه به بازخوردهای سال ۱۳۹۶ توسط معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه مورد بازبینی و اصلاح قرار خواهد گرفت تا مبنای تدوین برنامه‌ها و فعالیت‌ها واقع شود.

● **شاخص/شاخص‌های هدف کمی:** سنجش اثربخشی برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۷، در سال ۱۳۹۸ و برپایه میزان تحقق اهداف کمی صورت خواهد گرفت. بنابراین لازم است اهداف کمی قابل اندازه‌گیری باشند و مقادیر آن‌ها در ابتدای سال ۱۳۹۷ 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
 - 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
 - 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 بازنگری شده 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 معاونت‌های 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 دزدگی مسئولان پایش در ستاد و دانشگاه‌ها باشد. لذا می‌بایست از گنجاندن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.

نکات کلیدی

- تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در دو 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.

- **برچسب برنامه (اسناد فرادست):** برخی برنامه‌ها (و نه لزوماً همه برنامه‌ها) در پرتو یک یا چند سند سیاستی یا راهبردی فرادست تدوین می‌شوند. برای مثال بعضی برنامه‌ها ذیل سیاست‌های اقتصاد مقاومتی به عنوان یکی از سیاست‌های کلان حاکمیت شکل می‌گیرند و بنابراین با برچسب «اقتصاد مقاومتی» شناخته می‌شوند. برخی از برنامه‌ها نیز با توجه به تکالیف مندرج در قانون برنامه ششم توسعه تدوین می‌شوند و لذا برچسب «برنامه ششم توسعه» برای آن‌ها در نظر گرفته می‌شود. تعیین برچسب 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 اقتصاد مقاومتی، گزارش پایش برنامه‌های مرتبط با برنامه ششم توسعه و امثال آن‌ها.

نکات کلیدی

- همه برنامه‌ها ضرورتاً برچسب ندارند. زیرا برخی برنامه‌ها به تشخیص مدیران و کارشناسان ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی در برنامه عملیاتی گنجانده شده و لزوماً ذیل سند یا اسناد فرادستی قرار نمی‌گیرند.
- یک برنامه می‌تواند ذیل یک، دو یا چند سند فرادستی قرار گیرد. بنابراین در این صورت لازم است تمام اسناد فرادستی که برنامه ذیل آن‌ها قرار می‌گیرد، درج شوند.

- **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.

نکات کلیدی

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

- **تعریف برنامه:** گرچه برنامه‌ها و فعالیت‌ها به گونه‌ای نوشته می‌شوند که شفاف بوده و کارشناسان

دانشگاه‌ها و دانشکده‌های مختلف نسبت به آن تصور تقریباً یکسانی داشته باشند، اما بر اساس تجارب و بازخوردهای دریافتی لازم است هر برنامه در حد یک پاراگراف (حداکثر ۱۰۰ تا ۱۵۰ کلمه) توضیح داده شود. تعریف هر برنامه می‌تواند حاوی توضیحات تکمیلی، اشاره به سوابق قبلی آن برنامه در ستاد یا دانشگاه‌ها، اسناد یا آیین‌نامه‌های مرتبط، فهرست سازمان‌های همکار، ملاحظات یا نکات کلیدی در اجرای برنامه، تفکیک آن از برنامه‌های مشابه و مواردی از این دست در جهت ابهام‌زدایی و شفافیت هرچه بیشتر آن برنامه باشد. تعریف برنامه‌ها بسته به شرایط به پیوست برنامه عملیاتی منتقل خواهد شد و در محل مناسب در سامانه پایش برنامه عملیاتی به نمایش در خواهد آمد.

● **فعالیت:** منظور از فعالیت، یک اقدام عملیاتی 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 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. «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.

○ 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 طولانی‌مدت در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی دشوار است.

یادآوری

با توجه به بازخوردها و پیشنهادهای دریافتی، دبیرخانه برنامه عملیاتی (مستقر در دفتر برنامه‌ریزی راهبردی و نظارت ستاد وزارتخانه) می‌کوشد در سال ۱۳۹۷ تدوین و پایش برنامه عملیاتی در سطح واحدهای محیطی (خانه‌های بهداشت، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و ...) را در قالب پایلوت در یک یا دو دانشگاه علوم پزشکی به اجرا درآورد. اطلاعات تکمیلی در این زمینه متعاقباً اعلام خواهد شد.

- **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 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.
 - مستندات و شواهد باید کاملاً شفاف بوده و هیچگونه ابهامی نداشته باشند. برای مثال «گزارش پایانی» یا «تصاویر مربوطه» نمی‌تواند به عنوان مستندات و شواهد یک فعالیت درج شود.
 - 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.

- **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 عملیاتی‌شدن 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 شود.

- **تاریخ شروع و پایان فعالیت:** هر فعالیت باید تاریخ شروع و پایان مشخصی در قالب تقویم شمسی داشته باشد؛ مثلاً ۹۷/۰۲/۰۱. ملاحظات کلیدی در تعیین تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها عبارتند از:

- 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 پایان هیچ فعالیتی نباید بعد از ۹۶/۱۲/۱۵ تعیین شود، زیرا ۱۵ روز پایانی سال به تحلیل و جمع‌بندی برنامه عملیاتی اختصاص دارد.

- **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:** همان‌طور 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. همان‌طور 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.

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

برنامه	فعالیت	ارزیابی	کار	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	
بازرسی و کنترل مستقر 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، 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 کلی، اهداف کمی، 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 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 قابل «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.

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

هدف کلی: کاهش عوامل خطر و بار بیماری‌های غیرواگیر

هدف کلی	وزن هدف کمی	برنامه	وزن برنامه	فعالیت	وزن فعالیت	نشانه‌ها	تاریخ شروع	تاریخ پایان	سازمانی	دانشگاهی
کاهش سبب‌های جرب‌ناشی در زوجه‌های ملایم و جانب مصرف خوار به حداکثر ۵-۱۰٪	۳۰	آموزش کارشناسان و مسئولین فنی	۱۰	تعیین دوره‌های آموزشی	۱۰	فایل عناوین دوره‌های آموزشی	۹۶۰۲/۰۱	۹۶۰۲/۳۱	✓	
			۱۰	اعلام و ابلاغ دوره و برنامه آموزش به دانشگاهها	۱۰	تصویر ابلاغ	۹۶۰۳/۰۱	۹۶۰۳/۳۱	✓	
			۲۰	تهیه و تدوین محتوای آموزشی	۳۰	فایل عناوین سرفصل‌های آموزشی	۹۶۰۴/۰۱	۹۶۰۴/۳۱	✓	
			۲۰	آموزش یا بازآموزی کارشناسان معاونت غذا و دارو	۳۰	تصویر فراخوان دوره / فایل گزارش برگزاری دوره	۹۶۰۷/۰۱	۹۶۰۹/۳۰	✓	
			۲۰	برگزاری دوره‌های آموزشی مسئولین فنی و مدیران صنایع	۳۰	تصویر فراخوان دوره / فایل گزارش برگزاری دوره	۹۶۱۱/۰۱	۹۶۱۱/۳۰	✓	
	۱۰	بازنگری و تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های مرتبط	۲۰	تشکیل کارگروه تخصصی	۲۰	تصویر حکم اعضاء	۹۶۰۲/۰۱	۹۶۰۲/۳۱	✓	
			۶۰	تهیه و تدوین و بازنگری ضوابط و دستورالعمل‌ها	۶۰	فایل ضابطه بازنگری شده	۹۶۰۴/۰۱	۹۶۰۴/۳۱	✓	
			۲۰	ابلاغ ضوابط و دستورالعمل‌ها به معاونت‌های غذا و دارو	۲۰	تصویر ابلاغ	۹۶۰۷/۰۱	۹۶۰۷/۳۰	✓	
			۲۰	اعلام ضوابط و دستورالعمل‌ها به ارگان‌های ذیربط	۲۰	تصویر نامه ابلاغ	۹۶۰۷/۰۱	۹۶۰۷/۳۰	✓	
			۲۰	پیگیری اجرای ضوابط و دستورالعمل‌های اصلاحی	۲۰	گزارش اجرای ضابطه	۹۶۰۸/۰۱	۹۶۰۹/۳۰	✓	
	۳۰	بازرسی و کنترل مستمر واحدهای تولیدی و محصولات	۱۰	تدوین برنامه زمان بندی بازدید از کارخانجات مرتبط	۱۰	فایل برنامه زمان بندی	۹۶۰۲/۰۱	۹۶۰۲/۳۱	✓	
			۱۰	تدوین برنامه کلیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	۱۰	فایل برنامه کلیبراسیون و کنترل میانی	۹۶۰۲/۰۱	۹۶۰۲/۳۱	✓	
			۲۰	اجرای کلیبراسیون و کنترل میانی تجهیزات	۲۰	تصویر نایب‌دیه‌های کلیبراسیون و کنترل میانی	۹۶۰۴/۰۱	۹۶۰۴/۳۱	✓	
			۲۰	اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله اول)	۲۰	گزارش بازرسی‌های انجام شده	۹۶۰۴/۰۱	۹۶۰۴/۳۱	✓	
			۲۰	اجرای برنامه بازرسی از صنایع (مرحله دوم)	۲۰	گزارش بازرسی‌های انجام شده	۹۶۰۷/۰۱	۹۶۰۹/۳۰	✓	
	۱۵	آموزش اطلاع رسانی عمومی	۲۰	پایش محصولات و فرآورده‌های مرتبط و ارائه گزارش پایش	۲۰	گزارش پایش فرآورده‌ها	۹۶۱۱/۰۱	۹۶۱۱/۳۰	✓	
			۱۰	شناسایی و انتخاب گروه‌های هدف	۱۰	صور جلسه حاوی گروه‌های منتخب	۹۶۰۲/۰۱	۹۶۰۲/۳۱	✓	
			۳۰	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله اول	۳۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶۰۴/۰۱	۹۶۰۴/۳۱	✓	
			۲۰	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله دوم	۲۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶۰۷/۰۱	۹۶۰۹/۳۰	✓	
			۲۰	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله سوم	۲۰	فایل / تصویر محتوای تهیه شده	۹۶۱۱/۰۱	۹۶۱۱/۳۰	✓	

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

تدوین برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۷

برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی (شامل برنامه‌ها و فعالیت‌ها، تاریخ شروع و پایان آن‌ها، کلیه اوزان نسبی و همچنین برش‌ها) به صورت یکپارچه و متمرکز با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و مشارکت دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی تدوین خواهد شد و در آخرین جلسه هیات امنای دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در سال ۱۳۹۶ به تصویب خواهد رسید.

به منظور حفظ یکپارچگی، هماهنگی و وحدت رویه، برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۷ نیز می‌بایست در چارچوب همین شیوه‌نامه و ذیل اهداف کلی و کمی ابلاغی از سوی ستاد وزارتخانه تدوین و همزمان با برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه/دانشکده به تصویب برسد.

در سال ۱۳۹۷ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی می‌توانند برنامه‌های اختصاصی مورد نظر خود را در سامانه پایش برنامه عملیاتی مشترک بارگذاری نموده و راساً به پایش آن بپردازند. برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۷ توسط معاونت‌ها و حوزه‌هایی تخصصی ستاد وزارتخانه پایش نخواهد شد و گزارشات پایش آن نیز صرفاً در دسترس مدیران دانشگاه/دانشکده خواهد بود. راهنمای بارگذاری برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی متعاقباً از سوی دبیرخانه پایش برنامه عملیاتی در اختیار مدیران پایش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی قرار خواهد گرفت.

فصل ۲: فرایند تدوین برنامه عملیاتی

۱. مراحل تدوین برنامه عملیاتی

در این فصل به فرایند تدوین برنامه عملیاتی می‌پردازیم:

- **گام ۱: ابلاغ اهداف کلی:** در ابتدا اهداف کلی با عنایت به بازخوردهای مدیران و کارشناسان ستادی و دانشگاهی و همچنین نتایج پایش برنامه عملیاتی، اهداف کلی مورد بازنگری قرار خواهد گرفت و از سوی مقام محترم وزارت به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ابلاغ خواهد شد.
- **گام ۲: تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک:** در این گام کارگروه‌هایی با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی (شامل بهداشت، درمان، غذاودارو، اورژانس، آموزش، تحقیقات و فناوری، فرهنگی و دانشجویی، پرستاری، اجتماعی، توسعه مدیریت و منابع، طب سنتی، بازرسی، آمار و فناوری اطلاعات، حراست، بین‌الملل و سایر حوزه‌های تخصصی که توسط کمیته برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه تعیین خواهد شد)، نمایندگان معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی، (اداره کل برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، و دبیرخانه مرکزی هیات‌های امانا)، معاونت توسعه مدیریت و منابع (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، مرکز بودجه و پایش عملکرد) و دست کم ۱۰ نفر از معاونین و مدیران متناظر در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به انتخاب معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی شکل خواهد گرفت. این کارگروه‌ها پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در حوزه تخصصی متناظر خود را در چارچوب همین شیوه‌نامه و ذیل اهداف کلی ابلاغی تدوین خواهند کرد.

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 ۲ 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 به تایید بالاترین مقام معاونت/حوزه تخصصی برسانند و سپس نسبت به تدوین فعالیت‌ها و سایر مولفه‌های برنامه عملیاتی اقدام نمایند.

- **گام ۳: برگزاری همایش با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این گام همایش یک‌روزه‌ای با حضور قائم‌مقام روسای دانشگاه‌ها در حوزه برنامه‌ریزی و مدیران پایش برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در ستاد وزارتخانه برگزار خواهد شد که طی آن، نمایندگان معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی به تبیین و تشریح برنامه عملیاتی حوزه خود خواهند پرداخت. هدف از برگزاری این همایش کمک به ایجاد ادبیات و فهم مشترک پیرامون برنامه عملیاتی مابین نمایندگان معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است.
- **گام ۴: بررسی پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این گام هر یک از معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه، پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک را برای معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی متناظر خود در کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال خواهند کرد تا توسط مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها مورد بحث و بررسی قرار گیرد. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نیز در موعد مقرر نظرات و پیشنهادات خود پیرامون پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک را به معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی متناظر خود در ستاد وزارتخانه ارسال خواهند کرد.
- **گام ۵: نهایی‌سازی برنامه عملیاتی مشترک:** در این گام معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه پس از بررسی نظرات و پیشنهادات کارشناسی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نسخه نهایی برنامه عملیاتی مشترک در حیطه تخصصی خود را تدوین نموده و به دبیرخانه برنامه عملیاتی (مستقر در معاونت برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور حقوقی و مجلس) ارسال خواهند کرد.
- **گام ۶: 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.
- **گام ۷: تجمیع و یکپارچه‌سازی برنامه عملیاتی مشترک:** برنامه عملیاتی مشترک در حیطه‌های تخصصی که در گام قبلی تدوین شده است، در شورای معین برنامه‌ریزی وزارتخانه مطرح و نهایی می‌گردد. پس از آن دبیرخانه برنامه عملیاتی نسبت به یکپارچه‌سازی و تجمیع حیطه‌های تخصصی برنامه عملیاتی مشترک اقدام می‌نماید تا نسخه نهایی برنامه عملیاتی مشترک به دست آید.
- **گام ۸: تهیه نسخه الکترونیکی برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این گام دبیرخانه برنامه عملیاتی نسبت به آماده‌سازی نسخه الکترونیکی برنامه عملیاتی یکپارچه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی متناسب با برش‌های دانشگاهی آن‌ها اقدام خواهد نمود.

- گام ۹: 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 ۱۰: تایید مقام عالی وزارت و ابلاغ مصوبه هیات امنای به دانشگاه/دانشکده: در این گام، مصوبه هیات امنای به تایید مقام محترم وزارت خواهد رسید و سپس به دانشگاه/دانشکده ابلاغ خواهد شد.
- گام ۱۱: بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک و اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی: در این گام دبیرخانه برنامه 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. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نیز می‌توانند مطابق شیوه‌نامه‌ای که متعاقباً ابلاغ خواهد شد، برنامه‌های اولویت‌دار و اختصاصی خود را در این سامانه ذیل اهداف کلی و کمی بارگذاری نمایند.

جدول ۶. فرایند تدوین برنامه عملیاتی مشترک و زمان‌بندی آن

گام	عنوان	تاریخ اتمام	مسئول اجرا/پیگیری
۱	ابلاغ اهداف کلی از سوی مقام محترم وزارت	۹۶/۰۹/۲۰	دبیرخانه برنامه عملیاتی
۲	تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک	۹۶/۱۰/۲۸	معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه
۳	برگزاری همایش با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۶/۱۱/۰۴	دبیرخانه برنامه عملیاتی
۴	بررسی پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۶/۱۱/۱۸	دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی
۵	نهایی‌سازی برنامه عملیاتی مشترک	۹۶/۱۲/۰۲	معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه
۶	مبادله تفاهم‌نامه در خصوص برنامه‌های بین حوزه‌ای (مابین معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه)	۹۶/۱۲/۰۲	معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه
۷	تجمیع و یکپارچه‌سازی برنامه عملیاتی مشترک	۹۶/۱۲/۰۹	کمیته برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه
۸	تهیه نسخه الکترونیکی برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۶/۱۲/۱۵	دبیرخانه برنامه عملیاتی
۹	تصویب برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۶/۱۲/۲۲	دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی

دبیرخانه مرکزی هیات‌های امنا	۹۶/۱۲/۲۳	تایید مقام عالی وزارت و ابلاغ مصوبه هیات امنا به دانشگاه/دانشکده	۱۰
دبیرخانه برنامه عملیاتی	۹۶/۱۲/۲۸	بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک و اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی	۱۱

۲. ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی

با توجه به تجارب دو سال گذشته و همچنین بازخوردهای دریافتی از مدیران و مسئولان پایش ستادی و دانشگاهی ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی عبارتند از:

- 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 گنجاندن 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 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
- 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 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 ۲ 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 سمینارهای 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