

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی

## شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱ در ستاد مرکزی، دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور

\* توجه ویژه مخاطبین شیوه نامه را به نکات کلیدی و سایر نکات مهم موجود در شیوه نامه برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱ که در ابتدای این سند درج گردیده، جلب می نماییم.

تهیه و تنظیم:

دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی

گروه برنامه ریزی راهبردی

اسفندماه ۱۴۰۰

## فهرست مطالب

۲	مقدمه
۳	نکات کلیدی شیوه نامه برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱
۸	سایر نکات مهم
۱۲	فصل ۱. چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی
۱۲	۱. مولفه های برنامه راهبردی
۱۳	۲. مولفه های برنامه عملیاتی
۳۰	فصل ۲. فرایند تدوین برنامه عملیاتی
۳۰	مراحل تدوین برنامه عملیاتی
۳۲	روش رتبه بندی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور

## مقدمه:

در سال‌های اخیر با مشارکت سیاست‌گذاران، مدیران و صاحب‌نظران نظام سلامت، اسناد سیاستی و راهبردی متعددی در سطوح مختلف نظام سلامت تدوین و ابلاغ شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به سیاست‌های کلی نظام سلامت (ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری)، برنامه ششم توسعه و سایر اسناد بالادستی اشاره کرد.

سیاستها و برنامه راهبردی جهت‌گیری‌های کلان نظام سلامت در حوزه‌های کلیدی عملکردی را مشخص می‌نماید، اما برنامه‌ها و اقداماتی که تحقق راهبردها را میسر می‌کند برنامه‌های عملیاتی هستند.

اکنون و در آستانه تدوین برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۴۰۱، نسخه جدید شیوه‌نامه تدوین برنامه عملیاتی با تاکید بر آموخته‌ها و تجربیات سال‌های 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.

## نکات کلیدی

- تدوین برنامه های مناسب ذیل اهداف کلی و کمی ابلاغی؛
- تدوین برنامه های مناسب جهت پیشبرد اسناد بالادستی؛
- لزوم طراحی فایل های راهنمای مناسب برای گزارش دهی فعالیت ها در سامانه در قالب جداول Word و Excel؛ توجه به مفاد نامه شماره ۱۳۰/۵۷۴/د مورخ ۹۹/۵/۲۸ در خصوص فرمت اسناد بارگذاری شده در سامانه (ترجیحا word و excel بارگذاری گردد) هم از سوی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و هم از سوی حوزه های تخصصی ستادی ضروری است.
- توجه دقیق به ماهیت دانشگاه/دانشکده ها و سازمان ها در تعریف برش های دانشگاهی/سازمانی فعالیت ها ؛
- زمانبندی دقیق و اصولی برنامه و فعالیت ها با توجه به شرایط محیطی و مبتنی بر واقعیات و امکانات؛
- پرهیز از گنجاندن برنامه ها و امور جاری، کم اولویت یا حاشیه ای در برنامه عملیاتی و تاکید بر برنامه ها و فعالیت های مهم و اولویت دار (تضمین کیفیت برنامه عملیاتی به جای کمیت آن)؛
- دقت در شکستن هر برنامه به فعالیت ها با توجه به ماهیت برنامه ها؛
- توجه جدی به تحقق کامل باقیمانده اهداف کمی برنامه ششم توسعه؛
- تدوین فعالیت های طلایی به صورت صحیح و با توجه به ماهیت این نوع از فعالیت ها؛
- تعریف عامل سوم برای مناطق آمایشی دهگانه: در برخی حوزه ها با توجه به فراخور و نیاز آن حوزه امکان ارزیابی انطباق عامل سوم فراهم گردیده است. (بطور مثال در حوزه آموزش امکان ارزیابی انطباق فعالیت های هر منطقه به رئیس آن کلان منطقه داده شده است که این امر باعث مشارکت دانشگاهها در ارزیابی انطباق ستاد می گردد).
- امسال مقرر گردید برای افزایش سطح کیفی و تمرکز بر برنامه های کلیدی هر حوزه، رصد و نظارت حداکثری برنامه های سامانه پایش برنامه عملیاتی و کارایی حداکثری نیروی انسانی و هم چنین افزایش اثربخشی و ایجاد انسجام و یکپارچگی و هم راستا شدن برنامه های عملیاتی با اسناد بالادستی، در راستای نیل به اهداف سند چشم انداز برنامه توسعه کشور، برنامه ها به سه دسته اصلی تقسیم گردد که در ادامه تشریح می گردد.

انتظار می رود کلیه اسناد بالادستی ناظر بر رسالت این وزارت سرلوحه تنظیم برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱ واحدهای ستادی و دانشگاهی وزارت متبوع قرار گیرد. (شایان ذکر است این بند در سال ۱۴۰۱ منحصرأ بصورت پایلوت در سطح معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی و دفاتر زیر مجموعه این معاونت به منظور بررسی ابعاد و قابلیت اجرایی بودن اجرا خواهد شد.)

#### ➤ **دسته بندی برنامه‌ها:**

- **برنامه راهبردی:** برنامه‌های مرتبط با حداقل یک سند بالادستی (احکام قانون برنامه پنجساله ششم توسعه، سند برنامه پنجساله ششم توسعه، سیاستهای کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، سیاستهای کلی اقتصاد مقاومتی، قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، مقررات مربوط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مندرج در قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مصوب ۱۴۰۰) قانون جوانی جمعیت)، بیانیه گام دوم انقلاب ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، برنامه مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارایه شده به مجلس شورای اسلامی)
- **برنامه تاکتیکی (اقتضایی):** برنامه‌های مرتبط به یک آیین نامه یا دستورالعمل، بخش نامه و یا قانون خاصی که جزو اسناد بالادستی نمی باشد ولی جز برنامه های حائز اهمیت آن حوزه تخصصی است و به اقتضای ضرورت تدوین و اجرا می شوند.
- **برنامه جاری:** برنامه‌هایی که در سطح کشوری، کلان و مهم دسته بندی می شوند و سالانه بودجه مشخصی به آن تعلق می گیرد.

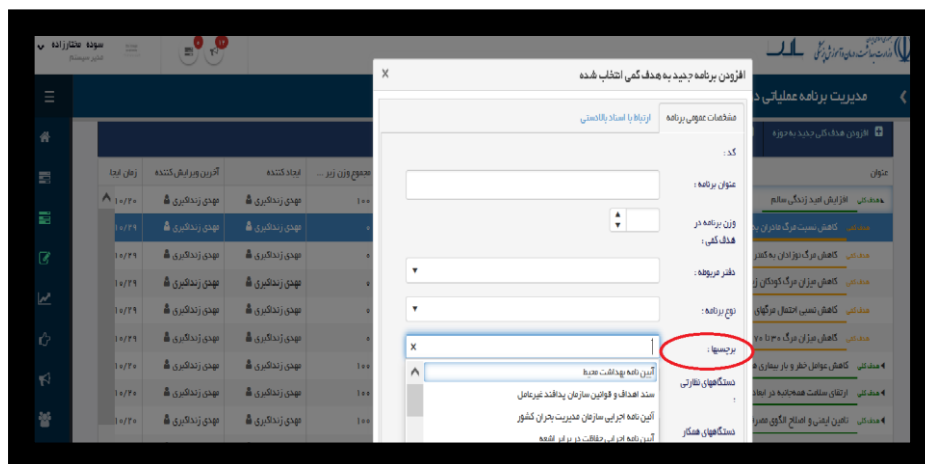
### ➤ ضرورت اتصال برنامه های سال ۱۴۰۱ به برچسب بهره وری:

در راستای دستیابی به اهداف مواد (۳) و (۵) قانون برنامه ششم توسعه با توجه به آیین نامه اجرایی بند (ج) تبصره ۲۰ قانون بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور به شماره ۴۱۸۹/ت/۵۸۸۸۷ ه مورخ ۱۴۰۰/۳/۲۰ و لایحه پیشنهادی دولت برای بودجه سال ۱۴۰۱ بند(ز) تبصره (۱۸)، و نظر به تصویب سند برنامه ارتقای بهره‌وری زیربخش بهداشت و خدمات اجتماعی، ابلاغی سازمان اداری و استخدامی کشور طی نامه شماره ۳۷۱۷۶ مورخ ۱۴۰۰/۷/۱۹، می‌بایست برنامه های ارتقای بهره‌وری ۱۴۰۱، مصوب سازمان ملی بهره‌وری در برنامه عملیاتی مشترک ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی در حوزه های تخصصی مربوطه قرار گیرد.

✓ **لازم است حوزه‌های تخصصی ستادی در زمان تعریف برنامه های سال ۱۴۰۱ در سامانه (HOP) برنامه های مرتبط با موضوع فوق را در قسمت برچسب ها به برچسب بهره‌وری متصل نمایند.**

### ❖ استفاده از امکان برچسب زدن به برنامه ها در زمان تدوین در سامانه:

در سالهای اخیر امکان افزودن برچسب به برنامه ها در زمان تدوین برنامه در سامانه افزوده شده است. حوزه‌های تخصصی ستادی می‌توانند برنامه‌های تدوین شده را به برچسب مربوطه متصل نمایند تا در طول سال امکان گزارشگیری از آن برنامه‌ها فراهم گردد.



برچسب ها می‌توانند بنا بر نیاز هر حوزه تخصصی با هماهنگی دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی به سامانه اضافه شوند. لیست برچسب‌های موجود در سامانه بدین شرح است:

- سند اهداف و قوانین سازمان پدافند غیرعامل
- ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته
- قانون مدیریت پسماند
- آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات
- آیین نامه مشاغل سخت و زیان آور
- آیین نامه اجرایی حفاظت در برابر اشعه
- قانون اجرای سیاست های کلی اصل چهل و چهارم (۴۴) قانون اساسی
- قانون کار جمهوری اسلامی ایران
- آیین نامه بهداشت محیط
- سند راهبرد ملی بهبود کیفیت آب شرب
- سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در ایران
- آئین نامه اجرایی سازمان مدیریت بحران کشور
- برنامه عملیاتی سه ساله اصلاح نظام اداری دستگاههای اجرایی کشور
- سند دانشگاه اسلامی
- برنامه بهره وری (جدید)
- کلان منطقه آموزشی
- سیاست های کلی نظام اداری ابلاغی مقام معظم رهبری
- طرح تحول نظام سلامت
- سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان
- نقشه راه اصلاح نظام اداری کشور

به نظر می‌رسد مشکل اساسی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی، تاثیر پایین اجرای آن برنامه‌ها در تحقق اسناد فرادستی و برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور و در نهایت ارتقاء شاخص‌های سلامت باشد. زیرا علی‌رغم تحقق بالای ۹۵ درصد از برنامه‌های عملیاتی، هنوز میزان تاثیر و ارتباط اجرای برنامه‌های عملیاتی سالانه در تحقق اسناد فرادستی، احکام برنامه‌های پنج ساله توسعه و ارتقا شاخص‌های سلامت، محسوس نبوده است.

به عنوان یک اصل کلی، اثربخشی یک سیستم (Effectiveness) بطور مستقیم وابسته به صحت اجزا (Validity)، ارتباط (Correlation) و سازگاری (Consistency) آنها با یکدیگر است.

**زمانی که سیاست‌های کلان به برنامه‌های راهبردی تبدیل نشوند و زمانی که برنامه‌های عملیاتی منطبق با برنامه‌های راهبردی تدوین نشوند، همسویی بردارهای اثر اجزای سیستم ایجاد نخواهد شد.** لذا اثربخشی برنامه‌های عملیاتی سالانه در چنین وضعیتی، حتی با سخت‌ترین نظام‌های پایش و ارزشیابی امری محال و انتظاری غیر واقع بینانه خواهد بود.  
در این راستا ضروری است که:

- در تدوین هر برنامه عملیاتی به ارتباط مستقیم و سازگاری با سیاست‌های فرادستی توجه شود. (اتصال با اسناد بالادستی)
- در تدوین هر برنامه عملیاتی، به ارتباط مستقیم و سازگاری با احکام قانون برنامه توسعه به عنوان راهبردهای ارتقا نظام سلامت توجه شود.
- ترجیحا سهم تدوین برنامه‌های عملیاتی متأثر از برنامه‌های راهبردی (فرادستی) و تاکتیکال<sup>۱</sup> به ترتیب ۹۰ و ۱۰ درصد باشد.
- اعتبار (Validity) اجزای نظام برنامه‌ریزی شامل سیاست‌ها، راهبرد‌ها، اهداف کلی و کمی و برنامه‌های عملیاتی بطور مستمر بررسی شود.
- سازگاری (Consistency) هر یک از اجزای فوق با سایر اجزا هر ساله به هنگام تدوین برنامه‌های عملیاتی بررسی شود.
- تداوم (Continuity) اجرای برنامه‌های عملیاتی سال گذشته در راستای اجرای راهبردها و اسناد ملی هر ساله به هنگام تدوین برنامه‌ها مورد بررسی قرار گیرد و چنانچه نیاز است در سال بعد مد نظر باشد.

(۱) منظور از برنامه‌های تاکتیکال برنامه‌هایی هستند که به اقتضای ضرورت تهیه و اجرا می‌شوند.



➤ ارتباط (Correlation) اهداف کلی و کمی سند پشتیبان با یکدیگر و با احکام قانون برنامه های توسعه پنج ساله (راهبردهای ارتقا نظام سلامت) به هنگام تدوین برنامه های عملیاتی سالانه بررسی شود.

➤ ارتباط (Correlation) برنامه های عملیاتی با احکام قانون برنامه های توسعه پنج ساله (راهبردهای ارتقا نظام سلامت) و اسناد ملی به هنگام تدوین برنامه های عملیاتی سالانه بررسی شود.

➤ تدوین، پایش و ارزشیابی (Monitoring & Evaluation) برنامه های عملیاتی سالانه، در راستای اجرای راهبردهای ارتقای نظام سلامت و منطبق با **احکام سلامت قانون برنامه هفتم توسعه** اقتصادی اجتماعی فرهنگی کشور بطور منسجم صورت پذیرد. (در صورت ابلاغ تا پایان سال)

### سایر نکات مهم

با توجه به تجارب حاصله، نیازمندی های جدید مطرح شده توسط مدیریت ارشد و نهادهای بالادستی و همچنین بازخوردهای دریافتی از مدیران و مسئولان پایش ستادی و دانشگاهی، تحولات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱ 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 پروژه ها و برنامه ها 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 پیش بینی شده در سامانه در این مرحله شامل سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، احکام برنامه ششم توسعه، احکام دائمی برنامه های توسعه، قانون جوانی جمعیت و بیانیه گام دوم انقلاب است. (عدم ارتباط یک برنامه با هیچ یک از احکام یک یا چند سند بالادستی گزینه قابل انتخاب در شرایط خاص می باشد).

همچنین **سند تحول دولت مردمی** که در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۸ به امضای ریاست محترم جمهوری رسیده پس از ابلاغ نهایی جزو اسناد بالادستی ضروری خواهد بود و برنامه های عملیاتی حوزه ها بایستی به بندهای مرتبط آن وصل گردند. در این سند مبحث ششم از فصل پنجم از بخش دوم بطور مستقیم از مسئولیتهای وزارت بهداشت محسوب میشود. در فصول دیگر نیز وزارت بهداشت بطور غیر مستقیم مسئولیت

همکاری و مشارکت خواهد داشت. مبحث سلامت به ۴ چالش اساسی نظام سلامت: درمان محوری نظام سلامت و بی توجهی به پیشگیری؛ بهره مندی ناکافی و دسترسی غیرعادلانه به خدمات پزشکی بویژه در مناطق محروم؛ بهره وری پایین هزینه کرد در بخش بهداشت و درمان؛ رقابت ناسالم و بهره مندی ناکافی از ظرفیت صنایع دارویی و کالاهای سلامت محور پرداخته که برای حل آنها ۲۰ راهبرد و ۳۹ اقدام در قالب ۱۱ عامل اساسی شناسایی و ذکر گردیده است. از خصوصیت‌های دیگر سند: تعیین نشانگرهای وضعیت مطلوب و محورهای تحول آفرین است. بازه زمانی اقدامات شامل: کوتاه مدت؛ تا پایان ۱۴۰۱، میان مدت؛ تا پایان ۱۴۰۲ و دراز مدت؛ تا پایان مدت دولت سیزدهم می باشد.

### ➤ در خصوص طرح عدالت و تعالی نظام سلامت:

هدف اصلی این طرح ارتقای کمی، کیفی و عادلانه شاخص‌های سلامت و آموزش پزشکی است. مهمترین مسئله در این طرح، تقویت، بازسازی و گسترش نظام شبکه بهداشت و درمان کشور است که از تاکیدات رهبر معظم انقلاب نیز می باشد. به نحوی که دسترسی عادلانه همه آحاد جامعه به خدمات بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش تامین گردد؛ ضمن اینکه پیش نیازهای تامین منابع پایدار در بخش سلامت، توزیع متوازن نیروی انسانی تخصصی و تقویت نظام بیمه پایه در بستر پرونده الکترونیک سلامت محقق گردد.

اصلاح ساختار وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پاسخگویی موثر به نیازهای جامعه، اجتماعی کردن سلامت و تقویت نقش مردم و همکاری تمامی نهادها و سازمان‌های دخیل در حوزه سلامت؛ استفاده حداکثری از ظرفیت حوزه خیرین سلامت، حرکت به سمت خودکفایی کشور در تامین دارو، تجهیزات پزشکی و واکسن، حمایت از شرکت‌های دانش بنیان در تقویت بازسازی و نوسازی اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی، افزایش بهره‌وری خدمات در نظام سلامت و حداکثر استفاده از مراکز دولتی، تغییر رویکرد نظام سلامت از درمان محوری به پیشگیری محوری و طب ایرانی، هوشمند سازی و یکپارچه‌سازی نظام ارائه خدمات سلامت، ارتقای سطح سواد سلامت جامعه در راستای افزایش خود مراقبتی فعال، اصلاح سبک زندگی، محرومیت‌زدایی، اجرای پزشک خانواده و کاهش خدمات کاذب و القایی از دیگر رئوس این طرح است.

با توجه به اهمیت موضوع و طرح فوق در برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱، الزامات ورود برنامه های مرتبط با طرح فوق در سامانه ایجاد می گردد که متعاقبا زمانبندی و نحوه ورود اطلاعات به سامانه از طریق مکاتبه اعلام خواهد شد.

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

➤ با توجه به نیازهای گزارش دهی، لازم است **وضعیت بودجه ای هر یک از برنامه ها** (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 دوره ای و مدون از درصد تحقق برنامه ها در حوزه های تخصصی توسط مدیران پایش هر حوزه انجام گردد.

➤ مشارکت حداکثری دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور در جلسات کارگروه های تدوین برنامه عملیاتی که در معاونت ها و حوزه های تخصصی ستاد وزارتخانه برگزار می شود.

➤ مطالعه دقیق شیوه نامه تدوین و پایش برنامه عملیاتی توسط اعضای کارگروه های تخصصی و پایبندی حداکثری به چارچوب ها و مفاهیم مندرج در آن؛

➤ تضمین پشتوانه مدیریتی برای کلیه برنامه های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامه ها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه های علوم پزشکی؛

- واقع بینی 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 ۶ 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 هم از طریق سامانه و هم مکاتبه با حوزه های تخصصی مربوطه؛
- 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 وبینارهای 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 نکات ذیل توجه زیادی داشته باشند:

۱. همانگونه که مستحضرید در بازه شهریورماه هر سال ۱۰ تا ۲۰ درصد اصلاحات در برنامه عملیاتی لحاظ می‌گردد. حجم بالای اصلاحات در هر حوزه نشان‌دهنده عدم دقت کافی تمام ذینفعان در زمان تدوین برنامه است.
۲. 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؛
۳. تعامل با دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی جهت هم‌سوئی و عدم تداخل برنامه‌های مشترک و یا مکمل با سایر حوزه‌های تخصصی وزارت متبوع؛

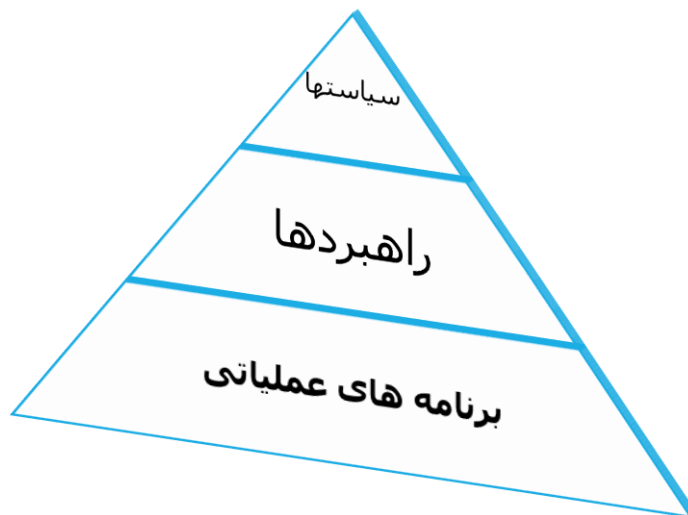
۴. عدم ارزیابی انطباق به موقع فعالیت‌های خود اظهاری شده توسط دانشگاه‌ها موجب ایجاد نمره منفی در درصد تحقق دانشگاه‌ها می‌گردد.
۵. همچنین مسئولین پایش برنامه عملیاتی ستادی دقت نمایند تعداد بالای تاخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیت‌ها نشان دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامه‌ها می‌باشد.
۶. نکته مهم در خصوص ارزیابی انطباق فعالیت‌ها: در حوزه‌های تخصصی مواردی دیده می‌شود 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 توسط دانشگاه‌ها، انجام می‌گردد.

## 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. اجزای نظام برنامه ریزی



## ۲. مولفه‌های برنامه عملیاتی

از برنامه عملیاتی یا برنامه اقدام (Action Plan) تعاریف مختلفی ارائه شده است و اجماع چندانی در این زمینه وجود ندارد. اما در این شیوه‌نامه، برنامه عملیاتی (برنامه 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 ۱۴۰۱) 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	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 ۱۴۰۱، برگرفته از سند پشتیبان برنامه ششم توسعه با آخرین تغییرات آن، طی نامه شماره ۱۳۰/۳۳۹/د مورخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۶ ابلاغ گردید. بدیهی است اهداف کلی و کمی ابلاغ شده باید منطبق با ضرایب رشد شاخص‌های مذکور در سند پشتیبان برنامه ششم توسعه امتداد و ارتقا یابند.

- **هدف کمی:** اهداف کلی ماهیت کلان دارند و باید 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

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

هدف کلی	اهداف کمی	واحد سنجش	وضعیت در انتهای هر سال					
			۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵
افزایش امید زندگی	کاهش نسبت مرگ مادران	مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده	۱۸,۵	۱۸	۱۷	۱۶,۵	۱۶	۱۵
	کاهش مرگ نوزادان	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	۸,۸	۸,۸	۸,۲	۷,۶	۷,۲	۶,۹
	کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال	مرگ نوزاد در هزار تولد زنده	۱۶	۱۵,۶	۱۴,۴	۱۳,۳	۱۲,۳	۱۱,۳
	کاهش میزان مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال	مرگ درصد هزار نفر جمعیت	۳۱۴,۵۱	۳۰۸,۲۲	۳۰۱,۹۳	۲۹۵,۶۴	۲۸۹,۳۵	۲۸۳,۰۶

اهداف کمی نیز مانند اهداف کلی بعضا 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 باید 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



مقدورات 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)

استان‌ها													هدف کمی			
ارdebیل	اصفهان	شیراز	آذربایجان شرقی	آذربایجان غربی	بوشهر	تهران	آلوهی	خراسان جنوبی	خراسان رضوی	خراسان شمالی	خوزستان	زنجان		سمنان	یلوچستان و سیستان و بلوچستان	فارس
۲۰	۲۰	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	۱۰۰	۱۰۰	توسعه خوابگاه‌های مشارکتی
۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	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:** لازم است اهداف کمی قابل اندازه‌گیری باشند و مقادیر آن‌ها در ابتدای سال ۱۴۰۱ 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 لیسمانیوز
- 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 فراورده‌های 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 نمی کند.

○ 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.

### نکات کلیدی

- تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در ۶ 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:** اغلب 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 سیاست-های 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 عینی (Objective) و 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 سال‌های 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 فعالیت‌ها مستلزم جمع‌آوری میزان پیشرفت، دلیل انحراف و مستندات مربوطه از واحدهای تابعه، توسط مسئولان پایش دانشگاه‌ها است.

به منظور سهولت در خوداظهاری این نوع فعالیت‌ها، 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 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 گزینش‌های تحقیقاتی دانشگاه» نمی‌توان «گزارش گزینش‌های تحقیقاتی اعطاشده در دانشگاه» را به عنوان مستندات و شواهد تعیین کرد بلکه اصل شیوه نامه مورد نظر به عنوان مستند باید ارایه شود.
- **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 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 می باشد).
  - 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 مأموریت‌ها، 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.
- ✓ 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.
- ✓ **نکته حائز اهمیت تعیین برش‌های مربوط به (انستیتو پاستور، سازمان انتقال خون، قلب و عروق شهید رجائی، مجازی، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی) در سامانه می‌باشد.**

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

برنامه	فعالیت	ارومیه	اراک	ارمیه	اصفهان	البرز	اهواز	ایران	ایلام	بابل	بم	بوئسهر	تبریز	تهران
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)	✓											✓	
	پایش محصولات و فرآورده های مرتبط و ارائه گزارش پایش	✓											✓	
آموزش، اطلاع رسانی عمومی و فرهنگ سازی	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 ارائه شد، به ذکر یک مثال می‌پردازیم. (شکل ۲)

شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۱

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 خوار به حداکثر ۰.۰۵٪	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	تعمیر با سایر ارگان های مرتبط	۵	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	آموزش، اطلاع رسانی عمومی	۱۵	تدوین برنامه زمان بندی بازدید از کارخانجات مرتبط	۱۰	فایل برنامه زمان بندی	۹۶/۰۲/۰۱	۹۶/۰۳/۳۱	✓	
						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	✓	
		آموزش، اطلاع رسانی عمومی	۲۰	تهیه، تدوین و چاپ مطالب آموزشی مرحله سوم	۳۰	پایش محصولات و فرآورده های مرتبط و ارائه گزارش پایش	۲۰	گزارش پایش فرآورده ها	۹۶/۱۰/۰۱	۹۶/۱۰/۳۰	✓	
						شناسایی و انتخاب گروههای هدف	۱۰	صور جلسه حاوی گروههای منتخب	۹۶/۰۲/۰۱	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 ۱۴۰۱

برنامه عملیاتی مشترک سال ۱۴۰۱ 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 ۱۴۰۱ 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 می پردازیم:

- **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 می گردد. (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، فرهنگ و دانشجویی، پرستاری، توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی، طب سنتی، بازرسی، آمار و فناوری اطلاعات، حراست، بین‌الملل، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، حقوقی و امور مجلس، سازمان‌های مردم‌نهاد 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 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 ۶ 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، 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 کانال‌های 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 امنای طرح و به تصویب خواهد رسید.
- **گام ۵:** نهایی سازی برنامه‌ها و شروع خوداظهاری و ارزیابی انطباق برنامه عملیاتی مشترک و اختصاصی دانشگاه/دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی؛

## توضیحاتی در خصوص روش رتبه‌بندی دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

با هدف ایجاد مقدمات ارتقا کیفی برنامه‌های عملیاتی و افزایش اثربخشی آنها در ارتقا شاخص‌های کمی سلامت، امسال نیز مانند سال گذشته در روش شناسی (Methodology) رتبه‌بندی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، به گونه‌ای عمل خواهد شد که در کنار بهره‌مندی از معیارهای سال‌های گذشته و بررسی بازخوردهای دریافتی از مدیران پایش ستادی و دانشگاهی، تاثیر تحلیل و بررسی آماری نتایج، ضریب تعیین کننده‌تری نسبت به قبل داشته باشد.

در این روش در ابتدا به منظور سازگاری بیشتر اطلاعات (Consistency)، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی در ۵ دسته مجزا تقسیم و بررسی می‌شوند:

۱. دانشگاه‌های علوم پزشکی قطب کلان منطقه
۲. دانشگاه‌های علوم پزشکی مراکز استان
۳. دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در سایر شهرستان‌ها به جز مراکز استان
۴. دانشکده‌های علوم پزشکی کشور
۵. سایر موسسات و سازمان‌های وابسته

با توجه به روند اجرای برنامه عملیاتی مشترک در ستاد و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و بازخوردهای دریافتی از دانشگاه‌های علوم پزشکی طی سالهای اخیر، دو طبقه‌بندی خواهیم داشت:

۱. در این دسته بندی هر دانشگاه/دانشکده در دسته مربوط به خود (که در بالا اشاره گردید) مورد بررسی قرار می‌گیرد.
۲. سپس روند پیشرفت برنامه عملیاتی هر دانشگاه در ۵ سال گذشته از طریق سامانه پایش برنامه عملیاتی (HOP)، به صورت جداگانه ارائه می‌گردد. این موضوع امکان مقایسه پیشرفت برنامه عملیاتی هر دانشگاه در مقایسه با خود را فراهم ساخته و به نوعی خودارزیابی را ممکن می‌سازد.