



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور حقوقی و مجلس

دی‌ماه ۱۳۹۵

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
۱۵	فصل ۲. فرایند تدوین برنامه عملیاتی
۱۵	۱. مراحل تدوین برنامه عملیاتی
۱۸	۲. ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه عملیاتی
۱۹	۳. یادآوری‌های مهم

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. اخیراً نیز در آستانه برنامه ششم توسعه، اهداف کلی و کمی و نیز راهبردها و سیاست‌های کلان وزارتخانه تدوین شده است که سمت و سوی اصلی فعالیت‌های ستاد وزارت بهداشت و واحدهای تابعه آن در طول برنامه ششم را ترسیم می‌نماید.

اما چشم‌اندازها، سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی، 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 ۱۳۹۶، نسخه جدید شیوه‌نامه تدوین برنامه عملیاتی با تاکید بر آموخته‌ها و تجربیات یک 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 ۱۳۹۶ 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:** عبارت 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 (در اینجا ۵ساله، سال ۱۳۹۹) 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	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 (مشتمل بر ۱۶ هدف کلی) در سال گذشته تدوین و از سوی مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی نامه شماره ۱۰۰/۸۵۶ مورخ ۱۳۹۴/۰۹/۱۸ به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد. در آستانه تدوین برنامه عملیاتی سال ۹۶، اهداف کلی با توجه به بازخوردهای سال ۹۵ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت و متعاقباً طی نامه شماره ۸۴۲/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۵/۰۹/۳۰ از سوی مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید.

• **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 ابتدای برنامه به ۱۵ درصد در انتهای برنامه 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 فرهنگی و دانشجویی نشان می‌دهد.

جدول ۳. مثال‌هایی از «برش استانی اهداف کمی» در برنامه عملیاتی مشترک سال ۹۵

هدف کمی	استان‌ها															
	اردبیل	اصفهان	تبریز	آذربایجان شرقی	آذربایجان غربی	بوشهر	تهران	چهارمحال و بختیاری	خراسان رضوی	خراسان شمالی	خراسان جنوبی	کermanshah	زنجان	سمنان	سیستان و بلوچستان	فارس
افزایش مشارکت دانشجویان در اداره خوابگاه‌های دانشجویی	۲۰	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	۱۰۰
توسعه و تامین فضاهای خوابگاه‌های دانشجویی	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵
ارتقای کیفیت تغذیه دانشجویان	۶۰	۶۰	۵۳	۶۰	۶۰	۶۰	۵۲	۶۰	۵۳	۶۰	۶۰	۵۲	۶۰	۵۳	۶۰	۵۷

اهداف کمی سلامت در برنامه ۵ساله 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 ۹۶، اهداف کمی و برش‌های استانی آن‌ها با توجه به بازخوردهای سال ۹۵ توسط معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه مورد بازبینی و اصلاح قرار خواهد گرفت.

● **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 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 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 دلزدگی مسئولان پایش در ستاد و دانشگاه‌ها باشد. لذا می‌بایست از گنجانیدن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.
- با توجه به اینکه سال ۹۶ آخرین سال دولت یازدهم محسوب می‌شود، می‌بایست جز در موارد خاص و اولویت‌دار، از گنجانیدن برنامه‌های جدید در برنامه عملیاتی خودداری شده و برنامه‌ها معطوف به تکمیل یا اتمام برنامه‌های فعلی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی باشند.
- **نوع برنامه:** برنامه‌ها به لحاظ ماهیت متفاوت هستند. برخی از برنامه‌ها جنبه «توسعه‌ای» دارند. برنامه توسعه‌ای به برنامه‌ای اطلاق می‌شود که متضمن بهبود یا تحول در سازوکارها، فرایندها یا روتین‌های متعارف ستاد یا دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی، ناظر بر ایجاد یا تاسیس یک فرایند یا سازوکار جدید یا گسترش قلمرو یک فرایند یا سازوکار باشد. لذا برنامه‌هایی که عیناً حاوی تکرار فعالیت‌ها به منوال سنوات قبل می‌باشند، توسعه‌ای محسوب نمی‌شوند. برخی از برنامه‌ها نیز ذیل سیاست‌های اقتصاد مقاومتی به عنوان یکی از راهبردهای کلان حاکمیت و بخش سلامت شکل می‌گیرند و بنابراین با عنوان «اقتصاد مقاومتی» شناخته می‌شوند. برخی از برنامه‌ها نیز با توجه به اولویت‌های حوزه تخصصی با عنوان «برنامه اولویت‌دار» مشخص می‌شوند. تعیین نوع هر برنامه در هنگام تدوین برنامه عملیاتی ضرورت دارد، زیرا در هنگام پایش برنامه عملیاتی می‌توان گزارشات پایش را بر اساس نوع برنامه‌ها تنظیم نمود: گزارش پایش برنامه‌های توسعه‌ای، گزارش پایش برنامه‌های مرتبط با اقتصاد مقاومتی، و گزارش برنامه‌های اولویت‌دار.

● **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.

● **تعریف فعالیت:** گرچه فعالیت‌ها به‌گونه‌ای 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 فعالیت اعم از ستادی یا دانشگاهی در حد یک پاراگراف (حداکثر ۱۰۰ تا ۱۵۰ کلمه) توضیح داده شود. تعریف هر فعالیت می‌تواند حاوی توضیحات تکمیلی، اشاره به سوابق قبلی آن فعالیت در ستاد یا دانشگاه، اسناد یا آیین‌نامه‌های مرتبط، فهرست سازمان‌های همکار، ملاحظات یا نکات کلیدی در انجام فعالیت، تفکیک آن از فعالیت‌های مشابه و مواردی از این دست در جهت ابهام‌زدایی و شفافیت

هرچه بیشتر آن فعالیت باشد. تعریف فعالیت‌ها بسته به شرایط به پیوست برنامه عملیاتی منتقل خواهد شد و در محل مناسب در سامانه پایش برنامه عملیاتی به نمایش در خواهد آمد.

● **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.

○ 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 گزنت‌های

تحقیقاتی دانشگاه» نمی‌توان «گزارش گزنت‌های تحقیقاتی اعطاشده در دانشگاه» را به عنوان

مستندات و شواهد تعیین کرد.

● **تاریخ شروع و پایان فعالیت:** هر فعالیت باید تاریخ شروع و پایان مشخصی در قالب تقویم شمسی

داشته باشد؛ مثلاً ۹۶/۰۲/۰۱. 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 ۳ 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.

● **مجری فعالیت:** اهداف کلی، اهداف کمی، برنامه‌ها و فعالیت‌ها در حیطه مأموریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی تدوین می‌شوند، اما مجری همه فعالیت‌های مندرج ذیل یک حوزه تخصصی واحدها، دفاتر و ادارات ذیل همان معاونت یا حوزه تخصصی نیستند. برای مثال در برخی موارد اجرای یک فعالیت در حوزه بهداشت در دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها مستلزم همکاری یکی از دفاتر تخصصی در حوزه درمان است و یا برخی از فعالیت‌هایی که ذیل اهداف کلی حوزه پرستاری شکل می‌گیرد باید توسط دفاتر تخصصی حوزه درمان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی اجرا شود.

لذا لازم است در زمان نگارش برنامه عملیاتی، مجری فعالیت نیز به دقت از میان واحدها یا دفاتر تخصصی ستاد یا دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی تعیین شود. تعیین مجری فعالیت‌ها این امکان را فراهم می‌سازد تا در پایش برنامه عملیاتی، گزارش‌های پایش متناسب با ساختار ستاد یا دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و به تفکیک معاونت‌ها یا دفاتر و واحدهای تخصصی تدوین شود و در اختیار مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی قرار گیرد.

● **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

برش		تاریخ پایان	تاریخ شروع	وزن نسبی	فعالیت	برنامه
دانشگاهی	ستادی					
	✓	۹۵/۰۳/۳۱	۹۵/۰۲/۰۱	۱۰	تدوین زمان‌بندی و دستورالعمل بازدید و نمونه‌برداری	بازرسی و کنترل مستمر واحدهای تولیدی و محصولات
	✓	۹۵/۰۴/۳۱	۹۵/۰۴/۰۱	۱۰	ابلاغ زمان‌بندی به معاونت‌های غذا و داروی دانشگاه‌ها	
✓		۹۵/۰۶/۳۱	۹۵/۰۵/۰۱	۱۰	بر آورد تجهیزات نظارتی و آزمایشگاهی	
	✓	۹۵/۰۹/۳۰	۹۵/۰۵/۰۱	۲۰	تخصیص و ابلاغ اعتبارات	
✓		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۰۷/۰۱	۱۵	خرید، نصب و راه‌اندازی تجهیزات	
✓		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۰۷/۰۱	۱۰	بازرسی از صنایع	
✓		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۰۷/۰۱	۲۵	پایش محصولات و فرآورده‌های مرتبط	

• **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 برعهده 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 کلان مناطق 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	تفصیلات	تهران	اصفهان	کرج	پایام	پوشهر	چهاران	ایران	شهرکرد	مشهد	گازدار	سبزوار	تربت جام	بمشهر	تربت خدیجه	بیرجند	اصفهان	اهواز	بهبهان	دزفول	ایلام	شوش	زنجان	سمنان	
مراقبت بیماری سالک	اجرای برنامه مبارزه با ناقل بیماری و جوده کشی در دانشگاه های دارای کانون بیماری	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	اجرای مراقبت بیماری سالک در دانشگاه های علوم پزشکی کشور دارای کانون بیماری	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	برگزاری کمیته های استانی و شهرستانی بیماری سالک	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	اجرای تحقیقات کاربردی در زمینه در مان های جدید بیماری سالک، یا مرکز پوست و جنام و انسیتو پاستور تهیه ، تدوین و چاپ راهنمای کشوری و منون آموزشی برگزاری کارگاههای آموزشی همایش کشوری ، روز ملی ، روز جهانی و جلسات کمیته فنی نظارت و پایش و ارزشیابی برنامه مراقبت	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
راه اندازی شبکه آزمایشگاهی تشخیص لیشمناویوزانگل شناسی ()	برگزاری کارگاههای آموزشی برای تشخیص بیماری سالک در استان و شهرستانها	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	اجرای استاندارد سازی مراکز تشخیص در استان های دارای کانون بیماری سالک	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	تهیه ، تدوین و چاپ راهنمای کشوری و منون آموزشی برگزاری کارگاههای آموزشی همایش کشوری ، روز ملی ، روز جهانی و جلسات کمیته فنی نظارت و پایش و ارزشیابی برنامه مراقبت	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

• **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 آن جا 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 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.

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

هدف کلی: کاهش بار ناشی از بیماریها و عوامل خطر

هدف کلی	وزن نسبی (درصد)	برنامه	وزن نسبی (درصد)	فعالیت	مسئول بایش	تاریخ شروع	تاریخ پایان	ستاد	دانشگاه
کاهش شیوع کلسترول خون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم	۱۰۰	پیشگیری و کنترل اختلال چربی های خون	۲۰	شناسایی فعال افراد مبتلا به اختلال چربی های خون در قالب بسته خدمتی سطح اول در مناطق روستایی و شهری		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۱۲/۱۵		
			۵۰	مراقبت فعال از افراد مبتلا به اختلال چربی های خون در قالب بسته خدمتی سطح اول در مناطق روستایی و شهری		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۱۲/۱۵		
			۳۰	بازآموزی پزشکان عمومی و سایر پرسنل بهداشتی		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۱۲/۱۵		
	۲۰	تدوین و اجرای برنامه توسعه فعالیت بدنی	۳۰	تدوین برنامه و آیین نامه های توسعه فعالیت بدنی		۹۵/۶/۳۰	۹۵/۱۲/۱۵		
			۳۰	تدوین برنامه فعالیت بدنی در محیط های کاری کارمندان		۹۵/۶/۳۰	۹۵/۱۲/۱۵		
			۴۰	اجرای برنامه فعالیت بدنی در قالب بسته خدمتی سطح اول در مناطق روستایی و شهری		۹۵/۱۱/۳۰	۹۵/۶/۳۰		
			۲۰	تدوین متون آموزشی پروتکل فعالیت فیزیکی میانسالان		۹۵/۰۲/۳۱	۹۵/۰۱/۱۵		
	۳۰	ساماندهی بهبود فعالیت فیزیکی میانسالان	۳۰	تأمین متون آموزشی		۹۵/۶/۳۰	۹۵/۳/۱		
			۳۰	فرآهم سازی مقدمات راه اندازی مراکز مشاوره شوه زندگی سالم در بخش خصوصی		۹۵/۹/۱	۹۵/۷/۱		
			۲۰	برگزاری کارگاه های آموزشی مشترک و جشنواره ها با فدراسیون ها و انجمن های مربوطه		۹۵/۱۰/۱	۹۵/۳/۱		
۳۰	پیشگیری از کم تحرکی دانش آموزان	۴۰	تدوین برنامه پیشگیری از کم تحرکی دانش آموزان		۹۵/۵/۳۱	۹۵/۲/۱			
		۳۰	اجرای آزمایشی برنامه در دانشگاههای منتخب		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۶/۱			
		۳۰	بایش و ارزشیابی مداخلات انجام شده		۹۵/۱۲/۱۵	۹۵/۶/۱			
۲۰	تدوین برنامه بهبود فعالیت فیزیکی در جوانان	۷۰	بررسی وضعیت فعالیت فیزیکی در جوانان		۹۵/۳/۳۱	۹۵/۲/۱			
		۳۰	تدوین برنامه بهبود وضعیت فعالیت فیزیکی در جوانان		۹۵/۷/۳۰	۹۵/۵/۱			

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 ۱۳۹۶

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 ۱۳۹۵ به تصویب خواهد رسید.

به منظور حفظ یکپارچگی، هماهنگی و وحدت رویه، برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۶ نیز می‌بایست در چارچوب همین شیوه‌نامه و ذیل اهداف کلی ابلاغی از سوی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و همزمان با برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه/دانشکده به تصویب برسد.

در سال ۱۳۹۶ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی خواهند توانست برنامه‌های اولویت‌دار اختصاصی 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 ۱۳۹۶ توسط 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 سال گذشته با مشارکت کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی و همچنین دستگاه‌های تابعه وزارت بهداشت و نیز با بهره‌گیری از دیدگاه‌های صاحب‌نظران و کارشناسان بخش بهداشت و سلامت، با استناد به اسناد فرادست و با عنایت به مقدرات و محدودیت‌های جاری کشور، اهداف کلی و کمی سلامت در برنامه ششم توسعه تدوین و به دانشگاه‌ها ابلاغ گردید. ذیل هر هدف کلی، چند هدف کمی قرار گرفت و مقدار آن در انتهای سال ۹۴، و همچنین مقادیر مطلوب آن در انتهای هر سال برنامه ششم توسعه معین شد. اهداف کلی و کمی طی نامه ۱۰۰/۸۵۶ + ۱۳۹۴/۰۹/۱۸ از سوی وزیر محترم بهداشت به کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید. لذا بر مبنای آموخته‌ها و بازخوردهای ناشی از تدوین و پایش برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در یک سال گذشته، اهداف کلی مورد بررسی مجدد قرار گرفت و طی نامه شماره ۱۰۰/۸۴۲ مورخ ۹۵/۰۹/۳۰ از سوی مقام محترم وزارت به کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید.

● **گام ۲: تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک:** در این گام کارگروه‌هایی با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی (شامل بهداشت، درمان، غذاودارو، آموزش، تحقیقات و فناوری، فرهنگی و دانشجویی، پرستاری، اجتماعی، توسعه مدیریت و منابع، طب سنتی، بازرسی، آمار و فناوری اطلاعات، حراست و سایر حوزه‌های تخصصی که توسط کمیته برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه تعیین خواهد شد)، نمایندگان معاونت برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور حقوقی و مجلس (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.

- **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 روسای دبیرخانه هیات امنای 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: 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 ۷: تهیه مجلد برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این گام دبیرخانه برنامه عملیاتی نسبت به آماده‌سازی مجلد برنامه عملیاتی یکایک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی متناسب با برش‌های دانشگاهی آن‌ها اقدام خواهد نمود. برخلاف سال ۹۵ که برنامه عملیاتی همه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در دو مجلد تدوین شده بود و دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها برای اطلاع از فعالیت‌های خود می‌بایست به پیوست (برش دانشگاهی) می‌کردند، در سال ۹۶ هر دانشگاه/دانشکده دارای یک جلد برنامه عملیاتی خواهد بود که صرفاً حاوی برش دانشگاهی همان دانشگاه/دانشکده می‌باشد.

- **گام ۸:** تصویب برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی: در این مرحله، برنامه عملیاتی هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی که شامل برنامه عملیاتی مشترک و اختصاصی همان دانشگاه/دانشکده است، در جلسه هیات امنای طرح و به تصویب خواهد رسید.
- **گام ۹:** 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 ۱۰:** مبادله تفاهم‌نامه مابین دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و ستاد وزارتخانه: در این گام تفاهم‌نامه ۳جانبه‌ای با موضوع برنامه عملیاتی بین ستاد وزارتخانه (معاونت‌های توسعه مدیریت و منابع، و برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور حقوقی و مجلس) و هر کدام از دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی مبادله 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	۹۵/۰۹/۳۰	دبیرخانه برنامه عملیاتی
۲	تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک	۹۵/۱۱/۰۱	معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه
۳	برگزاری همایش با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۵/۱۱/۰۶	دبیرخانه برنامه عملیاتی
۴	بررسی پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۵/۱۱/۱۶	دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی
۵	نهایی‌سازی برنامه عملیاتی مشترک	۹۵/۱۱/۲۰	معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه
۶	تجمیع و یکپارچه‌سازی برنامه عملیاتی مشترک	۹۵/۱۱/۲۵	شورای معین برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه

شورای معین برنامه‌ریزی ستاد وزارتخانه	۹۵/۱۱/۳۰	تهیه مجلد برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۷
دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۹۵/۱۲/۱۵	تصویب برنامه عملیاتی مشترک در هیات امنای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی	۸
دبیرخانه مرکزی هیات‌های امنای	۹۵/۱۲/۱۸	تایید مقام عالی وزارت و ابلاغ مصوبه هیات امنای به دانشگاه/دانشکده	۹
دبیرخانه برنامه عملیاتی	۹۵/۱۲/۱۸	مبادله تفاهم‌نامه مابین دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و ستاد وزارتخانه	۱۰
دبیرخانه برنامه عملیاتی	۹۵/۱۲/۳۰	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 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 کلیه 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)
- 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 برش استانی اهداف کمی
- تفکیک دقیق نقش ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در حین نگارش برنامه عملیاتی مشترک
- توجه به توانمندی‌ها و محدودیت‌ها و همچنین وضع موجود دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در حین تعیین برش‌های دانشگاهی
- توجه ویژه به آموخته‌ها، تجارب و بازخوردهای ناشی از پایش برنامه عملیاتی در یک 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 تأکید 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

۳. یادآوری‌های مهم

- همان‌طور که اشاره شد برنامه عملیاتی مشترک به تصویب هیات امنای کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی خواهد رسید. لذا پس از تصویب برنامه عملیاتی در هیات امناء، امکان تغییر آن (اعم از تغییر در متن برنامه‌ها، فعالیت‌ها، تاریخ شروع و پایان، برش‌های دانشگاهی، برآورد هزینه، مجری فعالیت‌ها و ...) وجود نخواهد داشت.
- برنامه عملیاتی مشترک همه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی توسط دبیرخانه برنامه عملیاتی (مستقر در معاونت برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور حقوقی و مجلس ستاد وزارتخانه) در سامانه پایش برنامه عملیاتی بارگذاری خواهد شد. لذا نیازی به بارگذاری برنامه عملیاتی مشترک توسط دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی وجود ندارد. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی صرفاً مسئول بارگذار برنامه‌های اولویت‌دار اختصاصی خود در سامانه پایش برنامه عملیاتی می‌باشند که شیوه‌نامه آن متعاقباً ابلاغ خواهد شد.