

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی



شیوه نامه تدوین و پایش برنامه عملیاتی و شاخص های نظام سلامت
در سال ۱۴۰۳



فهرست

۳	مقدمه
۴	ضرورت بازنگری و توسعه نظام برنامه ریزی
۴	تغییر نظام برنامه ریزی
۸	لزوم تدوین و پایش شاخص
۹	توسعه سامانه پایش برنامه عملیاتی از HOP به سامانه راهبری نظام سلامت
۹	کاستی های سامانه HOP
۱۰	اهداف اختصاصی توسعه سامانه راهبری نظام سلامت
۱۱	امکانات سامانه راهبری نظام سلامت
۱۲	نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی و برش های فعالیت ها
۱۳	سایر نکات مهم در تدوین برنامه و فعالیت ها
۱۶	نکات قابل توجه مسئولان برنامه ریزی ستاد وزارت
۱۸	اینفوگرافی نسل دوم نظام برنامه ریزی سلامت
۱۸	تدوین اهداف کلی، اختصاصی و شاخص های حوزه سلامت
۱۹	هدف اختصاصی
۲۰	نکات مهم در تدوین اهداف اختصاصی
۲۵	ویژگی های شاخص های کلیدی عملکرد
۲۶	شناسنامه شاخص
۳۰	روش شناسی رتبه بندی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور
۳۱	فرایند ارتباط و پاسخگویی در نظام برنامه ریزی و نظارت راهبردی
۳۲	شرح وظایف مسئولین نظام برنامه ریزی
۳۳	شرح وظایف مسئول برنامه ریزی حوزه های تخصصی ستاد
۳۳	شرح وظایف مسئول برنامه ریزی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

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

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

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

دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی

ضرورت بازنگری و توسعه نظام برنامه ریزی

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

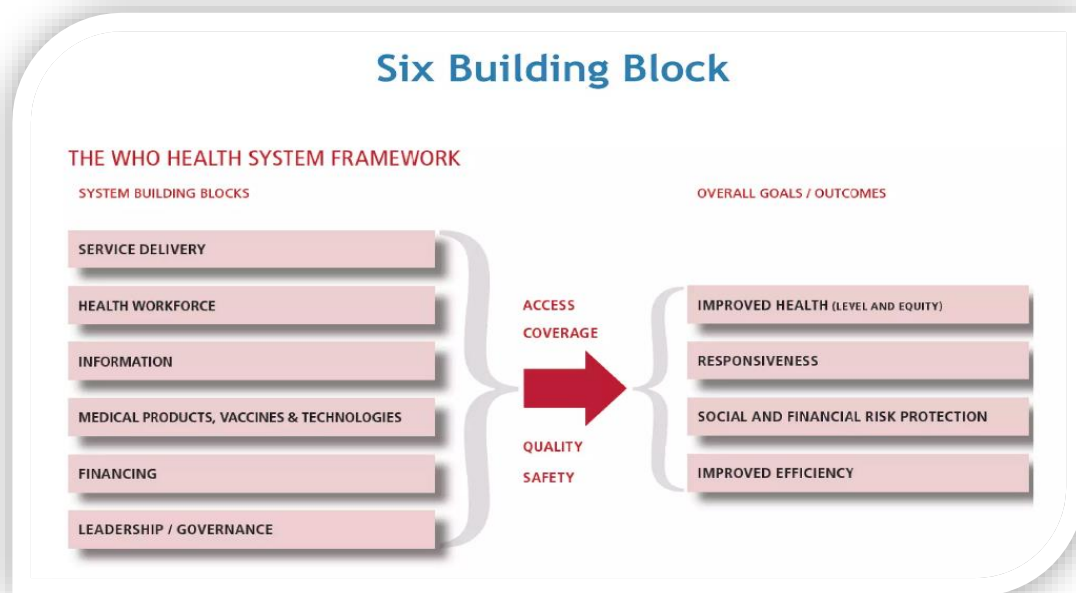
دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی برنامه‌ریزی، وظیفه مدیریت، تدوین و پایش برنامه‌ها و ارائه گزارش‌های ادواری در سطوح مدیریتی و بررسی چالش‌ها و پیشنهادهای مدیران و کارشناسان در راستای ارتقاء برنامه‌ریزی را عهده‌دار می‌باشد. در راستای ارتقاء فرایند برنامه‌ریزی، این دفتر برنامه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

طی سالیان گذشته گزارش پیشرفت اجرا و تحقق برنامه عملیاتی هر دانشگاه در جلسات هیات امنای دانشگاه/دانشکده‌ها و با حضور اعضای محترم هیات امنای مطرح می‌شد. و با توجه به تجربه پیاده‌سازی نظام برنامه ریزی بدین شکل و با توجه به اینکه در اکثر جلسات فوق‌الذکر از درصد دستیابی دانشگاه به شاخص‌ها و میزان تأثیر عملکرد آن دانشگاه در دستیابی به اهداف سوال مطرح می‌شد، و با توجه به بررسی‌های کارشناسی صورت گرفته، به این نتیجه رسیدیم که مشکل اساسی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی طی سالیان اخیر، تأثیر پایین اجرای برنامه‌ها در تحقق اسناد فرادستی و برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور و عدم ارتباط بین شاخص و اهداف در راستای ارتقاء شاخص‌های سلامت است.

تغییر نظام برنامه ریزی

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت بهداشت با بهره‌مندی از مدل‌های مختلف اجرای نظام برنامه‌ریزی نظیر چارچوب نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی که بر پایه تئوری ۶ پایه اساسی بنا شده است، اهداف کلی نظام سلامت در سال ۱۴۰۳ را بازنگری نمود. این فرایند با برگزاری سلسله جلسات تخصصی با تیم متخصصین

صاحب نظر در این خصوص صورت گرفت. در نهایت اهداف کلی در سه دسته بندی اهداف ساختاری، فرآیندی و پیامدی قرار گرفت و به حوزه های تخصصی ستادی ابلاغ گردید.



شکل ۱: مدل سازمان بهداشت جهانی

ردیف	اولویت	سبب های کلی سلامت	سند تحول دولت	برنامه نظام عالی	طرح عدالت و تعالی
۱	ارتقای عدالت سلامت در ایجاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی		✓		
۲	توسعه و ارتقاء مراقبت ها و خدمات نظام سلامت (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و تشخیصی) از نظر ایجاد کادری معادلت و تعالی، با تضمین فراهمی، دسترسی، قابلیت خرید و بهره مندی از خدمات پایه برای عموم مردم مبتنی بر اصول و ارزشهای انسانی	✓	✓	✓	✓
۳	تقویت، بازسازی و توسعه شبکه بهداشتی و درمانی کشور با تمرکز بر استقرار کامل طرح سلامت خانواده سطح بندی	✓	✓		
۴	خدمات نظام ارتجاع و آمایش سرزمین	✓	✓		
۵	ارتقای کمی و کیفی سواد سلامت جامعه	✓			
۶	توسعه خدمات طب ایرانی، مکمل، سنتی و داروهای گیاهی	✓	✓	✓	✓
۷	استقرار سازوکارهای حمایت از خانواده و جویی جمعیت در حوزه اختیارات وزارت بهداشت	✓	✓		
۸	ارتقای حلقه های مالی و اجتماعی از مردم در برقراری هزینه های سلامت	✓			
۹	تقویت همکاری های دوجانبه و چندجانبه بین کشوری و بین المللی و مشارکت های اجتماعی و اقتصادی در نظام سلامت با اولویت وزارت بهداشت	✓	✓		
۱۰	تأمین پایدار و رشد تولید دارو، واکسن، فرآورده های سلامت، ملزومات و تجهیزات پزشکی و امنیت غذا و سلامت تعدیه (شمار سال)	✓			
۱۱	ارتقاء پاسخگویی، شفافیت، مبارزه با فساد، مدیریت تعارض منافع، حفظ شأن و کرامت مردم و حقوق گیرندگان خدمات در نظام سلامت	✓	✓	✓	✓
۱۲	ارتقاء بهره وری، تأمین پایدار منابع و اصلاح الگوی مصرف نظام سلامت در راستای اقتصاد مقاومتی و مهارت نوب (شمار سال)	✓	✓	✓	✓
۱۳	توسعه و ارتقا سرمایه های انسانی سلامت و صیانت از حقوق کارکنان	✓	✓	✓	✓
۱۴	توسعه و توسعه هوشمند سازی، زیرساختها، فناوری اطلاعات و هوش مصنوعی در نظام سلامت در بخش های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی، تشخیصی و غذا و دارو	✓	✓		
۱۵	توسعه قابلیت نوآوری، کارآزمایی و استفاده از فن آوری های نوین در نظام سلامت	✓	✓		
۱۶	توسعه فرهنگ و سبک زندگی ایرانی - اسلامی (اندکسچین، کارکنان حیات علمی، غیر حیات علمی)	✓	✓		
۱۷	ارتقای تاب آوری و مدیریت خطر نظام سلامت در مقابل حوادث و پاندا	✓			

ردیف	هدف	گروه های نظام سلامت																		
		مختص راه دور	راه فصل	انسان های سالم	بیماران	عوارض	تخصصی	پزشکی	تخصصی	کودک	کهنسالان									
۱	ارتقای عدالت سلامت در ایجاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی																			
۲	توسعه و ارتقاء مراقبت ها و خدمات نظام سلامت (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و تشخیصی) از نظر ایجاد کادری معادلت و تعالی، با تضمین فراهمی، دسترسی، قابلیت خرید و بهره مندی از خدمات پایه برای عموم مردم مبتنی بر اصول و ارزشهای انسانی																			
۳	تقویت، بازسازی و توسعه شبکه بهداشتی و درمانی کشور با تمرکز بر استقرار کامل طرح سلامت خانواده سطح بندی																			
۴	خدمات نظام ارتجاع و آمایش سرزمین																			
۵	ارتقای کمی و کیفی سواد سلامت جامعه																			
۶	توسعه خدمات طب ایرانی، مکمل، سنتی و داروهای گیاهی																			
۷	استقرار سازوکارهای حمایت از خانواده و جویی جمعیت در حوزه اختیارات وزارت بهداشت																			
۸	ارتقای حلقه های مالی و اجتماعی از مردم در برقراری هزینه های سلامت																			
۹	تقویت همکاری های دوجانبه و چندجانبه بین کشوری و بین المللی و مشارکت های اجتماعی و اقتصادی در نظام سلامت با اولویت وزارت بهداشت																			
۱۰	تأمین پایدار و رشد تولید دارو، واکسن، فرآورده های سلامت، ملزومات و تجهیزات پزشکی و امنیت غذا و سلامت تعدیه (شمار سال)																			
۱۱	ارتقاء پاسخگویی، شفافیت، مبارزه با فساد، مدیریت تعارض منافع، حفظ شأن و کرامت مردم و حقوق گیرندگان خدمات در نظام سلامت																			
۱۲	ارتقاء بهره وری، تأمین پایدار منابع و اصلاح الگوی مصرف نظام سلامت در راستای اقتصاد مقاومتی و مهارت نوب (شمار سال)																			
۱۳	توسعه و ارتقا سرمایه های انسانی سلامت و صیانت از حقوق کارکنان																			
۱۴	توسعه و توسعه هوشمند سازی، زیرساختها، فناوری اطلاعات و هوش مصنوعی در نظام سلامت در بخش های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی، تشخیصی و غذا و دارو																			
۱۵	توسعه قابلیت نوآوری، کارآزمایی و استفاده از فن آوری های نوین در نظام سلامت																			
۱۶	توسعه فرهنگ و سبک زندگی ایرانی - اسلامی (اندکسچین، کارکنان حیات علمی، غیر حیات علمی)																			
۱۷	ارتقای تاب آوری و مدیریت خطر نظام سلامت در مقابل حوادث و پاندا																			



شکل ۲: تصویر تطبیق اهداف کلی پیشنهادی و اولویت های وزارت بهداشت با کارکردها و اهداف مدل WHO

ده هدف کلی به عنوان اهداف کلی نظام سلامت برگرفته از مدل چارچوب نظام سلامت، سازمان بهداشت جهانی، بر پایه ۶ تئوری پایه اساسی، تدوین گردید و به دنبال تدوین اهداف کلی، اهداف اختصاصی نیز با مطالعه دقیق تمامی مفاد اسناد بالادستی نظیر: سند چشم انداز ۲۰ ساله، سیاست های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، طرح عدالت و تعالی نظام سلامت، سند تحول دولت مردمی، برنامه های مقام عالی وزارت، برنامه هفتم توسعه، سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی، طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده و، ۱۱۴ عنوان هدف

اختصاصی احصاء و به حوزه های تخصصی پیشنهاد گردید. سپس در جلسات فنی تخصصی با حضور مسئولین محترم برنامه ریزی حوزه های تخصصی ستادی هدف اختصاصی هر حوزه مورد نقد و بررسی قرار گرفت و در جلسات کمیته های فنی هر حوزه تخصصی این اهداف مجددا بررسی و پیشنهاد حذف و اضافه به دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی ارائه گردید.



شکل ۳: برگزاری جلسات کمیته فنی و تخصصی نظام برنامه ریزی

لزوم تدوین و پایش شاخص

با توجه به اینکه برنامه های عملیاتی از جنس اجرا هستند و باید اثربخشی این اقدامات بررسی و اندازه گیری شود، سازمان ها برای اندازه گیری و ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته و همچنین اندازه گیری درصد تحقق اهداف تدوین شده باید شاخص هایی را برای اهداف و برنامه ها تعریف و پایش نمایند.

شاخص ها مقادیر قابل اندازه گیری هستند که برای ارزیابی میزان موفقیت یک سازمان در دستیابی به اهداف، مورد استفاده قرار می گیرند. شما می توانید شاخص های سطح بالایی داشته باشید که عملکرد کسب و کارتان را بررسی می کنند، یا می توانید شاخص هایی داشته باشید که فرایندها را در سطح فردی یا در سطح دپارتمان بررسی می کنند.

شاخص های سازمان باید قابل اندازه گیری و همسو با اهداف و مقاصد سازمانی باشند. آن ها به نظارت بر پیشرفت، شناسایی زمینه های بهبود، موانع، کاستی ها، نقاط قوت و در نهایت تصمیم گیری آگاهانه کمک می کنند. شاخص ها می توانند در صنایع و کسب و کارهای مختلف بسته به اولویت ها و اهدافشان متفاوت باشند.

همانطور که توضیح داده شد لزوما اجرای یک برنامه عملیاتی نمی تواند سازمان را به اهداف تدوین شده خود برساند و با انجام ۱۰۰ درصدی برنامه های عملیاتی اهداف مدون شده محقق نمی گردند و باید درصد تحقق اهداف تدوین شده بر اساس شاخص های کلیدی عملکرد اندازه گیری شوند.

بدیهی است سازمان باید برنامه هایی را تعریف نماید که اجرای آن برنامه ها باعث ارتقا و بهبود یک یا چند تا از شاخص های کلیدی سازمان شود. لذا در تعریف برنامه عملیاتی، باید شاخص هایی را که اجرای این برنامه موجب بهبود آنها خواهد شد را انتخاب نمود.

به طور مثال اگر داشتن وزن ایده آل را به عنوان یک هدف تعریف نماییم، برای رسیدن به وزن ایده آل شروع به ورزش کردن می کنیم (برنامه عملیاتی).

ولی بعد از اجرای کامل ورزش ها نمیتوانیم مطمئن شویم که ما به وزن ایده آل رسیده ایم (نمیتوان مطمئن شد که با اجرای ۱۰۰ درصدی برنامه های عملیاتی، هدف محقق می شود).

پس برای اینکه مطمئن شویم که به وزن ایده آل رسیده ایم یا نه باید مجددا وزن خود را اندازه گیری نماییم (پایش شاخص) تا مطمئن شویم که ورزش هایی که انجام داده ایم اثر بخش بوده و ما را به وزن ایده آل رسانده است.

توسعه سامانه پایش برنامه عملیاتی از HOP به سامانه راهبری نظام سلامت

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی با بررسی و جمع‌بندی کلیه نظرها و چالش‌های مطرح شده توسط مدیران ارشد و کاربران سامانه برنامه عملیاتی، لازم و ضروری دانسته به منظور رفع چالش‌ها و تسهیل اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌ها و در راستای دستیابی به اهداف، از تکنولوژی و فناوری‌های نوین سایر شرکت‌ها در راستای ارتقاء نظام برنامه‌ریزی و نیز رفع نیاز کاربران مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استفاده بهینه نماید. لذا هدف اصلی توسعه سامانه برنامه عملیاتی به سامانه راهبری نظام سلامت، توسعه سیستم یکپارچه برنامه‌ریزی و پایش اهداف کلان سازمان، اهداف اختصاصی واحدها، اسناد فرادستی، احکام برنامه‌های پنج‌ساله توسعه و همچنین پایش درصد تحقق شاخص‌های کلیدی سازمان و ایجاد داشبورد مدیریت در سطوح مختلف مدیریتی و ایجاد ارتباط منطقی بین برنامه‌های عملیاتی و اقدامات سازمان با شاخص‌های کلیدی و اهداف بالادستی می‌باشد. در این راستا می‌بایست ارتباط مناسبی بین اهداف کلان سازمان و اهداف اختصاصی واحدها، اسناد فرادستی، احکام برنامه‌های پنج‌ساله توسعه با شاخص‌های کلیدی و برنامه‌های عملیاتی ایجاد گردد تا بتوان تاثیر اجرای برنامه‌های عملیاتی بر روی بهبود شاخص‌های کلیدی عملکرد و به تبع آن تحقق اهداف از طریق شاخص‌ها مورد بررسی قرار گیرد و در صورت عدم تحقق اهداف که از ارتباط اهداف سازمان با شاخص‌های کلیدی مورد بررسی قرار خواهد گرفت، میزان اثر بخش بودن برنامه‌های عملیاتی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین ایجاد داشبوردهای مدیریتی برای پایش پیشرفت برنامه‌ها و وضعیت دستیابی به اهداف و شاخص‌ها جهت استفاده و رصد مدیران در سامانه راهبری نظام سلامت در نظر گرفته شده است.

کاستی‌های سامانه HOP

- عدم امکان رویت نقطه نظرات و علل انحراف انطباق و نشانگر در خروجی اکسل فعالیت‌ها.
- قابلیت‌های سامانه در برنامه عملیاتی مشترک در برنامه عملیاتی اختصاصی وجود ندارد.
- امکان گزارش‌گیری از نظرهای کاربران در قسمت نظرگذاری تخصصی وجود ندارد.
- در زمان ارزیابی انطباق فعالیت‌ها، فایل‌هایی که در دوره‌های قبلی مشاهده شده‌اند، از فایل‌های جدید قابل تفکیک نیستند.
- عدم پیش‌بینی درج و گزارش‌گیری از شاخص‌ها در سامانه
- عدم دسترسی به گزارش‌ساز و BI سیستم
- ضعف در ایجاد گزارشات متنوع بر اساس نیازهای مختلف کاربران
- عدم قابلیت انتقال اطلاعات و گزارشات از سامانه‌های جانبی مانند سیب به سامانه HOP
- گزارش‌گیری ناکارآمد از برنامه‌های اختصاصی دانشگاه‌ها
- عدم وجود چت روم در سامانه برای تبادل اطلاعات

- عدم برقراری ارتباط مؤثر بین شاخص‌های هیئت‌امنا و ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها با برنامه عملیاتی مشترک
- عدم امکان صحت‌سنجی دقیق داده‌ها در سامانه
- عدم نمایش جامع میزان تحقق اهداف در هر معاونت
- عدم نمایش سابقه برنامه‌های سال قبل با امکان ویرایش و حذف
- دسترسی محدود به گزارش‌گیری از سامانه توسط رابطین دفاتر و مراکز معاونت
- عدم قابلیت مشاهده محتوای مستندات بارگذاری شده بدون نیاز به دانلود
- عدم امکان گزارش‌گیری از برنامه‌های اختصاصی در سامانه
- عدم قابلیت دیده شدن «نشانگر» در خروجی اکسل سامانه
- عدم دسترسی به تغییر پسورد و نام کاربری برای مسئولین برنامه ریزی دانشگاه‌ها
- عدم اعمال ضرایب وزنی و عدم مشخص بودن تأثیر برنامه‌ها
- عدم قابلیت ایجاد داشبوردهای مدیریتی برای سطوح مختلف
- توسعه ناکارآمد داشبوردهای گزارش‌گیری دانشگاه، از جمله فعالیت‌های داغ و تحقق اهداف کمی
- عدم امکان رؤیت نظرات و علل انحراف انطباق
- اشتراک‌گذاری ناکارآمد فعالیت‌های سرآمد در بستر سامانه مدیریت دانش جهت بهره‌برداری سایر دانشگاه‌ها
- عدم امکان افزودن قابلیت‌های سامانه در برنامه عملیاتی مشترک به برنامه عملیاتی اختصاصی
- عدم امکان گزارش‌گیری از نظرات کاربران در قسمت نظر‌گذاری تخصصی
- عدم تفکیک و مشاهده فایل‌های جدید از فایل‌های دوره‌های قبلی در زمان ارزیابی انطباق فعالیت‌ها

اهداف اختصاصی توسعه سامانه راهبری نظام سلامت

۱. ایجاد نظام پایش و ارزشیابی با بهره‌مندی از بروزترین نرم افزارها مبتنی بر فناوری‌های نوین؛
۲. امکان فراخوانی داده‌ها از سایر سامانه‌های وزارت متبوع جهت تعیین وضعیت موجود و سری زمانی و گزارش‌گیری‌های مدنظر ذینفعان؛
۳. دسترسی سریع و دقیق به میزان تحقق برنامه‌های کلان و توسعه‌ای معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی؛
۴. ایجاد داشبوردها و گزارشات مدیریتی در سطوح مختلف مدیریتی ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی با بهره‌مندی از نرم افزارهای به روز؛
۵. ایجاد بانک داده و محاسبه شاخص‌های عملکردی از حوزه‌ها و معاونت‌های تخصصی و سطوح دانشگاهی؛
۶. امکان گزارش‌گیری اهداف کلان، اختصاصی، شاخص‌ها و برنامه‌ها متناسب با پیشرفت برنامه در محدوده زمانی قابل تعریف و به تفکیک حوزه‌های تخصصی و دانشگاه‌ها؛
۷. امکان افزودن شناسنامه شاخص و ایجاد بانک شاخص در سامانه ذیل اهداف کلان و اختصاصی و برنامه‌ها؛
۸. امکان تگ نمودن قوانین و اسناد بالادستی و سایر اطلاعات مرتبط با برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی که ماهیت نظارتی دارد و امکان گزارش‌گیری از میزان تحقق بندهای مرتبط با این اسناد؛

۹. تفکیک برنامه‌های توسعه‌ای و جاری در سامانه و امکان تفکیک نمودن نوع برنامه‌ها در گزارش‌گیری؛

امکانات سامانه راهبری نظام سلامت

با هدف ایجاد بستری یکپارچه جهت مدیریت اهداف، شاخص‌ها و برنامه‌های عملیاتی، به سامانه یکپارچه برنامه-ریزی و پیش‌نیاز است که قابلیت‌های زیر را دارا باشد:

- ❖ امکان مدیریت اطلاعات کاربران؛
- ❖ امکان مدیریت ساختار سازمانی؛
- ❖ امکان مدیریت دسترسی‌های کاربران؛
- ❖ امکان اتصال به سامانه‌ها جهت دریافت اطلاعات چارت سازمانی؛
- ❖ امکان مشاهده عملکرد کاربران؛
- ❖ ایجاد ارتباط بین اهداف کلان و اهداف اختصاصی واحدها؛
- ❖ امکان تعریف اهداف بر اساس مدل‌های مرجع مانند BSC؛
- ❖ امکان ایجاد گروه‌بندی‌های مختلف بدون محدودیت؛
- ❖ امکان تعریف نامحدود متغیرهای آماری؛
- ❖ امکان ایجاد برش از متغیرهای آماری برای جمع‌آوری اطلاعات و آمار از دانشگاه‌ها و ...؛
- ❖ امکان تعریف نامحدود انواع شاخص‌ها؛
- ❖ امکان فرمول‌نویسی‌های مختلف جهت محاسبه شاخص‌ها بصورت مکانیزه؛
- ❖ امکان ایجاد برش از شاخص‌ها برای دانشگاه‌ها و ...
- ❖ امکان هدف‌گذاری شاخص برای سازمان و دانشگاه‌ها و ...
- ❖ امکان ایجاد ارتباط بین شاخص‌ها و نظام برنامه‌ریزی؛
- ❖ امکان اتصال به سامانه‌های مختلف و دریافت مقادیر شاخص‌ها بصورت مکانیزه؛
- ❖ امکان ایجاد داشبوردهای مختلف در سطوح مختلف سازمانی؛
- ❖ ارائه انواع نمودار و گزارش‌های مقایسه‌ای؛
- ❖ امکان اتصال به انواع سامانه‌ها جهت ساخت داشبوردهای مختلف؛
- ❖ امکان اتصال به انواع بانک داده‌ها؛
- ❖ امکان ایجاد داشبوردهای مدیریتی با ترکیب اطلاعات سامانه‌های مختلف؛
- ❖ امکان اتصال به وب سرویس‌ها؛
- ❖ امکان اتصال به فایل‌های اکسل و ...
- ❖ امکان تعریف فرآیندهای سازمان؛
- ❖ امکان تعریف علل تاخیر اجرای فعالیت‌ها؛

- ❖ امکان ورود همه اطلاعات از طریق اکسل؛
- ❖ انواع نمودارهای مقایسه ای و داشبوردهای مدیریتی؛
- ❖ امکان مکانیزه کردن نظام پاداش دهی بر اساس برنامه‌های عملیاتی

نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی و برش‌های فعالیت‌ها

از آنجا که یکی از اهداف اصلی تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی، انجام تکالیف قانونی ابلاغی از سوی مراجع ذیربط مانند احکام برنامه‌های توسعه پنج ساله، سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و یا برنامه‌های مقام عالی وزارت می باشد، لذا در پایش شاخص‌های مربوطه مانند شاخص‌های سند پشتیبان برنامه ششم توسعه، مواردی از تناقض محتوایی در تدوین برنامه‌ها و تعیین ارتباط آنها با اهداف کلی و اهداف کمی دیده می‌شود. همچنین در اغلب موارد تداوم برنامه‌ها برای رسیدن به نتیجه مورد انتظار در سال‌های بعد مطابق حداقل انتظار نبوده که امید است با دقت در هنگام تدوین برنامه‌ها هم از سوی واحدهای ستادی و هم از سوی واحدهای دانشگاهی در انعکاس این موارد، هر چه بیشتر به غنای محتوایی و اثربخشی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی افزوده گردد.

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

➤ موارد متعددی از برنامه‌های یکسان ذیل اهداف کمی متفاوت مشاهده می‌شود که با شاخص‌های متفاوت تعریف شده‌اند. به عبارت دیگر هدف کمی از سال گذشته دیده می‌شود که برنامه‌های آن ذیل هدف کمی دیگری تعریف گردیده است. لذا در این موارد برای رصد پیشرفت تحقق آن هدف، نمی‌توان پیگیرهای لازم را در سال جاری انجام داد.

➤ شاخص‌ها برای اهداف کمی باید به درستی تعریف شوند.

➤ برخی اهداف با یکدیگر همپوشانی دارند. هدف کمی که به پیشنهاد حوزه‌ها اضافه می‌شود، در بعضی موارد با هدف کمی که از قبل تعیین شده و یا با هدف کمی پیشنهادی حوزه‌های دیگر همپوشانی دارد.

➤ عناوین برخی از برنامه‌ها بدون ارجاع به هدف مشخصی به عنوان برنامه تعریف می‌شوند. مانند برنامه "توانمندسازی" یا برنامه "اطلاع‌رسانی" که مشخص نیست توانمندسازی و اطلاع‌رسانی چه چیزی در نظر است.

➤ گاهی مشاهده گردیده است برنامه‌ای که از جنس برنامه می باشد، در سال بعد تحت عنوان هدف کمی پیشنهاد شده است.

➤ گاهی دیده می‌شود برخی از برنامه‌ها در یک سال و در یک حوزه عیناً دو بار تکرار شده‌اند. یا اینکه در سال قبل با عنوانی شبیه به تجهیز و توسعه مرکز وجود داشته و در سال بعد با مفهوم راه اندازی همان مرکز، آورده شده است.

سایر نکات مهم در تدوین برنامه و فعالیت ها

- با توجه به اهمیت پوشش انتظارات اسناد بالادستی توسط برنامه‌های عملیاتی و گزارش‌دهی سیستمی در این ارتباط، پایش مستمر و نظام‌مند پیشبرد اسناد بالادستی از طریق بررسی پیشرفت پروژه‌ها و برنامه‌ها در افزایش کارایی و اثربخشی آن‌ها، و به منظور امکان رصد یکپارچه پیشرفت امور در نظام سلامت، شفاف‌سازی روند تخصیص و پایش بودجه و متعاقباً مدیریت بهینه منابع، ضرورت دارد تمامی برنامه‌های تدوین شده در حوزه‌های تخصصی به بندهای مرتبط اسناد بالادستی موجود در سامانه متصل گردد.
- این اقدام از طریق اتصال اهداف اختصاصی به اسناد بالادستی توسط دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی انجام شده است. مسئولین محترم برنامه ریزی حوزه‌ها در زمان تدوین برنامه لازم است برنامه مربوطه را به ماده/بند/تبصره مربوطه متصل نمایند. (اتصال به حداقل دو سند بالادستی اجباری است.)

❖ اسناد بالادستی اجباری در سامانه راهبری نظام سلامت :

- طرح عدالت و تعالی نظام سلامت
- احکام برنامه پنجساله هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران
- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
- سیاستهای کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری
- سیاستهای کلی اقتصاد مقاومتی
- قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور
- برنامه مقام محترم وزارت (دکتر عین‌الهی) بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ارائه‌شده به مجلس شورای اسلامی)
- سند تحول دولت مردمی (اقدامات اجرایی بخش سلامت)
- منویات راهبری :
- بیانیه گام دوم انقلاب
- مشارکت مردمی (شعار سال)
- جهش تولید (شعار سال سال)
- مهار تورم
- سیاست های کلی علم و فناوری
- سیاست های کلی محیط زیست ابلاغی مقام معظم رهبری

❖ برچسب های موجود در سامانه راهبری نظام سلامت:

- شاخص های عدالت و رفع فقر
- اولویت های وزیر
- بسته تحول و نوآوری در علوم پزشکی
- سند بهره وری
- آیین نامه ارتقای اخلاق حرفه ای
- ره نامه نقش فرهنگ در جهش تولید با مشارکت مردم
- شاخص های جشنواره شهید رجایی

*****نکته ۱: اتصال برنامه به حداقل دو سند بالادستی اجباری است. ولی برنامه می تواند به دو یا چند سند بالادستی متصل گردد. لطفا با توجه به اهمیت گزارش گیری صحیح از اسناد بالادستی، در خصوص اتصال برنامه به بندهای اسناد بالادستی دقت صورت گیرد.**

*****نکته ۲: اتصال برنامه به برچسب ها اختیاری است. در صورتیکه برچسبی غیر از برچسب های موجود در سامانه مورد نیاز حوزه هاست، نام برچسب را با زدن دکمه جدید اضافه نموده و برنامه را به آن برچسب متصل نمایند. لازم به ذکر است برچسب پیشنهادی آن حوزه، به صورت پیش نویس بوده و در صورتیکه توسط دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی تأیید گردد، ارتباط برنامه با آن برچسب لحاظ خواهد شد.**

- ✓ لزوم توجه مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاهها و دانشکدههای علوم پزشکی به فرایند تدوین و تنظیم جامع برنامه عملیاتی و نظارت بر حسن اجرای آن به عنوان متولیان اصلی برنامه ریزی و برنامه عملیاتی؛
- ✓ ضرورت مشارکت حداکثری دانشگاهها و دانشکدههای علوم پزشکی در فرایند تدوین و پایش برنامه عملیاتی؛
- ✓ توجه هر چه بیشتر به پوشش اسناد و احکام بالادستی در تدوین برنامه عملیاتی و نیز بیانات مقام معظم رهبری در خصوص شعار سال (جهش تولید با مشارکت مردم)؛
- ✓ اهمیت پایش مداوم و مستمر برنامه عملیاتی با رویکردهای مختلف (خوداظهاری، ارزیابی انطباق و میدانی) و ارائه گزارشهای فصلی به مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی؛
- ✓ تاکید بر تعریف شاخص های دستیابی به اهداف و رصد و پایش شاخص ها؛
- ✓ تشکیل کمیته های تدوین و پایش برنامه عملیاتی در حوزه های تخصصی ستاد و دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور؛ (مکاتبه ۱۳۰/۵۰۲/د مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۵)
- ✓ تدوین برنامه های مناسب ذیل اهداف کلی و اختصاصی ابلاغی در جهت تحقق اسناد بالادستی؛

- ✓ لزوم طراحی فایل های راهنمای مناسب برای گزارش دهی فعالیت ها در سامانه در قالب جداول Word و Excel؛
- ✓ توجه دقیق به ماهیت دانشگاه/دانشکده ها و سازمان ها در تعریف برش های دانشگاهی/سازمانی فعالیت ها بخصوص (دانشگاه علوم پزشکی هوشمند ، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)؛
- ✓ زمانبندی دقیق و اصولی برنامه و فعالیت ها با توجه به شرایط محیطی و مبتنی بر واقعیات و امکانات؛
- پرهیز از گنجانیدن 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)؛
- توجه جدی به مفاد احکام برنامه هفتم توسعه و اهداف سند پشتیبان برنامه هفتم توسعه در تدوین برنامه ها؛
- تدوین فعالیت های طلایی به صورت صحیح و با توجه به ماهیت این نوع از فعالیت ها؛
- ضرورت اتصال برنامه های سال ۱۴۰۳ به برچسب بهره وری؛
- در خصوص طرح عدالت و تعالی نظام سلامت هدف اصلی این طرح ارتقای کمی، کیفی و عادلانه شاخص های 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.
- ضرورت اتصال اهداف و برنامه ها به طرح عدالت و تعالی نظام سلامت: در سامانه راهبری نظام سلامت اهداف مرتبط با طرح عدالت و تعالی نظام سلامت علامت دار مشخص گردند.
- با توجه به ضرورت گزارش دهی یکپارچه جامع از برنامه عملیاتی ، 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 راهبری 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.
- در خصوص سازمان های با واحدهای استانی مستقل از دانشگاه ها، مانند سازمان انتقال خون و سازمان بیمه سلامت، انستیتو پاستور به دلیل ضرورت پاسخگویی وزارت بهداشت به مراجع ذیربط در خصوص اسناد بالادستی متصل به برنامه ها، لازم است این سازمان ها هرگونه برنامه ای که به نوعی با اسناد بالادستی مرتبط بوده و در راستای آنهاست به عنوان برنامه در سامانه راهبری نظام سلامت تعریف نمایند.

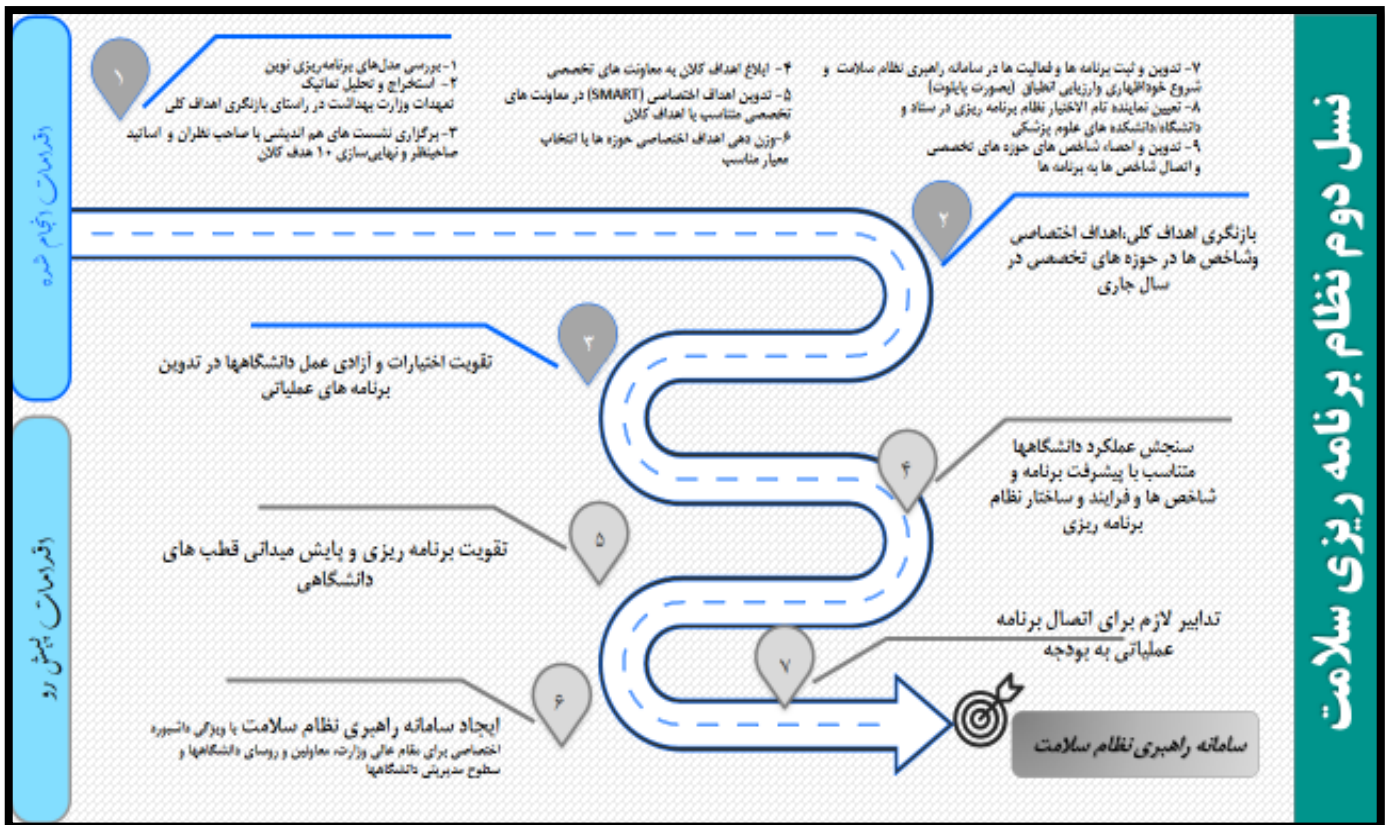
- همچنین از سال ۱۴۰۲ برنامه‌های عملیاتی سازمان انتقال خون و انستیتو پاستور ایران و از سال ۱۴۰۳ مرکز قلب و عروق شهید رجائی به عنوان حوزه‌های تخصصی جداگانه و مستقل در سامانه راهبردی نظام سلامت ثبت و پایش می‌شوند و از لیست برش‌های دانشگاهی حذف شده‌اند و نیز از سال ۱۴۰۳ دانشکده علوم پزشکی چابهار به لیست برش‌های دانشگاهی اضافه شده است.
- توجه به شرح وظایف مسئولان برنامه‌ریزی ستادی و دانشگاهی که طی نامه‌های شماره و ۱۳۰/۲۷۲/د مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۵ و ۱۳۰/۵۰۲/د مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ ارسال شده است.
- مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در جلسات کارگروه‌های تدوین برنامه عملیاتی که در معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه برگزار می‌شود.
- واقع‌بینی و پرهیز از نگارش برنامه‌های بلندپروازانه و نامتناسب با منابع مالی، انسانی و ساختاری ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی؛
- توجه اکید به توانمندی‌ها و محدودیت‌ها و همچنین وضع موجود استان‌ها (دانشگاه‌ها) در حین نگارش برنامه عملیاتی؛
- تفکیک دقیق نقش ستاد و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در حین نگارش برنامه عملیاتی مشترک؛
- توجه ویژه به آموخته‌ها، تجارب و بازخوردهای ناشی از پایش برنامه عملیاتی در ۷ سال گذشته (همچون مشکلات پیش آمده در پایش فعالیت‌های بلندمدت، نگارش نادرست فعالیت‌ها، عدم تعیین دقیق شواهد و مستندات و مواردی از این دست) (توجه ویژه به زمان آغاز و پایان فعالیت‌ها در سامانه چرا که بعضاً مشاهده شده است که فعالیتی منحصر کوتاه مدت بوده ولی در سامانه بازه بصورت اشتباه تعریف شده است).
- 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 حوزه‌های 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؛

نکات قابل توجه مسئولان برنامه ریزی ستاد وزارت

- حجم بالای اصلاحات می‌تواند نشان‌دهنده عدم دقت کافی تمام ذینفعان در زمان تدوین برنامه باشد. پس خواهشمند است در زمان تدوین برنامه‌ها کلیه مواردی که به آن اشاره گردیده است لحاظ گردد.
۱. جلب پشتوانه مدیریتی برای کلیه برنامه‌های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامه‌ها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی؛

۲. تعامل با دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی جهت هم‌سویی و عدم تداخل برنامه‌های مشترک و یا مکمل با سایر حوزه‌های تخصصی وزارت متبوع؛
۳. عدم ارزیابی انطباق به موقع فعالیت‌های خود اظهاری شده توسط دانشگاه‌ها موجب ایجاد نمره منفی در درصد تحقق دانشگاه‌ها می‌گردد.
۴. تعداد بالای تاخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیت‌ها نشان دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامه‌ها می‌باشد.
۵. نکته مهم در خصوص ارزیابی انطباق فعالیت‌ها: در حوزه‌های تخصصی مواردی دیده شده است که ارزیابی‌ها در ساعات پایانی بازه ارزیابی انجام می‌شود. این امر می‌تواند این شائبه را ایجاد کند که انجام این ارزیابی‌ها بدون دقت و تمرکز و بررسی دقیق فایل‌های بارگذاری و خوداظهاری شده، انجام می‌گردد.
۶. 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 ۳ 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.

اینفوگرافی نسل دوم نظام برنامه ریزی سلامت



شکل ۴: اینفوگرافی نسل دوم نظام برنامه ریزی سلامت

تدوین اهداف کلی، اختصاصی و شاخص‌های حوزه سلامت

کلیه اعمال و رفتارهای انسان و فعالیت‌هایی که در زمینه کار و زندگی صورت می‌گیرد معطوف به هدف یا اهدافی است. هدف، نقطه‌ای مشخص و معین در آینده است که فرد یا گروهی به دنبال دستیابی به آن هستند. هدف‌ها معمولاً به عنوان نقطه‌نهایی یا نتیجه‌ای که افراد برای خود تصویر می‌کنند، تعریف می‌شوند.

هدف‌گذاری، مشخص کردن و تعریف اهداف واضح و روشن، سپس تلاش مداوم برای رسیدن به آنها است. این اهداف مشخص باید مواردی باشند که می‌خواهید در آینده معینی به آنها دست یابید. هدف‌گذاری، فرایندی قوی برای اندیشیدن به آینده ایده‌آل و خلق آن است.

اهداف دسته بندی‌های مختلفی دارند. در یک دسته بندی اهداف به دو دسته کلی و اختصاصی تقسیم می‌شوند و در ادامه به تفصیل بیان شده است:

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 مقدرات و محدودیت‌های نظام سلامت در افق مورد نظر همخوانی داشته باشد. هدف کلی عموماً با عباراتی مانند «توسعه»، «ارتقا»، «افزایش» و... آغاز می‌شود. اهداف کلی جنبه کلان دارند و به ستاد، دانشگاه یا منطقه خاصی محدود نمی‌شوند.

تعیین اهداف کلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

همانطور که پیش‌تر اشاره گردید؛ تعداد ده هدف کلی برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نظر گرفته شده که عبارتند از:

- G^۱ - تقویت حاکمیت نظام سلامت
- G^۲ - تأمین مالی نظام سلامت
- G^۳ - توسعه منابع انسانی سلامت
- G^۴ - توسعه زیرساخت‌ها، تجهیزات، داروها و واکسن‌ها
- G^۵ - توسعه سیستم اطلاعات سلامت
- G^۶ - تقویت نظام ارائه خدمات سلامت
- G^۷ - ارتقای سطح سلامت مردم
- G^۸ - پاسخگویی به نیازها و انتظارات مردم
- G^۹ - حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت
- G^{۱۰} - ارتقای بهره‌وری نظام سلامت

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

هدف اختصاصی

اهداف کلی ماهیت کلان دارند و باید به چند هدف اختصاصی شکسته شوند تا جنبه عملیاتی بگیرند. بنابراین ذیل هر هدف کلی، چند هدف اختصاصی تدوین می‌شود که هر کدام، یکی از ابعاد هدف کلی را توصیف می‌کند.

نکات مهم در تدوین اهداف اختصاصی

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

نکته: هدف اختصاصی در حد برنامه و یا فعالیت نبوده و امور جاری در هدف‌گذاری نباید لحاظ گردد.

کمیته برنامه‌ریزی حوزه‌های تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه تعیین اهداف اختصاصی را برای اهداف کلی ده‌گانه بر عهده دارند که طی جلساتی با تمامی حوزه‌های تخصصی ستادی این اهداف بررسی و نهایی گردید.

به عنوان مثال، چند مورد از اهداف اختصاصی برای یکی از معاونت‌ها در زیر آمده است:

- G1- تقویت حاکمیت نظام سلامت
- G1O1 - حمایت طلبی برای کاهش اثرات تهدیدکننده‌های سلامت
- G1O2 - کاهش تعارض منافع در حوزه درمان
- G2- تأمین مالی پایدار نظام سلامت
- G2O1 - افزایش ... درصدی درآمد بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت
- G2O2 - افزایش ... درصدی درآمد حاصل از گردشگری سلامت
- G3 - توسعه منابع انسانی سلامت
- G3O1 - به‌کارگیری نیروی انسانی کافی و متخصص مورد نیاز
- G3O2 - آموزش و توانمندسازی کارکنان سلامت
- G4 - توسعه زیرساخت‌ها، تجهیزات، داروها و واکسن‌ها
- G4O1 - نوسازی و به‌روزرسانی مراکز ارائه خدمات سلامت
- G4O2 - تقویت پدافند غیرعامل در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت
- G5 - توسعه سیستم اطلاعات سلامت
- G5O1 - ارتقای سیستم مدیریت اطلاعات سلامت
- G5O2 - هوشمندسازی نظام ارائه خدمات سلامت
- G6 - تقویت نظام ارائه خدمات سلامت
- G6O1 - بهبود نظام ارجاع خدمات سلامت
- G6O2 - توسعه خدمات تشخیصی و درمانی مجازی (دورا پزشکی)

- G۷ - ارتقای سطح سلامت مردم
- G۷O۱ - کاهش ... درصدی میزان مرگ مادران باردار
- G۷O۲ - کاهش ... درصدی میزان مرگ کودکان زیر یکسال
- G۸ - پاسخگویی به نیازها و انتظارات مردم
- G۸O۱ - افزایش ... درصدی دسترسی مردم به خدمات بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت
- G۸O۲ - افزایش ... درصدی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت
- G۹ - حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه های سلامت
- G۹O۱ - افزایش ... درصدی دسترسی گروه‌های آسیب پذیر به خدمات بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت
- G۹O۲ - افزایش ... درصدی مؤسسات خیریه حمایتی از بیماران
- G۱۰ - ارتقای بهره وری نظام سلامت
- G۱۰O۱ - افزایش ... درصدی گردش تخت بیمارستان‌ها
- G۱۰O۲ - کاهش ... درصدی هزینه‌های غیر ضروری بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت

نکته: دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته ضروری است در برنامه‌های مشترک با ستاد، کلیه اهداف اختصاصی در نظر گرفته شده را مورد توجه قرار داده و برنامه عملیاتی اختصاصی دانشگاه خود را در قالب این اهداف تدوین و پایش نمایند. درخصوص افزودن هدف اختصاصی جدید به لیست اهداف موجود و نحوه پایش آن، اطلاع رسانی ها صورت خواهد گرفت.

شاخص

شاخص فاکتور یا متغیر کمی یا کیفی است که یک ابزار ساده و قابل اطمینان را برای اندازه‌گیری عملکرد، تغییرات در مداخله، ارزیابی فعالیت، برنامه و یا هدف فراهم می‌کند. شاخص ابزاری است برای ارزیابی و ارزش‌گذاری کردن از یک یا چند فعالیت برنامه و یا هدف‌های مورد نظر.

- شاخص‌های عملکردی ابزار موثری هستند برای پاسخ به این سوال که " از کجا بدانیم تا چه اندازه به اهداف خود دست یافتیم؟".
- در تعریف دیگری شاخص‌های عملکردی اینگونه تعریف شده‌اند: جمع‌آوری اطلاعات مهم و کاربردی از برنامه‌ها و عملکرد سازمان که معمولاً به صورت درصد، نسبت، میزان و ... بیان شده و به کمک معیارهای مشخصی پایش و ارزیابی می‌شوند.
- یک اندازه‌گیری کمی از درجه دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده

- شاخص‌های کلیدی عملکرد با نشان دادن روندها، عملکرد را اندازه‌گیری می‌کنند تا نشان دهند که بهبودها در طول زمان در حال انجام است. این شاخص‌ها همچنین، عملکرد را با مقایسه نتایج با استانداردها یا سایر سازمان‌های مشابه اندازه‌گیری می‌کنند.

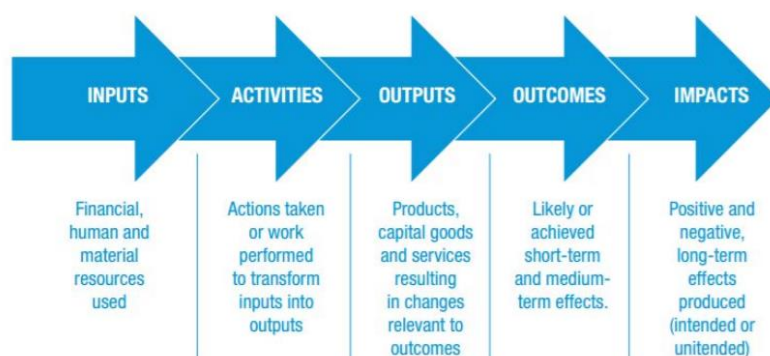
استاندارد

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

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

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

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



شکل ۵: زنجیره نتایج حاصل از فعالیت یک سیستم

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

۱. شاخص‌های سنجش عملکرد: پایش

شاخص‌های پایش به شاخص‌هایی گفته می‌شود که ورودی و فرایندها را در یک پروژه بررسی می‌کند. به عبارتی دیگر، پایش به معنی اندازه‌گیری منظم متغیرها در طول زمان است.

شاخص‌های پایش به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱-۱. شاخص‌های ورودی / ساختاری یا دورن‌دادی (Input Index)

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

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

۱-۲. شاخص‌های فرایندی (Process Index)

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

مثال: نحوه انجام مراقبت‌ها

۲. شاخص‌های دستیابی به اهداف: ارزیابی

شاخص‌هایی هستند که خروجی‌ها و هدف نهایی را می‌سنجند یا به عبارتی به اندازه‌گیری آنچه در پایان یک برنامه‌ریزی حاصل می‌شود، می‌پردازد.

۱-۲. شاخص‌های خروجی / برون‌دادی (Output Index)

شاخص‌هایی که خروجی فعالیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند.

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

۲-۲. شاخص‌های پیامد (Outcome Index)

شاخص‌هایی که برآمد فعالیت را نشان می‌دهند.

مثال: میزان ایمنی ناشی از واکسیناسیون - میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی

۲-۳. شاخص‌های اثرات بلند مدت (Impact Index)

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

▪ زمان طولانی مدنظر باشد؛

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

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

• انواع شاخص‌ها از نظر نحوه گزارش نتایج محاسبه

۱. **تعداد / فراوانی (Frequency/Count / Number):** فراوانی پدیده را نشان می‌دهد. بدون داشتن کسر، تعداد موارد حوادث را مشخص می‌کند.

مثال: تعداد تخت، تعداد بیمار، تعداد تخت‌های دیالیز، تعداد اتاق‌های عمل

۲. **نسبت (Ratio):** کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می‌دهد و شامل موارد زیر است:

✓ نسبت‌هایی که صورت بخشی از مخرج است.

مثال: نسبت پرستار به کل پرسنل - نسبت مراکز بهداشتی درمانی خودگردان

✓ نسبت‌هایی که صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند.

مثال: نسبت پرستار به تخت - نسبت پزشک متخصص به جمعیت - نسبت دانشجویان به اعضای هیئت علمی

۳. **سهم (proportion):** صورت نسبتی از مخرج است.

مثال: تعداد احیاهای موفق به تعداد احیاهای صورت گرفته

۴. **میزان (Rate):** احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است.

مثال: میزان مرگ و میر در طی یک سال - میزان شیوع کم خونی در زنان باردار - میزان بروز کم کاری تیروئید نوزادان

✓ خاصیت مهمی که میزان را از نسبت متمایز می‌کند این است که سهم با در نظر گرفتن فاکتور زمان می‌باشد.

مثال: تعداد احیاهای موفق در ماه به تعداد کل احیاهای در ماه

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

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

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

ویژگی‌های شاخص‌های کلیدی عملکرد

شاخص‌های کلیدی عملکرد (مانند اهداف) باید از ویژگی‌های (SMART & D) به شرح زیر برخوردار باشند:

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

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

A – Achievable: قابل دستیابی باشد.

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

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

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

ملاحظات کلیدی در تدوین شاخص‌های کلیدی عملکرد عبارتند از:

✓ ارتباط شاخص‌های کلیدی عملکرد با اهداف راهبردی سازمان: شاخص‌ها در راستای برنامه راهبردی، برنامه بهبود کیفیت و اسناد بالادستی سازمان تدوین شود.

✓ تعداد بهینه شاخص‌های ارزیابی عملکرد انتخاب شود.

✓ شاخص‌های کلیدی عملکرد، با در نظر گرفتن ویژگی‌های "SMART" انتخاب شوند.

✓ جمع‌آوری داده برای سنجش شاخص‌ها: زمانی که یک شاخص کلیدی عملکرد تدوین شد، برنامه‌ریزی کنید چگونه اطلاعات مورد نیاز برای سنجش آن را جمع‌آوری می‌کنید. همین‌طور تعیین کنید چه کسی و در چه بازه زمانی داده‌ها را جمع‌آوری می‌کند. برای اطمینان از صحت جمع‌آوری داده‌ها، آن‌ها باید تأیید شوند.

✓ جمع‌آوری اطلاعات جهت محاسبه شاخص‌ها باید از طریق صاحبان فرایند انجام شود.

✓ آگاه ساختن ذینفعان از شاخص‌های کلیدی عملکرد: در هنگام تدوین شاخص‌های جدید حتماً ذینفعان حضور داشته باشند.

✓ هم‌راستایی اهداف و شاخص‌ها: هنگامی که اهداف و شاخص‌های کلیدی عملکرد اعضای تیم را تعیین می‌کنید، اطمینان حاصل کنید که آن شاخص‌ها با استراتژی کلی تیم و سازمان همسو هستند. این موضوع تضمین می‌کند که فعالیت‌های روزمره کارکنان با اهداف سازمان مطابقت دارد.

- ✓ به صورت ایده‌آل این فرایند بایستی به صورت یک کار تیمی و بر اساس تصمیم مبتنی بر اجماع باشد.
- ✓ اعضاء این گروه باید درک اساسی از سازمان و فرایندهای مربوط داشته باشند.
- ✓ گروه باید از نیازها و انتظارات مشتریان و مخاطبان کاملاً آگاه باشند.
- ✓ بین شاخص‌های کلیدی عملکرد و سیستم پاداش ارتباط وجود داشته باشد.
- ✓ شاخص‌های کلیدی عملکرد به طور منظم بررسی شوند.
- ✓ تغییر شاخص‌های کلیدی عملکرد متناسب با تغییرات و نیاز سازمان. بازبینی شاخص‌ها به طور منظم برای اصلاح و توسعه آن‌ها ضروری است. با بازبینی منظم و دوره‌ای ممکن است دریابید یک شاخص قابل اندازه‌گیری نیست یا نحوه‌ی اندازه‌گیری آن متفاوت است و آن را اصلاح کنید.

شناسنامه شاخص

طراحی شناسنامه شاخص به معنای هویت بخشیدن به شاخص‌ها با هدف شناساندن آن به کاربران و ذینفعان می‌باشد. در واقع با استفاده از ابزار شناسنامه شاخص، هویت منحصر به فردی به هر یک از شاخص‌ها داده می‌شود تا قابل درک و قابل بررسی باشند. هدف از تعیین شناسنامه شاخص‌های کلیدی، ایجاد رویه یکسان در تهیه و تدوین شاخص‌های آماری و به حداقل رساندن اختلاف نظرها و تعارضات بین بخش‌ها و حوزه‌های مختلف و دستیابی به ادبیات مشترک با همکاری واحدهای ذینفع در خصوص تعاریف و مفاهیم می‌باشد. ضمن آنکه در صورت درخواست آمار و اطلاعات شاخص‌ها از سوی واحدهای برون‌سازمانی، کلیه واحدهای مرتبط اطلاعات مورد نیاز را منطبق با شناسنامه شاخص‌ها تولید و ارائه خواهند کرد و خطای اطلاعات به علت ایجاد برداشت واحد به حداقل ممکن خواهد رسید. در ادامه، به اجزای شناسنامه شاخص اشاره می‌شود. برای مثال جدول ۲ شناسنامه شاخص "ضرب اشغال تخت" را نشان می‌دهد.

جدول ۱: اجزای شناسنامه شاخص

Name	نام شاخص
significance	اهمیت موضوع و چالش پیش رو
Definition	تعریف شاخص
Input, process, output, outcome, Impact	نوع شاخص
Formula	فرمول شاخص
Nominator description	تعریف صورت شاخص
description Denominator	تعریف مخرج شاخص

واحد اندازه‌گیری شاخص	درصد، تعداد و ...
منبع گردآوری شاخص	سامانه‌های اطلاعاتی، داده‌های در دسترس، مطالعات پیمایشی و ...
تناوب جمع‌آوری شاخص	روزانه، ماهانه، فصلی، سالانه و ...
فرد مسئول	Accountability Line
نحوه و سطح گزارش دهی	روزانه، ماهانه، سالانه به مدیر، به معاون، به وزیر و ...
نحوه ارائه بازخورد	Feedback
تناوب ارائه بازخورد	Feedback interval
میزان هدف	Target

جدول ۲: مثالی از شناسنامه شاخص «ضریب اشغال تخت»

عنوان یا نام شاخص	ضریب اشغال تخت (Rate Occupancy Bed)
دسته بندی شاخص	عملکردی
تعریف شاخص	میزان تخت روزهای فعال مرتبط با تختهای بستری که در طی یک دوره زمانی معین در اشغال بیماران بوده است.
نوع نمایش شاخص	نسبت (Proportion)
اهمیت و منطق شاخص	از شاخصهای بهره‌وری (Efficiency) و عملکردی بیمارستان می‌باشد. از این شاخص جهت تفسیر منابع ارائه خدمت نیز استفاده می‌گردد و راهنمایی جهت برنامه ریزی و مدیریت تختهای بیمارستان می‌باشد (۱۶) در مطالعات نشان داده شده است که ضریب اشغال بالا (معمولاً بالاتر از ۸۵ درصد) می‌تواند نشاندهنده کمبود تخت باشد و معمولاً با ریسک بالاتر عفونتهای بیمارستانی همراه است (۱۷)
نوع شاخص	خروجی (Output)
پیامد مورد انتظار	مدیریت تختهای بیمارستانی و برنامه ریزی جهت تخصیص منابع
فرمول شاخص	تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی معین / تخت روز کل در همان دوره زمانی $100 \times$
تعریف صورت شاخص	تخت روز اشغالی: عبارت است از مجموع تعداد تختهایی که در طی یک دوره زمانی معین توسط بیماران اشغال شده است.
تعریف مخرج شاخص	تخت روز کل: عبارتست از مجموع تخت های فعال برای تمام روزهای یک دوره زمانی معین تخت روز کل در یک سال از ضرب تعداد تخت فعال در تعداد روزهای فعال در یک دوره زمانی معین به دست می‌آید.
معیارهای ورود	کلید تختهای فعال اشغال شده یا نشده بستری در بیمارستانهای عمومی و تک تخصصی بیماران بستری
معیارهای خروج	تختها و بیماران بخش اورژانس بستری تختهایی از بخشهای بستری که پذیرش بیمار بر آنها، به علت تعمیرات در بازه زمانی کوتاه صورت نمی‌گیرد. بیماران بستری در بخشهای ستاره دار (با اقامت زیر ۶ ساعت) (Cases Day) تختهای برانکارد - کات نوزاد - تختهای اکسترا
واحد اندازه‌گیری شاخص	درصد

منبع داده ای ارجاع جهت گردآوری شاخص	سامانه آواب
روش جمع آوری و محاسبه	داده های تخته‌های بیمارستانی، روز فعالیت هر بخش بیمارستانی و تخت روز اشغالی به صورت ماهیانه توسط کاربر بیمارستانی در هر بیمارستان در فرمهای آماری جمع آوری می گردد و در سامانه ثبت میگردد. فرمول ضریب اشغال در سامانه تعریف گردیده است. تخت روز کل و ضریب اشغال در سامانه محاسبه می گردد و نیاز به محاسبه دستی نمی باشد.
دوره جمع آوری شاخص	سالانه، ماهانه نیز قابل محاسبه است.
میزان شاخص*	متوسط کشوری سال ۹۷ - ۶۸,۹۵
*میزان شاخص: اولویت مقایسه شاخصها در سطوح بیمارستانی، دانشگاهی مقایسه با متوسط کشوری می باشد، که میزان سالانه و روند آن هر ساله به دانشگاهها ارسال می گردد..	

نکته: کمیته برنامه‌ریزی حوزه‌های تخصصی با در نظر گرفتن اعداد پیش بینی شده و اهداف تعیین شده و منابع در دسترس، مقاصد منطقی برای ۵ سال آینده برای شاخص‌های کلیدی عملکردی تعیین می‌کنند. در گام بعدی مقاصد به همین روش برای دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته محاسبه می‌شود.

جدول ۳: مقاصد تعیین شده برای شاخص کلیدی تعداد پزشک در ایران

مقاصد	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	۱۴۰۶
تعداد پزشک به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت	۱/۶	۱/۸	۲	۲/۲	۲/۴
دانشگاه الف	۱/۲	۱/۴	۱/۶	۱/۸	۲
دانشگاه ب	۱/۴	۱/۶	۱/۸	۲	۲/۲

برنامه

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

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

نکته: بسیار اهمیت دارد که برنامه‌ها ماهیت هدف یا راهبرد کلان نداشته باشند. برای مثال موارد زیر

نمی تواند 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

❖ 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 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 گنجانیدن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.

فعالیت

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

❖ ملاحظات کلیدی در تدوین فعالیت‌ها عبارتند از:

- ✓ هر فعالیت باید به یک اقدام کاملاً مشخص اشاره کند، نه هدف، راهبرد، سیاست یا برنامه.
- برای مثال «ارتقای نظام حوادث ترافیکی» یک هدف یا راهبرد کلان است و نمی‌تواند فعالیت باشد. «برون‌سپاری فعالیت‌های غیرحاکمیتی» نیز شامل چندین اقدام در سطح ستاد و دانشگاه‌ها است و فعالیت محسوب نمی‌شود.
- ✓ فعالیت‌ها باید کاملاً شفاف باشند، به طوری که اگر چند کارشناس در چند دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی با آن روبرو شوند، اقدام کاملاً یکسانی به ذهن آن‌ها متبادر شود. لذا «فراهم‌سازی مقدمات راه‌اندازی مراکز مشاوره شیوه زندگی سالم در بخش خصوصی» نمی‌تواند یک فعالیت باشد، زیرا هر کارشناس بسته به تجارب و سوابق خود ممکن است تصور خاصی از مقدمات راه‌اندازی مراکز مشاوره داشته باشد. «سامانه ثبت و کنترل آب سیاه کردستان» نیز نمی‌تواند فعالیت

باشد، زیرا ابهام دارد و مسئول پایش دانشگاهی نمی‌تواند از آن استنباط کند که دقیقاً باید چه کاری روی سامانه انجام شود؟

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

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

روش‌شناسی رتبه‌بندی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی در راستای اجرای نظام برنامه‌ریزی، از سال‌های گذشته تا کنون اقدامات زیادی با مشارکت سیاستگذاران، مدیران و صاحب‌نظران حوزه‌های تخصصی صورت داده و اهتمام بر این بوده است تا با اجرای نظام برنامه‌ریزی عملیاتی، زمینه تحقق اسناد سیاستی ملی و فرادستی بلند مدت و راهبردی در قالب قوانین برنامه‌های پنج‌ساله را طی فرآیند سالانه‌ی نظارت و ارزیابی فراهم نماید.

واحدهای ستادی وزارت و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور طبق شیوه‌نامه ابلاغی تدوین و پایش برنامه‌ریزی عملیاتی، بطور ماهانه گزارش اجرای فعالیت‌های ثبت‌شده‌ی ذیل برنامه‌های عملیاتی خود را در سامانه راهبری نظام سلامت خوداظهاری و مستندسازی می‌نمایند. و متعاقباً حوزه‌های تخصصی ستادی وزارت نیز اقدام به ارزیابی انطباق فعالیت‌های خوداظهاری شده دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی با نشانگرهای اهداف از پیش تعیین شده و بررسی مستندات بارگذاری شده می‌نمایند.

دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، در بازه‌های زمانی سه‌ماهه (فصلی) گزارش و بازخورد اجرای برنامه عملیاتی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و حوزه‌های ستادی را به صورت جداگانه استخراج، تحلیل و به واحد مربوط ارسال می‌نماید تا اطلاع از نقاط قوت و ضعف اجرای برنامه، حاصل و نسبت به رفع اشکالات در ماه‌های آتی اقدام گردد. همچنین در پایان سال نیز بر اساس تحلیل میزان تحقق سالانه اهداف برنامه‌های عملیاتی، رتبه‌بندی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور تعیین و به استحضار مقام عالی وزارت می‌رسد.

از سال آینده، با هدف ایجاد مقدمات ارتقا کیفی برنامه‌های عملیاتی و افزایش اثربخشی آنها در ارتقا شاخص‌های کمی سلامت، در روش‌شناسی (Methodology) رتبه‌بندی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در سال‌های اخیر و بررسی بازخوردهای دریافتی از مسئولین محترم برنامه‌ریزی ستادی و دانشگاهی، به گونه‌ای عمل می‌گردد که در کنار بهره‌مندی از معیارهای سال‌های گذشته، علاوه بر نتایج میزان تحقق برنامه‌ها، بازخورد و بازدید میدانی و مداخله دانشگاهها در جهت ارتقاء برنامه‌ها نیز ضریب تعیین‌کننده‌ای 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 می‌گردند:

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

سپس ارزیابی نهایی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس سه حیطة کلی زیر خواهد بود که میزان تحقق برنامه عملیاتی از سامانه راهبری نظام سلامت استخراج می‌گردد و ساختار و فرایند برنامه ریزی در دانشگاهها از طریق پایش میدانی مورد سنجش قرار خواهد گرفت که شیوه نامه ارزیابی میدانی در اختیار دانشگاهها و کاربران محترم قرار خواهد گرفت.

جدول ۴: فرم ارزیابی دانشگاهها و دانشکده علوم پزشکی و موسسات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

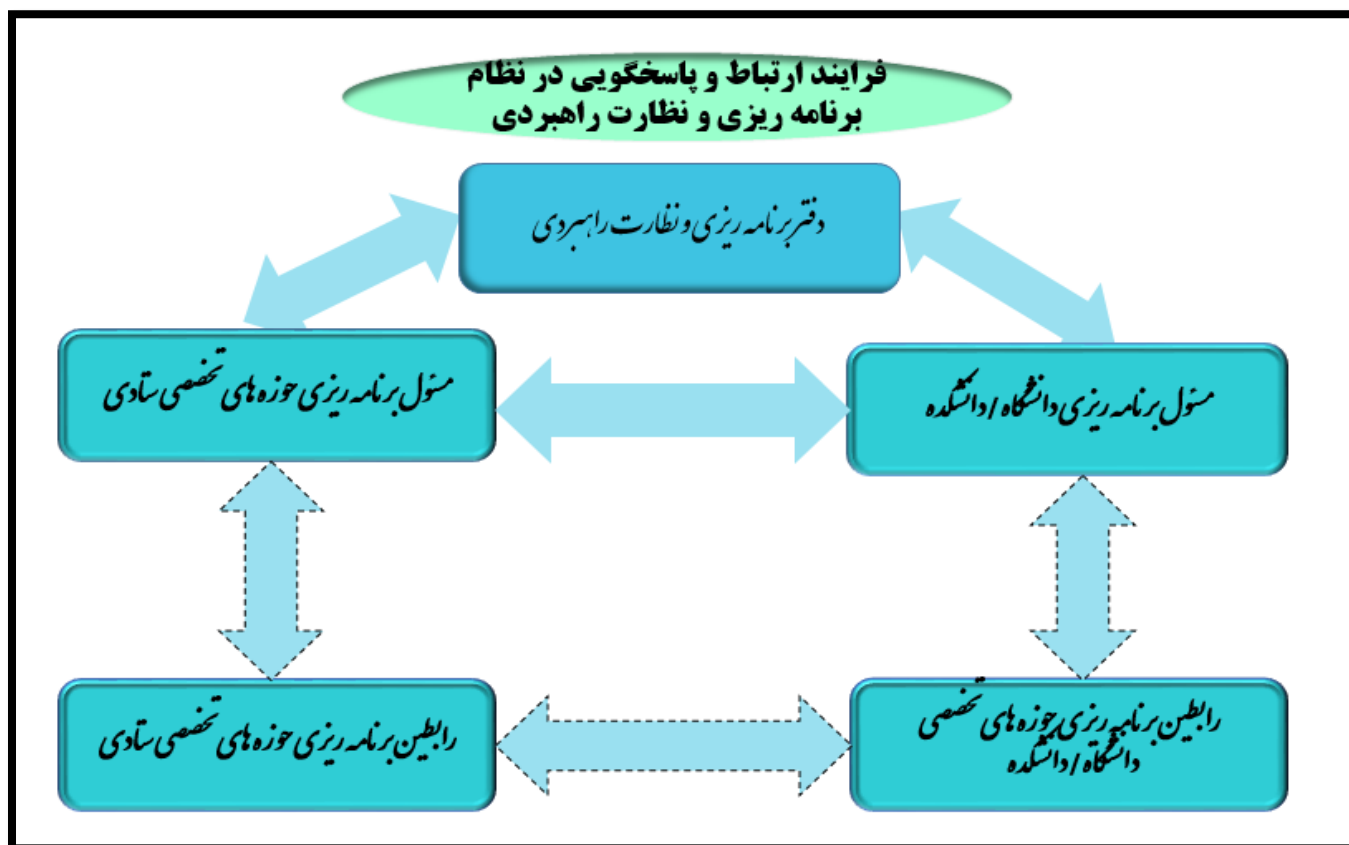
حیطه کلی	ارزش نسبی	حیطه جزئی
میزان تحقق برنامه عملیاتی	۶۰	پیشرفت برنامه با توجه به سامانه راهبری نظام سلامت
ساختار برنامه ریزی و نظارت در دانشگاه	۲۰	توانمندیهای مسئول برنامه ریزی (توانمندی، آگاهی از برنامه، میزان همکاری ...)
		فضای فیزیکی
		پست سازمانی و تعداد کارشناس
		شورای برنامه ریزی (صدور حکم ...)
		احکام رابطین برنامه ریزی حوزه های تخصصی
فرایند برنامه ریزی و نظارت در دانشگاه	۲۰	تعریف کاربر برنامه عملیاتی بر اساس ساختار پیشنهادی
		تعداد جلسات شورای برنامه ریزی
		تعداد مصوبات شورای برنامه ریزی
		میزان مشارکت رئیس دانشگاه در برنامه عملیاتی (تعداد جلسات هیات رئیسه، حضور رئیس دانشگاه در شورای برنامه ریزی)
تعداد گزارش برنامه ریزی در هیات امنای دانشگاه		
مجموع	۱۰۰	

فرایند ارتباط و پاسخگویی در نظام برنامه ریزی و نظارت راهبردی

با توجه به ضرورت حفظ سلسله مراتب سازمانی جهت بهبود پاسخگویی در نظام برنامه ریزی، نحوه ارتباطات و پاسخگویی به مسائل فنی و محتوایی نظام برنامه ریزی در شکل زیر ترسیم شده است. همانطور که در شکل زیر نشان داده می‌شود دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی تنها با مسئولین محترم برنامه ریزی معرفی شده در دانشگاه/دانشکده

های علوم پزشکی کشور (۶۷ نفر مسئول برنامه ریزی معرفی شده) و مسئولین محترم برنامه ریزی حوزه های تخصصی ستادی (۳۰ نفر مسئول برنامه ریزی معرفی شده) در خصوص موضوعات فنی سامانه راهبری نظام سلامت پاسخگو خواهد بود .

مسئولین محترم برنامه ریزی حوزه های تخصصی ستادی و مسئولین محترم برنامه ریزی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی به صورت سلسله مراتبی با رابطین برنامه ریزی دفاتر تخصصی در هر حوزه/دانشگاه-دانشکده در ارتباط بوده و پاسخگوی سوالات فنی- محتوایی آنها در خصوص برنامه های عملیاتی و سامانه راهبری نظام سلامت خواهند بود.



شکل ۶: فرایند ارتباط و پاسخگویی در نظام برنامه ریزی و نظارت راهبردی

- ❖ **شرح وظایف مسئول برنامه ریزی حوزه های تخصصی ستاد :**
- ❖ تعامل موثر با دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی و مشارکت فعالانه و اثر بخش در تصمیم گیری های کمیته برنامه ریزی وزارت متبوع؛
- ❖ هدایت و راهبری " کمیته تدوین و پایش برنامه " در حوزه تخصصی؛
- ❖ حصول اطمینان از تدوین برنامه های کامل و جامع ذیل اهداف کلان تدوین شده؛
- ❖ هدایت و راهبری اجرای صحیح برنامه های عملیاتی مشترک تدوین شده برای دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور؛
- ❖ تعامل سازنده با مدیران پایش و کارشناسان دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور در خصوص برنامه و فعالیتها؛
- ❖ نظارت و کنترل بر کیفیت انجام ارزیابی های انطباق دوره ای توسط واحدهای زیرمجموعه؛
- ❖ مشارکت و تعامل موثر با دفتر برنامه ریزی و نظارت راهبردی در تهیه گزارش های عملکردی دوره ای از میزان تحقق اسناد بالادستی، قوانین ، برنامه های توسعه ای و بلندمدت در حوزه سلامت از جمله : سیاستهای کلی سلامت،
- ❖ وعدههای وزیر محترم بهداشت ، سد تحول دولت مردمی، احکام و برنامه های پنجساله توسعه، احکام دائمی توسعه کشور و سایر قوانین و اسناد بالادستی مرتبط؛
- ❖ هماهنگی و برقراری تعامل موثر با ادارات و دفاتر زیر مجموعه و دانشگاه/دانشکدههای علوم پزشکی به منظور تدوین و ارسال گزارش عملکرد یکپارچه و جامع از حوزه مربوطه؛
- ❖ پاسخگویی به واحدهای زیرمجموعه و رفع ابهام و راهنمایی آنها در خصوص تکمیل فرم ها و دستورالعمل های ارسال؛
- ❖ بررسی کارشناسی و اصلاح محتوایی و ویرایشی اطلاعات و نظارت بر کمیت و کیفیت گزارش های عملکردی حوزه
- ❖ شرکت در جلسات تخصصی و اطلاع رسانی و انعکاس موضوعات مهم مطرح شده به مدیران ارشد و نمایندگان واحدهای زیرمجموعه؛

شرح وظایف مسئول برنامه ریزی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

- ❖ پیگیری تشکیل کمیته برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی در دانشگاه با حضور نمایندگان معاونت‌های تخصصی؛
- ❖ هماهنگی و یکپارچه‌سازی برنامه‌های معاونت‌ها و مدیریتهای تخصصی دانشگاه در راستای اهداف ابلاغی
- ❖ از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- ❖ تدوین و بارگذاری برنامه‌های اختصاصی دانشگاهها در سامانه برنامه‌عملیاتی و ارائه گزارشهای عملکردی
- ❖ درخواست شده به واحدهای ستادی؛
- ❖ مشارکت در تدوین شیوه‌نامه برای پایش و ارزشیابی در واحدهای تابعه دانشگاه بر اساس برنامه‌های
- ❖ استراتژیک و عملیاتی واحدها؛
- ❖ تعامل مؤثر با حوزه‌های ستادی وزارت و دفتر برنامه‌ریزی وزارت بهداشت در راستای تدوین، اجرا و پایش
- ❖ برنامه‌های تدوین شده و مدیریت درخواست‌های تجدیدنظر؛
- ❖ پاسخگویی، مداخله و ارائه راهنماییهای لازم، اخذ پیشنهادات و انتقادات مطرح‌شده حوزه‌ها و معاونت‌های
- ❖ تخصصی و انعکاس آنها به مراجع ذیربط؛
- ❖ مشارکت و تعامل مؤثر با معاونتها و حوزه‌های تخصصی دانشگاه در تهیه گزارشهای مربوط به برنامه‌های
- ❖ مشارکت و تعامل مؤثر در برنامه‌ریزی و تهیه گزارش پروژه‌های ویژه دانشگاه (پروژه‌های پیش‌بینی نشده
- ❖ در برنامه راهبردی و عملیاتی)؛
- ❖ ارائه گزارش‌های روند پیشرفت برنامه‌های معاونت‌های تخصصی دانشگاه در جلسات هیات‌امنا به تشخیص
- ❖ دبیر هیات‌امنا(رییس دانشگاه)؛
- ❖ مشاوره و مستندسازی اقدامات انجام شده در راستای پیشبرد برنامه‌های دانشگاه؛
- ❖ مشارکت و تعامل در تدوین و اولویت‌بندی بودجه سالانه دانشگاه مبتنی بر برنامه‌های عملیاتی دانشگاه؛
- ❖ برنامه‌ریزی برگزاری جلسات آموزشی برای ذینفعان در خصوص تدوین، اصلاح و پایش برنامه‌ها؛
- ❖ انعکاس به موقع و صحیح مکاتبات، نظرات و درخواستهای واحدهای دانشگاه/دانشکده‌ها؛: