



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی

شیوه‌نامه تدوین و پایش برنامه عملیاتی
ستاد، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور
در سال ۱۴۰۵

آذرماه ۱۴۰۴

فهرست مطالب

۱	.....	مقدمه
۲	.....	ضرورت بازنگری و توسعه نظام برنامه‌ریزی
		فصل ۱. چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی
۳	.....	۱. مؤلفه‌های برنامه راهبردی
۳	.....	۲. مؤلفه‌های برنامه عملیاتی
		فصل ۲. تدوین برنامه عملیاتی
۱۹	.....	مراحل تدوین برنامه عملیاتی
۲۱	.....	نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی
		فصل ۳. پایش برنامه عملیاتی
۲۴	.....	مقدمه
۲۵	.....	مؤلفه‌های اصلی پایش برنامه عملیاتی
۲۷	.....	روش محاسبه انحراف خوداظهاری و ارزیابی انطباق توسط سامانه
۳۰	.....	پایش میدانی برنامه عملیاتی

مقدمه

نظام برنامه‌ریزی عملیاتی از سال ۹۵ تا کنون در ستاد وزارت، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته طی جلسات متعدد، به‌صورت برنامه مشترک ستاد، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور تدوین و از طریق سامانه پایش برنامه عملیاتی، پایش می‌گردد. به‌صورت کلی پیاده‌سازی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی از طریق سامانه راهبری نظام سلامت در وزارت بهداشت طی سال‌های گذشته باعث نظم‌دادن به انجام برنامه و فعالیت‌ها شده و از سویی دسترسی آسان تمام ذینفعان به سامانه‌ای کشوری را فراهم می‌ساخت.

با آسیب‌شناسی اجرای برنامه عملیاتی در سالیان اخیر به‌منظور رفع چالش‌های موجود، تغییراتی در نظام برنامه‌ریزی و نرم‌افزار مورد استفاده صورت پذیرفت. در این راستا دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی به‌عنوان متولی نظام برنامه‌ریزی در ستاد، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور اقدام به بازنگری و توسعه نظام برنامه‌ریزی و ارتقاء سامانه پایش برنامه عملیاتی نموده‌است. سامانه راهبری نظام سلامت که از سال جاری در ستاد و دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور مستقر شد، با بهره‌گیری از دانش و فناوری به روز و با توجه به نیازهای کاربران، رصد و پایش برنامه‌های راهبردی و عملیاتی را عهده‌دار گردیده است.

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

ضرورت بازنگري و توسعه نظام برنامه‌ريزي

برنامه‌ريزي، يکي از اصول اساسي مديريت و عنصر حياتي در تحقق اهداف و توسعه سازمان‌ها مي‌باشد. اين اصل اساسي نقش مهمي در ايجاد تعادل و هماهنگي بين منابع مختلف سازمان داشته و به‌طور جامع بر نحوه استفاده بهينه از آن‌ها تأثيرگذار است. با پيشرفت روزافزون فناوري و تغييرات مداوم در محيط کسب و کار، لزوم ارتقاء فرآيند برنامه‌ريزي براي سازمان‌ها غيرقابل انکار مي‌باشد. امروزه فعاليت‌هاي سازمانی پيچيده‌تر شده و نياز به اطلاعات دقيق، تصميم‌گيري سريع و پاسخگويي فوري مي‌باشد. از اين‌رو، ارتقاء فرآيند برنامه‌ريزي به سازمان اين امکان را مي‌دهد تا با چالش‌ها و تغييرات محيطی مواجه شده و به بهبود عملکرد خود بپردازد. اين ارتقاء مي‌تواند به بهبود کارايي، افزايش توانمندی تصميم‌گيري و بهينه‌سازي منابع منجر شود و به تحقق اهداف سازمان کمک کند.

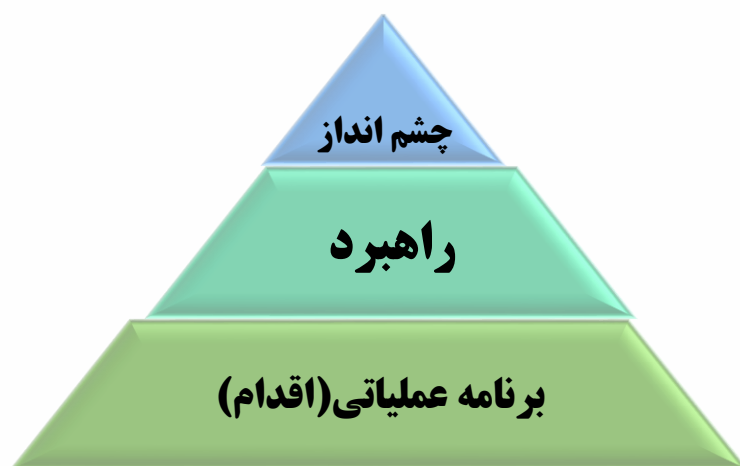
دفتر برنامه‌ريزي و نظارت راهبردي وزارت بهداشت به‌عنوان متولي برنامه‌ريزي در نظام سلامت، وظيفه مديريت، تدوين و پايش برنامه‌ها و ارائه گزارش‌هاي ادواري در سطوح مديريتي و بررسي چالش‌ها و پيشنهادهای مديران و کارشناسان در راستای ارتقاء نظام برنامه‌ريزي را عهده‌دار مي‌باشد. در راستای ارتقاء فرآيند برنامه‌ريزي، اين دفتر برنامه توسعه نظام برنامه‌ريزي را در سطوح مختلف با اجرائ برنامه‌هايي نظير بازنگري محتوای برنامه‌هاي عملياتی، تدوين شاخص‌هاي کلیدی عملکردی، ارتقاء سامانه پايش برنامه عملياتی و ارزيابی ميدانی در دستور کار خود قرار داده‌است.

طی ساليان گذشته گزارش پيشرفت اجراء و تحقق برنامه عملياتی هر دانشگاه در جلسات هیأت امناء دانشگاه / دانشکده‌ها و با حضور اعضای محترم هیأت امناء مطرح می‌شد و با توجه به تجربه پياده‌سازي نظام برنامه‌ريزي بدین شکل و بررسي‌هاي به‌عمل آمده، در اکثر جلسات فوق‌الذکر از درصد دستيابی دانشگاه به شاخص‌ها و ميزان تأثير عملکرد آن دانشگاه در دستيابی به اهداف سوال مطرح می‌شد، ليکن می‌توان چنين بيان کرد که مشکل اساسی نظام برنامه‌ريزي عملياتی طی ساليان اخير، تأثير پايين اجرائ برنامه‌ها در تحقق اسناد فرادستی و برنامه‌هاي پنج ساله توسعه کشور و عدم ارتباط بين شاخص و اهداف در راستای ارتقاء شاخص‌هاي سلامت است. با توجه به اينکه برنامه‌هاي عملياتی از جنس اجرا هستند و بايد اثربخشی اين اقدامات بررسي و اندازه‌گيري شود، سازمان‌ها براي اندازه‌گيري و ارزيابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته و همچنين اندازه‌گيري درصد تحقق اهداف تدوين شده بايد شاخص‌هايي را براي اهداف و برنامه‌ها تعريف و پايش نمايند. از اين‌رو هدف اصلی از تغيير سامانه برنامه عملياتی اين بوده‌است که علاوه بر ميزان تحقق برنامه عملياتی که منتج از ميزان تحقق برنامه‌هاي عملياتی مشترک (ستاد و دانشگاه)، ستادی و دانشگاهی می‌باشد و با رویکرد خوداظهاری و ارزيابی انطباق انجام می‌گردد، ميزان تحقق شاخص‌هاي برنامه عملياتی نیز به‌طور جداگانه از طريق همين سامانه پايش گردیده و نهايتاً گزارشی تحلیلی از مقایسه ميزان تحقق برنامه عملياتی و ميزان تحقق شاخص‌ها ارائه گردد.

فصل ۱: چارچوب مفهومی برنامه عملیاتی

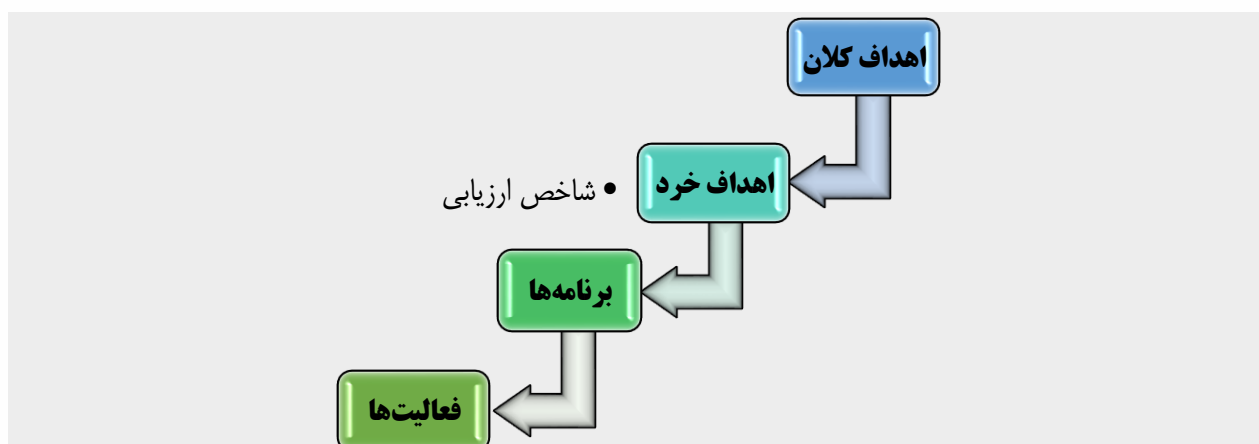
۱. مؤلفه‌های برنامه راهبردی

در ادبیات برنامه‌ریزی راهبردی، اجزاء برنامه سازمان از سه بخش کلی تشکیل می‌شود که به ترتیب از بالا به پایین عبارتند از: سیاست (چشم‌انداز)، راهبرد و برنامه عملیاتی. هر یک از این سطوح، کارکردها و اقتضائات خود را دارد؛ برای مثال، سیاست، (چشم‌انداز) خط مشی کلی سازمان را ترسیم می‌کند و راهبرد نیز به چگونگی و راه و روش اجرای سیاست در قالب چشم‌انداز، رسالت و اهداف کلان می‌پردازد. اما برنامه عملیاتی که می‌توان آن را سطح سوم برنامه‌ریزی دانست، اجرایی‌ترین سطح برنامه را در برمی‌گیرد و هسته آن را برنامه‌ها و فعالیت‌ها تشکیل می‌دهد.



شکل ۱. مؤلفه‌های برنامه راهبردی

۲. مؤلفه‌های برنامه عملیاتی



شکل ۲. مؤلفه‌های برنامه عملیاتی

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

✓ هدف کلان:

هدف کلان عبارت‌است از موقعیت یا وضعیتی مطلوب در یکی از حوزه‌های سلامت که در راستای اسناد فرادست و مأموریت‌های کلان نظام سلامت در قالب گزاره‌ای کوتاه، شفاف و برانگیزاننده تدوین می‌شود. گرچه هدف کلان 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 (همسو و هماهنگ با برنامه هفتم پیشرفت) همخوانی داشته‌باشد. برای آن که بتوانیم در سال‌های بعد میزان تحقق برنامه را بسنجیم، ترجیحاً می‌بایست وضعیت هر هدف کلان را در ابتدا و انتهای برنامه با تکیه بر آمار و اطلاعات متقن مشخص کنیم.

✓ مثال‌هایی از «هدف کلان» در برنامه عملیاتی مشترک:

❖ افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

❖ حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت

نکته: اهداف کلان در نظر گرفته شده برای کلیه حوزه‌های تخصصی ستاد و سازمان‌های وابسته و دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی یکسان بوده و ضرورت دارد کلیه گام‌های تدوین برنامه عملیاتی براساس این اهداف کلان در نظر گرفته‌شود.

✓ هدف خرد:

اهداف کلان ماهیت کلان دارند و باید به ابعاد مختلف شکسته شوند تا جنبه عملیاتی بگیرند. بنابراین ذیل هر هدف کلان، چند هدف خرد تدوین می‌شود که هر کدام، یکی از ابعاد هدف کلان را توصیف می‌کند. برای سنجش میزان تحقق برنامه لازم است برای هر هدف خرد یک یا چند شاخص تعریف و اندازه‌گیری گردد.

✓ چند مثال از اهداف کلان و خرد:

هدف کلان: افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

اهداف خرد:

۱. افزایش تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، به‌ویژه در مناطق محروم و روستایی
۲. افزایش تعداد پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی درمانی، به‌ویژه در رشته‌ها (تخصص‌های) مورد نیاز و برحسب مناطق مختلف
۳. افزایش پوشش واکسیناسیون، غربالگری بیماری‌ها و آموزش بهداشت

۴. ارتقاء سطح کیفی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی

هدف کلان: حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت

اهداف خرد:

۱. گسترش پوشش بیمه سلامت به تمام اقشار جامعه
۲. کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران
۳. ارائه خدمات درمانی تکمیلی در پوشش بیمه پایه

❖ نکات مهم در تدوین اهداف خرد

- ✓ مورد توجه قرار دادن اهداف خرد اولویت‌دار
- ✓ معطوف بودن هر هدف خرد به یک یا چند شاخص عملکردی؛
- ✓ توجه به تکالیف حوزه‌ها در اسناد بالادستی؛
- ✓ پرهیز از کلی‌گویی و ابهام؛
- ✓ قابلیت اندازه‌گیری هدف خرد
- ✓ قابلیت اتصال برنامه‌ها بودجه

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

• شاخص اهداف خرد

الف) تعریف مفاهیم

تعریف شاخص:

برای پایش برنامه‌های عملیاتی و سنجش میزان تحقق برنامه‌های تدوین شده در سال ۱۴۰۵، نیاز به تعیین شاخص‌هایی است تا براساس آن‌ها میزان پیشرفت برنامه‌ها و عملکرد سازمان و میزان تحقق و دستیابی به اهداف تعیین گردد. شاخص‌ها برای اندازه‌گیری نتایج حاصل از تحقق هر یک از اهداف خرد بکار می‌روند و به عبارتی اهداف خرد را سنجش‌پذیر و کمی می‌کنند. بنابراین می‌توان ذیل اهداف خرد شاخص / شاخص‌هایی تدوین نمود و مقدار موجود، استاندارد و مقدار هدف آن را (مقادیری که هدف‌گذاری می‌شود تا در پایان سال و با اجرای آن برنامه به آن‌ها دست یابیم) مشخص کرد. علاوه بر این موارد، برای هر شاخص باید مؤلفه‌هایی نیز در قالب "شاسنامه شاخص" تعیین گردد. در ادامه طبقه‌بندی مختلف شاخص و همچنین شاسنامه شاخص توضیح داده خواهد شد. مثال‌هایی از «شاخص» در برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی عبارت است از:

مثال ۱:

هدف کلان: حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت

هدف خرد: گسترش پوشش بیمه سلامت به تمام اقشار جامعه

شاخص: درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت (برحسب کشور، مناطق، اقشار مختلف، خدمات، ...)

مثال ۲:

هدف کلان: افزایش بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه سلامت

هدف خرد: افزایش تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، به ویژه در مناطق محروم و روستایی

شاخص: تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در مناطق مختلف

❖ ملاحظات کلیدی در تدوین شاخص‌ها عبارتند از:

✓ شاخص‌ها باید معطوف به هدف باشند نه برنامه یا فعالیت، بنابراین موارد زیر "شاخص هدف خرد" محسوب نمی‌شوند:

❖ تعداد جلسات برگزار شده

❖ تعداد دستورالعمل‌های تدوین شده

✓ شاخص‌ها باید براساس معیارهای مشخص و عینی و بدون قضاوت شخصی قابل اندازه‌گیری و سنجش باشند، بنابراین موارد زیر شاخص هدف محسوب نمی‌شود:

❖ درصد پیاده‌سازی نرم افزار

❖ درصد پیاده‌سازی سند آمایش سرزمین

❖ درصد پیشرفت پروژه

✓ شاخص‌ها در راستای تحقق اهداف خرد تعیین شده، تدوین گردد.

✓ تعداد بهینه‌ای شاخص مرتبط انتخاب شود به طوری که تحقق هدف مربوطه را تضمین کند.

تعریف مقدار مطلوب شاخص:

استاندارد^۱ یا مقدار مطلوب شاخص 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. به عبارت دیگر، استاندارد خط قرمز شاخص می‌باشد. شاخص نشان می‌دهد که وضعیت چیست. استاندارد نشان می‌دهد که آیا وضعیت مطلوب است یا نه. و آیا اهداف و سیاست‌های تحقق یافته‌اند یا نه.

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

استاندارد



حدود

استاندارد از نظر اندازه‌گیری می‌تواند کمی باشد در اینصورت :

– استاندارد یا حداقل قابل قبول دارد و حداکثر ندارد .

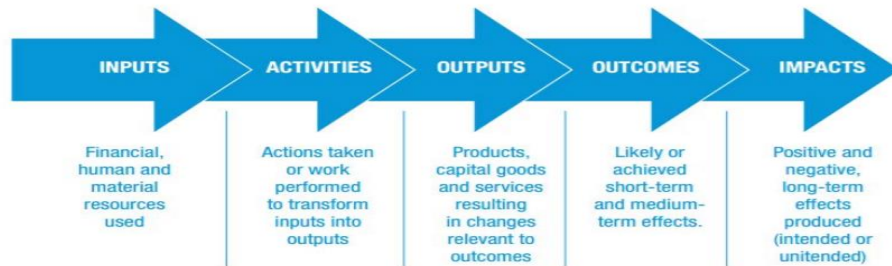
– احتمال دارد یک استاندارد فقط حداکثر داشته باشد و حداقل معنا نداشته باشد.

– احتمال دارد یک استاندارد هم حداقل داشته باشد و هم حداکثر (کمیت و بیشینه)

ب) 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.

^۱ Standard.



شکل زنجیره نتایج

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

۱. شاخص‌های ورودی / ساختاری یا درون‌دادی (Input Indicators)

آنچه به‌عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقاء سلامت مطرح است که شامل: 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

۲. شاخص‌های فرآیندی (Process Indicators)

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

مثال: میزان بازخورد به سطح یک از سطح دوم و سوم برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده

۳. شاخص‌های خروجی / برون‌دادی (Output Indicators)

شاخص‌هایی که خروجی برنامه‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند.

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

۳. شاخص‌های نتایج (Outcome Indicators)

شاخص‌هایی که برآمد / نتایج برنامه را نشان می‌دهند.

مثال: میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی

۴. شاخص‌های پیامدی (Impact Indicators)

شاخص‌هایی هستند که اثرات بلندمدت برنامه‌ها 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 قابل‌پیشگیری با واکسن

✓ لازم به ذکر است، با توجه به اینکه شاخص‌های نتایج و شاخص‌های پیامدی اثرات بلندمدت برنامه‌ها را نشان می‌دهند و بیش از یکسال طول می‌کشد تا تاثیرات آن‌ها مشخص گردد، لذا در حال حاضر در تدوین برنامه‌های عملیاتی یکساله مدنظر قرار نمی‌گیرد.

ج) انواع شاخص‌ها از نظر نحوه گزارش

• **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

• **نسبت (Ratio):** صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند به عبارت دیگر صورت جزئی از مخرج نیست. مثال: نسبت پرستار به تخت - نسبت پزشک متخصص به جمعیت - نسبت دانشجویان به اعضای هیئت علمی

• **سهم (proportion):** صورت و مخرج از یک جنس هستند و صورت جزئی از مخرج است به عبارت دیگر صورت از دل مخرج بیرون می‌آید. مثال: تعداد احیاهای موفق به تعداد احیاهای صورت‌گرفته، تعداد پرستار به کل پرسنل

• **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 کم‌خونی در زنان باردار - میزان بروز کم‌کاری تیروئید نوزادان

✓ خاصیت مهمی که میزان را از سهم متمایز می‌کند این است که میزان سهمی است که فاکتور زمان در آن مد نظر قرار گرفته است.

مثال: میزان احیاهای موفق در اسفند ماه (صورت: تعداد احیاهای موفق در اسفند ماه، مخرج: تعداد کل احیاهای در اسفند 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.

• میانگین و میانه (Mean/Median) : در برخی مواقع میانگین و میانه نیز می‌توانند به‌عنوان شاخص به‌کار روند.

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

د) ویژگی‌های شاخص

- شاخص‌ها باید از ویژگی‌های (SMART & D) به‌شرح زیر برخوردار باشند:
 - Specific – S: مخصوص، معین و مشخص باشد. یعنی شاخص جامع و مانع، شفاف، ساده، واضح، رسا و صریح باشد بطوری‌که برداشت یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید.
 - Measurable - M: 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.
 - Achievable - A: قابل دستیابی باشد.
 - Relevant/Realistic - R: واقع‌گرایانه باشد. یعنی با فعالیت‌ها و مأموریت‌ها و خط‌مشی و راهبردهای واقعی سازمان و با حوزه‌های حساس و کلیدی عملکرد سازمان مرتبط باشد.
 - Time frame - T: چارچوب و محدوده زمانی داشته باشد، یعنی شاخص دوره ارزیابی معین داشته باشد.
 - Database - D: بانک اطلاعاتی، یعنی داده‌ها و اطلاعات لازم و مربوط به شاخص وجود داشته باشد.

ه) تدوین شناسنامه شاخص

طراحی شناسنامه شاخص به‌معنای 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 شاخص، ایجاد رویه یکسان در تهیه و تدوین شاخص‌های آماری و به حداقل رساندن اختلاف‌نظرها و تعارضات بین بخش‌ها و حوزه‌های مختلف و دستیابی به ادبیات مشترک با همکاری واحدهای ذینفع درخصوص 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.

پس از تدوین و نهایی شدن شاخص‌های هر یک از معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ذیل اهداف، باید فرم شناسنامه شاخص نیز برای هر یک از شاخص‌ها تکمیل گردد. در ادامه، مثالی از فرم شناسنامه شاخص تکمیل شده آورده شده است.

مثالی از فرم شناسنامه شاخص

برش ستادی / دانشگاه	جایگاه سازمانی مقام تاییدکننده اطلاعات	جایگاه سازمانی مسئول واردکننده اطلاعات	وضعیت شاخص در پایان سال (مقدار هدف)	وضعیت شاخص در ابتدای سال	واحد اندازه‌گیری شاخص	منبع جمع‌آوری داده‌های مخرج	منبع جمع‌آوری داده‌های صورت	تناوب جمع‌آوری شاخص	روند مطلوب شاخص	مخرج شاخص		صورت شاخص		نوع شاخص	عنوان شاخص	عنوان هدف خرد	عنوان هدف کلان
										مقدار عددی مخرج در آخرین ماه بازه زمانی	تعریف مخرج	مقدار عددی صورت در آخرین ماه بازه زمانی	تعریف صورت				
ستادی	مدیرکل	حوزه تخصصی	26/89	24/44	درصد	سامانه‌های اطلاعاتی medcare.behdasht.gov.ir	سامانه‌های اطلاعاتی HIS و RDA..behdasht.gov.ir	سالانه	صعودی	225	تعداد کل محصولات دانشی ابلاغ شده معاونت درمان در همان سال	55	تعداد محصولات دانشی پیاده‌سازی شده در HIS توسط مرکز مافا ضرب در صد	پیامدی - برون دادی	درصد محصولات دانشی پیاده‌سازی شده در HIS	استقرار محصولات دانشی	ارتقاء بهره‌وری نظام سلامت
ستادی	معاون درمان دانشگاه	معاونت درمان دانشگاه - اداره آمار و فناوری دانشگاه	50	32	درصد	داده‌های در دسترس	داده‌های در دسترس	فصلی	صعودی	1211217	تعداد ارجاعات داده شده به سطوح دوم و سوم	384054	تعداد بازخوردهای داده شده به سطح یک از سطوح دوم و سوم	فرآیندی	میزان بازخورد به سطح یک از سطح دوم و سوم برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده	توسعه و تقویت نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت	تقویت نظام ارائه خدمات سلامت

• برنامه

به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌شود که ذیل اهداف خرد شکل گرفته و دستیابی به خروجی معینی را در زمان مشخص دنبال می‌کند. هر برنامه حداقل 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
- ❖ ملاحظات کلیدی در تدوین برنامه‌ها عبارتند از:
- ✓ در ابتدای برنامه‌ها نمی‌توان از واژگانی مانند «افزایش»، «توسعه»، «ارتقاء»، «گسترش» یا «تقویت» استفاده کرد، چون این واژگان نوعاً اشاره به هدف دارند، نه برنامه.
- ✓ بسیار اهمیت دارد که برنامه‌ها ماهیت هدف یا راهبرد نداشته باشند. برای مثال موارد زیر نمی‌تواند عنوان «برنامه» باشد، زیرا ماهیت «هدف» دارد یا خروجی آن ناملموس و نامعین است:
 - ❖ گسترش مراقبت‌های ادغام‌یافته بازنگری شده سلامت کودکان
 - ❖ حمایت از زوجین نابارور
 - ❖ افزایش هماهنگی بین بخشی با دستگاه‌های ذیربط در حوزه قاچاق فرآورده‌های بهداشتی
 - ❖ کارآفرینی و خلق ثروت دانش‌بنیان در دانشگاه‌های علوم پزشکی
 - ❖ ارتقاء کیفی دوره‌های دکترای پژوهشی
 - ❖ ارتقاء خودمراقبتی روانی دانشجویان
- ✓ 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 ارتقاء 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. تدوین برنامه‌های حاشیه‌ای، فرعی یا کم‌اولویت در برنامه عملیاتی می‌تواند زمینه‌ساز استهلاک و دزدگی مسئولان پایش در ستاد و

دانشگاه‌ها باشد. لذا حتی‌المقدور می‌بایست از گنجاندن برنامه‌های جاری در برنامه عملیاتی پرهیز گردد.

❖ **واحد/دفتر متولی برنامه:** در زمان نگارش برنامه عملیاتی لازم است واحد/دفتر متولی برنامه به‌دقت از میان دفاتر تخصصی در ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی تعیین شود. تعیین متولی برنامه این امکان را فراهم می‌سازد تا در پایش برنامه عملیاتی، گزارش‌های پایش متناسب با ساختار ستاد یا دانشگاه‌های علوم پزشکی و به تفکیک دفاتر تخصصی تهیه شود و در اختیار مدیران ارشد ستادی و دانشگاهی قرارگیرد.

✓ 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 میزان پیشرفت آن‌ها در موعد پایش به‌راحتی 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 «ارتقاء 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.

به‌طوری که اگر چند کارشناس در چند دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی با آن روبرو شوند، مفهوم 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.

❖ **نشانه‌گر (مستندات و شواهد فعالیت):** به ازای هر فعالیت (اعم از دانشگاهی یا ستادی) لازم است مستندات و شواهدی

تعیین شود که بیانگر پیشرفت یا خاتمه آن فعالیت باشد. برای مثال مستندات و شواهد فعالیت «شناسایی گروه‌های هدف» (در برنامه آموزش و اطلاع‌رسانی به منظور کاهش اسیدهای چرب ترانس) می‌تواند «فهرست گروه‌های هدف منتخب» باشد یا مستندات و شواهد فعالیت «تدوین شیوه‌نامه اختصاصی دانشگاه برای اعطای 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 نشانگر برای هر فعالیت وجود دارد، اما به منظور عدم ایجاد ابهام و سردرگمی مسئولان پایش، بهتر است تعداد مستندات و نشانگرها تا حد امکان محدود باشد. از آنجا که مسئولان پایش (اعم از ستادی و دانشگاهی) می‌بایست به ازای هر بار درج میزان پیشرفت یک فعالیت، مستندات و شواهد دال بر پیشرفت فعالیت را در سامانه پایش بارگذاری نمایند و متعاقباً مسئولان پایش ستادی نیز به ارزیابی انطباق آن‌ها بپردازند، پیشنهاد می‌شود تعداد مستندات و شواهد محدود باشد. همچنین امسال امکان قراردادن "فایل راهنمای" فعالیت برای مسئولان پایش ستادی فراهم است.
- مستندات و شواهد باید کاملاً شفاف بوده و هیچگونه ابهامی نداشته باشند.
- مستندات و شواهد یک فعالیت می‌بایست با ماهیت آن فعالیت تناسب داشته باشند، نه با نتایج یا پیامدهای آن فعالیت. برای مثال در مورد فعالیت «تدوین شیوه‌نامه اختصاصی گزنت‌های تحقیقاتی دانشگاه» نمی‌توان «گزارش گزنت‌های تحقیقاتی اعطاشده در دانشگاه» را به عنوان مستندات و شواهد تعیین کرد بلکه اصل شیوه نامه مورد نظر به عنوان مستند باید ارائه شود.

❖ **تاریخ شروع و پایان فعالیت:** هر فعالیت باید تاریخ شروع و پایان مشخصی در قالب تقویم شمسی داشته باشد؛ مثلاً ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

ملاحظات کلیدی در تعیین تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها عبارتند از:

- منظور از تاریخ شروع و پایان، زمانبندی انجام فعالیت است و با تاریخ خوداظهاری و ارزیابی انطباق متفاوت است (تاریخ خوداظهاری معمولاً پنج روز کاری ابتدای هرماه و تاریخ ارزیابی انطباق پنج روز کاری پس از آن می‌باشد).
- در برنامه عملیاتی باید از فعالیت‌های بلندمدت یا سالانه پرهیز کرد، زیرا فعالیت‌ها در پایان هر ماه مورد پایش قرار می‌گیرند و لذا یک فعالیت ۱۰ یا ۱۲ ماهه عملاً قابل پایش نیست. حتی الامکان فاصله زمان شروع تا پایان هر فعالیت 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 الزماً باید در نیم‌سال تحصیلی اول یا دوم انجام شوند.
- تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها باید با تقویم رسمی کشور تناسب داشته باشد. برای مثال تعطیلات رسمی

(مانند تعطیلات ابتدای سال، دهه فجر، ماه مبارک رمضان و امثال آن‌ها) نیز باید در تعیین تاریخ شروع و پایان فعالیت‌ها لحاظ شوند.

➤ تاریخ شروع فعالیت‌ها تا حد امکان نباید در آخرین روزهای هر ماه (مثلاً ۳۰ یا ۳۱ ام) تعیین شود. به منظور تسهیل در پایش فعالیت‌ها، بهتر است تاریخ شروع آن‌ها اواسط یا روزهای نخست هر ماه (مثلاً یکم یا دوم ماه) باشد. همچنین تاریخ پایان فعالیت‌ها تا حد امکان نباید در اولین روزهای هر ماه (مثلاً یکم یا دوم) انتخاب شود و تاریخ پایان مناسب برای فعالیت‌ها، اواسط یا اواخر ماه است.

➤ آخرین تاریخ پایان در نظر گرفته شده برای فعالیت‌ها در سامانه ۲۰ اسفندماه می‌باشد.

➤ شروع فعالیت‌ها در بازه زمانی اول تا پانزدهم فرودین ماه تعریف نشود.

❖ **تاریخ پایان طلایی:** گرچه همه فعالیت‌ها تاریخ پایان مشخصی دارند، اما برخی از فعالیت‌ها بیشتر به زمان حساس هستند و ضرب‌الاجل‌های جدی‌تری دارند. برای مثال ممکن است هدف از گنجاندن یک فعالیت خاص در برنامه عملیاتی، دریافت گزارش‌های پیشرفت دانشگاه‌های علوم پزشکی، و تجمیع و ارایه آن به سازمان‌های فرادست در تاریخ‌های خاص (برای مثال سالگرد پیروزی انقلاب) باشد. از این رو تأخیر در اجرای این نوع فعالیت‌ها، عملاً آن‌ها را بی‌ارزش می‌کند. لذا در هنگام تدوین برنامه عملیاتی، تاریخ نهایی پایان این فعالیت‌ها موسوم به «تاریخ پایان طلایی» نیز تعیین می‌شود.

📌 نکات کلیدی

- خوداظهاری برای فعالیت‌هایی که تاریخ پایان طلایی برای آن‌ها تعیین نمی‌شود، حتی پس از فرارسیدن تاریخ پایان نیز مجاز است و تا پایان سال مجاز باقی خواهد ماند. این نوع فعالیت‌ها حتی پس از فرارسیدن تاریخ پایان نیز ارزیابی انطباق خواهند شد. از این رو امکان جبران انحراف خوداظهاری یا ارزیابی انطباق برای مسئولان پایش این نوع فعالیت‌ها وجود دارد.
- خوداظهاری برای فعالیت‌هایی که تاریخ پایان طلایی برای آن‌ها تعیین شده است، پس از فرارسیدن تاریخ پایان طلایی مقدور نیست. از این رو، با عبور از تاریخ پایان طلایی (که توسط ستاد تا حداکثر 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.
- همکاران محترم ستادی در تعریف فعالیت‌های طلایی توجه نمایند از آنجاییکه فرصت خوداظهاری برای این فعالیت‌ها محدود است، در انتخاب تاریخ پایان فعالیت طلایی دقت بیشتری صورت گیرد و نشانگرهای این فعالیت‌ها با حساسیت بیشتری برای دانشگاه‌ها تبیین شود تا خوداظهاری این فعالیت‌ها در زمان تعیین شده و با دقت انجام گردد.

❖ **برش ستادی/دانشگاهی:** برخی فعالیت‌ها در حیطه مأموریت‌ها، جایگاه و کارکردهای معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه هستند و اصطلاحاً ماهیت «ستادی» دارند، مانند تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها به دانشگاه‌ها، ابلاغ اعتبار مورد نیاز به دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، ارایه آموزش‌های یکپارچه و سراسری به مدیران یا کارشناسان دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و امثال آن‌ها. اما انجام برخی فعالیت‌ها نیز برعهده دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است که عمدتاً جنبه اجرایی دارد، مانند «شناسایی مراکز فعال و مجوزدار ارایه مراقبت‌های پرستاری در منزل استان» یا «برگزاری همایش صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در استان». برش ستادی و دانشگاهی که با علامت (✓) مشخص می‌شود، نشانگر آن است که این فعالیت یا ماهیت ستادی دارد یا دانشگاهی و لذا انجام آن یا 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.

❖ **وزن نسبی:** همه اهداف کلان، اهداف خرد، 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 کلان، اهداف خرد، برنامه‌ها و فعالیت‌ها از مولفه «وزن نسبی» استفاده می‌شود.

با این تعریف، وزن نسبی فعالیت به اهمیت نسبی آن فعالیت نسبت به دیگر فعالیت‌های ذیل همان برنامه گفته می‌شود که در قالب درصد بیان می‌شود. از آنجا که این اوزان جنبه «نسبی» دارند و مطلق نیستند، جمع آن‌ها باید معادل ۱۰۰ باشد. لذا وزن نسبی هر فعالیت طوری تعیین می‌شود که مجموع اوزان نسبی فعالیت‌های ذیل یک برنامه معادل ۱۰۰ باشد. برای مثال، اگر یک برنامه دارای ۵ فعالیت باشد، ممکن است وزن همه آن‌ها مساوی (۲۰ درصد) منظور شود، یا اینکه وزن آن‌ها به ترتیب معادل ۵۰، ۱۰، ۲۰، ۱۰، ۱۰ منظور شود. یادآوری می‌شود که وزن نسبی یکایک فعالیت‌های ذیل یک برنامه، باید بیانگر اهمیت و اولویت نسبی آن‌ها در پیشبرد همان برنامه باشد. اگر یک فعالیت در یک برنامه نقش گلوگاهی داشته باشد، باید وزن بیشتری به آن اختصاص یابد. یکی از شاخص‌های تعیین وزن نسبی می‌تواند میزان هزینه مورد نیاز برای آن فعالیت باشد. وزن نسبی بر مبنای قضاوت کارشناسی تدوین‌کنندگان برنامه مشخص می‌شود و لزوماً شاخص کمی ندارد.

به طور مشابه، همه برنامه‌های ذیل یک هدف خرد 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 خرد 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 خرد معادل ۱۰۰ باشد.

به همین منوال باید وزن نسبی هر هدف خرد نیز با توجه به نقش و اهمیت آن در تحقق هدف کلان متناظر آن مشخص و در قالب «درصد» بیان شود. به طور مشابه اهداف کلان نیز وزن نسبی دارند که بیانگر نقش، اهمیت یا جایگاه نسبی آن‌ها در حوزه تخصصی متناظر است. وزن نسبی اهداف کلان توسط مقام عالی وزارت تعیین شده است. اما وزن نسبی اهداف خرد ذیل هر هدف کلان توسط معاونت‌های ذیربط تعیین می‌شود. همچنین وزن نسبی

برنامه‌ها و فعالیت‌ها توسط ادارات تدوین کننده تعیین می‌گردد.

مثال :

ارتقاء مستمر کیفیت مراقبت‌ها، خدمات و سواد سلامت				هدف کلان
استقرار نظام هیأت امناء در مراکز ارائه خدمت				هدف خرد
تاریخ پایان	تاریخ شروع	وزن نسبی	فعالیت‌ها	برنامه
۱۴۰۴/۰۲/۳۰	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۲۵ درصد	تدوین آیین‌نامه	ایجاد ساختار هیأت امناء در مراکز خدمات درمانی
۱۴۰۴/۰۴/۳۰	۱۴۰۴/۰۲/۳۰	۵ درصد	تصویب در مراجع ذیربط	
۱۴۰۴/۰۵/۳۰	۱۴۰۴/۰۵/۰۱	۵ درصد	ابلاغ به استان‌ها	
۱۴۰۴/۰۷/۳۰	۱۴۰۴/۰۶/۰۱	۵ درصد	تشکیل ستاد مرتبط	
۱۴۰۴/۰۸/۳۰	۱۴۰۴/۰۸/۰۱	۵ درصد	انتخاب مراکز درمانی مربوط	
۱۴۰۴/۱۰/۳۰	۱۴۰۴/۰۹/۰۱	۱۰ درصد	آموزش کارکنان	
۱۴۰۴/۱۱/۳۰	۱۴۰۴/۱۱/۰۱	۱۰ درصد	انتخاب اعضاء هیأت امناء	
۱۴۰۴/۱۲/۲۰	۱۴۰۴/۱۱/۳۰	۳۵ درصد	تبدیل نظام جاری به هیأت امناء	

فصل ۲: فرآیند تدوین برنامه عملیاتی

مراحل تدوین برنامه عملیاتی

در این فصل به فرآیند تدوین برنامه عملیاتی می‌پردازیم:

گام‌های تدوین برنامه عملیاتی:

۱- تدوین و ابلاغ اهداف کلان

۲- تدوین و ابلاغ ضوابط اجرایی برنامه عملیاتی

۳- تدوین اهداف خرد و برنامه‌های عملیاتی مشتمل بر فعالیت‌ها و اجزاء آن

• تشکیل و فعالیت ستاد برنامه عملیاتی در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

پیرو نامه مقام محترم وزارت در خصوص ابلاغ رؤسای محترم دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان رئیس ستاد برنامه عملیاتی دانشگاه/دانشکده‌ها (به شماره نامه ۱۰۰/۱۸۹ مورخ ۱۴۰۴/۰۲/۲۹)، و در راستای دستیابی به اهداف نظام سلامت «شیوه‌نامه اجرایی تشکیل و فعالیت ستاد برنامه عملیاتی در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور»، به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید. در این شیوه‌نامه معاون توسعه مدیریت و منابع هر دانشگاه/دانشکده به عنوان دبیر ستاد برنامه عملیاتی تعیین شده است. وظایف این ستاد عبارت است از:

- تصویب برنامه عملیاتی سالانه و پیشنهاد بودجه مورد نیاز در هیأت امناء دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مبتنی بر اسناد بالادستی و ابلاغی از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت
- نظارت بر اجرای دقیق برنامه عملیاتی و نظارت مستقیم، همه جانبه، کارآمد و مؤثر بر پیاده‌سازی و اجرای مطلوب، دقیق و به موقع برنامه عملیاتی سالانه و فعالیت‌های مرتبط با آن در سطح دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیز تحقق اهداف مندرج در برنامه
- ایجاد تمهیدات لازم برای مشارکت فعالانه کلیه حوزه‌های ستادی و صف دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و واحدهای وابسته در تدوین برنامه عملیاتی یکپارچه و تخصصی
- برگزاری دوره‌های آموزشی به منظور آشنایی کارکنان با برنامه‌های راهبردی و عملیاتی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، با هماهنگی ستاد وزارت
- دیده‌بانی شاخص‌های حوزه سلامت در سطح استان و منطقه تحت پوشش
- پیگیری تخصیص اعتبارات براساس میزان تحقق و پیشرفت برنامه عملیاتی به‌عنوان مبنای بودجه تفصیلی
- تعیین ساز و کارهای لازم با هدف تشویق و ترغیب همکاران براساس پیشرفت و تحقق برنامه
- اختصاص نیروی انسانی مجرب و متخصص برای تحقق اهداف برنامه

- نظارت بر حسن انجام کلیه خوداظهاری‌ها، انجام پایش‌ها و ارزیابی‌های مرتبط برنامه عملیاتی
 - نظارت کامل بر صحت آمار و اطلاعات ارائه شده به نظام برنامه‌ریزی عملیاتی، از جمله اقلام اطلاعاتی وارد شده به سامانه راهبردی نظام سلامت
 - نظارت بر تهیه و ارائه کلیه گزارش‌های مورد نیاز در حوزه برنامه‌ریزی
 - همکاری و هماهنگی کامل با حوزه‌های تخصصی وزارتخانه به‌خصوص دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی معاونت توسعه مدیریت و منابع، سایر معاونت‌ها و سازمان‌های وابسته (از جمله برگزاری جلسات مشترک، آموزش‌ها، پاسخگویی به مکاتبات مرتبط، نظارت‌های میدانی، تدوین و ارسال گزارش‌ها)
 - ارائه گزارش ماهانه پیشرفت برنامه عملیاتی به هیأت رئیسه و گزارش سه ماهه مربوطه به هیأت امناء دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مشارکت و همفکری لازم در این زمینه
 - انجام سایر وظایف محوله با نظر وزارت متبوع
- **تدوین پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک:** در این گام کارگروه‌هایی با محوریت معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی با مشارکت دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و اخذ نظرات آنها در چارچوب همین شیوه‌نامه، جهت تدوین برنامه عملیاتی تشکیل و پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک ستاد و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی تدوین می‌گردد.

نکته کلیدی

برنامه‌ها می‌بایست مورد تأیید و تأکید بالاترین مقام هر حوزه تخصصی بوده و از اولویت و پشتوانه مدیریتی کافی برخوردار باشند. تجربه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در ۱۰ سال گذشته نشان می‌دهد برنامه‌هایی که صرفاً از پشتوانه کارشناسی برخوردارند و از حمایت مدیریتی در سطوح ارشد بی‌بهره‌اند، اثربخشی کافی ندارند. بنابراین به‌منظور اطمینان از کیفیت و اثربخشی برنامه عملیاتی، لازم است کلیه کارگروه‌ها، ابتدا پیش‌نویس عناوین «برنامه‌ها» را پس از هماهنگی اولیه با مخاطبین و دانشگاه‌ها، به تأیید بالاترین مقام معاونت/حوزه تخصصی برسانند و سپس نسبت به تدوین فعالیت‌ها و سایر مؤلفه‌های برنامه عملیاتی اقدام نمایند. مشارکت فعال دانشگاه‌ها و اخذ نظرات آنها در تدوین برنامه توسط واحدهای ستادی تأکید می‌گردد.

- **تدوین و ارسال پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** امسال نیز مانند سال گذشته مدیران پایش حوزه‌های تخصصی می‌بایست برنامه عملیاتی حوزه خود را در قسمت برنامه آتی در سامانه وارد نمایند. در ادامه هر یک از معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه، پیش‌نویس برنامه عملیاتی مشترک را برای معاونت‌ها و حوزه‌های متناظر خود در کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال خواهد کرد تا توسط مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها مورد بحث و بررسی قرار گیرد. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نیز می‌توانند ضمن تبادل نظر از طرق و کانال‌های گوناگون، نظرات و پیشنهادات خود پیرامون پیش‌نویس

برنامه عملیاتی مشترک را هم در سامانه پایش برنامه عملیاتی و هم به صورت مکاتبه‌ای در موعد مقرر به معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی متناظر خود در ستاد وزارتخانه ارسال نمایند.

- **تصویب برنامه عملیاتی مشترک در هیأت امناء دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی:** در این مرحله، برنامه عملیاتی هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در جلسه هیأت امناء طرح و به تصویب خواهد رسید.
- **نهایی‌سازی برنامه‌ها و ابلاغ برنامه عملیاتی و مبادله توافق‌نامه دانشگاه/دانشکده‌ها و شروع خوداظهاری و ارزیابی انطباق برنامه عملیاتی مشترک دانشگاه/دانشکده‌ها در سامانه پایش برنامه عملیاتی؛**

نکات کلیدی جهت تدوین برنامه عملیاتی

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

- در تدوین برنامه‌های عملیاتی سال ۱۴۰۵، اهداف کلان و ضوابط اجرایی ناظر بر تدوین برنامه عملیاتی مدنظر قرار گیرد.
- برخی اهداف با یکدیگر همپوشانی دارند. هدف خرد که به پیشنهاد حوزه‌ها اضافه می‌شود، در بعضی موارد با هدف خرد که از قبل تعیین شده و یا با هدف خرد پیشنهادی حوزه‌های دیگر همپوشانی دارد.
- عناوین برخی از برنامه‌ها بدون ارجاع به هدف مشخصی به‌عنوان برنامه تعریف می‌شوند. مانند برنامه "توانمندسازی" یا برنامه "اطلاع‌رسانی" که مشخص نیست توانمندسازی و اطلاع‌رسانی چه چیزی در نظر است.
- گاهی مشاهده گردیده‌است برنامه‌ای که از جنس برنامه می‌باشد، در سال بعد تحت عنوان هدف خرد پیشنهاد شده‌است.
- 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 راه‌اندازی همان مرکز، آورده شده‌است.
- 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 به‌منظور 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.

- لزوم توجه مدیران ارشد ستاد وزارتخانه، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی به فرآیند تدوین و تنظیم جامع برنامه عملیاتی و نظارت بر حسن اجرای آن به‌عنوان متولیان اصلی برنامه‌ریزی و برنامه عملیاتی؛
- ضرورت مشارکت حداکثری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در فرآیند تدوین و پایش برنامه عملیاتی که در معاونت‌ها و ستاد تخصصی وزارتخانه برگزار می‌شود.
- توجه هر چه بیشتر به پوشش اسناد و احکام بالادستی در تدوین برنامه عملیاتی و نیز بیانات مقام معظم رهبری در خصوص شعار سال؛
- 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؛
- تأکید بر تعریف شاخص‌های دستیابی به اهداف و رصد و پایش شاخص‌ها؛
- لزوم طراحی فایل‌های راهنمای مناسب برای گزارش‌دهی فعالیت‌ها در سامانه در قالب جداول **Word** و **Excel**؛
- توجه دقیق به ماهیت دانشگاه/دانشکده‌ها و سازمان‌ها در تعریف برش‌های دانشگاهی/سازمانی فعالیت‌ها به‌خصوص (دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)؛
- زمانبندی دقیق و اصولی برنامه و فعالیت‌ها با توجه به شرایط محیطی و مبتنی بر واقعیات و امکانات؛
- پرهیز از گنجانیدن برنامه‌ها و امور جاری، کم‌اولویت یا حاشیه‌ای در برنامه عملیاتی و تأکید بر برنامه‌ها و فعالیت‌های مهم و اولویت‌دار (تضمین کیفیت برنامه عملیاتی به جای کمیت آن)؛
- تدوین فعالیت‌های طلایی به‌صورت صحیح و با توجه به ماهیت این نوع از فعالیت‌ها؛
- واقع‌بینی و پرهیز از نگارش برنامه‌های بلندپروازانه و نامتناسب با منابع مالی، انسانی و ساختاری ستاد و دانشگاه 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، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی در حین نگارش برنامه عملیاتی مشترک؛
- توجه ویژه به آموخته‌ها، تجارب و بازخوردهای ناشی از پایش برنامه عملیاتی در ۸ 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 منحصراً کوتاه مدت بوده ولی در سامانه بازه به‌صورت اشتباه تعریف شده است).
- بررسی جامع، دقیق و موشکافانه پیش‌نویس برنامه عملیاتی توسط مدیران و کارشناسان دانشگاهی در کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی با تأکید 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؛

نکات قابل توجه مسئولان برنامه‌ریزی ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱. جلب پشتوانه مدیریتی برای کلیه برنامه‌های مندرج در برنامه عملیاتی و اطمینان از اهمیت و اولویت برنامه‌ها برای مدیران ارشد ستاد وزارتخانه، دانشگاه و دانشکده‌های 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 خوداظهاری شده توسط دانشگاه‌ها موجب ایجاد نمره منفی در درصد تحقق دانشگاه‌ها می‌گردد.
۴. تعداد بالای تأخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیت‌ها نشان‌دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامه‌ها می‌باشد.
۵. نکته مهم در خصوص ارزیابی انطباق فعالیت‌ها: در حوزه‌های تخصصی مواردی دیده شده‌است 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.

فصل سوم پایش برنامه عملیاتی

مقدمه

در سال گذشته به دستور مقام محترم وزارت مبنی بر ضرورت تدوین و پایش برنامه عملیاتی در سطح ستاد و دانشگاه/دانشکده‌ها و متعاقب آن تدوین و ابلاغ شیوه‌نامه مربوطه، برنامه عملیاتی مشترک سال ۱۴۰۴ دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی در قالب کارگروه‌های تخصصی با حضور نمایندگان حوزه‌های ستادی تدوین و در سامانه راهبری نظام سلامت، راهنمای «اقدام و عمل» یکپارچه در ستاد و دانشگاه/دانشکده‌ها قرار گرفت.

اما از آنجا که برنامه‌ها اعم از راهبردی و برنامه عملیاتی در غیاب عنصر پایش اثربخشی کافی را ندارند، به‌منظور اطمینان از اجرایی شدن برنامه عملیاتی و همچنین دریافت بازخورد از سطوح میدانی در راستای ارتقاء محتوایی برنامه، فصل سوم شیوه‌نامه تدوین و پایش برنامه عملیاتی در ستاد، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی با هدف نظارت مستمر و نظام‌مند بر پیشرفت برنامه‌ها و فعالیت‌ها ابلاغ می‌گردد.

مطابق شیوه‌نامه مذکور، پایش برنامه عملیاتی با سه رویکرد خوداظهاری، ارزیابی انطباق و پایش میدانی انجام می‌شود که منظور از ارزیابی انطباق، بررسی میزان پیشرفت فعالیت‌ها براساس مستندات و شواهد مورد نظر معاونت‌های تخصصی ستاد وزارتخانه است. برای این منظور، نشانگرهای مربوط به هر فعالیت (مستندات و شواهد) توسط حوزه‌های تخصصی تدوین و در سامانه بارگذاری شد و مسئولان پایش ستادی و دانشگاهی نیز هر ماهه همزمان با درج میزان پیشرفت یکایک فعالیت‌ها در سامانه، شواهد و مستندات دال بر پیشرفت فعالیت‌ها را در سامانه بارگذاری می‌نمایند. سپس مسئولان پایش مربوطه در معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه با عنایت به مستندات و شواهد بارگذاری شده توسط دانشگاه و دانشکده‌ها، میزان پیشرفت آن فعالیت را از منظر کارشناسی اعلام می‌کنند و در نهایت، سامانه تفاوت میزان پیشرفت بر مبنای ارزیابی انطباق و میزان پیش‌بینی آن فعالیت را محاسبه و با عنوان انحراف ارزیابی انطباق اعلام می‌کند. در این شیوه‌نامه علاوه بر پرداختن به مفهوم خوداظهاری و ارزیابی انطباق بر پایه بررسی شواهد و مستندات، به روش و شیوه بازدیدهای میدانی توسط ستاد وزارتخانه پرداخته می‌شود.

مؤلفه‌های اصلی پایش برنامه عملیاتی

- **خوداظهاری:** به اعلام میزان پیشرفت هر فعالیت در پایان هر ماه (در صورت نیاز، درج «دلیل انحراف فعالیت») توسط مسئول پایش همان فعالیت اطلاق می‌شود.
 - **ارزیابی انطباق:** منظور از ارزیابی انطباق، بررسی میزان انطباق پیشرفت فعالیت‌ها براساس مستندات و شواهد ثبت شده در سامانه، توسط معاونت‌های تخصصی ستاد وزارتخانه است.
 - **مسئول پایش:** مسئول پایش به فردی (اعم از مدیر یا کارشناس) اطلاق می‌گردد که همواره از میزان پیشرفت آن برنامه یا فعالیت مطلع و مجری آن است؛ گلوگاه‌ها و موانع پیشرفت آن را می‌شناسد، با فرصت‌های پیش رو آشناست و می‌تواند راه‌حل‌های خلاقانه‌ای برای خروج از بن‌بست‌های احتمالی پیشنهاد کند. مسئول پایش موظف است در بازه خوداظهاری تا دهم هر ماه، میزان پیشرفت هر یک از فعالیت‌ها تا پایان ماه قبل را در سامانه درج کرده و مستندات و شواهد مورد نیاز دال بر پیشرفت هر فعالیت را نیز در سامانه بارگذاری نماید. همچنین مسئول پایش موظف است در صورتی که یک فعالیت بیش از ۵ درصد نسبت به زمان‌بندی تأخیر داشته باشد ($\geq -5\%$ انحراف فعالیت)، دلیل انحراف آن را نیز در سامانه درج نماید. فعالیت‌های هر حوزه ستادی، دانشگاه و دانشکده‌ها می‌تواند توسط مسئول هماهنگ‌کننده برنامه در حوزه و دانشگاه‌ها به مسئول پایش مربوطه تخصیص داده‌شود.
 - ❖ **مسئول برنامه‌ریزی:** در هر دانشگاه علاوه بر مسئولان پایش هر یک از معاونت‌ها، یک نفر (ترجیحاً از معاونت توسعه مدیریت و منابع) به‌عنوان «مسئول برنامه‌ریزی» کل برنامه عملیاتی منصوب و به دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی معرفی شده است که مسئولیت وی، تخصیص فعالیت‌ها به مسئولین پایش و اطمینان از درج به‌موقع و صحیح میزان پیشرفت فعالیت‌ها و نیز شواهد و مستندات معتبر در پایان هر ماه توسط مسئولان پایش واحدهای مختلف دانشگاه در سامانه می‌باشد. در هر یک از معاونت‌های تخصصی ستاد وزارتخانه نیز یک نفر از مدیران به‌عنوان «نماینده تام‌الاختیار» برنامه‌ریزی انتخاب شده است که علاوه بر نظارت بر پیشرفت فعالیت‌های دارای برش دانشگاهی در دانشگاه‌های سراسر کشور، عهده‌دار نظارت بر درج به‌موقع میزان پیشرفت فعالیت‌های دارای برش ستادی (ستاد وزارتخانه)، بارگذاری شواهد و مستندات دال بر پیشرفت آن‌ها و به‌طور کلی نظارت بر حسن اجرای این فعالیت‌ها می‌باشد.
- پیش‌بینی:** عبارت است از میزان تحقق مورد انتظار یک فعالیت در تاریخ معین که معمولاً اثنه‌های ماه است. «پیش‌بینی» که با «درصد» بیان می‌شود، با یک فرمول ساده به دست می‌آید: تقسیم زمان گذشته از یک فعالیت بر کل زمان مورد نیاز برای انجام آن (به درصد). **پیش‌بینی با توجه به ۳ مؤلفه (تاریخ شروع، تاریخ پایان و تاریخ اعلام گزارش) توسط سامانه محاسبه می‌شود و بنابراین نیازی به محاسبه آن توسط مسئولان پایش وجود ندارد.**
- میزان پیشرفت (درصد):** عبارت است از «میزان پیشرفت» یک فعالیت در زمان اعلام گزارش (آخرین روز هر ماه شمسی) که در قالب «درصد» بیان می‌شود. برای پایش بر مبنای خوداظهاری، میزان پیشرفت هر فعالیت توسط مسئول پایش همان فعالیت اعلام و در موعد مقرر در سامانه درج می‌شود. اما برای ارزیابی انطباق، مسئولان پایش

موظفند همزمان با درج میزان پیشرفت یک فعالیت، شواهد و مستندات دال بر پیشرفت آن فعالیت را نیز در سامانه بارگذاری نمایند. بدیهی است امکان ثبت درصد پیشرفت بدون الصاق مستندات لازم مقدور نمی‌باشد.

• **میزان انحراف خوداظهاری:** فعالیت‌ها لزوماً مطابق پیش‌بینی پیش نمی‌روند. برخی فعالیت‌ها بنا به دلایل مختلف از پیش‌بینی عقب می‌مانند و به اصطلاح انحراف «منفی» دارند. انحراف منفی فعالیت‌ها، به معنای پیشرفت کندتر آن‌ها نسبت به حد انتظار می‌باشد. میزان انحراف هر فعالیت عبارت است از حاصل تفاضل پیشرفت آن فعالیت از پیش‌بینی همان فعالیت، تقسیم بر مقدار پیش‌بینی آن فعالیت. میزان انحراف توسط سامانه محاسبه و در قالب درصد بیان می‌شود. همچنین، انحراف فعالیت‌ها باعث انحراف برنامه‌ها، اهداف کمی و نتیجتاً اهداف کلی از زمان‌بندی می‌شود. انحراف برنامه‌ها، اهداف کمی و کلی نیز توسط سامانه محاسبه می‌شود و نیازی به محاسبه از سوی مسئولان پایش ندارد.

• **درج ارزیابی انطباق:** عبارت است از میزان پیشرفت یک فعالیت که هر ماهه توسط مسئول پایش ستادی در معاونت یا حوزه تخصصی مربوطه و با توجه به شواهد و مستندات بارگذاری شده از سوی مسئول پایش دانشگاهی در خصوص همان فعالیت در قالب «درصد» در سامانه درج می‌گردد. در خصوص فعالیت‌هایی که برش ستادی دارند، تأیید اعداد ارزیابی انطباق، توسط دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی انجام خواهد شد.

• **میزان انحراف ارزیابی انطباق:** انحراف ارزیابی انطباق هر فعالیت، هر ماهه با توجه به «پیشرفت ارزیابی انطباق» و «پیش‌بینی» همان فعالیت توسط سامانه محاسبه و در قالب «درصد» در سامانه درج می‌گردد. انحراف ارزیابی انطباق هر فعالیت عبارت است از حاصل تفاضل «پیشرفت ارزیابی انطباق» آن فعالیت از «پیش‌بینی» همان فعالیت، تقسیم بر مقدار «پیش‌بینی» آن فعالیت. میزان انحراف ارزیابی انطباق توسط سامانه محاسبه و در قالب درصد بیان می‌شود. همچنین، انحراف ارزیابی انطباق فعالیت‌ها باعث انحراف ارزیابی انطباق برنامه‌ها، اهداف کمی و نتیجتاً اهداف کلی از زمان‌بندی می‌شود. انحراف ارزیابی انطباق برنامه‌ها، اهداف کمی و کلی نیز توسط سامانه محاسبه می‌شود و نیازی به محاسبه از سوی مسئولان پایش ندارد.

• **دلیل انحراف ارزیابی انطباق:** چنانچه بنا به تشخیص مسئول پایش ستادی در معاونت‌ها یا حوزه‌های تخصصی و با توجه به مستندات و شواهد بارگذاری شده، پیشرفت ارزیابی انطباق یک فعالیت کمتر از میزان پیشرفت همان فعالیت بر مبنای خوداظهاری باشد، مسئول پایش ستادی می‌تواند دلیل یا دلایل عدم پذیرش مستندات و شواهد را در سامانه درج نماید که به «دلیل انحراف ارزیابی انطباق» موسوم است. درج دلیل یا دلایل انحراف ارزیابی انطباق توسط مسئول پایش ستادی اجباری می‌باشد.

• **انحراف موجه و غیرموجه:** اجرای برخی از فعالیت‌ها به دلایلی خارج از حیطه مسئولیت‌ها و اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی (همچون عدم ابلاغ آیین‌نامه‌ها یا دستورالعمل‌های مورد نیاز از سوی ستاد وزارتخانه، یا عدم ابلاغ اعتبار مورد نیاز از سوی ستاد وزارتخانه و یا حوادث غیرمترقبه) با تأخیر مواجه می‌شود.

در این صورت، لازم است مسئولان پایش دانشگاهی میزان پیشرفت واقعی فعالیت‌ها (صفر) را درج نموده و نسبت به انتخاب یا درج دلیل انحراف در سامانه پایش اقدام نمایند. متعاقباً مسئولان پایش ستادی در هنگام ارزیابی انطباق این نوع فعالیت‌ها، می‌بایست با بررسی دلیل درج‌شده، موجه یا ناموجه بودن آن را تشخیص داده و در سامانه پایش برنامه عملیاتی معین کنند.

نکات قابل توجه مسئولین برنامه‌ریزی ستاد وزارت

- تعامل با دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی جهت هم‌سویی و عدم تداخل برنامه‌های مشترک و یا مکمل با سایر حوزه‌های تخصصی وزارت متبوع؛
- عدم ارزیابی انطباق به موقع فعالیت‌های خود اظهاری شده توسط دانشگاه‌ها، موجب ایجاد نمره منفی در درصد تحقق دانشگاه‌ها می‌گردد.
- تعداد بالای تأخیر موجه در ارزیابی انطباق فعالیت‌ها نشان‌دهنده عدم تدوین اصولی و صحیح برنامه‌ها می‌باشد.
- 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.
- 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، ارزیابی انطباق آن‌ها انجام نخواهد شد و امکان جبران انحراف خوداظهاری یا ارزیابی انطباق برای مسئولان پایش این نوع فعالیت‌ها وجود ندارد.

روش محاسبه انحراف خوداظهاری و ارزیابی انطباق توسط سامانه

(مطالب این دو بخش صرفاً جنبه آموزشی دارد، زیرا «انحراف» توسط سامانه محاسبه می‌شود)

۱. نحوه محاسبه انحراف خوداظهاری

پیش‌بینی که معادل پیشرفت مورد انتظار فعالیت‌ها در انتهای هر ماه است، با توجه به سه عامل (۱) تاریخ شروع فعالیت، (۲) تاریخ پایان فعالیت، و (۳) زمان ارزیابی عملکرد (تاریخ گزارش) توسط سامانه محاسبه می‌شود. به این منظور، سامانه ابتدا با توجه به تاریخ شروع و پایان فعالیت، کل زمان مورد نیاز برای انجام آن فعالیت را محاسبه می‌کند. سپس با توجه به زمان ارزیابی عملکرد (تاریخ گزارش)، مدتی که تا کنون از تاریخ شروع فعالیت می‌گذرد را محاسبه می‌کند که آن را «زمان از دست رفته» می‌نامیم. از تقسیم زمان از دست رفته بر کل زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت «پیش‌بینی» به دست می‌آید.

زمان از دست رفته (معادل زمان تهیه گزارش منهای تاریخ شروع)

پیش‌بینی = -----

کل زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت

برای مثال، اگر از فعالیتی که 10 ماه به طول می‌انجامد، یک ماه گذشته باشد، مقدار «پیش‌بینی» مساوی است با یک تقسیم بر 10 که معادل ۱۰ درصد است. به بیان دیگر، در پایان ماه اول از یک فعالیت 10 ماهه، ما انتظار داریم یا پیش‌بینی می‌کنیم که آن فعالیت 10 درصد پیشرفت داشته باشد. به همین منوال، اگر در روز تهیه گزارش پایش، 50 درصد زمان مورد نیاز یک فعالیت گذشته باشد، پیش‌بینی پیشرفت آن فعالیت معادل ۵۰ درصد خواهد بود که توسط سامانه محاسبه و درج می‌شود.

در انتهای هر ماه لازم است میزان پیشرفت واقعی فعالیت‌ها نیز به تفکیک اعلام شود. برای مثال، اگر مسئول پایش برنامه، میزان پیشرفت فعالیت «تدوین شیوه‌نامه ارتقاء توانمندی اعضای هیات علمی» را 100 درصد اعلام می‌کند، به این معنا است که این شیوه‌نامه به طور کامل تدوین شده و موجود است. یا اگر میزان پیشرفت فعالیت «تولید شواهد علمی برای ۶۰ فرآورده طبیعی، سنتی یا گیاهی» 50 درصد اعلام می‌شود، به این معنا است که شواهد علمی برای ۳۰ فرآورده مهیا شده و مستندات آن قابل ارایه است. بر اساس پیشرفت واقعی فعالیت‌ها و پیشرفت مورد انتظار آن‌ها، انحراف فعالیت‌ها با فرمول زیر به دست می‌آید و توسط سامانه به نمایش در می‌آید:

پیش‌بینی فعالیت - پیشرفت فعالیت

انحراف خوداظهاری فعالیت = -----

پیش‌بینی فعالیت

انحراف‌های مثبت، اگر بیش از 5 درصد باشد، می‌تواند ناشی از تلاش مجدانه و پیگیری مضاعف برای اجرای فعالیت‌ها، یا ناشی از برآورد نادرست زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها باشد که خوشایند نیست. انحراف منفی برنامه‌ها نیز اگر بیش از 5 درصد باشد، می‌تواند ناشی از قصور یا سهل‌انگاری در اجرای فعالیت‌ها، یا دلایلی همچون عدم ابلاغ به موقع اعتبار از سوی ستاد وزارتخانه، عدم همکاری سازمان‌های ذیربط در شهر یا استان، برآورد نادرست زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها یا حوادث غیرمترقبه باشد.

اگر میزان انحراف خوداظهاری یکایک فعالیت‌های ذیل یک برنامه توسط سامانه محاسبه و درج شود، با توجه به وزن نسبی آن فعالیت‌ها، میزان انحراف خوداظهاری برنامه نیز نسبت به پیش‌بینی‌های اولیه توسط سامانه محاسبه خواهد شد. برای محاسبه میزان انحراف خوداظهاری یک برنامه (درست مانند میزان انحراف خوداظهاری فعالیت)، نیازمند در اختیار داشتن پیش‌بینی و میزان پیشرفت آن برنامه هستیم. اما پیش‌بینی و پیشرفت یک برنامه به طور خودکار توسط سامانه محاسبه می‌شود. برای محاسبه پیش‌بینی یک برنامه، سامانه پیش‌بینی یکایک فعالیت‌های آن برنامه را در وزن نسبی همان فعالیت ضرب کرده، و مجموع حاصل ضرب‌ها را بر ۱۰۰ تقسیم می‌کند تا پیش‌بینی برنامه در قالب درصد

به دست آید. همچنین، سامانه برای محاسبه میزان پیشرفت یک برنامه، میزان پیشرفت یکایک فعالیت‌های آن برنامه را در وزن نسبی همان فعالیت ضرب کرده، و مجموع حاصل ضرب‌ها را بر ۱۰۰ تقسیم می‌کند تا میزان پیشرفت برنامه در قالب درصد به دست آید. اکنون با در دست داشتن پیشرفت و پیش‌بینی برنامه، نوبت به محاسبه میزان انحراف آن می‌رسد که دقیقاً مشابه فرمول محاسبه انحراف خوداظهاری فعالیت‌ها است:

$$\text{انحراف خوداظهاری برنامه} = \frac{\text{پیش‌بینی برنامه} - \text{پیشرفت برنامه}}{\text{پیش‌بینی برنامه}}$$

اکنون با توجه به اوزان نسبی برنامه‌های ذیل یک هدف کمی، سامانه می‌تواند میزان انحراف آن هدف کمی را درست به همین منوال محاسبه نماید: ابتدا پیش‌بینی یک هدف کمی و سپس میزان پیشرفت آن محاسبه می‌گردد. با در دست داشتن پیش‌بینی و پیشرفت هر هدف کمی، انحراف خوداظهاری آن هدف کمی با فرمول بالا به دست می‌آید. همچنین سامانه با در اختیار داشتن میزان انحراف اهداف کمی ذیل یک هدف کلی و وزن نسبی هر یک از آن‌ها، انحراف یک هدف کلی و متعاقباً انحراف یک حوزه و سپس کل دانشگاه/دانشکده را محاسبه کند.

نحوه محاسبه انحراف ارزیابی انطباق

انحراف ارزیابی انطباق هر فعالیت توسط سامانه و با فرمولی مشابه انحراف خوداظهاری محاسبه می‌شود:

$$\text{انحراف ارزیابی انطباق فعالیت} = \frac{\text{پیش‌بینی فعالیت} - \text{پیشرفت ارزیابی انطباق فعالیت}}{\text{پیش‌بینی فعالیت}}$$

در واقع انحراف ارزیابی انطباق یک فعالیت نشان می‌دهد که از منظر مسئول پایش ستادی آن فعالیت تا چه اندازه با پیش‌بینی (زمان‌بندی مندرج در برنامه عملیاتی) فاصله دارد. وقتی میزان انحراف ارزیابی انطباق یکایک فعالیت‌های ذیل یک برنامه توسط سامانه محاسبه و درج شود، با توجه به وزن نسبی آن فعالیت‌ها، میزان انحراف ارزیابی انطباق برنامه نیز توسط سامانه محاسبه خواهد شد. برای محاسبه انحراف ارزیابی انطباق یک برنامه (درست مانند انحراف ارزیابی انطباق فعالیت)، نیازمند در اختیار داشتن پیش‌بینی و میزان پیشرفت ارزیابی انطباق آن برنامه هستیم. اما سامانه قبلاً به منظور محاسبه انحراف خوداظهاری برنامه‌ها، پیش‌بینی آن‌ها را محاسبه کرده است. پیشرفت ارزیابی انطباق برنامه نیز به طور خودکار توسط سامانه محاسبه می‌شود. برای این منظور، سامانه میزان پیشرفت ارزیابی انطباق یکایک فعالیت‌های آن برنامه را در وزن نسبی همان فعالیت ضرب کرده، و مجموع حاصل ضرب‌ها را بر ۱۰۰ تقسیم می‌کند تا میزان پیشرفت ارزیابی انطباق برنامه در قالب درصد به دست آید.

اکنون با در دست داشتن پیشرفت ارزیابی انطباق و پیش‌بینی برنامه، نوبت به محاسبه انحراف ارزیابی انطباق آن برنامه می‌رسد که دقیقاً مشابه فرمول محاسبه انحراف ارزیابی انطباق فعالیت‌ها است:

پیش‌بینی برنامه - پیشرفت ارزیابی انطباق برنامه

$$\text{انحراف ارزیابی انطباق برنامه} = \text{پیش‌بینی برنامه}$$

اکنون با توجه به اوزان نسبی برنامه‌های ذیل یک هدف کمی، سامانه می‌تواند میزان انحراف ارزیابی انطباق آن هدف کمی را درست به همین منوال محاسبه نماید: پیش‌بینی هر هدف کمی که قبلاً محاسبه شده است و سپس میزان پیشرفت ارزیابی انطباق آن محاسبه می‌گردد. با در دست داشتن پیش‌بینی و پیشرفت ارزیابی انطباق هر هدف کمی، انحراف ارزیابی انطباق آن هدف کمی با فرمول بالا به دست می‌آید. همچنین سامانه با در اختیار داشتن انحراف ارزیابی انطباق اهداف کمی ذیل یک هدف کلی و وزن نسبی هر یک از آن‌ها، انحراف ارزیابی انطباق یک هدف کلی و متعاقباً انحراف ارزیابی انطباق یک حوزه و سپس انحراف ارزیابی انطباق کل دانشگاه/دانشکده را محاسبه کند.

پایش میدانی برنامه عملیاتی

پایش میدانی به معنای حضور مدیران و کارشناسان ستاد و دانشگاه‌های تعیین شده در دانشگاه‌های مقصد با هدف تطبیق شواهد با مستندات سامانه، طبق فرم‌ها و چک لیست‌های مربوطه در سه محور زیر است:

۱. محورهای ارزیابی میدانی

محورهای ارزیابی میدانی نظام برنامه‌ریزی شامل سه بخش اصلی هستند که هر کدام به‌طور مشخص به ارزیابی قسمت‌های مختلف نظام برنامه‌ریزی و عملکرد آن می‌پردازند. این محورها به شرح زیر هستند:

❖ ارزیابی ساختار نظام برنامه‌ریزی

این بخش به تحلیل و بررسی وضعیت ساختاری، تشکیلاتی و سازمانی نظام برنامه‌ریزی در دانشگاه‌ها و سازمان‌های تابعه می‌پردازد تا نقاط قوت و ضعف ساختارهای موجود شناسایی شود. به طور کلی اهداف ارزیابی ساختار نظام برنامه‌ریزی و عملکرد مسئولان برنامه‌ریزی دانشگاه‌ها بدین شرح است:

- آگاهی از وضعیت ساختار و تشکیلات برنامه‌ریزی در دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها و سازمان‌های تابعه.
- آگاهی از خلاقیت، ابتکارات و تجربه‌های موفق در امر برنامه‌ریزی که می‌تواند به سایر دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها انتقال یابد
- ارتقاء ارتباط و تعامل بین دفتر برنامه‌ریزی و رؤسای دانشگاه‌ها، مسئولان برنامه‌ریزی و مجریان برنامه‌ها.

- ایجاد فضای رقابت و انگیزش برای پویایی و بهبود فعالیت‌ها از طریق رتبه‌بندی و معرفی واحدهای برتر دانشگاهی و ستادی.
- انتقال تجربه و ارائه آموزش حین ارزیابی و پاسخگویی به سوالات و ابهامات کارشناسان برنامه
- آگاهی از مشکلات و معضلات اجرای برنامه‌های ابلاغی و افزایش آگاهی برای تدوین برنامه‌های مشترک با نگاه واقع‌بینانه.
- آگاهی از انتقادات، نظرات و پیشنهادات مسئولان برنامه‌ریزی و مدیران اجرایی برای افزایش مشارکت ذینفعان در فرآیند برنامه‌ریزی و بهبود کیفیت برنامه‌ها.

❖ ارزیابی عملکرد مسئولان برنامه‌ریزی

- در این بخش، عملکرد مسئولان برنامه‌ریزی با توجه به مهارت‌ها، توانایی‌ها، انگیزه‌ها و میزان توجه آنها به برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها ارزیابی می‌شود.
- آگاهی از میزان توانایی، مهارت، علاقه و انگیزه مسئولان برنامه‌ریزی جهت بهبود و توسعه فرآیندهای برنامه‌ریزی.
 - آگاهی از میزان اهتمام و توجه به امر برنامه‌ریزی و تلاش در اجرای برنامه‌های مشترک.

❖ ارزیابی برنامه عملیاتی

- این بخش به ارزیابی میدانی نحوه اجرای برنامه‌های عملیاتی، مشکلات موجود در آن و نیز چگونگی تعامل و هماهنگی بین مسئولان و مجریان پرداخته می‌شود. به‌طور کلی اهداف ارزیابی برنامه عملیاتی بدین شرح است:
- اطمینان از تحقق برنامه‌های اعلامی در سامانه
 - ارزیابی روند اجرای برنامه‌های اعلامی و آگاهی از موانع عدم اجرا یا عدم تحقق اهداف
 - ارائه بازخورد از وضعیت موجود و ارائه راهکار جهت بهبود برنامه‌های فعلی به میران ارشد و مجریان برنامه
 - اطمینان از اثربخشی برنامه‌ها و میزان تحقق اهداف کمی از طریق سنجش شاخص‌های ارزیابی
 - افزایش مشارکت ذینفعان و مجریان در فرآیند برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه

نکات مهم در پایش میدانی

- پایش میدانی برنامه عملیاتی، مکمل ارزیابی انطباق از طریق بررسی شواهد و مستندات بارگذاری شده در خصوص فعالیت‌ها توسط مسئولان پایش ستادی است:
- در پایش میدانی برنامه عملیاتی برنامه‌های اولویت‌دار (خاص، توسعه‌ای یا اولویت‌دار) هر دانشگاه یا دانشکده که تاریخ شروع آن‌ها فرا رسیده‌است، مورد بررسی قرار می‌گیرد. لذا پایش میدانی شامل فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که تاریخ شروع آن‌ها فرا نرسیده است، نمی‌شود. تعیین برنامه‌های اولویت‌دار در هر دوره ۳ ماهه پایش میدانی، برعهده معاونت‌ها/حوزه‌های تخصصی در ستاد وزارتخانه می‌باشد.

- پایش میدانی برنامه عملیاتی پس از درج میزان پیشرفت فعالیت‌ها و بارگذاری مستندات و شواهد توسط مسئولان پایش دانشگاهی و آماده‌سازی گزارش پایش سه ماهه بر مبنای خوداظهاری صورت می‌گیرد.
- هر سه ماه یک بار گروه پایش میدانی متشکل از ۳ کارشناس ارزیابی به هر دانشگاه/دانشکده اعزام می‌شوند و در قالب یک نشست نیم یا یک‌روزه با حضور مدیر و مسئولان پایش دانشگاه، به بررسی مستندات و شواهد بارگذاری شده در سامانه در خصوص فعالیت‌های ذیل برنامه‌های اولویت‌دار و انطباق آن‌ها با میزان پیشرفت خوداظهاری همان فعالیت‌ها و دلایل انحراف آن‌ها می‌پردازند.
- گروه ارزیابی پس از اتمام بازدید، یک گزارش تحلیلی با عنوان «گزارش پایش میدانی برنامه عملیاتی دانشگاه/دانشکده» تدوین خواهد نمود.

فرآیند پایش میدانی

فرآیند پایش میدانی برنامه عملیاتی شامل مراحل زیر می‌باشد:

۱. تشکیل گروه‌های پایش میدانی از میان مدیران و کارشناسان متعهد و با تجربه ستاد، دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی؛
۲. تدوین فرم‌ها و چک لیست‌های پایش میدانی؛
۳. برگزاری جلسات مشترک با حضور مسئولین برنامه‌ریزی معاونت‌ها و حوزه‌های تخصصی ستاد وزارتخانه و اعضاء گروه‌های پایش میدانی به منظور تشریح و تبیین چگونگی پایش این برنامه‌ها؛
۴. تدوین تقویم پایش میدانی دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی؛
۵. اعزام گروه‌های پایش میدانی به دانشگاه و دانشکده‌ها و انجام بازدید؛
۶. تدوین گزارش پایش میدانی توسط گروه‌های پایش؛

مخاطبان پایش میدانی برنامه عملیاتی

- گزارش پایش میدانی مانند نتایج پایش ارزیابی انطباق در اختیار ۳ گروه اصلی از مخاطبان قرار می‌گیرد:
- **مدیران دانشگاه/دانشکده:** مدیران دانشگاه/دانشکده، اعم از رئیس، معاونان، مدیران کل تا مسئولان پایش هر برنامه مخاطب پایش میدانی برنامه عملیاتی خواهند بود. به همین منظور، گزارش پایش میدانی برنامه عملیاتی مشتمل بر انحراف پایش میدانی دانشگاه/دانشکده، حوزه‌های تخصصی، اهداف کلی، کمی، برنامه‌ها و فعالیت‌ها از سوی گروه پایش میدانی در اختیار دانشگاه قرار خواهد گرفت تا براساس ضوابط تشکیل در شورای برنامه‌ریزی دانشگاه و هیات رئیسه یا شورای دانشگاه در مقاطع زمانی سه‌ماهه طرح و بررسی شود. موضوع اینگونه جلسات، تحلیل علل انحراف پایش میدانی و فاصله احتمالی مابین انحراف خوداظهاری، انحراف ارزیابی انطباق و انحراف پایش میدانی برنامه‌های اولویت‌دار و شناسایی راهکارهایی برای کاهش فاصله‌ها می‌باشد.

- هیأت امناء/هیأت رییس دانشگاه/دانشکده: هیأت امناء و هیأت رئیسه هر دانشگاه/دانشکده یکی از مهم‌ترین مخاطبان پایش برنامه عملیاتی است. لذا لازم است گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی هر دانشگاه به صورت ماهانه توسط معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، به اطلاع هیأت رئیسه هر دانشگاه و همچنین هر سه ماه یک بار (انتهای هر فصل)، گزارشی از پیشرفت برنامه عملیاتی و پایش میدانی به‌عنوان بخشی از گزارش پایش کلی دانشگاه/دانشکده در اختیار اعضاء هیأت امناء قرارگیرد.
- ستاد وزارتخانه: مقام محترم وزارت، شورای معاونین، شورای برنامه‌ریزی، اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیز مدیران وزارتخانه از معاونان تا مدیران کل از مخاطبان پایش میدانی برنامه عملیاتی هستند. برای این گروه از مخاطبان نیز گزارش‌های فصلی پایش با تأکید بر برنامه‌های خاص و توسعه‌ای تنظیم خواهد شد که بخشی از آن به نتایج پایش میدانی اختصاص خواهد داشت.

سایر ملاحظات

- اعضاء گروه‌های پایش میدانی به‌گونه‌ای تعیین خواهند شد که «تضاد منافع» ایجاد نشود. لذا هیچ یک از اعضاء گروه پایش میدانی یک دانشگاه/دانشکده نمی‌تواند از میان مدیران یا کارشناسان همان دانشگاه/دانشکده انتخاب شود.
- هر گروه پایش میدانی متشکل از ۳ نفر خواهد بود که یکی از ایشان به انتخاب دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی و بنا به تخصص و تجارب قبلی، به‌عنوان «سرگروه» انتخاب خواهد شد. سرگروه، مدیریت گروه پایش را برعهده دارد و ضمانت حسن اجرای پایش میدانی بر عهده وی می‌باشد. همچنین گزارش پایش میدانی با نظارت سرگروه تدوین و به امضاء وی ارسال خواهد شد.
- هماهنگی‌های مورد نیاز برای پایش میدانی در هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی برعهده مسئول برنامه‌ریزی دانشگاه/دانشکده و سرگروه پایش می‌باشد.
- حق مأموریت و هزینه ایاب و ذهاب ارزیابان بر عهده دانشگاه‌های مقصد خواهد بود.
- تأمین محل اسکان، تغذیه وسیله نقلیه و تأمین امکانات رفاهی برعهده دانشگاه مقصد می‌باشد.