باز طراحی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بهزاد دماری[1*]، عباس وثوق مقدم[2]، محمد فتحی[3]، علیرضا کاظمی[3]

۱. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاستگذاری، تهران، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۲ صص ۳۲-۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۲۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ آذر۹۲]

چکیده

در سال‌های گذشته سعی شده‌است تا برای برخورد با برخی چالش‌ها روال برنامه‌ریزی عملیاتی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استقرار یابد. در ادامه مسیر بازطراحی این نظام به منظور نهادینه‌سازی هر چه بیشتر آن یک ضرورت است. به همین منظور مطالعه حاضر که نوع طراحی سیستم بوده و در آن از الگوی بازمهندسی فرایند، روال و استانداردهای سیستم استفاده شده است، انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مرور منابع، جلسات بحث گروهی متمرکز ذی‌نفعان، پرسشنامه کتبی تکمیل‌شده توسط صاحبان فرایند و انجام مشاهده بوده است. بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده کمیته راهبری فنی بر اصولی ده‌گانه برای باز طراحی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی در توافق کردند، بر اساس آن فرایند اصلی، روال‌ها و استانداردها در دو بخش اصلی شامل «آئین‌نامه و شیوه‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی» بازطراحی شد. نتایج نشان می‌داد سه دارایی مهم نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی حمایت مدیران ارشد، اسناد و قوانین بالادستی حامی و تجربه چند ساله وزارت‌خانه در استقرار این نظام است. مهم‌ترین چالش‌های نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی ضعف در هماهنگی، ممیزی و اعتبار علمی فرایند است. ویژگی‌های نظام بازطراحی شده عبارت است از تطابق با زنجیره نتایج اقدامات، واژه‌نامه برنامه‌ریزی (برای ایجاد زبان مشترک)، پروژه محوری، تناسب سطوح تصمیم‌گیری با ساختار وزارت بهداشت، مستندسازی ساده و مدیریت شده، نهاینه‌شدن مثلث کارفرما مجری و ناظر، پایش‌های سطح‌بندی شده، تقویم زمان‌بندی عملیات برنامه‌ریزی در طول سال و دوره زمانی برنامه‌های پنج ساله، ارتباط شفاف برنامه عملیاتی با اسناد بالادستی و بودجه، شبکه پروژه پذیر، وجود ممیز، تشویق و آموزش صاحبان فرآیند و در نهایت سازوکار هماهنگی درون و برون بخشی برنامه‌ها است. به رغم دارایی‌های نظام برنامه‌ریزی عملیاتی موجود، مهم‌ترین عامل موفقیت فرایند جدید، « ممیزی» برنامه‌های عملیاتی واحدهای ستادی است. پایش فصلی پیشرفت برنامه‌های عملیاتی توسط شورای معاونین، تخصیص‌های به موقع بودجه متصل به برنامه و تشویق (مادی و معنوی) دوره‌ای واحدهای سازمانی و کارشناسان مسئول و موفق وزارت بهداشت سه نقطه تمرکز در نهادینه سازی نظام بازطراحی شده برنامه‌ریزی عملیاتی است.

کلیدواژه: برنامه‌ریزی عملیاتی، بازمهندسی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۷
Email: bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

مقدمه

جهان در قرن اخیر شاهد پیشرفت‌های بزرگ علمی و فنی در نتیجه برنامه‌ریزی صحیح و اصولی بوده است[۱]. «هدف‌های مطلوب» و «منابع محدود» دو مفهوم اساسی برنامه‌ریزی را تشکیل می‌دهند. بر همین اساس برنامه‌ریزی را تهیه، توزیع و تخصیص عوامل، وسایل و منابع محدود برای رسیدن به هدف‌های مطلوب در حداقل زمان و با حداقل هزینه ممکن تعریف می‌کنند[۲]. برنامه ریزی نمی‌تواند جز در یک چارچوب مدیریت، توجیه شود و مدیریت نیز به مفهوم واقعی آن هرگز نمی‌تواند بدون برنامه در وصول به مقصود و منظور خود آن چنان که باید و شاید موفق باشد. برنامه ریزی اولین و مهم‌ترین وظیفه مدیران است. برنامه‌ریزی را می‌توان پایه‌های یک ساختمان فرض کرد که سایر وظایف مدیریت از قبیل سازماندهی، کارگزینی، رهبری و هماهنگی در حکم طبقات این ساختمان هستند[۳]. برنامه‌ریزی فرآیندی است که در جهت رسیدن به وضعیت مطلوب جامعه تنظیم می‌شود و در آن هم احتراز از اعمال ناصحیح و هم تقلیل تعداد اشتباهات و بهره‌گیری از فرصت‌ها مد نظر است[۴]. اهداف برنامه‌ریزی و مدیریت در سازمان های سیاسی ـ اجتماعی ـ فرهنگی با توجه به جهت‌گیری خاص این سازمان‌ها، علاوه بر «تولید بیشتر» و «سود بالاتر» هدف‌های دیگری همچون «خدمت» و «توسعه» است، که دقیقاً همین دو هدف اخیر، هدف‌های غالب دولت و مدیریت دولتی را تشکیل می‌دهند. باید توجه کرد که هدف برنامه‌ریزی تدوین برنامه نیست بلکه ایجاد نتیجه است و لازمه این کار تعهد تمام افراد سازمان است. بدین‌منظور افراد کلیدی در تمام سطوح سازمان صرف‌نظر از دارابودن یا نبودن مسئولیت مدیریتی، باید فرصت درک و مشارکت در تدوین برنامه در سطح خود را داشته باشند. با این عمل برنامه های واقعی تهیه شده و ارتباطات درون‌بخشی و برون بخشی بهبود می‌یابد؛ و مقبولیت گروهی و افزایش مسئولتی در دستیابی به نتایج تضمین می‌گردد[۵]. برای تحقق اهداف سازمانی برنامه‌های آینده نگر/ بلندمدت (۲۰-۱۰ ساله)، راهبردی/ میان مدت(۵-۳ ساله) و عملیاتی/ کوتاه مدت (۱ ساله) به صورت یکپارچه تهیه می‌شوند. در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به برنامه‌ریزی راهبردی، به عمل آمده و تنها راه اثربخشی و کارآمدی مدیران، در بهره‌گیری از این شیوه برنامه‌ریزی جستجو شده است. برنامه‌ریزی استراتژیک قبل از آنکه یک تکنیک و فن باشد، یک طرز تلقی و باور است که مدیران را به تفکر درازمدت و آینده‌نگری و پیش‌بینی افق‌های دوردست، ترغیب می‌کند. اما این برنامه‌ریزی راهنما، مدیران و مسئولان رده‌های پایین سازمان را از وظیفه اصلی‌شان که برنامه ریزی عملیاتی است، بی‌نیاز نمی‌سازد. آنان باید با الهام از راهبردهای تعیین شده و با توجه به اهداف کلی سازمان به برنامه ریزی‌های عملیاتی بپردازند و اهداف جزئی شده در واحد خود را تحقق بخشند[۶]. باید گفت که برنامه‌ریزی عملیاتی پل ارتباطی بین دورنمای سازمان (برنامه راهبردی) و نتایج مستمر و در حال پیشرفت (مدیریت نتایج) می‌باشد. برنامه‌ریزی عملیاتی بیانگر این امر است که سازمان قصد دارد چه کاری را چگونه و در چه زمانی انجام دهد و چه کسانی مسئول آن خواهند بود و همچنین برنامه ریزی عملیاتی بیانگر منابع و فعالیت‌های مورد نیاز است. اهدافی که از استقرار برنامه‌ریزی عملیاتی در سازمان‌ها می‌توان انتظار داشت عبارتند از تعیین اولویت‌ها از قبل و پیش‌بینی هر موضوع، گویاکردن هدف سازمان وجهت دادن به آن، قادر ساختن مدیران به پیش‌بینی و آینده‌نگری، استفاده بهینه از منابع و ارائه شاخص‌ها برای اندازه‌گیری عملکرد هدف. برنامه‌های توسعه پنج ساله در کشور که شامل برنامه راهبردی و عملیاتی است، اهداف و وظایف هریک از بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در هر ناحیه و در هر دوره زمانی خاص تعیین می‌کند و هر سازمان دولتی به منزله جزیی از سازمان وسیع اجرایی کشور، قسمتی از وظایف را برای رسیدن به اهداف فرعی را به عهده می‌گیرد. نظام برنامه‌ریزی توسعه (۷-۵ ساله) بیش از ۷۰ سال در ایران قدمت دارد و با ابلاغ سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور در ۱۳۸۲/۸/۱۲ وارد مرحله نوینی از روند تکامل خود شد. در این سند آمده است:" در تهیه، تدوین و تصویب برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سالیانه، این نکته مورد توجه قرار گیرد که، شاخص‌های کمّی کلان آنها از قبیل: نرخ سرمایه‌گذاری، درآمد سرانه، تولید ناخالص ملی، نرخ اشتغال و تورم، کاهش فاصله درآمد میان دهک‌های بالا و پایین جامعه، رشد فرهنگ و آموزش و پژوهش و توانایی‌های دفاعی و امنیتی، باید متناسب با سیاست‌های توسعه و اهداف و الزامات چشم‌انداز، تنظیم و تعیین گردد و این سیاست‌ها و هدف‌ها به صورت کامل مراعات شوند[۷]." با این وجود نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که یکی از مهم‌ترین دلایل عدم اجرای برنامه‌ها در کشور، نداشتن برنامه عملیاتی مناسب است. خصوصاً برنامه‌هایی که در راستای برنامه‌های جامع و بلندمدت به صورت بخشی و منطقه‌ای تهیه گردد[۱]. برنامه‌ریزی عملیاتی در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

آموزش پزشکی به صورت یکپارچه از سال ۱۳۸۲ آغاز گردید. هرچند که قبل از آن حوزه‌های عملکردی عمدتاً برنامه‌ای سالانه برای مجموعه خویش تنظیم کرده و در قالب آن عمل می‌نمودند، اما انجام امر مذکور به صورت یکپارچه در کل گستره ستاد وزارت مذکور مسبوق به سابقه نبوده است. آنچه که امر برنامه‌ریزی عملیاتی را در مجموعه وزارت بهداشت بسیار لازم و ضروری می‌کرد گستردگی حوزه کاری، مأموریت‌ها و وظایف و لزوم تدوین طرح جامع برای پرداختن به همه آنها از یکسو و ضرورت هماهنگی و یکپارچگی حوزه‌های عملکردی از سوی دیگر بود؛ چراکه همه حوزه‌های عملکردی به عنوان حلقه‌هایی در یک زنجیره واحد هستند و شکل‌دهی خدمتی مطلوب، مستلزم همسویی همه حوزه‌های مذکور است. بر این اساس و جهت تدوین یکپارچه برنامه‌های سالیانه وزارت متبوع، فرآیند نوینی برای استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی از سال ۱۳۸۷ طراحی و اجرا گردید و براساس برنامه چهارم توسعه و سیاست‌های اولویت دار برنامه عملیاتی سال تدوین و در سال ۱۳۸۸ نیز فرآیند تکرار شد. با روی کار آمدن دولت دهم و باعنایت به برنامه وزیر بهداشت و نتایج ارزیابی به دست آمده رویکردهای اتخاذ شده بازنگری و فرآیند مذکور به شکل کارآمدتر و اثربخش تر در سال ۱۳۸۹ استمرار یافت. در این سال باتوجه به اولویت‌های نظام سلامت و بررسی و تحلیل آنها مبتنی بر جوهره تفکر راهبردی، یعنی تمرکز بر اولویت‌ها، در فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی مجموعه‌ای از برنامه‌ها تحت عنوان اولویت‌های برنامه‌ای وزارت بهداشت براساس تحلیل های کلان و راهبردی و نظرات خبرگان و مجموعه‌های عملکردی وزارت متبوع تعریف و جهت تعریف برنامه‌های مشخص‌تر و جزئی تر به حوزه‌های عملکردی ابلاغ گردید. برای مدیریت و راهبری مطلوب‌تر و منسجم‌تر اولویت‌های برنامه‌ای مذکور، مجموعه‌ای تحت عنوان ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی وزارتخانه در معاونت توسعه مدیریت و منابع تشکیل شد تا بر اساس اهداف و وظایف تعریف شده در آیین‌نامه ستاد، فعالیت خود را آغاز نماید[۸]. نظر به اهمیت برنامه‌ریزی در تحقق دورنمای بیست ساله کشور، مقام معظم رهبری در سال ۱۳۸۷در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مجدداً بر موارد زیر تأکید نمودند[۹].

- ایجاد درک مشترک از چشم انداز بیست ساله و تقویت باور و عزم ملی برای تحقق آن (سیاست ۶)
- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به یکپارچگي در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی (سیاست ۱۹)
- تبدیل نظام بودجه ریزی کشور به بودجه ریزی عملیاتی (سیاست ۳۲)
- برقراری ارتباط کمی و کیفی میان برنامه پنج‌ساله و بودجه‌های سالیانه با سند چشم‌انداز با رعایت شفافیت و قابلیت نظارت (سیاست ۳۳)

بدین منظور در نظام نامه برنامه‌ریزی برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مشکل محور بودن برنامه در قالب بسته‌های اجرایی مورد تأکید قرار گرفت. مطابق تعریف، بسته اجرایی مجموعه ای از چندین پروژه به هم پیوسته و یا خوشه‌ای از پروژه‌های متجانس و به هم مرتبط اولویت‌دار است که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چهارچوب اهداف برنامه به اجرا در می‌آید. برپایه ماده ۲۱۷ قانون برنامه پنجم توسعه کلیه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه‌های اجرائی و عملیاتی خود را در قالب بسته‌های اجرائی برنامه تهیه کنند و این بسته‌ها پس از تصویب هیأت وزیران، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می‌گیرد. براساس ماده ۲۱۹ قانون برنامه نیز دولت موظف است به منظور استقرار نظام بودجه‌ریزی عملیاتی، تا پایان سال دوم برنامه به تدریج زمینه‌های لازم را برای تهیه بودجه به روش عملیاتی در کلیه دستگاه‌های اجرائی فراهم آورد به نحوی که لایحه بودجه سال سوم برنامه به روش مذکور تهیه، تدوین و تقدیم مجلس شورای اسلامی‌شود[۱۰]. باتوجه به الزامات برخواسته از قانون برنامه پنجم توسعه و برای نهادینه‌سازی رویکرد مدیریت مبتنی بر برنامه و ایجاد بستر و آمادگی‌های لازم برای اتصال برنامه عملیاتی به بودجه‌ریزی سالیانه در وزارت بهداشت این مطالعه با هدف بازطراحی و تقویت نظام برنامه‌ریزی عملیاتی انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع طراحی سیستم بوده و از الگوی بازمهندسی فرایند، روال و استانداردهای سیستم استفاده شده است. روش جمع‌آوری داده‌ها مرور منابع، جلسات بحث گروهی متمرکز ذی‌نفعان، پرسشنامه کتبی تکمیل‌شده توسط صاحبان فرآیند و انجام مشاهده بوده است و در محیط ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اجرا در آمده است. مطالعه طی سه مرحله انجام شده است:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

مرحله اول : مقدمات طراحی

در این مرحله تحلیل ذی‌نفعان درگیر در فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. روش تحلیل ذی‌نفعان بر اساس ماتریس «تعهد» و «تأثیر» بوده است. بر اساس این تحلیل ذی‌نفعان پنج گروه شامل نمایندگان تام الاختیار معاونت‌ها و حوزه‌های وزارت بهداشت، نماینده دفتر بودجه، نماینده موسسه ملی تحقیقات سلامت، نماینده شورای سیاست‌گذاری، دو نفر از خبرگان برنامه‌ریزی به عنوان کمیته راهبری فنی تعیین شدند. روش مشارکت رابطان برنامه‌ریزی که قبل از این وظیفه مشورت‌دادن به کارشناسان معاونت‌ها و حوزه‌ها را از طریق ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی برعهده داشتند از طریق تکمیل‌کردن پرسشنامه تعیین شد. شورای معاونان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان هیأت تصویب‌کننده نتایج مطالعه تعیین شد. مرور متون علمی در زمینه نظام‌های برنامه‌های عملیاتی و مدیریت پروژه‌ها انجام شد و براساس آن واژه‌های اساسی و پرکاربرد در نظام برنامه‌ریزی عملیاتی استخراج و تعریف شد.

مرحله دوم: تحلیل وضعیت نظام برنامه‌ریزی عملیاتی

برای استخراج نقاط قوت، مشکلات، علل و راهکارهای بهبود نظام برنامه‌ریزی عملیاتی ستاد از پرسشنامه‌ای با سؤالات باز (جعبه شماره یک) استفاده شده و پرسشنامه‌ها از طریق اعضای ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی (که نماینده تام الاختیار معاونت و حوزه مربوطه بوده است) برای رابطان حوزه‌ها تشریح شده، سپس تکمیل و جمع‌آوری شده است. برای تکمیل این تحلیل مرور مستندات زیر

جعبه شماره یک:
پرسشنامه جمع آوری اطلاعات از رابطین برنامه ریزی عملیاتی
۱. به نظر شما نقاط قوت فرایند برنامه ریزی عملیاتی در حال حاضر چیست؟
۲. به نظر شما سه مشکل اصلی فرایند برنامه ریزی عملیاتی در حال حاضر چیست؟
۳. به نظر شما علت اصلی مشکلات به وجود آمده در فرایند برنامه ریزی عملیاتی فعلی چیست؟
۴. راهکارهای پیشنهادی شما برای ارتقای فرایند برنامه ریزی عملیاتی فعلی چیست؟
لطفا مواردی را که فکر می کنید باید در نظام نامه برنامه ریزی عملیاتی عینا درج شود ذکر کنید.

نیز انجام شده است:

۱. فرایند و فرم‌های برنامه‌ریزی عملیاتی سه سال اول استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی

۲. چارچوب برنامه عملیاتی بسته‌های اجرایی در برنامه پنجم توسعه

۳. گزارش‌های مربوط به آموزش کارشناسان و مدیران ستادی و دانشگاهی در زمینه برنامه‌ریزی عملیاتی

۴. خبرنامه‌های منتشر شده برنامه‌ریزی عملیاتی

۵. مرور اسناد بالادستی و استخراج مواد مرتبط به استقرار این مستند در بین اسناد

برای تکمیل مرحله تحلیل وضعیت و استخراج چالش‌های نظام موجود یکی از واحدهای ستادی وزارت بهداشت با معیارهای زیر انتخاب و از نزدیک فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی به مدت شش ماه مشاهده شد. پنج مورد برای مشاهده هدف‌گذاری شد: شیوه رسیدن از اهداف کلان به پروژه‌ها توسط کارشناسان، روش تعریف پروژه‌ها و شرح خدمات، نحوه برون‌سپاری پروژه‌ها، شیوه پایش برنامه و پیشرفت پروژه‌ها، تعاملات کارشناسان و روسای زیرواحدها با یکدیگر در فرایند برنامه‌ریزی.

مرحله سوم: طراحی نظام نامه

ابتدا بر اساس بررسی متون و نتایج تحلیل وضعیت اصول طراحی نظام نامه پیش‌نویس شده و فرایند اصلی (Core Process) برنامه ریزی عملیاتی ترسیم شد. با ارایه این دو پیش‌نویس در کمیته راهبری تسهیم و تطبیق مراحل آن با سطوح ستادی و ساختار وزارت بهداشت به روش بحث گروهی متمرکز انجام شد، مدیریت جلسه بر عهده فرد آشنا به روش بحث گروهی متمرکز بوده است. بعد از توافق اولیه در کمیته راهبری، چارچوب آئین‌نامه و شیوه‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی با توجه به اجزای یک سیستم شامل شش جزء اصلی زیر پیش‌نویس شد:

۱. فلسفه، رسالت، اهداف و شاخص‌های سطح اثر سامانه
۲. ساختار
۳. سیستم فرایندها، روال‌ها و استانداردها
۴. منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، اطلاعات و تسهیلات)
۵. شیوه مدیریت و تصمیم‌گیری
۶. ارتباطات بیرونی (افقی و عمودی)

از مجموع شش جزء فوق روال‌ها و استانداردها در قالب شیوه‌نامه و سایر اجزا در آئین‌نامه (پیوست یک) جمع‌بندی شد. در تدوین این پیش‌نویس کلیه دارایی‌ها و چالش‌های فرایند فعلی (حاصل مرحله دوم) مرور شده و در آئین‌نامه و شیوه‌نامه مذکور لحاظ شد. پیش نویس مذکور در کمیته راهبری طرح مورد نقد و بررسی نهایی قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس بررسی متون و منابع، رایج‌ترین واژه‌های مرتبط به نظام برنامه‌ریزی عملیاتی که نیازمند اجماع در حد تعریف و رفع هم پوشانی در سطح صاحبان فرایند است عبارتند از: برنامه راهبردی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

اسناد بالادستی، برنامه عملیاتی، پروژه، سیاست، برنامه، زنجیره نتایج، راهبرد، مداخله، هدف راهبردی، استاندارد برآمد، برآمد، استاندارد پروژه، هدف کمی، بسته اجرایی، پورتفولیو (سبد برنامه‌ها)، اهداف پیامد، اهداف اثر، مدیریت مبتنی بر نتایج و مدل سیندمیک یا هم‌افز، تفاهم نامه‌ها یا موافقت نامه‌های بین بخشی و درون بخشی.

تحلیل وضعیت نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی نشان می‌دهد مهم ترین دارایی‌هایی موجود شامل قوت‌ها و فرصت‌های ارتقای نظام برنامه‌ریزی عملیاتی متعدد است. شورای معاونان و شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی و پایش مستمر واحدها مشارکت و نظارت مستقیم داشته است و نگرش مدیران ستادی به اهمیت برنامه‌ریزی عملیاتی در موفقیت سازمانی رو به رشد ارزیابی شده است. استقرار نرم‌افزار برنامه‌ریزی عملیاتی مستندسازی و کنترل مهلت‌ها را تسهیل کرده، و قابلیت رتبه‌بندی دوره‌ای واحدها ابزاری برای ایجاد رقابت محسوب شده‌است، تا حدی که این نرم‌افزار موجب شفاف‌شدن شیوه مصرف و هزینه کرد منابع مالی واحدها گردیده است. تمرین تبدیل ایده و مواد قانونی بالادستی به اهداف عملیاتی از دیگر دستاوردهای نظام فعلی است. از دیگر نقاط قوت نظام فعلی اتصال برنامه‌های عملیاتی حوزه‌ها به بودجه وزارت خانه و درگیر شدن همه واحدها برای به سرانجام رساندن اهداف سازمانی وزارت بهداشت است. به تعبیر پاسخ دهندگان سرمایه اجتماعی درون وزارت برای تحقق اهداف بیش از پیش ارتقای یافته است. خبرنامه ماهانه برنامه‌ریزی عملیاتی که به منظور ارتباط مستمر با حوزه‌های مختلف منتشر می‌شده، در افزایش حساسیت و ایجاد تعهد و رقابت واحدها مؤثر ارزیابی شده‌است. بند ب ماده ۳۶، بند ح ماده ۳۸ و مواد ۲۱۷ و ۲۱۹ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور از دیگر فرصت‌های موجود است. از نگاه مشارکت کنندگان وزارت بهداشت نسبت به سایر وزارت خانه‌ها و سازمان های اجرایی در استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی پیشگام بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده نشان می‌دهد که چالش‌های نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی بیش از دارایی‌های آن است از جمله اینکه سطوح تصمیم‌گیری در ساختار وزارت بهداشت برای مراحل مختلف فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی مشخص نیست. ممیزی و نظارت بر محتوی گزارش‌های ارسالی واحدها وجود ندارد، به‌طوری که ارزشیابی اثربخشی و کارایی را مشکل می‌کند. فرایند دستیابی به اهداف راهبردی در قالب برنامه عملیاتی پنج ساله به درستی تعریف نشده و فقط در مقطع یک سال نوشته و اجرا می‌شود؛ به این ترتیب یکپارچگی برنامه‌ها و پروژه‌های قابل تعریف در سال‌های متوالی تا حد زیادی از دست می‌رود که با تعویض و جابجایی مدیران این مسئله تشدید می‌شود. برنامه عملیاتی یک واحد همه برنامه‌ها و فعالیت‌های واحدها را شامل نمی‌شود. پروژه‌های کلیدی هر واحد مشخص نبوده و اساساً ابزاری برای اولویت‌بندی پروژه‌ها دیده نمی‌شود. شناسنامه یا شرح خدمات برای عناوین پروژه‌های ذیل هر برنامه تعریف نمی‌شود. تفاهم نامه‌های برون‌سپاری پروژه‌ها به واحدهای صف (دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی) متعدد، پراکنده و غیریکسان بوده است. شیوه نظارت بر موارد برون سپاری شده در واحدهای محیطی (دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی) غیرشفاف است به‌طوری که در بهترین وضعیت این نظارت صرفاً به گزارش کتبی سالانه واحد محیطی ختم می‌شود. مشخص نبودن «شبکه پروژه پذیر» هر واحد وزارت بهداشت یک فرصت بهبود است؛ به عبارت دیگر به دلیل مشخص نبودن شبکه پروژه پذیر واحدهای وزارت بهداشت توزیع موثر و عادلانه‌ای در پروژه‌های قابل برون‌سپاری ندارند. سازوکار تصمیم‌گیری برای تعریف پروژه‌های تحقیقاتی ستادی شفاف نیست و گاهی موازی است. تصمیم‌گیری در این مورد از دبیرخانه‌های کاربردی معاونت‌ها، تصمیم شورای مدیران واحدها و حوزه‌ها تا شورای سیاست‌گذاری وزارت خانه متغییر است و واحدها در این مورد بلاتکلیف هستند. هم پوشانی بین برنامه‌ها و پروژه‌های درون یک واحد و همچنین بین واحدهای یک معاونت یا حوزه وجود داشته و سازوکار رفع آن دیده نشده است. هم پوشانی انتظارات واحدهای مختلف وزارت بهداشت از سازمان‌ها و وزارت‌خانه‌های برون بخشی زیاد بوده و نحوه اعلام و درخواست از آنها پراکنده و غیر متمرکز است و گاهی یک وزارت خانه برون بخش از طرف چندین واحد مورد مطالبه و همکاری قرار می‌گیرد که پایش عملیات را دچار مشکل می‌کند.

تخصیص‌های غیرهماهنگ با برون سپاری‌ها و طولانی بودن فاصله پایش برنامه‌ها بر اساس آیین نامه‌ها وجود دارد. برقراری ارتباط بین پیشرفت واقعی برنامه عملیاتی، بودجه تخصیصی به واحدها و تشویق بیش از پیش مورد مطالبه است. تغییرات مکرری در تعاریف برنامه‌ریزی عملیاتی و انتظارات از معاونت‌ها وجود دارد و ارتباط برنامه‌های جاری، رهبردی و توسعه‌ای با یکدیگر شفاف نیست و اتصال ضعیف یا انفکاک برنامه‌های عملیاتی (اجرایی) از اسناد بالادستی وجود دارد. ابهام در ارتباط هدف عملیاتی با پروژه وجود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

دارد و همچنین نیاز به ارتقا و شفاف‌سازی ارتباط بین برنامه عملیاتی و بودجه وجود دارد.

تعریف مشارکت حداقلی مدیران و معاونین در شکل‌گیری نظام برنامه‌ریزی عملیاتی لازم است و نباید فقط به عنوان یک تکلیف از راس هرم نگاه شود.

کمبود انگیزه و تشویق و احساس مالکیت توسط تدوین‌کنندگان برنامه؛ مدیران و کارشناسان مشاهده می‌شود. مهارت‌های کارکنان، مدیران و رابطین در تکمیل شناسنامه پروژه‌ها، ایجاد هماهنگی بین پروژه‌های واحد ها و استفاده از نرم‌افزار نیازمند ارتقای جدی است. نیاز به ارتقای نگرش کارکنان و مدیران در زمینه اهمیت و دقت در برنامه‌ریزی عملیاتی و صرف وقت کافی برای پایش دقیق احساس می‌شود.

ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی با سایر حوزه‌ها ارتباط ضعیفی دارد و نظام مدونی برای این ارتباط تعریف نشده است، فرم‌های متعددی که دائماً تغییر هم می‌کند، فرایند تدوین استقرار برنامه عملیاتی را کند و خسته‌کننده می‌کند.

شیوه اطلاع‌رسانی و دسترسی به اطلاعات طبقه‌بندی شده برای مسئولین، کارشناسان و مردم شفاف نیست. نحوه مستندسازی گزارش‌های عملکرد چارچوب مشخص نداشته و واژه‌نامه کاربردی و شفاف نداشت.

مشکلاتی در ارتباط با گزارش‌گیری از طریق نرم‌افزار وجود دارد . تقویم فعالیت‌های روتین و ثابت برنامه‌ریزی عملیاتی سالانه هرسال تغییر می‌کند و در اغلب موارد به طور فوری درخواست و پایش می‌شود. برنامه‌ریزی پائین به بالا است به‌طوری که بدون مشخص شدن اهداف راهبردی توسط سطوح تصمیم‌گیر از واحدها خواسته‌شده که هر کدام هدف تعریف کنند. در نظام فعلی اهداف در سطح وزارتی به صورت ویژه، مهم و عادی تقسیم‌بندی می‌شدند که تقسیم‌بندی منطقی نیست همچنین در نظام برنامه‌ریزی فعلی از سیاست به برنامه و از برنامه به فعالیت‌ها ختم می‌شده است که مطابق زنجیره نتایج نیست. سازو کار به جریان افتادن سایر برنامه‌های فوری و ابلاغی وزیر، برنامه‌ریزی هماهنگ بین معاونتی و مدیریت همزمان برنامه‌های بین‌المللی دیده نشده است.

الگوی مفهومی برنامه‌ریزی عملیاتی و راهبردی بر مبنای نظریه‌های رایج حاکم نبوده است. نبود جزء تحلیل خطر در برنامه یکی از این‌ها است.

شیوه پایش این حجم از عملیات سالانه در وزارت بهداشت غیرشفاف و غیرعملی است؛ به عبارت دیگر پایش بر مبنای فعالیت‌ها در یک سازمان عریض و طویل غیر عملی است و تأکید بر نتایج به خصوص برآمدهای کوتاه مدت کمک‌کننده و راهگشا است. بسیاری از برنامه‌های وزارت بهداشت سال‌ها بدون ارزشیابی و پیامد استمرار دارد و این موضوع موفق و اثربخش بودن برنامه‌های سلامت را با شک مواجه ساخته و پاسخگویی اجتماعی را غیرممکن می‌سازد، در هر برنامه‌ای به طور دوره‌ای باید پروژه ارزشیابی آن ملحوظ گردد.

براساس دارایی‌ها و چالش‌های نظام فعلی لازم است الزامات زیر در بازطراحی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی مد نظر باشد:

- زنجیره نتایج در نظام نامه تعبیه گردیده و واژه‌نامه مبتنی بر شواهد داشته باشد.
- سطوح تصمیم‌گیری متناسب با ساختار وزارت بهداشت تعیین و تقسیم کار شود.
- کمترین حجم نوشتاری، ساده، قابل انعطاف و امکان بازنگری داشته باشد.
- اصول برنامه‌ریزی، مدیریت پروژه و برون سپاری از جمله نهادینه‌شدن مثلث کارفرما، مجری و ناظر در نظام‌نامه لحاظ شود.
- پایش‌های سطح‌بندی شده لحاظ گردد.
- تقویم زمان‌بندی عملیات برنامه‌ریزی در طول سال معین باشد.
- ارتباط برنامه عملیاتی با اسناد بالادستی (نظیر نقشه جامع علمی سلامت، برنامه پنجم وشاخص‌های توسعه ...) و بودجه شفاف باشد.
- شبکه پروژه‌پذیر و ممیز محتوی عملکرد واحد سازمانی وزارت بهداشت مشخص گردد.
- تشویق و آموزش صاحبان فرایند لحاظ گردد.
- ساز و کار هماهنگی درون و برون بخشی برنامه‌ها لحاظ شود.

براساس الزامات فوق فرایند اصلی برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی عملیاتی منطبق بر برنامه های توسعه کشور و آئین‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی به ترتیب در نمودار شما یک، جدول شماره یک و پیوست اول در ذیل آمده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

نمودار شماره یک) فرایند اصلی برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جدول شماره یک) زمان بندی اجرای فرایند اصلی (منطبق با برنامه های پنج ساله توسعه کشور)

	مراحل	اولین سال اجرای برنامه پنج سال توسعه		دومین ، سومین ، چهارمین وپنجمین سال اجرای برنامه پنج ساله توسعه			
		نیمه اول	نیمه دوم	بهار	تابستان	پائیز	زمستان
۱	تصویب اهداف راهبردی سطح اثر و سطح پیامد						
۲	پانل عملیات پنج ساله و سال اول اجرا دفتر ، اداره کل و مرکز						
۳	اقدامات و عملیاتی بستر ساز برای استقرار برنامه عملیاتی						
۴	تبادل موافقت نامه بودجه						
۵	تدوین و تصویب شناسنامه پروژه ها						
۶	تبادل تفاهم نامه های برون سپاری						
۷	قرارداد یا تفاهم نامه مجریان						
۸	تائید برآمد اول						
۹	تائید برآمد دوم						
۱۰	تائید برآمد سوم و گزارش نهایی						
۱۱	ارزشیابی عملکرد سالانه و پانل عملیات سال بعد (تعدیل و تصحیح از روی پانل پنج ساله) و تشویق						
۱۲	پایش شورای معاونین			پایان بهار		پایان پائیز	
۱۳	پایش شورای مدیران معاونت ها و حوزه‌ها			پایان فصل			
۱۴	پایش مدیران دفتر، مرکز یا اداره کل			پایان هر ماه			

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

پیوست اول) آئین‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهدشت، درمان و آموزش پزشکی

آئین نامه برنامه ریزی عملیاتی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه : به استناد قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تسهیل و تسریع ارتقای شاخص‌های سلامت ملی از طریق تقسیم کار بین بخشی در سطح ملی، استانی و نظارت بر حسن انجام امور و همچنین مواد ۳۶ ، ۳۸ ، ۲۱۳ ، ۲۱۴ ، ۲۱۶ ، ۲۱۷، ۲۱۹ ، ۲۲۳ و ۲۲۴ قانون برنامه پنجم توسعه کشور نظام نامه برنامه عملیاتی تدوین شده است.

ماده ۱) اهداف

۱. هدفمند کردن فعالیت‌های برنامه ریزی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. تسهیل فرایند برنامه‌ریزی در مقاطع برنامه‌های توسعه پنج ساله
۳. تضمین اتصال برنامه‌های عملیاتی حوزه‌های وزارت بهداشت به اهداف کلان و برنامه‌های توسعه کشور و بودجه‌های سالانه
۴. تضمین شکل‌گیری همکاری‌های درون (ستادی و استانی) و برون بخشی برای دستیابی به اهداف راهبردی سلامت مردم
۵. شفاف شدن فرایند پایش و ارزشیابی برنامه های عملیاتی وزارت بهداشت

ماده ۲) فرایند، روال و استانداردها

برنامه‌ریزی حوزه سلامت در دو بخش راهبردی و عملیاتی تقسیم شده است که بخش برنامه‌ریزی عملیاتی به شرح فرایند اصلی صفحه قبل است. بر اساس این فرایند و زمان بندی آن نه مرحله برای استقرار کامل برنامه عملیاتی باید طی شود. روال و استانداردهای هر یک از مراحل نه‌گانه در شیوه نامه صفحه بعد آمده است .

تبصره : قالب یک (از مرحله اول) در موارد ابلاغی وزیر بهداشت در هر مقطعی از برنامه های پنج‌ساله قابل بازبینی و تعدیل است که مسئولیت این بازبینی با ستاد برنامه ریزی عملیاتی و تائید آن بر عهده وزیر بهداشت و شورای معاونین است .

ماده ۳) ساختار

برای تسهیل مراحل نه گانه سه سطح تصمیم گیری به شرح زیر تعریف شده است :

۱. شورای معاونین وزارت و شورای سیاست‌گذاری: تصویب‌کنندگان اهداف راهبردی، توزیع مداخلات بین معاونت‌ها و حوزه‌های مختلف وزارتخانه، پایش دو بار در سال، تائید نهایی عملکرد (قالب ۱)
۲. شورای مدیران هر معاونت و حوزه : تصویب کنندگان برنامه عملیاتی استقرار مداخلات در واحد های زیر مجموعه ، پایش فصلی پیشرفت (قالب ۲)
۳. شورای مدیران مرکز ، دفتر یا اداره کل: پیش‌نویس پانل پنج ساله و سالانه عملیات، پیش‌نویس موافقت نامه بودجه، تدوین و تائید اولیه شناسنامه پروژه‌های واحد مربوطه، پایش ماهانه (قالب ۳، ۴،۵،۶)

ستاد برنامه ریزی عملیاتی به عنوان واحد هماهنگ‌کننده و حافظ ارتباط بین پروژه‌ها با اسناد بالادستی، اهداف راهبردی و بودجه‌های سالانه است که این وظیفه از طریق مشارکت در تدوین قالب‌های یک، دو ، سه و چهار انجام و پایش برآمدهای سه گانه مندرج در آن در مقاطع مربوطه صورت می‌گیرد . شرح وظایف این ستاد به شرح زیر است .

- تدوین پیش‌نویس و نهایی‌سازی اهداف راهبردی و مداخلات معاونت‌ها جهت نهایی شدن در شورای سیاست گذاری و شورای معاونین
- بررسی قالب شماره ۲ ، ۳ و ارایه نظرات مشورتی و تائید آن
- تائید پیش نویس موافقتنامه(قالب ۴) میان معاونت تخصصی و معاونت توسعه مدیریت و منابع
- پایش فصلی عملکرد معاونت ها بر اساس موافقت نامه ها (قالب ۴)
- ارسال گزارش عملکرد واحد تأیید شده به مرکز بودجه جهت تخصیص اعتبارات بعدی
- اخذ گزارش نهایی عملکرد ، جمع بندی نهایی و ارائه به معاونت و وزیر بهداشت (گزارش عملکرد در دو نوبت به این مرجع ارسال می گردد پایان نیمه اول و گزارش نهایی در پایان سال یا فروردین ماه سال جدید)
- جمع آوری مستندات بالادستی مطابق ساختار برنامه ریزی و نگهداری آنها
- مستندسازی کل فرایند و پیشنهاد بازبینی در نظام نامه در شهریور هر سال
- تدارک برنامه های آموزشی و توانمندسازی برای استقرار فرایند در کلیه ذینفعان
- نظارت بر عملکرد نرم افزار و ورود اطلاعات برنامه‌ها در سامانه‌ی برنامه‌ریزی عملیاتی توسط کارشناسان دبیرخانه

ارکان این ستاد شامل رئیس (رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دبیر ستاد(مدیر گروه برنامه‌ریزی عملیاتی و ارزیابی عملکرد مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری) و اعضا (نمایندگان معاونت ها ، نماینده شورای سیاستگذاری، نماینده دفتر وزارتی و روابط عمومی، نماینده دبیرخانه هیئت‌های امنا، نماینده امور فناوری اطلاعات، نماینده امور تجهیزات پزشکی، نماینده امور همکاری‌های بین المللی، نماینده دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات و دو نفر از مشاورین است .

تبصره ۱ : این ستاد حداقل هر یک ماه جلسه تشکیل خواهد داد. جلسات با حضور بیش از ۶۰٪اعضاء رسمیت می‌یابد.کلیه اعضاء ستاد ابلاغ مقام محترم وزارت را به مدت ۲ سال دریافت می‌نمایند .

تبصره ۲: در هر مرکز، دفتر یا اداره کل یک نفر رابط برنامه‌ریزی عملیاتی برای ارتباط با دبیرخانه ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی و ورود به نرم افزار معرفی می‌شود، فرد مذکور ضمن داشتن انگیزه و علاقه مندی لازم می بایست دوره آموزشی برنامه‌ریزی عملیاتی را بگذراند .کارشناس رابط وظیفه آموزش و مشاوره به سایر کارکنان بخش را نیز بر عهده دارد .

ماده ۴) منابع و شیوه مدیریت

۱) نرم افزار مدیریت برنامه عملیاتی در دبیرخانه مستقر است و تغییرات آن مبتنی بر تصمیمات مندرج درماده ۵ انجام می‌گردد.

۲) آموزش و توجیه در چهار سطح در شهریور هر سال برای برنامه ریزی سال بعد اجرا می شود :کارشناسان مسئول واحدها، روسای ادارات، شورای مدیران معاونت، شورای معاونین

۳) ستاد برنامه ریزی عملیاتی موظف است هرسال برای ارتقای انگیزش مشارکت‌کنندگان در فرایند برنامه‌ریزی، پیشنهادات خود را برای تصویب به شورای معاونین ارسال و پیگیری نماید .

۴) ستاد برنامه ریزی عملیاتی موظف است سازوکار و چارچوب تشویق و آگاه سازی متولیان برنامه ها و همچنین اطلاع رسانی به مخاطبان و مستند سازی را در هر سطح تدوین و برای تصویب به شورای معاونین ارسال کند .

ماده ۵) تصویب و بازبینی

این آئین نامه در ۵ ماده به تصویب شورای معاونین رسیده و از زمان تصویب قابل اجرا است . این آئین نامه و شیوه نامه پیوست آن هر ساله در پایان شهریور با پیشنهاد ستاد برنامه ریزی عملیاتی و پس از نظرخواهی از معاونت ها و حوزه ها قابل بازبینی است و با شورای معاونین وزارت و ابلاغ مقام محترم وزارت برای سال بعد لازم الاجرا است .

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

بحث و نتیجه گیری

براساس این مطالعه حمایت مدیران ارشد، تأکید اسناد و قوانین بالادستی مبنی بر استقرار این نظام و تمرین جمعی چهارساله برای برنامه‌ریزی عملیاتی سه دارایی مهم نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی است. مهم‌ترین چالش‌های نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی را در سه کلمه زیر می‌توان خلاصه کرد هماهنگی، ممیزی و اعتبار علمی فرایند. با اینکه الگوهای مختلفی برای برنامه‌ریزی عملیاتی در بررسی متون وجود دارد اما بومی‌سازی آنها در ساختارهای موجود همچنان به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی باقی‌مانده است. تفاوت بین روش اعلامی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری با الگوی موجود و الگوی پیشنهادی این مطالعه یکی از شواهد این مدعا است، موارد زیر در ارتباط با روش اعلامی معاونت راهبردی ریاست جمهوری مطرح است:

- پیچیدگی و همپوشانی در واژگان بسته اجرایی، راهبرد، سیاست اجرایی و برنامه اجرایی عملیاتی وجود دارد و ارتباط منطقی بین این واژه‌ها مشخص نیست.
- هدف کمی در حقیقت همان هدف راهبردی برنامه‌های توسعه است یعنی نقطه مطلوب در پایان برنامه توسعه که کلیه اقدامات یا پروژه‌ها باید برای دستیابی به آن هدف انجام شود.
- در شیوه‌نامه مذکور برای دست‌یافتن به هدف کمی دو طریق یا دو واژه عملیات (طرح‌ها یا پروژه‌های عمرانی) و فعالیت (اقدامات هزینه‌ای) به کار گرفته شده است که به نظر می‌رسد با منابع علمی مرتبط تطابق ندارد، چون هر اقدامی که برای دستیابی به هدف کمی انجام شود عملیات و فعالیت است و جداکردن آنها جز آشفتگی برای کارشناسان وزارت خانه‌ها چیزی در پی نخواهد داشت و به جای آن به‌کارگیری واژه پروژه و برآمد در نظام عملیاتی سازی برنامه‌های توسعه پیشنهاد می‌شود.
- در شیوه‌نامه مذکور از بسته اجرایی به‌عنوان یک مفهوم جدید برای ایجاد هماهنگی بین بخشی فعالیت‌ها و پروژه‌ها استفاده شده است و این همان مفهوم پورتفولیو یا سبد برنامه‌ها است که البته همین موضوع هم به‌خوبی در شیوه نامه ابلاغی توجیه نشده است.

در نظام موجود برنامه‌ریزی عملیاتی «پروژه و برآمد» محوری جای خود را به پایش «فعالیت‌ها» داده‌است. فرایند اصلی نه مرحله‌ای برای برنامه‌ریزی عملیاتی، تقویم پنج ساله تکرار مراحل برنامه‌ریزی همگام با برنامه‌های توسعه کشور، واژه‌نامه مشترک، تفکیک ناظر، کارفرما و مجری و ایجاد فرایند پاسخ‌گویی و تشویق، تعیین تکلیف برنامه‌های فوری از جاری و توسعه‌ای، ایجاد ارتباط بین سطوح تصمیم‌گیری برنامه‌ریزی عملیاتی، استقرار نظام برون سپاری پروژه ها به شبکه پروژه پذیر واحد ستادی، استفاده از ممیزان فنی برنامه های واحدها از ویژگی‌های این الگو محسوب می‌شود. پایش فصلی پیشرفت برنامه‌های عملیاتی توسط شورای معاونین وزارتخانه، تخصیص‌های بودجه متصل به برنامه و تشویق (مادی و معنوی) دوره‌ای واحدهای سازمانی و کارشناسان مسئول سه نقطه تمرکز برای ارتقای روزافزون نظام برنامه ریزی عملیاتی است. در شرایط حاضر و با توجه به دارایی‌های نظام برنامه‌ریزی عملیاتی فعلی اطمینان از پوشش داده‌شدن اهداف توسط پروژه‌ها، تدوین شناسنامه پروژه و تنظیم تفاهم نامه‌های برون‌سپاری از عوامل مؤثر در موفقیت برنامه عملیاتی است. از آن مهم‌تر ممیزی برنامه‌های واحدها است. انتصاب یک یا چند نفر ناظر فنی برای هر واحد وزارت بهداشت پیشنهادی است که موجب خواهد شد تا مستندات و گزارشات واحدها مرور شده و نظرات مشورتی و الزامی ارایه شود. کارکرد این ممیزی حداقل دو مورد است یکی مشاوره برای تدوین برنامه عملیاتی و مرور تداوم برنامه‌های سالانه در راستای اهداف کلان (اسناد بالادستی، برنامه‌های توسعه و ....) و دیگری مرور شناسنامه پروژه‌ها (شرح خدمات پروژه‌های قابل تفویض) و ارایه نظرات اصلاحی و اطمینان از تامین اهداف برنامه‌های واحد. مرور گزارش‌های پیشرفت پروژه‌های تفویضی به دانشگاه‌ها و ارایه نظرات تکمیلی یا تأئیدی، ارایه گزارش نهایی ممیزی از درصد پیشرفت اقدامات واحد از دیگر کارکردهای ممیزی است. به‌همین منظور کلیه ممیزان باید برای یک دوره حداقل چهارساله و با پیشنهاد ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی و تأئید نهایی شورای سیاست‌گذاری انتخاب شوند.

این ممیزان هیأت علمی یا کارشناس باسابقه بوده که هم صلاحیت نظارت بر متدولوژی پروژه‌ها را دارند و هم از محتوی علمی اقدامات واحد مربوطه آگاهی دارند. این وظیفه برای ممیزان باید به عنوان مؤلفه پیشرفت شغلی محسوب شده و قراردادی با آنان منعقد می‌گردد. ممیزان نظام هماهنگی و جلسات داخلی خود را داشته و می‌بایست آئین نامه‌ای برای آن تدوین‌شده و حتی توانمندسازی و توجیه در این باره صورت بگیرد، شایان ذکر است که این اقدام در شرایط فعلی به‌دلیل داشتن نظام ادغام یافته آموزش و پژوهش با خدمات سلامت کاری سهل است و می‌توان از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی استفاده کرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

به‌منظور استقرار هرچه بهتر و مؤثرتر نظام باز طراحی‌شده برنامه ریزی عملیاتی در وزارت بهداشت پیشنهادات زیر ارایه می‌شود:

- الگو به طور سالانه ارزشیابی‌شده و مشکلات آن مرتفع گردد، مصاحبه با کارشناسان و برگزاری جلسات و نظرخواهی از مدیران در ارزشیابی باید مدنظر باشد.
- مطالعه و تحقیق در سیستم عملیات برنامه‌ریزی وزارت خانه و کاربست نتایج آن به منظور ارتقای بهروری این نظام و رضایت مخاطبان صورت بگیرد.
- تفکیک سازمانی بین کارهای فوری، جاری و توسعه‌ای کارشناسان ستادی از طرف مدیریت ارشد صورت بگیرد.
- به‌منظور حفظ انگیزه و نگهداشت کارشناسان توانمند مدیریت منابع انسانی (کارشناسان ستادی) تقویت شود.
- موانع موجود برای انجام پروژه توسط کارشناسان ستادی رفع گردیده و آئین‌نامه مشخصی برای آن تنظیم گردد به‌طوری که موضوع تضاد منافع هم در آن دیده شده باشد.
- با سازمان‌های فوقانی از جمله معاونت برنامه‌ریزی و نظارت برای اصلاح شیوه‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی مذاکره و جلب حمایت شود.

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: تهیه مقاله
عباس وثوق مقدم: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات
محمد فتحی: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات
علیرضا کاظمی: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی و به سفارش معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دپارتمان مؤلفه های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است و نتایج آن به شکل آئین‌نامه و شیوه‌نامه در ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت به کار گرفته شده‌است. لازم است از دکتر نادر مرکزی مقدم، دکتر علی تقی‌زاده هرات و مهندس حسین توکلی کافی آباد که در اجرای پروژه همکاری کردند و کلیه اعضای محترم ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی دکتر علی اردلان (معاونت بهداشت)، دکتر محمد زاینده (معاونت درمان)، مهندس مهدی الوندی (معاونت غذا و دارو)، خانم دکتر زهره سهرابی (معاونت آموزشی)، دکتر سیامک عالیخانی (امور هیات امنا)، دکتر محمدرضا سیف‌الهی (معاونت تحقیقات و فناوری)، آقای داود شمسی (معاونت دانشجویی فرهنگی)، دکتر علی میزبان خوشخو (معاونت توسعه مدیریت و منابع)، دکتر سید حمید هاشمی (مرکز بودجه و تشکیلات)، دکتر کوروش اعتماد (رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)، رؤسا و کارشناسان ادارات مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تشکر و قدردانی شود. همچنین از توجه ویژه دکتر سیدعباس حسنی (معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و آقای مهندس ابوالحلاج (مدیرکل بودجه وزارت بهداشت) در مراحل به کارگیری نتایج قدردانی می‌شود.

منابع

1. Nasiripour A, Tabibi J, Raeisi P, Amiri M. Designing an Operational Planning Model for Level-One Iranian Primary Health Care Systems. Knowledge & Health Journal 2008; 3: 9-14
2. Khazaei H, Narimisa P. Introduction to the principles of operational planning in health centers. Behvarz Journal 2006; 17: 6-10
3. Mosaddegh Rad AM. Fundamentals of health care service management. 1st Editon, Dibagran press: Tehran, 2002[Persian]
4. Stoner AF, Freeman ER, Daniel R, Gilbert JR, editors. Management: Introduction to management in the twenty-first century, planning. 2th Edition. Cultural Research Bureau Press: Tehran, 2003[Persian]
5. Morisi G, Patric J, Ekomb BA, Editors. Operational planning. 1st Editon, Bagh-e Andisheh press: Tehran, 2005[Persian]
6. Mobini-dekordi A, Salmanpour-khoei M. Introduction to strategic and operational planning. Rahbord-e- Yas Journal 2005; 2:187-202
7. Research Center for Islamic Consultancy Parliament. I.R. of Iran vision 2025.[online]. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/ [cited 20 Nov 2012].
8. Vosoogh A. Damari B. Salarianzadeh H. Rostami N. Designing a framework for provincial 5th health development plan. Health policy council of ministry of health and medical education: Tehran, 2011

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

9. Strategic Planning and Control Deputy of President; 2008. General Policies of 5th 5 years development plan. Strategic Planning and Control Deputy of President, Iran. [online]. Available from: http://www.spac.ir/Portal/File/ShowFile.aspx?ID=389c050b-3f14-4816-ba0f-40db9e1739a8 [cited 20 Nov 2012]

10. Research Center for Islamic Consultancy Parliament. I.R. of Iran 5th 5-years economical, social and cultural development plan Act. [online]. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196 [cited 20 Nov 2012]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

ABSTRACT

Redesigning operational planning system (OPS) for ministry of health and medical education in Iran

Behzad Damari[1*], Abbas Vosoogh Moghaddam [2], Mohammad Fathi[3], Alireza Kazemi[3]

1. Department for Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Sectretariat of Health Development Plans Coordination, Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 21-32
Accepted for publication: 13 April 2013
[EPub a head of print-15 December 2013]

Objective (s): Achieving the objectives of planned programs in the Ministry of Health and Medical Education (MOHME) depends on the successful implementation of operational planning (OP). In the last few years an attempt was made to deploy OP in different units. This paper reports on a system design and using process reengineering models in order to renew the existing OP.
Methods: Data were collected by several approaches including literature review, focus group discussions, interviews, and questionnaires. Ten principles were set on how to redesign the existing operational planning system. Based on these principles, main processes, procedures, and standards were redesigned in both regulations and procedures.
Results: The results showed three important strengths of the operational planning system: support of top managers, law, and the experience of ministry of health in implementation of operational planning. The most important challenges of current OP system were: weakness in coordination, and audit and accreditation of the process. Thus a new OP was proposed. Strengths of the new OP model includes compatibility with result chain activities, existence of a scientific OP glossary, project oriented approach, compatibility of decision making levels with the structure of MOHME, documentation, establishment of the relationship between employer, contractor, and the spectator, categorized evaluation, timing, clear relation between OP and allocated budget, encouragement, and education of process owners and finally internal and external compatibility of programs.
Conclusion: Despite various strengths of existing OP systems, critical success factor of the newly proposed model is the audit of the defined programs and projects.

Key Words: Operational planning, reengineering, Ministry of Health and medical education

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.13.1.3.5]

* Corresponding author: National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88991107
E-mail: bdamari@gmail.com