



## طراحی الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی برای سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران

دکتر امیراشکان نصیری‌پور<sup>۱</sup> (Ph.D.)، دکتر سید جمال‌الدین طبیبی<sup>۲</sup> (Ph.D.)، دکتر پوران رئیسی<sup>۳</sup> (Ph.D.)، دکتر محمد امیری<sup>۴\*</sup> (Ph.D.)

۱- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم و تحقیقات تهران- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، ۲- دانشگاه علوم پزشکی ایران- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی- استاد مدیریت آموزش عالی، ۳- دانشگاه علوم پزشکی ایران- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی- دانشیار روانشناسی تربیتی، ۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران- دانش‌آموخته دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱۲، تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۴

### چکیده

**مقدمه:** این پژوهش به منظور طراحی الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی برای سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه کاربردی که به شیوه توصیفی- تطبیقی انجام شده است تعدادی از کشورها و سازمان‌های بین‌المللی دارای نظام فراگیر برنامه‌ریزی و تعدادی از سازمان‌های منتخب داخلی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مورد نیاز کشورهای منتخب، از طریق فرم جمع‌آوری داده‌ها و در سازمان‌های داخلی از طریق مصاحبه گردآوری شده و الگوی اولیه بر اساس آن‌ها ارائه گردید. الگو از طریق روش دلفی به آزمون گذاشته شده و با نظر خبرگان تغییرات لازم در آن صورت گرفته و الگوی نهایی ارائه گردید.

**نتایج:** کلیه سازمان‌های خارجی و منتخب داخلی دارای سیستم برنامه‌ریزی بوده ولی هیچ‌یک از واحدهای سطح اول مراقبت‌های بهداشتی ایران دارای سیستم برنامه‌ریزی منسجم نبوده و از الگوی خاصی پیروی نمی‌کردند. در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز از سال ۱۳۸۷ الگوی نرم‌افزاری برای برنامه‌ریزی عملیاتی در سطح ستادی مورد استفاده قرار گرفته ولی در سطوح پایین‌تر به خصوص مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی الگویی وجود نداشت. در کلیه کشورهای منتخب الگوی برنامه‌ها شامل عنوان، اهداف یا نتایج مورد انتظار، زمان‌بندی، فعالیت‌ها و نظام بودجه‌بندی و پایش و ارزشیابی بوده ولی در الگوهای رایج کشور ایران گرچه اجزای یادشده وجود داشت ولی مبنای علمی در تدوین برنامه‌های عملیاتی به چشم نمی‌خورد. مکانیزم طراحی برنامه‌ریزی پیشنهادی اولیه دارای ۸ مرحله بوده که پس از سه مرحله نظرسنجی خبرگان ۷ مرحله مورد تأیید قرار گرفت. نتیجه‌گیری: بهره‌گیری از الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی پیشنهادی می‌تواند به بهبود شاخص‌های عملکردی سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران منجر گردد.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی عملیاتی، شبکه‌های بهداشتی- درمانی.

Original Article

Knowledge & Health 2008;3(3-4):9-14

## Designing an Operational Planning Model for Level-One Iranian Primary Health Care Systems

Amir-Ashkan Nasiripour<sup>1</sup>, Seyd-Jamaledin Tabibi<sup>2</sup>, Poursan Raeisi<sup>3</sup>, Mohammad Amiri<sup>4\*</sup>

1- Assistant Professor, Tehran Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. 2- Professor, School of Management & Information Technology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 3- Associate Professor, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 4- Ph.D Graduate, Tehran Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

### Abstract:

**Introduction:** This research was performed in 2008 in order to design an operational planning model for Iranian primary health care systems at level one.

**Methods:** In this applied study, which was done in a descriptive and cross-sectional manner, some countries and international organizations which had comprehensive planning systems and some local organizations were studied. The required data from the selected countries were collected through data collection forms, and for local organizations, the data were collected through interview, and the initial model was presented accordingly. The model was tested via Delphi technique and taking the authorities' views into account, the required changes were made and the ultimate model was prepared.

**Results:** All the studied overseas and indigenous organizations had programming systems. However none of the level-one Iranian primary health care units had a coherent planning system, and they did not follow any specific models. Since 2008, the model of operational planning has also been utilized by Iranian Ministry of Health, Care and Medical Education at headquarters levels; however, there was no model at lower levels especially in rural and urban health care centers. In all selected countries, the model of programs included title, objectives or expected results, schedule, activities, budget system and evaluation and monitoring indexes. Though these parts existed in the common models in Iran, no scientific basis could be observed in compiling the operational programs. The mechanism of designing the initial suggested operational planning had eight stages, but after three stages of reviewing by authorities, seven stages were ratified.

**Conclusion:** Utilizing the suggested operational planning model can enhance the level-one performance indicators of health care networks in Iran.

**Keywords:** Planning, Operational planning, Health care system.

Received: 2 November 2008

Accepted: 24 December 2008

\*Corresponding author: M. Amiri, Email: m\_amiri\_71@yahoo.com

## مقدمه

جهان در قرن اخیر شاهد پیشرفت‌های بزرگ علمی و فنی بوده است. این پیشرفت‌ها نتیجه برنامه‌ریزی صحیح و اصولی مدیرانی بوده است که توانسته‌اند از منابع خود استفاده مناسب نمایند. برنامه‌ریزی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین ارکان مدیریت از دیرباز مورد توجه علمای علم مدیریت بوده، به گونه‌ای که به‌عنوان یکی از وظایف مهم یا به تعبیری جزء اولین وظایف مدیران قلمداد گردیده است. برنامه‌ریزی اولین و مهم‌ترین وظیفه مدیران می‌باشد. برنامه‌ریزی را می‌توان پایه‌های یک ساختمان فرض کرد که سایر وظایف مدیریت از قبیل سازماندهی، کارگزینی، رهبری و هماهنگی در حکم طبقات این ساختمان می‌باشند. به‌عبارتی دیگر برنامه‌ریزی ریشه درختی است که سایر وظایف مدیریت شاخه‌های آن را تشکیل می‌دهند (۱).

برنامه‌ریزی نوع ویژه‌ای از تصمیم‌گیری است که مدیر برای سازمان، آینده خاصی را مورد توجه قرار می‌دهد. برنامه‌ریزی به مثابه لوکوموتیوی است که واگن‌های سازماندهی، استخدام، رهبری، هماهنگی و کنترل را به دنبال خود می‌کشد یا به‌عنوان ریشه درختی است که سازماندهی، استخدام، رهبری، هماهنگی و کنترل شاخه‌های آن را تشکیل می‌دهند. اگرچه برنامه‌ریزی به‌طور مشخص یک فرآیند تصمیم‌گیری است، اما هر نوع تصمیم‌گیری را نمی‌توان برنامه‌ریزی به حساب آورد. برنامه‌ریزی فرآیندی است که در جهت رسیدن به وضعیت مطلوب جامعه تنظیم می‌شود و بدون انجام کاری وقوع آن امکان‌پذیر نیست. بنابراین در برنامه‌ریزی هم احتراز از اعمال ناصحیح و هم تقلیل تعداد اشتباهات و بهره‌گیری از فرصت‌ها مد نظر قرار می‌گیرد (۲). یکی از وظایف هر مدیری در هر سطحی از سلسله مراتب مدیریتی برنامه‌ریزی می‌باشد. که این امر در سطوح اجرایی سازمان به‌صورت برنامه‌ریزی عملیاتی است. فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی در واقع درگیری مستمر و مداوم مجریان، مدیران و کارکنان کلیدی در تهیه برنامه‌های عملیاتی برای کل سازمان و واحدهای اختصاصی خود می‌باشد. از نقاط قوت این فرآیند تأکید آن بر روی برنامه‌ریزی تیمی می‌باشد که از طریق پیگیری تشکیل جلسات منظم و با سازماندهی خوب دنبال می‌شود. این خصوصیت موجب ایجاد اعتماد سازمانی و تعهد نسبت به برنامه‌ریزی عملیاتی می‌گردد. هدف برنامه‌ریزی تدوین برنامه نیست بلکه ایجاد نتیجه است و لازمه این کار، تعهد تمام افراد سازمان است. تعهد در برنامه‌ریزی عملیاتی بدین معنا است که افراد کلیدی در تمام سطوح سازمان صرف‌نظر از دارا بودن یا نبودن مسئولیت مدیریتی، فرصت درک و مشارکت در تدوین برنامه عملیاتی در سطح خود را داشته باشند. این مشارکت شامل همکاری آنان در کلیه مراحل، از جمله تعیین مسائل و مشکلات اساسی سازمان، تدوین، بازبینی، تجدید نظر و تهیه برنامه‌های کل سازمان یا واحد خود می‌باشد. در واقع با این عمل برنامه‌های

واقعی تهیه، ارتباطات درون‌بخشی و برون‌بخشی بهبود، مقبولیت گروهی و افزایش مسئولیت در دستیابی به نتایج تضمین می‌گردد (۳). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین دلایل عدم اجرای برنامه‌ها در کشور، نداشتن برنامه عملیاتی مناسب می‌باشد (۴). خصوصاً برنامه‌هایی که در راستای برنامه‌های جامع و بلندمدت به‌صورت بخشی و منطقه‌ای تهیه گردد (۵). اجرایی نشدن اهداف بالقوه برنامه استراتژیک و تحقق نیافتن اهداف کوتاه مدت (۶)، محدود بودن منابع، لزوم ایجاد هماهنگی بین قسمت‌های مختلف سازمان، ایجاد روحیه تیمی و تعهد در افراد کلیدی سازمان جهت دستیابی به اهداف، تقاضای روز افزون برای خدمات، جلوگیری از اعمال سلاقی و پرهیز از چندباره‌کاری‌ها، نداشتن الگویی برای برنامه‌ریزی عملیاتی در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، لزوم این برنامه‌ریزی را ضروری می‌نماید. این امر پژوهش‌گر را بر آن داشت تا با مطالعه نظام برنامه‌ریزی عملیاتی تعدادی از سازمان‌های بهداشتی درمانی ایران و کشورهای منتخب، الگویی را با توجه به ویژگی‌های نظام بهداشتی درمانی کشور طراحی و پیشنهاد نماید.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه توصیفی-تطبیقی و به‌صورت مقطعی انجام گردید. مطالعه به‌دنبال دستیابی به الگوی مناسب برنامه‌ریزی عملیاتی جهت سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران بوده و در سه مرحله انجام شده است. ابتدا سازمان‌های مورد مطالعه داخلی و خارجی (نظام بهداشت و درمان ترکیه، روسیه، فرانسه، سوئد، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که دارای واحدهای ارایه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی سطح اول و معیارهای تطبیق بودند) مشخص گردیده، سپس شیوه برنامه‌ریزی و عوامل قابل مقایسه آن‌ها استخراج و داده‌های پیرامون این شاخص‌ها جمع‌آوری گردید. بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و همچنین شرایط نظام بهداشتی درمانی ایران و برنامه‌های ذیربط موجود، الگوی اولیه پیشنهادی برای سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران طراحی گردید در نهایت از افراد متخصص و صاحب‌نظر (۳۰ نفر خبرگان) که از بین صاحب‌نظران و اساتید رشته مدیریت دانشگاه‌ها که دارای تالیفاتی در این زمینه بوده یا دروس مدیریت یا برنامه‌ریزی را تدریس می‌نمودند و همچنین افرادی که در طراحی و تهیه برنامه‌های دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران جزء نفرات کلیدی بوده و با فرآیند برنامه‌ریزی آشنایی کامل داشتند، درخواست گردید با استفاده از تجربیات علمی، نظری و عملی خود به ارزیابی پیشنهادات و اصلاح الگوی اولیه بپردازند و در نهایت الگوی نهایی پژوهش ارایه گردید. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها به‌ترتیب شامل: (۱) فیش کارت جهت جمع‌آوری متون کتابخانه‌ای و اینترنتی. (۲) فرم‌های تدوین شده جهت

های دولت مرکزی و در ترکیه (۱۰) با در نظر گرفتن اهداف ملی و تحلیل محیطی توسط سازمان برنامه‌ریزی ایالتی و مراکز بهداشتی درمانی صورت می‌گرفت. در روسیه (۱۱) توسط دپارتمان‌های بهداشتی منطقه‌ای و با همکاری دولت‌های محلی با در نظر گرفتن سیاست‌های دولت مرکزی و در فرانسه (۱۲) شورای سلامت ناحیه با همکاری مؤسسات و نمایندگان سازمان‌های حکومتی و حکومت‌های منطقه‌ای تعیین می‌شد. در ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توسط وزیر، دفتر و ادارات که از طریق نظر کارشناسانه و تحلیل محیطی صورت می‌گرفت ولی در سطح عملیاتی فاقد برنامه منسجم بودند و در سازمان تأمین اجتماعی بر اساس مقاصد برنامه استراتژیک و نظرات کارشناسانه استان‌ها و در سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با توجه به تحلیل محیطی و نظرات کارشناسان استان‌ها مقاصد برنامه‌های عملیاتی تعیین می‌شد.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها بیان‌گر آن است که تعیین اهداف و مقاصد برنامه‌ها در کلیه سازمان‌های مورد مطالعه بر اساس تحلیل محیطی و در راستای حل مشکلات با اولویت‌تر و توسط تیم برنامه‌ریزی مرکب از افراد مرتبط و صاحب‌نظر در فرآیند انجام می‌گرفت.

فعالیت‌ها جهت تحقق اهداف برنامه در کلیه سازمان‌های مورد مطالعه به صورت مشترک وجود داشته ولی نحوه تعیین آن در برنامه‌های عملیاتی سازمان‌های مورد مطالعه با یکدیگر تفاوت‌هایی را نشان داد.

یافته‌ها نشان داد که پایش و ارزشیابی جزء نقاط مشترک برنامه‌های عملیاتی در تمامی سازمان‌های مورد مطالعه داخلی و خارجی بودند. در کشور سوئد انجمن ملی بهداشت و رفاه اجتماعی مسئولیت پایش تغییرات و پیشرفت‌ها را در سطح ملی بر عهده داشت. در سطح ایالتی و منطقه‌ای پایش توسط شهرداری‌ها و سازمان‌های ایالتی (مؤسسه ملی سلامت عمومی) انجام می‌گرفت. در ترکیه دپارتمان‌ها و مدیران عمومی وزارت سلامت در سطح ملی برنامه‌ها را پایش می‌کردند و در سطح محلی و منطقه‌ای پایش برنامه‌ها بر عهده واحدهای محلی و منطقه‌ای بود. در روسیه پایش برنامه‌ها توسط شبکه‌های سن اپید (San-Epid) و دولت‌ها و دپارتمان‌های منطقه‌ای و در فرانسه در سطح ملی توسط مؤسسه ملی پایش سلامت و در سطح منطقه‌ای توسط شورای سلامت ناحیه صورت می‌گرفت. در ستاد وزارت بهداشت ایران دفاتر و ادارات کل وزارتخانه به صورت ماهیانه پایش برنامه‌های عملیاتی را بر عهده داشته و ارزشیابی برنامه‌ها در پایان برنامه صورت می‌گرفت ولی در سطح محیطی به صورت مدون نبود. در وزارت نفت پایش از طریق خود ممیزی توسط خود واحدها صورت می‌گرفت. پایش‌ها ۶ ماهه و از طریق جمع‌آوری آمار و داده‌ها از سوی معاونت بهداشت و درمان صنعت نفت صورت گرفته و ارزشیابی نهایی نیز توسط همین معاونت صورت می‌گرفت. در سازمان تأمین اجتماعی هر ۳ تا ۴ ماه پایش از طریق جمع‌آوری آمار از سوی معاونت درمان

جمع‌آوری اطلاعات هر یک از سازمان‌های منتخب. ۳) پرسش‌نامه جهت نظرخواهی از خبرگان و آزمون الگو بوده است. این پرسش‌نامه از ۳ قسمت تشکیل شده که در قسمت اول، ساختار اجرایی الگوی پیشنهادی، در قسمت دوم مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی و در قسمت سوم سؤالاتی مرتبط با نظرخواهی از خبرگان در مورد نقاط قوت و ضعف الگو بود که به‌منظور تهیه الگوی نهایی، پرسش‌نامه فوق‌الذکر به همراه نمای شماتیکی از الگوی پیشنهادی و تشریح ابعاد الگو در اختیار خبرگان قرار گرفت. سؤالات پرسش‌نامه توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شد به‌طوری که گزینه کاملاً مخالف، ۱ و گزینه کاملاً موافق، ۵ بود. فرضیه صفر به‌صورت میانگین امتیاز پاسخ‌دهندگان به درصد، کم‌تر یا مساوی ۷۵٪ و فرضیه مخالف نیز با میانگین بزرگ‌تر از ۷۵٪ مطرح گردید. به‌منظور آزمون فرضیه فوق‌الذکر از آزمون t یک‌طرفه استفاده گردید.

در نهایت نظرات خبرگان، در مورد الگوی نهایی جمع‌آوری، دسته‌بندی و در رایانه وارد و با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS تحلیل شد. جواب‌های به‌دست آمده در رابطه با هر یک از ابعاد الگو مندرج در پرسش‌نامه، در صورتی که بیش‌تر از ۳/۷۵ بودند، مورد قبول واقع شدند و در الگوی نهایی استفاده گردیدند. توافق کلی در مورد لحاظ نمودن یک جزء در الگوی نهایی طی سه مرحله از نظرخواهی به‌روش دلفی انجام و الگوی نهایی تهیه گردید.

## نتایج

یافته‌ها نشان داد که ۱۰۰٪ (۷ مورد) از سازمان‌های مورد مطالعه دارای سیستم برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان بودند. در ضمن برنامه‌های عملیاتی در ۸۵/۷٪ (۶ مورد) از سازمان‌های مورد مطالعه دارای عنوان و در ۵۷/۱٪ (۴ سازمان) دارای هدف کلی بود. در تمامی سازمان‌های مورد مطالعه، مقاصد، فعالیت‌ها، زمان‌بندی و نظام پایش و ارزشیابی وجود داشت. در ۱۰۰٪ سازمان‌ها ساختار تیمی جهت برنامه‌ریزی وجود داشت. ۸۵/۷٪ سازمان‌ها در برنامه‌های عملیاتی خود شاخص‌های پایش و ارزشیابی داشتند. در ۷۱/۴ درصد سازمان‌ها (۵ سازمان)، مرحله بودجه‌بندی در برنامه وجود داشت. تنها در یک سازمان مرحله اجرای برنامه، جزء مراحل برنامه‌ریزی بود.

نتایج نشان داد که مقاصد و اهداف یکی از اجزای مشترک در کلیه برنامه‌های عملیاتی در سازمان‌های مورد مطالعه بودند که هر یک از سازمان‌ها به نحوی آن را تعیین می‌نمودند. گرچه شیوه تعیین مقاصد ممکن است در هر یک از سازمان‌ها متفاوت باشد ولی کلیه سازمان‌ها بر اهمیت و وجود آن به‌عنوان ضروری‌ترین جزء هر برنامه اتفاق نظر داشتند به‌طوری که در سرلوحه هر برنامه عملیاتی آن را قرار داده‌اند. در برنامه‌های عملیاتی سازمان‌های مورد مطالعه از عنوان مقاصد و نتایج مورد انتظار (۷) برای بیان هدف برنامه استفاده شده است. در سوئد (۸ و ۹) که دارای سیستم برنامه‌ریزی غیرمتمرکز بود تعیین مقاصد توسط کمیته‌های محلی سلامت بر مبنای مشکلات جامعه و سیاست-

سوی مرکز بهداشت شهرستان شروع و به پایش و ارزشیابی برنامه‌ها و اقدام اصلاحی ختم می‌شود (نمودار ۱). در این مرحله جهت تدوین برنامه‌های مرکز، تیمی ۵ تا ۷ نفره مرکب از پزشک خانواده، ۳ نفر از کارکنان‌های مرکز (مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده یا مامایی، کارکنان بهداشت محیط یا حرفه‌ای، بهداشتکار دهان و دندان یا کارکنان آزمایشگاه)، دو نفر از بهورزان توانا و علاقه‌مند و یک نفر از ذینفعان (از اعضای شورای بهداشتی یا هیأت امنای مرکز) پیشنهاد گردیده که وظایف پیشنهادی این تیم در جدول ۲ ارایه شده که شامل آموزش به کلیه واحدهای تحت پوشش، هدایت واحدها در تدوین برنامه‌ها، اصلاح و تأیید پیش‌نویس برنامه‌ها و تدوین شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه‌ها و تهیه الگوی برنامه‌ریزی و تدوین برنامه جامع مرکز بهداشتی درمانی را برعهده داشتند که تمامی موارد مورد قبول گروه خبرگان واقع شد ( $P=0/001$ ) به‌جز تدوین برنامه جامع مرکز که مورد قبول واقع نشد ( $P=0/185$ ). مرحله برنامه‌ریزی شامل دو فاز برنامه‌ریزی و اجرا است: در فاز برنامه‌ریزی پس از تحلیل وضع موجود و تعیین مقاصد، اهداف عملیاتی تدوین و راهکارهای عملیاتی مشخص می‌گردد. سپس رویه‌ها و روش‌ها تدوین و شاخص‌های پایش و ارزشیابی مشخص و بودجه‌بندی برنامه صورت می‌گیرد. در فاز اجرا، برنامه تدوین شده در مرحله قبل به اجرا گذاشته شده و پایش برنامه مطابق با برنامه زمانبندی شده و مراحل تدوینی صورت گرفته و در انتها ارزشیابی برنامه جهت تحقق اهداف صورت می‌گیرد (نمودار ۲).

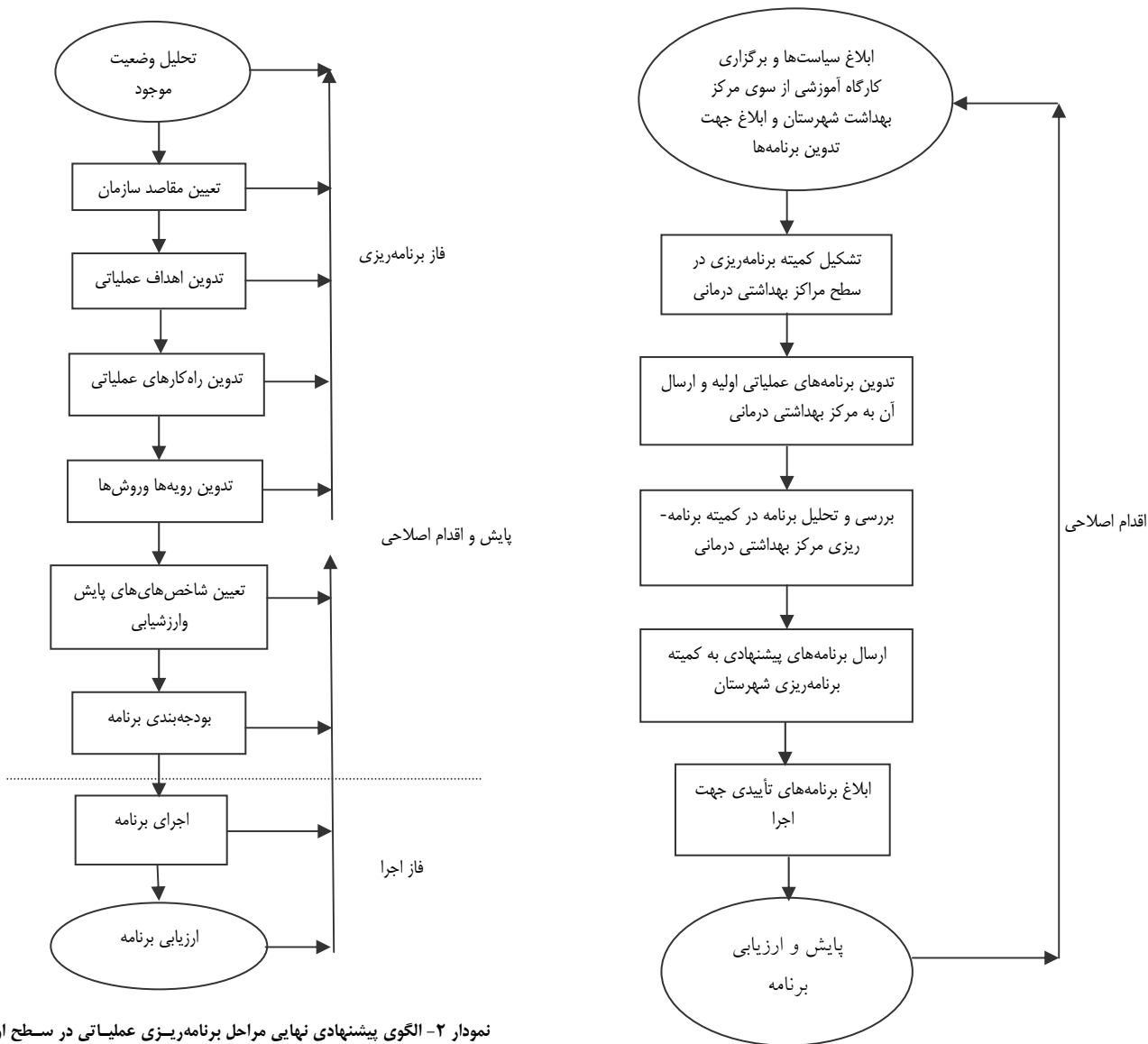
سازمان تأمین اجتماعی انجام شده و هر ۴ ماه یک‌بار گزارشات پیشرفت به شورای عالی تأمین اجتماعی ارسال می‌گردید. ارزشیابی نهایی برنامه‌ها توسط این شورا انجام می‌گرفت. با عنایت به نتایج فوق، الگوی پیشنهادی بر اساس نتایج مطالعات تطبیقی تهیه گردید. این الگو با نگرشی جامع و سیستماتیک برنامه‌ریزی عملیاتی شبکه‌های بهداشتی درمانی را مورد توجه قرار داده و در راستای اهداف شبکه‌های بهداشتی درمانی و ارتقای کارایی و اثربخشی (بهره‌وری) آنان ساختار و مراحل را پیشنهاد می‌نماید. مکانیزم طراحی برنامه‌ها در الگوی اولیه دارای ۸ جزء بوده که پس از نظرسنجی از خبرگان طی ۳ مرحله، مرحله تدوین برنامه جامع مرکز بهداشتی درمانی امتیاز لازم را کسب نموده و حذف گردید ( $P=0/136$ ) و مراحل برگزاری کارگاه آموزشی از سوی مرکز بهداشت شهرستان و ابلاغ به مراکز جهت تدوین برنامه‌های عملیاتی، تشکیل کمیته برنامه‌ریزی در سطح مراکز بهداشتی درمانی، تدوین برنامه‌های عملیاتی اولیه و ارسال آن به مرکز بهداشتی درمانی، بررسی و تحلیل برنامه در کمیته برنامه‌ریزی مرکز بهداشتی درمانی، طرح برنامه‌های پیشنهادی در کمیته برنامه‌ریزی شهرستان، ابلاغ برنامه‌های تأییدی جهت اجرا مورد قبول واقع شد ( $P=0/001$ ). همچنین در زمینه مراحل برنامه عملیاتی ۹ مرحله در الگوی اولیه وجود داشته که همگی مورد قبول خبرگان واقع گردید (جدول ۱). شروع مکانیزم طراحی و اجرای برنامه عملیاتی در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی با ابلاغ سیاست‌ها از

جدول ۱- نتایج آزمون آماری نظرسنجی خبرگان در زمینه مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی

مراحل برنامه‌ریزی	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	P.value	نتیجه
تحلیل وضعیت موجود	۵	۰	۱/۲۵	۰/۰۰۱	قبول
تعیین مقاصد	۴/۸۷	۰/۳۴۶	۱/۱۲	۰/۰۰۱	قبول
تعیین اهداف عملیاتی	۵	۰	۱/۲۵	۰/۰۰۱	قبول
تعیین راه‌کارهای عملیاتی	۵	۰	۱/۲۵	۰/۰۰۱	قبول
تعیین رویه‌ها و روش‌ها	۴/۷۳	۰/۶۹۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	قبول
تعیین شیوه‌های پایش و ارزیابی و نحوه گردآوری، ثبت و نگهداری داده‌ها	۴/۸	۰/۵۰	۱/۰۲	۰/۰۰۱	قبول
تنظیم بودجه	۴/۷۳	۰/۶۹۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	قبول
پایش برنامه	۴/۵۳	۰/۷۷۶	۰/۷۸	۰/۰۰۱	قبول
ارزشیابی و اصلاح برنامه	۴/۲۰	۰/۹۲۵	۰/۴۵	۰/۰۰۱	قبول

جدول ۲- نتایج آزمون آماری نظرسنجی خبرگان در زمینه وظایف تیم برنامه‌ریزی عملیاتی مرکز بهداشتی درمانی

عنوان	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	P.value	نتیجه
آموزش کلیه کارکنان و بهورزان خانه‌های بهداشت تحت پوشش	۴/۶۰	۱/۰۴	۰/۸۵	۰/۰۰۱	قبول
هدایت واحدها در تدوین برنامه‌ها	۵	۰	۱/۲۵	۰/۰۰۱	قبول
اصلاح و تأیید پیش‌نویس اولیه برنامه‌ها و تعیین بودجه و شاخص‌های مورد انتظار مورد نیاز جهت اجرا	۴/۷۰	۰/۴۶۶	۰/۹۵	۰/۰۰۱	قبول
تدوین برنامه جامع مرکز بهداشتی درمانی	۳/۵۰	۱/۵۰	-۰/۲۵	۰/۱۸۵	رد
پایش برنامه‌های تأیید شده و ارزیابی نهایی آن	۴/۸۷	۰/۳۴۶	۱/۱۲	۰/۰۰۱	قبول
تعیین چارچوب و الگویی برای برنامه‌ریزی یکسان در سطح مرکز بهداشتی درمانی	۴/۸۷	۰/۳۴۶	۱/۱۲	۰/۰۰۱	قبول



نمودار ۲- الگوی پیشنهادی نهایی مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران

نمودار ۱- الگوی پیشنهادی نهایی مکانیزم طراحی و اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران

## بحث

باید در راستای هم و با یکدیگر سازگار باشند. آن‌ها پیشنهاد نمودند در هدف- گذاری، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و تأمین منابع، اجرا، نظارت و ارزشیابی برای کارآمد نمودن برنامه توسعه و کاهش ضریب آسیب‌پذیری آن باید افراد ذی‌نفع (نهادهای و تشکلات مردمی) در کلیه مراحل نقش فعال داشته باشند که با نتایج مطالعه اخیر (وجود تیم برنامه‌ریزی) مطابقت دارد. توفیق (۵) نیز در مطالعه خود به الزام وجود مؤسسات یا مشاوران تخصصی و تیم برنامه‌ریزی جهت تهیه برنامه و تعیین اهداف تأکید نموده است. وی پیشنهاد نموده که برنامه‌های بخشی و استانی باید با مشارکت صاحب‌نظران، بخش خصوصی و ذی‌نفعان تهیه شود که به نحوی بر وجود تیم برنامه‌ریزی جهت تهیه مراحل مختلف

اگر برنامه‌ریزی در سازمان را فعالیتی مشترک که توسط گروهی از افراد برای تحقق اهدافی در آینده صورت می‌گیرد، بپذیریم مشاهده می‌شود در کلیه سازمان‌های مورد مطالعه تیمی از صاحبان فرآیند وجود داشته که با تحلیل محیط، مشکلات با اولویت را با در نظر گرفتن سیاست‌ها و برنامه‌های سطح بالاتر تدوین می‌نمودند. عالم تبریز و عظیمی (۴) در مدل خود، تدوین اهداف جزئی همراه با متغیرهای مهم را در دومین مرحله مدل برنامه‌ریزی پس از مرحله تحلیل محیطی (مرحله اول) بیان و عنوان نموده است که اهداف برنامه

عملیاتی پیشنهادی اولیه سطح اول شبکه‌ها نیز باید ابزارهای پایش برنامه، دوره‌های زمانی پایش، افراد مسئول، شاخص‌های پیشرفت برنامه، و شاخص‌های تحقق اهداف سالیانه وجود داشته که در سطوح بالاتر تکمیل و تأیید گردد. پایش‌ها نیز توسط گروه برنامه‌ریز و کارشناسان ستادی صورت گرفته و ارزشیابی برنامه‌ها نیز با محاسبه شاخص‌ها تعیین گردد.

با عنایت به عدم وجود الگویی جهت تدوین برنامه‌های عملیاتی در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران، بهره‌گیری از الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی مشتمل بر تحلیل وضعیت موجود، تعیین مقاصد و اهداف عملیاتی، رویه‌ها و روش‌ها، تنظیم بودجه، پایش، ارزشیابی و اصلاح برنامه، می‌تواند به بهبود شاخص‌های عملکردی سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی ایران منجر گردد.

## References

- Mosaddegh Rad AM, editor. Fundamentals of health care service management. 1st ed. Tehran: Dibagran press; 2003. [Persian].
- Stoner AF, Freeman ER, Daniel R, Gilbert JR, editors. Management: Introduction to management in the twenty-first century, planning. 2nd ed. Translated to Persian by: Parsayan A, Aarabi SM. Tehran: Cultural Research Bureau Press; 2003. [Persian].
- Morisi G, Patric J, Ekomb BA, Editors. Operational planning, Translated to Persian by Shaeabani-Seyfnejad M. Tehran: Bagh-e Andisheh press; 2005. [Persian].
- Alamtabriz A, Azimi N. Shenasei avamel moaser bar behood barnamehrizi tosee az didgah karshenasan. Proceeding of congress on growing policy and management in Iran. 2004 March 10; Tehran, Iran. Tehran: Iran; 2006. p. 343-357. [Persian]
- Towfigh F. Negahe be ayandeh barnamehrizi dar iran. Proceeding of congress on growing policy and management in iran; 2004 March 10; Tehran, Iran. Tehran: Iran; 2006. p. 163-174. [Persian].
- Ministry of health and medical education (Iran). The report of operational planning. Tehran: 2008. [Persian].
- Programme management in WHO African region. Operational planning guidelines for 2002-2003. Country Offices; 2001. p. 1-21.
- Anna H, Glenn G, Frida H, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V, editors. Health Systems in Transition. Sweden: 2005. p. 15-35.
- Taylor F. Health sciences: The national institute of public health and Swedish public health policy. Scandinavian Journal of Public Health 2004; 32(suppl 64): 14-62.
- Savas BS, Karahan O, Saka RO. Health systems care in transition. Turkey: 2002. p. 63-86.
- Tragakes E, Lessof S, Editors. Health care systems in transition. Russian Federation: 2003. p. 117-149.
- Sandier S, Paris V, Polton D. Health care Systems in Transition. France: 2004. p. 19-97.
- Raeissi P, Nasiripour AA. Management development in health care setting: A training model for hospital managers. J Res Health Sci 2008; 7(2): 42-55.
- Kirigia JM, Sambo LG, Agu VU, Lambo E. How to develop an operational plan for health. East Afr Med J 2001; 78(3 Suppl): S14-19.

برنامه تأکید دارد. نصیری پور (۱۳) نیز مشارکت همه سطوح در تهیه برنامه‌ها را مورد تأکید قرار داده است. گیرگیبا (۱۴) و همکاران نیز در پژوهش خود بر وجود اهداف اختصاصی، مقاصد و نتایج مورد انتظار در برنامه‌های عملیاتی تأکید و عنوان نمودند که پس از ابلاغ سیاست‌های کلی به همراه دستورالعمل و فرجه زمانی جهت تدوین برنامه‌ها، مدیران سطوح عملیاتی باید برای کارکنان خود جلسات آموزشی متعدد برگزار و آنان را توجیه و با مشارکت آنان مقاصد برنامه‌ها را تدوین نمایند. در مطالعه اخیر نیز برای تدوین برنامه‌ها در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی تیمی از افراد صاحب‌نظر و آگاه پیشنهاد گردیده تا بتوانند برنامه‌ها را تدوین نمایند.

عالم تبریز و عظیمی (۴) در مدل مورد استفاده در مطالعه خود تدوین استراتژی‌ها و فعالیت‌ها در جهت نیل اهداف را در سومین مرحله مدل برنامه‌ریزی پس از مرحله تدوین اهداف (مرحله دوم) بیان و عنوان نموده‌اند که فعالیت‌های تدوینی برنامه باید در راستای تحقق استراتژی‌ها و بر اساس تقدم و تأخر نگاشته و با یکدیگر سازگار باشند. آن‌ها پیشنهاد نمودند که در کلیه مراحل تدوین برنامه برای کارآمد نمودن برنامه توسعه و کاهش ضریب آسیب‌پذیری آن باید افراد ذی‌نفع (نهادهای و تشکلات مردمی) در کلیه مراحل نقش فعال داشته باشند. ایشان در مرحله چهارم مدل خود بر اجرای فعالیت‌ها مطابق با برنامه و وجود ابزارهای نظارتی جهت جلوگیری از انحراف را ضروری می‌دانند.

با نگاهی به نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها مشاهده می‌شود که پایش و ارزشیابی و تهیه ابزارها و تدوین شاخص‌هایی برای حصول اطمینان از تحقق اهداف و اجرای برنامه در کلیه برنامه‌ها وجود دارد. عالم تبریز و عظیمی (۴) در مدل مورد استفاده در مطالعه خود پایش برنامه‌ها را در مرحله چهارم مدل برنامه‌ریزی همراه با اجرای فعالیت‌ها و ارزشیابی برنامه را در مرحله پنجم مدل خود بیان نموده است و عنوان نموده‌اند که در مرحله تعیین فعالیت‌ها باید ابزارهای لازم و متناسب جهت پایش و ارزشیابی برنامه و جلوگیری از انحرافات احتمالی از اهداف و فعالیت‌ها، توسط تیم تهیه گردد. همچنین در مرحله پنجم اجرای برنامه پایان کار تلقی نمی‌شود بلکه باید ارزشیابی صورت گیرد تا اثرات برنامه و درصد تحقق اهداف تعیین گردد. آن‌ها پیشنهاد نمودند که در هدف‌گذاری، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و تأمین منابع، اجرا، نظارت و ارزشیابی برای کارآمد نمودن برنامه توسعه و کاهش ضریب آسیب‌پذیری آن باید افراد ذی‌نفع (نهادهای و تشکلات مردمی) در کلیه مراحل نقش فعال داشته باشند. توفیق (۵) و گیرگیبا (۱۴) و همکاران نیز در پژوهش‌های خود بر این امر تأکید داشته‌اند. گرچه تعاریف و اصطلاحات در زمینه مراحل برنامه‌ریزی عملیاتی ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد ولی آنچه مهم است این است که سطوح مختلف شبکه‌های بهداشتی درمانی باید قادر به تدوین، اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی واقعی خود باشند. لذا در برنامه‌های