

گزارش نهایی طرح کوتاه؛ طراحی نظام برنامه ریزی عملیاتی و همکاری بین بخشی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، زمستان ۱۳۹۱

پیام های اصلی گزارش

پیام اول) وجود برنامه راهبردی فرهنگستان در کنار عزم مدیریت ارشد برای استقرار برنامه ریزی عملیاتی، دستیابی به دورنمای سازمانی را زودتر از موعد مقرر نوید می دهد.

پیام دوم) بر اساس مطالعه تحلیلی اخیر در مورد چالش های اجرایی شدن برنامه های توسعه کشور، نبود یا ضعف نظام عملیاتی سازی برنامه ها و سیاست ها به عنوان یکی از نقاط تمرکز اصلی نام برده شده است، البته تعهد و پایبندی سیاست گذار و مدیر ارشد در اجرای برنامه عامل مهم دیگری است.

پیام سوم) تحلیل وظایف و اهداف اساسنامه جدید و برنامه راهبردی فرهنگستان نشان می دهد که پنج وظیفه عمده شامل رصد وضعیت کلان، نظریه پردازی و ارایه راهکارمشکل گشا برای حال و آینده، جلب حمایت حاکمیت برای اقدامات سلامت محور، تعامل با ذینفعان و مشاوره به مخاطبان و در نهایت مدیریت شناسایی و تکریم نخبگان و فرهیختگان را بر عهده این سازمان است.

پیام چهارم) وظایف فرهنگستان از نظر عملیاتی در دو رکن «گروه های علمی» و «سامانه های پشتیبانی» تسهیم و تقسیم می شود.

پیام پنجم) نظام برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان سه مولفه دارد: شیوه نامه اجرایی گروه های علمی، تفاهم نامه سالانه و شناسنامه پروژه ها. در طراحی این نظام سادگی و بورکراسی کم به عنوان یک معیار مدنظر بوده است.

پیام ششم) کلیه تخصیص های مالی فرهنگستان در گروه های علمی و سامانه های پشتیبان سالانه بر اساس مفاد تفاهم نامه ها خواهد بود.

پیام هفتم) فرهنگستان ها بیشتر در رده سامانه های تحقیق و توسعه یا اندیشگاه قرار دارد لذا مدیریت در آن به دلیل نوع کار و حضور افراد علمی و محقق از ویژگی و حساسیت خاصی برخوردار است که اصطلاحاً از آن به عنوان «مدیریت بر مدیریت ناپذیرها» یاد می شود. در چنین شرایطی ممکن است استقرار نظام های برنامه ریزی با مقاومت روبرو شود اما پاسخگویی اجتماعی سازمان ایجاب میکند با برگزاری جلسات گفتگو و برنامه های توجیهی و آموزشی ضرورت و فرهنگ برنامه ریزی در سازمان نهادینه شود.

پیام هشتم) تصویب این نظام نامه در هیات رئیسه و ابلاغ آن به کلیه گروه های علمی و واحدها اولین گام در تضمین استقرار است.

پیام نهم) طراحی نرم افزار برنامه ریزی عملیاتی، آموزش مدیریت پروژه و ایجاد نظام ممیزی تفاهم نامه ها از جمله اقداماتی است که برای تکمیل این نظام باید پیگیری شود.

پیام دهم) راهکارهای توسعه همکاری های بین بخشی فرهنگستان عبارت است از: همکاری و مشاوره در تدوین پیوست های سلامت سیاست ها، برنامه ها و پروژه های کلان کشوری، مشارکت و همکاری در کمیته های ملی و کارگروه های کشوری برای کمک فنی در جهت رفع مشکل موثر بر سلامت مردم، تشکیل کارگروه های ویژه برای آینده نگاری در زمینه های سلامت با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه های ذی ربط، امضای تفاهم نامه های همکاری با تک تک وزارت خانه های اجرایی در حدود شرح وظایف فرهنگستان برای مشاوره، آموزش، دریافت سفارش تحقیق از جمله پیوست های سلامت. مطالعه در زمینه های اولویت دار سیندمیک بیماری ها و همچنین عدالت در سلامت و انتشار حمایت طلبانه این گزارش ها، آموزش و توانمندسازی دستگاه ها در تدوین سیاست های عمومی سالم و تشویق دستگاه ها و سازمان های برتر در جامعه (این بر راهبرد شماره یک از همکاری بین بخشی تاکید دارد)، همکاری با رسانه ها در چارچوب وظایف پنج گانه فرهنگستان، تقسیم کار ملی در زمینه دیده بانی سلامت با موسسه ملی تحقیقات سلامت و ایجاد همکاری عمودی با سازمان های فوقانی از جمله شورای امنیت ملی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، بیت مقام معظم رهبری، قوه قضائیه و قوه مقننه، سازمان های بین المللی برای ارتقای سلامت مردم از طریق مشاوره های درخواستی و جلب حمایت ها از جمله سایر راهکارهای توسعه همکاری بین بخشی فرهنگستان می باشد.

مقدمه

برنامه ریزی در سازمان ها به طور ساده در دو سطح راهبردی و عملیاتی تعریف می شوند، هر دو سطح برنامه ریزی در کشور ما با دشواری ها و چالش های روبرو بوده است مدتی صحبت از برنامه های راهبردی بود بدون اینکه سازمان ها به عملیاتی سازی آن تعهد عملی داشته باشند. قبل تر هم امور جاری سازمان به حساب برنامه ریزی عملیاتی گذاشته می شد. بر اساس مطالعه تحلیلی اخیر در مورد موفقیت ها و چالش های اجرایی شدن برنامه های توسعه کشور موضوع نبود یا ضعف نظام عملیاتی سازی برنامه ها و سیاست های به عنوان یکی از نقاط تمرکز اصلی نام برده شده است. دستیابی به دورنما و اهداف راهبردی مندرج در برنامه راهبردی سازمان ها بدون وجود نظام عملیاتی سازی برنامه غیرممکن است. در استقرار نظام برنامه عملیاتی **فرهنگ سازمانی و تعهد مدیران ارشد** مهمترین عوامل موفقیت به شمار می روند. پاسخگویی دوره ای کارشناسان و مدیران سازمان به وظایف و برنامه های از قبل تعیین شده و تعهد به اجرای هر چه صحیح تر پروژه ها در زمان و هزینه تعیین شده یکی از رفتارهای مهم در سازمان به شمار می آید. در این طرح با تدوین آئین نامه و شیوه نامه برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان علوم پزشکی، آموزش آن به کارکنان و گروه های علمی، تدوین داشبورد اولین سال اجرای برنامه راهبردی و انجام دو پایش متوالی عملا نظام برنامه ریزی عملیاتی استقرار پیدا خواهد کرد.

روش

مطالعه از نوع طراحی سیستم است. پس از تحلیل ذینفعان هیات رئیسه و مشاوران رئیس فرهنگستان به عنوان اعضای کمیته راهبری انتخاب شدند. داده ها از طریق بررسی متون علمی مرتبط به برنامه ریزی عملیاتی تحلیل وظایف فرهنگستان جمع آوری و تحلیل شده و قالب نظام نامه بر اساس این اطلاعات در اجزای یک سیستم شامل **هدف، ساختار، فرایند اصلی، روا لها و استانداردها و منابع و شیوه مدیریت** پیش نویس شده و از گروه های علمی فرهنگستان، اعضای هیات علمی و کارشناسان نظرخواهی شده است. نتایج این نظرخواهی در نظام نامه اعمال شده و پیش نویس نظام نامه برای تصویب و ابلاغ به هیات رئیسه فرهنگستان ارسال شده است.

نتایج

دوره جدید مدیریت فرهنگستان با برنامه ریزی راهبردی و مشارکت ذینفعان آغاز شده و سهم ذینفعان و خبرگان نظام سلامت در فعالیت های فرهنگستان افزایش یافته است این مشارکت موجب تغییر و تصویب اساسنامه فرهنگستان را فراهم آورده است و بر اساس اساسنامه جدید و برنامه راهبردی فرهنگستان پنج وظیفه عمده شامل رصد وضعیت کلان، نظریه پردازی و ارایه راهکارمشکل گشا برای حال و آینده، جلب حمایت حاکمیت برای اقدامات سلامت محور، تعامل با ذینفعان و مشاوره به مخاطبان و در نهایت مدیریت شناسایی و تکریم نخبگان و فرهیختگان را بر عهده دارد، این وظایف در دو رکن «گروه های علمی» و «سامانه های پشتیبانی» تسهیم و تقسیم می شود. در نظام طراحی شده کلیه گروه های علمی و سامانه های پشتیبانی در پایان سال بر اساس **شیوه نامه اجرایی گروه های علمی**، برنامه عملیاتی سال بعد را در قالب پروژه ارایه می دهند و پس از نقد کمیته برنامه عملیاتی فرهنگستان در قالب تفاهم نامه کاری سالانه با واحدها و گروه ها امضاء می شود، کلیه تخصیص های مالی بر اساس این **تفاهم نامه ها** صورت گرفته و مسئول هر واحد یا رئیس گروه به طور فصلی گزارش پایش کتبی و شفاهی ارایه می دهد، گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی در مجمع عمومی سالانه ارایه شده و نظرات آنها دریافت می شود.

بحث و پیشنهاد

فرهنگستان ها در دسته بندی سازمان ها در رده سامانه های تحقیق و توسعه یا اندیشگاه قرار دارند لذا مدیریت در این سازمان ها از ویژگی های خاصی برخوردار است که اصطلاحاً از آن به عنوان «مدیریت بر مدیریت ناپذیرها» یاد می شود. در چنین شرایطی ممکن است استقرار برنامه راهبردی و عملیاتی مخاطبان را به مقاومت در برابر آن وا دارد، اما پاسخگویی اجتماعی سازمان ایجاب میکند با برگزاری جلسات گفتگو و برنامه های توجیهی و آموزشی برای کلیه مخاطبان ضرورت استقرار نظام برنامه عملیاتی و فرهنگ برنامه ریزی در سازمان توسعه یابد، البته در طراحی نظام برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان به عنوان یک معیار سادگی و بورکراسی کم مد نظر بوده است. تصویب این نظام نامه در هیات رئیسه و ابلاغ آن به کلیه گروه های علمی و واحدها اولین گام در تضمین استقرار است، آموزش های اولیه در زمینه برنامه ریزی عملیاتی و مدیریت پروژه در ادامه کار ضروری است. طراحی نرم افزار برنامه ریزی عملیاتی، آموزش مدیریت پروژه و ایجاد نظام ممیزی تفاهم نامه ها از جمله اقداماتی است که برای تکمیل این نظام باید پیگیری شود.

کلید واژه ها: برنامه عملیاتی، شیوه نامه، تفاهم نامه، فرهنگستان

استفاده از برنامه در هر سامانه‌ای که مدعی «کارآمدی و بهره‌وری» و «رشد و توسعه» است، امری ضروری شمرده می‌شود. «هدفهای مطلوب» و «منابع محدود» دو مفهوم اساسی برنامه ریزی را تشکیل می‌دهند. بر همین اساس برنامه ریزی 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. 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 آنچنان که باید و شاید موفق باشد؛ اهداف برنامه ریزی و مدیریت در سازمانهای سیاسی-اجتماعی-فرهنگی با توجه به جهت گیری 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. برنامه‌های ملی توسعه اهداف و وظایف هریک از بخشهای اقتصادی، اجتماعی و

فرهنگی را در هر ناحیه و در هر دوره خاص تعیین می‌کند و هر سازمان دولتی به منزله جزیی از سازمان وسیع اجرایی کشور، قسمتی از وظایف و بنابراین رسیدن به اهداف فرعی را به عهده می‌گیرد. مقام معظم رهبری موارد زیر را در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی که با رویکرد پیشرفت و عدالت تدوین می‌شود ابلاغ فرموده‌اند:

- ایجاد درک مشترک از چشم انداز بیست ساله و تقویت باور و عزم ملی برای تحقق آن. (سیاست ۶)
- تبدیل نظام بودجه ریزی کشور به بودجه ریزی عملیاتی. (سیاست ۳۲)
- برقراری ارتباط کمی و کیفی میان برنامه پنج ساله و بودجه‌های سالیانه با سند چشم‌انداز با رعایت شفافیت و قابلیت نظارت. (سیاست ۳۳)

برنامه‌ریزی عملیاتی پل ارتباطی بین دورنمای سازمان (برنامه استراتژیک) 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 بیانگر منابع و فعالیت‌های مورد نیاز می‌باشد. اهدافی که از استقرار برنامه‌ریزی عملیاتی در سازمان‌ها می‌توان انتظار داشت عبارتند از:

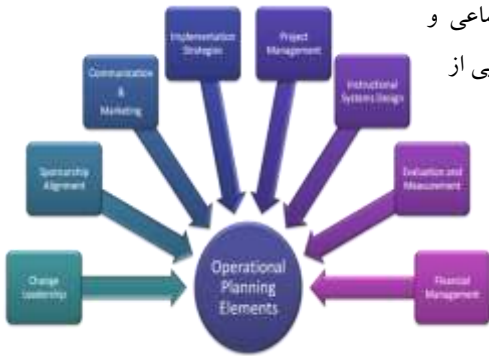
- تعیین اولویت‌ها از قبل و پیش‌بینی هر موضوع
- گویا کردن هدف سازمان و جهت دادن به آن
- قادر ساختن مدیران به پیش‌بینی و آینده‌نگری
- استفاده بهینه از منابع
- ارائه شاخص‌ها برای اندازه‌گیری عملکرد هدف

مقوله برنامه‌ریزی عملیاتی در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت یکپارچه از سال ۸۲ آغاز گردید. هرچند که قبل از آن حوزه‌های عملکردی عمدتاً برنامه‌های 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. براین اساس و جهت تدوین یکپارچه برنامه‌های سالیانه وزارت متبوع، فرآیندی برای استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی در سال‌های گذشته طراحی و اجرا گردید و مبتنی بر نتایج بدست آمده و ارزیابی و بازنگری رویکردهای اتخاذ شده، فرآیند مذکور به شکل کارآمدتر و اثربخش‌تر در سال ۸۹ استمرار یافته است. برای مدیریت و راهبری مطلوب‌تر و منسجم‌تر اولویت‌های برنامه‌های مذکور، مجموعه‌ای تحت عنوان ستاد برنامه‌ریزی عملیاتی وزارتخانه تشکیل شد تا بر اساس اهداف و وظایف تعریف شده در آیین‌نامه ستاد، فعالیت خود را آغاز نماید. اهداف ستاد به شرح زیر تعیین شده بود:

- ایجاد یکپارچگی و انسجام بخشی به فعالیتهای مختلف در واحدها و بخش‌های مختلف وزارتخانه
- انسجام و همسویی در برنامه‌های مرتبط با اولویت‌های مذکور
- ایجاد امکان رصد مستمر و نظارت بر نحوه اجرای برنامه‌ها
- رفع موانع و مشکلات پیش‌روی عملیاتی شدن برنامه‌ها
- تدارک تمهیدات منابع لازم برای پیشبرد برنامه‌ها

آن چه که موفقیت در پیاده سازی فرایند برنامه ریزی عملیاتی را تعیین می‌کند به شرح زیر است:

- داشتن شیوه نامه ساده، جامع و مورد اجماع
- کارشناسان توانمندشده از نظر نگرشی و مهارتی

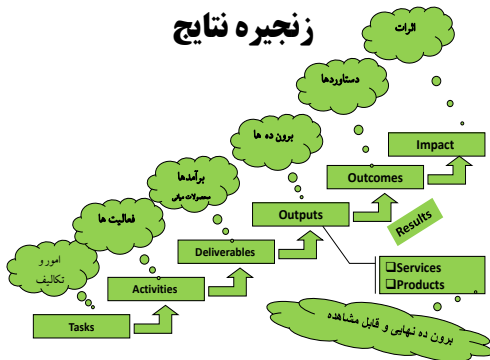


- تعهد و حمایت مدیریت ارشد به عنوان متولیان اصلی فرایند
- برگزاری مستمر جلسات ارائه عملکرد و بررسی انحرافات در طول سال با حضور مدیریت ارشد
- ممانعت از اتخاذ تصمیمات مقطعی مکرر و خارج از چارچوب برنامه های پیشنهادی
- طراحی سازوکار اصلاحات دوره ای برای موارد پیش بینی نشده
- فراهم نمودن پشتیبانی های لازم از سوی دبیرخانه اجرایی

مروری بر سوالات رایج در زمینه برنامه ریزی عملیاتی (حاصل بررسی متون)

۱) **ارتباط برنامه راهبردی و عملیاتی و پروژه ها چیست؟** برنامه راهبردی بر اساس تحلیل وضعیت درونی و بیرونی سازمان سعی می کند رسالت، دورنما، ارزش ها، اهداف راهبردی و راهبردهای در اولویت سازمان را برای یک دوره زمانی مشخص کند. برای رسیدن به یک هدف راهبردی، راهکارهای (راهبرد ها) مختلفی وجود دارد و برخی از این راه کارها در اولویت هستند، حال اگر چند راهکار را انتخاب کنیم و انجام دهیم می توانیم به هدف راهبردی مربوطه برسیم. ممکن است این سوال طرح شود که جایگاه برنامه ریزی عملیاتی کجاست؟ پاسخ این است که تدوین برنامه پروژه های مرتبط به یک راهکار، همان برنامه عملیاتی است. چون برنامه عملیاتی به این سوال جواب می دهد که چه کاری، با چه منابعی، تا چه زمانی، توسط چه کسانی و با کدام روش باید انجام شود تا به هدف راهبردی برسیم. در برنامه پروژه نیز همین سوالات جواب داده می شود با این تفاوت که ابزار به کار گرفته شده در مدیریت پروژه به مراتب کاربردی تر و کامل تر از نگاه سنتی فعلی است. از این بحث می توان نتیجه گرفت که هر پروژه ای در راستای یک استراتژی سازمان و آن هم برای دستیابی به یک هدف کلی تر به نام هدف راهبردی انجام می شود و دستیابی به اهداف راهبردی نیز ضمن موفقیت سازمان در اجرای رسالتش آن را به دورنما نزدیک تر می کند.

۲) **مدیریت بر مبنای نتایج چیست؟** رویکردی است که بر نتایج مورد انتظار یک سازمان، یک برنامه یا پروژه تمرکز میکند و این نقطه بارز آن در مقایسه با سایر رویکردهای مدیریتی است بر این اساس مهم نیست چقدر کار می کنیم مهم آن است که آیا به نتیجه می رسیم یا خیر؟ این رویکرد از برنامه ریزی راهبردی شروع و به برنامه ریزی عملیاتی ختم می شود و در این مسیر از مدیریت عملکرد بهره می گیرد. این رویکرد بر زنجیره علیتی نتایج تحلیل و مدیریت خطر برای رسیدن از هر سطح از نتیجه به سطح بالاتر و سنجش عملکرد و به کارگیری اطلاعات آن در سازمان استوار است. در این رویکرد از مفهوم زنجیره نتایج (Result Chain) استفاده می شود.



۳) **زنجیره نتایج چیست؟** انجام تکالیف و امور (Tasks)، فعالیت ها (Activity) را تکمیل کرده و با اتمام چند فعالیت یک برآمد (Deliverable) حاصل می شود. برآمدهای مختلف سری یا موازی

با هم ترکیب شده و محصول (Product) یک پروژه (Project) را به دست داده و آن را به اتمام می رسانند. مجموعه ای از پروژه ها در یک نقطه زمانی برون ده (Output) نیز نامیده می شوند. اگر نتایج پروژه ها در سطح جامعه به کار گرفته شود دو نتیجه یا تغییر در طول زمان عاید می شود: هدف یا تغییرات رفتاری و هدف یا تغییرات محیطی. هر دو تغییر به نام پیامد (Outcome) نامگذاری می شود. حاصل جمع تغییرات رفتاری و محیطی منجر به یک اثر نهایی (Impact) در سطح جامعه می شود و شاخص های توسعه را ارتقای وضعیت می دهد مثلا یک نوع بیماری کم می شود یا یک سود اجتماعی به دست می آید (مانند افزایش نمره سرمایه اجتماعی).

۴) **مدل سیندیمیک یا هم افزایی نتایج به چه معنی است؟** کارشناسان نشان داده اند که برای به دست آمدن یک نتیجه در سطح پیامد یا اثر هم افزایی عملکرد سازمان ها موثر است به عبارت دیگر برای رسیدن به یک هدف راهبردی خاص هر یک از اجزا و نهادهای جامعه تکالیفی دارند که باید تعریف شده و مدیریت هماهنگی بین آنها برقرار شود. این مدل در سال های گذشته توانسته است رویکردهای همکاری بین بخشی برای سلامت را در کشورهای اسکانندیناوی و در حوزه سلامت همگانی ارتقاء داده و بهبود شاخص های سطح پیامد یا اثر را تسریع نماید.

۵) **راهبردهای سازمانی و راهبردهای ارتقای سلامت چه تفاوتی دارند؟** برای راهبردهای سازمانی دسته بندی های مختلفی را قائل هستند، در کتب برنامه ریزی راهبردی به انواع استراتژی رشد یا توسعه (شامل تمرکز یا توسعه افقی، توسعه عمودی، تنوع (مرتبط و نامرتبط))، استراتژی ثبات و استراتژی دفاعی یا انقباضی: بازنگری عملیاتی، کاهش و یا حذف (کاهش خط تولید، بازار یا وظایف و واحد ها)، تصفیه، اعلام ورشکستگی اشاره می کنند. در منابع مرتبط به مراقبت های سلامتی راهبردهایی از قبیل Downsizing،

System development ، Market development ، Diversification ، Differentiation ، Cost management ، Quality ، Divestiture ، Conversion ، Acquisition ، Strategic alliances ، Primary care development ، Merger or consolidation و Vertical integration اشاره شده است . این مسئله در مورد جامعه قدری متفاوت است و اساساً برای تغییرات اجتماعی جنس راهبردها متفاوت از راهبردهای سازمانی است . در منابع علمی مربوط به ارتقای سلامت راهبردهای ارتباط سلامت (Communication) ، آموزش سلامت (Education) ، سیاست سلامت (Policy) ، مهندسی سلامت (Engineering) ، خدمات سلامتی جامعه (Community Service) ، بسیج جامعه (Community Mobilization) ، فعالیت های تغییر رفتار (Behavior Modification) ، فعالیت های فرهنگ سازمانی (Organizational culture) ، راهبردهای تشویقی و تنبیهی (Incentive or disincentive) و فعالیت های اجتماعی (Social Activity) نام برده شده است . به همین ترتیب راهبردهای مختلفی در حیطه آموزش پزشکی ، خدمات دارو غذا و ... وجود دارد . در انتخاب مداخلات (راهبردها) دستیابی به اهداف راهبردی سلامت باید به نکات زیر توجه کرد :

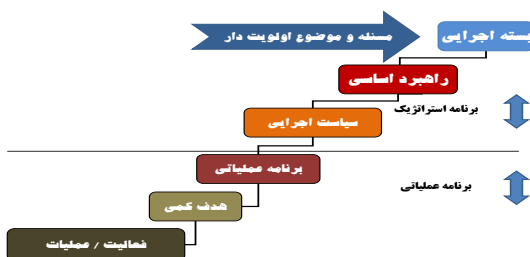
- مداخله باید مبتنی بر شواهد باشد
- مداخلات قبلی باید ارزشیابی شده باشد تا در مورد توقف یا ادامه آن تصمیم بگیریم .
- گزارش های جهانی و تجربیات کشورها برای انتخاب مداخلات مستندات کلیدی و مفیدی هستند
- مداخلات باید اولویت بندی شوند و معیارهایی چون امکان اجرا (Feasibility) ، موثر بودن (Effectiveness) ، مقبولیت (Acceptability) ، هزینه ها (Costs) ، بازده زود (Timing) ، خطرات آن (Risk) برای تعیین مداخله برتر به کار گرفته می شود .
- حداقل یکبار برای هر هدف راهبردی باید زنجیره نتایج ترسیم شود تا مطمئن شویم که مداخلات مربوطه به اندازه کافی سازمان را به اهداف راهبردی نزدیک خواهد کرد .
- اگر شواهد مطمئن نداریم و از نتیجه خیلی مطمئن نیستیم باید سعی و خطا کنیم به عبارت دیگر نظام پایش را قوی کنیم تا در صورت خطا در اسرع وقت مداخله را تغییر دهیم
- در تدوین مداخلات و انواع برتر و بومی آن خرد جمعی خبرگان و ذینفعان را فراموش نکنیم .

۶) تغییر در سطح اثر چقدر طول می کشد؟ زمان بر است و از مرحله

ایده دهی تا تغییر حداقل مراحل زیر باید طی شود و همواره بین این مراحل اتفاقات بازدارنده محتمل است :

- طراحی پیشنهاد و تصویب (یک پروژه است)
- امکان سنجی (یک پروژه است)
- تولید محصول یا خدمت (یک پروژه است)
- استقرار آزمایشی محصول یا خدمت (یک پروژه است)
- استقرار کامل محصول یا خدمت (یک پروژه است)
- ارزیابی نتایج میان مدت و اثرات نهایی (یک پروژه است)

۷) روش تدوین بسته های اجرایی جهت عملیاتی سازی قانون برنامه پنجم توسعه کشور



در این دستورالعمل واژگان بسته اجرایی ، راهبرد ، سیاست اجرایی ، برنامه اجرایی عملیاتی ، هدف کمی ، عملیات (طرح ها یا پروژه های عمرانی) و فعالیت (اقدامات هزینه ای) استفاده شده است و قالب های برای تدوین آن پیوست شده است که مشروح آن در لوح فشرده مستندات پشتیبان این گزارش آمده است . در این شیوه نامه منظور از بسته اجرایی مجموعه ای از چندین پروژه به هم پیوسته و یا خوشه ای از پروژه های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار است که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چهارچوب اهداف برنامه به اجرا در می آید.

تعریف برخی واژه های مرتبط به نظام برنامه ریزی عملیاتی

هدف راهبردی: هدفی کلان و قابل دستیابی در دوره ۳-۵ ساله و دارای فعل مشخص و اختصاصی، دوره زمانی و معیاری برای پایش و ارزشیابی است. کلیه اهداف راهبردی باید قابلیت سنجش داشته باشند هدف های کمی با استفاده از عدد و هدف های کیفی با استفاده از ذکر معیارهای دستیابی به هدف. به طور معمول اهداف راهبردی هم در سطح اثر (Impact) و هم در سطح پیامد (Outcome) تعریف می شوند.

راهبرد، مداخله، برنامه: راهبرد (Strategy) روش رسیدن سازمان به هدف راهبردی است و برنامه (Program) مجموعه ای از پروژه ها است که به روش هماهنگی مدیریت می شوند و نتیجه به دست می دهند که از انجام جداگانه و تک تک آنها این نتیجه حاصل نمی شد. (انجمن مدیریت پروژه ۲۰۰۰) که می توان در شرایط سازمانی به دو گونه تقسیم کرد:

■ برنامه توسعه ای: برنامه هایی که برای دستیابی به هدف راهبردی به اجرا در می آید. این برنامه ها جهت پاسخگویی به نیازهای جدید، در چارچوب وظایف و ماموریت های دستگاه می باشد. این برنامه ها همچنین شامل برنامه هایی نیز می باشد که با حمایت و همکاری و منابع مشارکتی سازمان های بین بخشی یا بین المللی به اجرا در می آید.

■ برنامه جاری: برنامه ای که با تکیه بر اهداف تکراری و روزمره سازمان و مبتنی بر شواهد قانونی (ضوابط، دستورالعمل، آئین نامه، مقررات یا مصوبات) جهت دستیابی و تحقق وظایف و ماموریت های دستگاه می باشد.

مداخله (Intervention) اتفاق مابین نقاط زمانی و حوادث (Wolf, 1979) است. کلیه فعالیت های بین دو اندازه گیری مداخله نامیده می شود. یک مداخله از چندین استراتژی تشکیل شده است. یک مداخله ممکن است یک استراتژی را به کار برد و یا چند استراتژی.

پروژه: مجموعه ای از فعالیت ها و برآمدها حاصل از آن است که در نهایت به یک محصول و یا خدمت منحصر به فرد ختم می شود. موقتی بوده و دارای نقطه آغاز و پایان است. پروژه ها چهار مرحله را شامل می شوند: تعریف پروژه (که به مرحله تدوین شرح خدمات یا TOR نیز معروف است)، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی.

برآمد: یک برآمد حاصل مجموعه ای از فعالیت ها در درون یک پروژه است. محصول پروژه از ترکیب چند برآمد به دست می آید. نام دیگر برآمد محصول میانی است. از نظر زمانی یک تا ۳ ماه طول می کشد و قابل استفاده است برای تکمیل پروژه است. موافقت نامه ها، تفاهم نامه ها، نرم افزار، فصلی از یک کتاب، قرارداد، مجموعه داده ها، شیوه نامه، آئین نامه، تحلیل وضعیت، توصیف وضعیت، ... همگی به عنوان یک برآمد محسوب می شوند. پایش برآمدها راحت تر است و در صورت وجود تغییرات مدیریتی بهره برداری از محصولات قبلی توسط تیم بعدی ممکن می شود.

استاندارد برآمد: همان معیارهای مقبولیت برآمد است که شامل استاندارد «خود برآمد» و استاندارد «روش به دست آمدن» برآمد است. **بسته اجرایی:** بر اساس مستندات تدوین برنامه پنجم توسعه که توسط هیئت دولت ابلاغ شده است، بسته اجرایی مجموعه ای از چندین پروژه به هم پیوسته و یا خوشه ای از پروژه های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار است که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چارچوب اهداف به اجرا در می آید.

هدف کمی: بر اساس مستندات تدوین برنامه پنجم توسعه که توسط هیئت دولت ابلاغ شده است، هدف کمی ترسیم وضعیت و نقطه مطلوبی است که با اجرای برنامه های عملیاتی تحقق می یابد. این هدف که به صورت مقداری یا ارزشی قابل محاسبه و سنجش می باشد در طول دوره برنامه ریزی وضعیت عملکرد برنامه های اجرایی عملیاتی را مشخص می کند.

تفاهم نامه ها یا موافقت نامه های بین بخشی و درون بخشی: به منظور برون سپاری پروژه های مندرج در یک برنامه به سازمان مشخص و پیگیری پیشرفت آنها، توافق نامه ای بین بالاترین مسئول اجرایی یا نماینده تام الاختیار آن سازمان با سازمان تفویض کننده منعقد می گردد که تعهدات کلی طرفین و شرح خدمات مورد انتظار در هر یک از پروژه های معین به همراه محل تامین منابع مالی و میزان تخصیص دوره ای آن مشخص می شود. این تفاهم نامه مبنای پیگیری و پایش سازمان کارفرما بوده و مقدمه انعقاد قرارداد با مجریان تک تک پروژه ها است. (در فرایند برنامه ریزی عملیاتی حال حاضر موافقت نامه بودجه بین یک واحد ستادی با دفتر بودجه منعقد می گردد که شیوه و زمان بندی تخصیص را بر حسب فعالیت های واحد ستادی نشان می دهد)

اهداف سطح پیامد (Outcome): هر گونه هدف عینی که در سطح محیط یا رفتار تعیین شود. تغییرات در کیفیت و کمیت خدمات، ایمنی آنها، بهره مندی گیرندگان خدمت و ... انواعی از تغییرات محیطی هستند. تغییر در شیوه زندگی از قبیل اتخاذ یک رفتار سالم جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، نحوه استفاده از خدمات و ... نیز انواعی از تغییرات رفتاری هستند. تغییرات در سطح پیامد مقدمه تغییر در سطح اثر است. (در برخی منابع علمی عبارت لاتین پیامد و اثر به جای یکدیگر به کار گرفته شده است)

اهداف سطح اثر (Impact): تغییر در بیماری ها، آسیب ها، مرگ ها، منابع اجتماعی از قبیل سرمایه اجتماعی، نشاط، کاهش آسیب های اجتماعی و غیره انواعی از اهداف سطح اثر هستند.

مطالعه از نوع طراحی سیستم است. پس از تحلیل ذینفعان هیات رئیسه و مشاوران رئیس فرهنگستان به عنوان اعضای کمیته راهبری و روسای گروه های علمی به عنوان ذینفعان اولویت دار انتخاب شدند. داده ها از طریق بررسی متون علمی مرتبط به برنامه ریزی عملیاتی، تحلیل وظایف فرهنگستان و مصاحبه با مدیر بودجه فرهنگستان جمع آوری و تحلیل شده و قالب نظام نامه بر اساس این اطلاعات در اجزای یک سیستم شامل موارد زیر هدف، ساختار، فرایند اصلی، روا لها و استانداردها، منابع و شیوه مدیریت پیش نویس شده است، سپس از گروه های علمی فرهنگستان (درنشت مشترک گروه های علمی و شورای روسای علمی)، اعضای هیات علمی (شورای مدیران معاونت علمی) و کارشناسان (دو نشت آموزشی و توجیهی) نظرخواهی شده است. نتایج این نظرخواهی در نظام نامه اعمال شده و پیش نویس نظام نامه برای تصویب و ابلاغ به هیات رئیسه فرهنگستان ارسال شده است.

نتایج

از نظر منابع مالی فرهنگستان علوم پزشکی دارای ردیف مستقل ۱۰۱۰۰۰۷ که دو برنامه ذیل آن به شرح زیر است:

برنامه اول) مدیریت و راهبری علم و فن آوری به شماره طبقه بندی ۱۰۵۱۸۰۰۰ که منبعی برای پرداخت به قراردادهای پژوهش ها است.

برنامه دوم) تدوین و ارتقای استاندارد به شماره طبقه بندی ۱۰۵۰۸۰۰۰ که فقط حقوق افراد رسمی و پیمانی پرداخت می شود

منابع دیگری هم از طریق اعضای فرهنگستان تامین می شود به عنوان مثال رازنی یکی از اعضای فرهنگستان با معاونت علم و فناوری ریاست جمهوری موجب جذب ۵۰۰ تا ۶۰۰ میلیون تومان در سال گذشته شده است و یا جشنواره هادوی سود حاصل از سپرده بانکی ایشان در حساب فرهنگستان به منظور تشویق نخبگان استفاده می شود. منبع دیگر درآمد اختصاصی فرهنگستان است. بودجه تفصیلی حاصل دو برنامه فوق بوده و توسط مدیریت مالی و بودجه تنظیم و در هیات امانا تصویب می شود. ماه ششم و هفتم برای سال بعد تنظیمی می شود. از نظر مدیریت مالی پایان اردیبهشت زمان مناسبی برای انعقاد تفاهم نامه است.

اساسنامه جدید فرهنگستان (مصوب اسفند ماه ۱۳۹۰ در شورای عالی انقلاب فرهنگی) ۲۲ وظیفه برای فرهنگستان تعیین کرده است که مطابق

جدول زیر در مجموع معطوف به ۵ کارکرد اصلی یا اساسی است:

- ۱) رصد یا تحلیل وضعیت کلان موضوعات مرتبط به اهداف مندرج در اساسنامه فرهنگستان
- ۲) ارائه راهکار شامل نظریه پردازی، آینده پژوهی و یا توصیه های سیاسی
- ۳) جلب حمایت برای ایجاد تغییرات مبتنی بر شواهد
- ۴) تکریم فرهیختگان و خبرگان
- ۵) مشاوره و تعامل با سیاست گذاران، قانون گذاران و مردم و متخصصان و کلیه افراد ذینفع

تحلیل وظایف مصوب در اساسنامه فرهنگستان

شماره وظایف	کارکرد های اساسی
۲-۱-۳-۴-۹-۱۵-۲۲	رصد کلان
۳-۱-۶-۷-۸-۹-۱۵-۲۲	نظریه پردازی، آینده نگری، ارائه توصیه
۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۳-۱۴-۱۵-۲۲	حمایت طلبی
۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۱۳-۱۴-۱۵-۱۹	حفظ، ارتقا و تکریم خبرگان و فرهیختگان
۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۲۱-۲۰	مشاوره (به قوای سه گانه، مراجع و مراکز مرتبط)، تعامل (با مردم، متخصصان، انجمن های علمی، مجامع بین المللی)

بر همین اساس و با توجه به اینکه بازوهای فکری و اجرایی فرهنگستان گروه های علمی هستند لذا هر پنج کارکرد به عنوان ۵ وظیفه اصلی گروه های علمی نیز محسوب می شوند. اگر این کارکردها را به طور منطقی کنار هم قرار دهیم فرایند اصلی و پشتیبان برای کارکردها ایجاد می شود به طوری که هر سه کارکرد اول فرایند اصلی را تشکیل می دهد که توسط دو کارکرد شماره چهار و پنج حمایت و پشتیبانی می شود به دلیل اینکه در فرهنگستان گروه های علمی به عنوان بازوهای فکری و عملیاتی برای استقرار برنامه راهبردی فرهنگستان است، این ۵ کارکرد در

حقیقت ۵ وظیفه اصلی هر گروه علمی هم محسوب می شود. این تحلیل و الگوی مفهومی حاصل از آن مبنای تدوین نظام برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان علوم پزشکی را تشکیل می دهد که شامل موارد زیر است:

- ۱) شیوه نامه اجرایی گروه های علمی فرهنگستان
- ۲) فرایند اصلی برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان
- ۳) قالب تفاهم نامه عملیات سالانه
- ۴) قالب تعریف پروژه های گروه علمی
- ۵) قالب کارنامه سالانه گروه

ماتریس کارکرد ها و گروه های علمی

کارکردهای پنج گانه	گروه های علمی فرهنگستان									
	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳	گروه ۴	گروه ۵	گروه ۶	گروه ۷	گروه ۸	گروه ۹	گروه ۱۰
رصد کلان										
نظریه پردازی، آینده نگری، ارائه توصیه										
حمایت طلبی										
حفظ، ارتقا و تکریم خبرگان و فرهیختگان										
مشاوره (به قوای سه گانه، مراجع و مراکز مرتبط، تعامل با مردم، متخصصان، انجمن های علمی، مجامع بین المللی)										

شیوه نامه اجرایی گروه های علمی فرهنگستان

این شیوه نامه به منظور استقرار اساسنامه مصوب فرهنگستان علوم پزشکی (در جلسه ۷۰۴ مورخ ۹۰/۱۰/۶ شورای عالی انقلاب فرهنگی) و عملیاتی شدن برنامه راهبردی فرهنگستان تدوین و به تصویب مجمع عمومی رسیده است.

ماده (۱) تعریف گروه علمی: مجموعه ای از اعضای پیوسته، وابسته و مدعو هستند که به موجب حکم ریاست فرهنگستان به مدت ۲ سال عضو می شوند تا وظایف مندرج در این شیوه نامه را انجام دهند.

ماده (۲) وظایف و کارکردهای گروه علمی: اهداف و وظایف فرهنگستان مندرج در ماده یک و دو اساسنامه به شرح کارکردهای اساسی زیر در گروه های علمی تسهیم می شود:

۱. رصد کلان حوزه مرتبط به گروه علمی
۲. ارائه نظریه و راهکار آینده نگر مرتبط به گروه علمی
۳. حمایت طلبی برای گزارش ها و پیشنهادات گروه
۴. مدیریت شناسایی، تشویق و تکریم و مشارکت اعضای شبکه خبرگان و متخصصان مرتبط به گروه علمی
۵. مشاوره به مراجع درخواست کننده، تعامل با عموم مردم و تعامل تخصصی با خبرگان و ذینفعان به روش های مقتضی

تبصره اول: بر اساس کارکردهای فوق خروجی های مورد انتظار یک گروه علمی به طور سالانه مجموعه ای شامل گزارش های مبتنی بر شواهد (مرتبط به حیطه گروه حاوی تحلیل و پیشنهادات عمومی و تخصصی)، مستند حمایت طلبی ویژه تصمیم گیرندگان، گزارش مشورت ها، کتاب، گزارش علمی همایش های برگزار شده، گزارش دوره ای تشویق و تکریم و مستند سالانه اطلاع رسانی از فعالیت های گروه خواهد بود.

تبصره دوم: گروه در کلیه خروجی ها از مشارکت شبکه خبرگان و متخصصان مرتبط به موضوع گروه علمی اطمینان حاصل میکند.

ماده (۳) ساختار: گروه های علمی چهار رکن به شرح زیر را دارند:

۱. شورای علمی فرهنگستان: وظایف مندرج در ماده ۸ اساسنامه را برعهده دارد. نظارت بر روند اجرای شیوه نامه حاضر با شورای علمی فرهنگستان است
۲. گروه های علمی
۳. واحد پشتیبان گروه علمی: شامل یک یا دونفر هیات علمی، یک نفر کارشناس ارشد و یک کارشناس و همچنین مدیریت های فرهنگستان
۴. شبکه خبرگان و متخصصان مرتبط به حیطه گروه

ماده (۴) فرایند و روال کاری (مطابق پیوست ۱)

۱. گروه علمی در دو ماه اول سال مطابق برنامه راهبردی و اساسنامه فرهنگستان، برنامه عملیاتی سالانه خود را در قالب ارسالی معاونت علمی تدوین کرده و برای تصویب به شورای علمی فرهنگستان ارسال می کند. برنامه عملیاتی سالانه در ۵ کارکرد اصلی مندرج در ماده دوم به صورت پروژه (نه الزاما پروژه از نوع تحقیق) پیشنهاد شده و برای هر کدام مسئول و منابع مالی پیشنهاد می شود.
۲. به منظور هماهنگی بین پروژه های گروه های علمی کمیته مشورتی معاونت علمی کلیه پروژه ها را بررسی کرده و جهت تأیید و تصویب برنامه عملیاتی گروه ها به شورای علمی فرهنگستان ارایه می دهد. تفاهم نامه (مطابق پیوست ۲) مرتبط تا پایان اردیبهشت و انعقاد قراردادها مربوط به پروژه ها (مطابق پیوست ۳) تا پایان خرداد انجام می شود.
۳. گزارش پیشرفت پروژه ها به طور فصلی توسط رئیس گروه علمی در شورای علمی ارایه می شود.
۴. معاونت علمی هر ساله عملکرد گروه های علمی را مطابق گزارش ارسالی رئیس گروه به صورت کارنامه عمل (پیوست ۴) چاپ و در اختیار عموم قرار می دهد.
۵. گروه به منظور اطمینان از کفایت و کیفیت خروجی های گروه علمی (تبصره ماده ۲) پروژه های خود را از طریق تفویض یا برون سپاری به واحد پشتیبان گروه، اعضای گروه، افراد مرتبط به موضوع خارج از فرهنگستان و اعضای شبکه شناسایی شده به انجام رسانده و به صورت دوره ای نتایج لازم را در جلسات ماهانه پایش و بحث می نماید. (گروه علمی حداقل ۶ جلسه در سال تشکیل میدهد)
۶. گروه موظف است برای ارتباط مستمر و قابل دسترس با اعضای گروه خود و شبکه خبرگان و متخصصان از دبیرخانه ای با تلفن مستقل، فضای مجازی ذیل تارگه فرهنگستان بهره ببرد.

ماده ۵) منابع و بازبینی

- منابع مالی گروه در قالب برنامه عملیاتی سالانه توسط گروه علمی پیشنهاد شده و حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه هر سال پس از تأیید شورای علمی، از طریق تفاهم نامه با رئیس گروه و قرارداد با افراد معرفی شده از طرف گروه علمی تأمین می شود.
- منابع انسانی لازم برای گروه شامل اعضای هیات علمی و کارشناسان پشتیبان و اعضای شبکه خواهد بود.
- شیوه نامه فوق با نظر شورای علمی فرهنگستان هر دو سال یکبار قابل بازبینی است که لازم است به تصویب مجمع عمومی برسد.

پیوست یک (فرایند اصلی برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان علوم پزشکی ایران



پیوست ۲) چارچوب تفاهم نامه عملیاتی گروه های علمی و واحدهای فرهنگستان علوم پزشکی

به نام خدا

مطابق مصوبه مجمع عمومی و هیات رئیسه فرهنگستان به منظور تحقق اهداف راهبردی فرهنگستان تفاهم نامه عملیات کاری سال بین رئیس فرهنگستان ، رئیس گروه علمی / واحد ، دبیر فرهنگستانو معاون علمیه عنوان پایش گر/ناظر منعقد می شود . مفاد این تفاهم نامه مطابق برنامه راهبردی فرهنگستان ، نظرات جمعی اعضای گروه علمی و همچنین نظرات کمیته مشورتی معاونت علمی ، شورای علمی و تصویب هیات رئیسه فرهنگستان تنظیم شده است .

ماده یک) گروه علمی / واحد اقدامات و پروژه های ذیل را در چارچوب های اعلامی (قالب تعریف پروژه و پروپوزال) معاونت علمی تا پایان سال به انجام می رساند :

عنوان/اقدام یا پروژه	بودجه مورد نیاز	مجری

ماده ۲) به منظور تسریع فرایندهای تامین مالی پروژه ها ، مجریان معرفی شده حداکثر یک ماه وقت دارند تا به کارشناس گروه علمی / واحد سرکار خانم / آقای مراجعه نموده و نسبت به تکمیل قالب پروژه یا پروپوزال اقدام نمایند .

ماده ۳) معاونت علمی موظف است حداکثر به مدت یک ماه پس از دریافت پروپوزال یا قالب پروژه بازخورد داده و یا قرارداد انجام کار با مجری را منعقد نماید.

ماده ۴) گزارش پیشرفت پروژه ها به طور فصلی و بر اساس برآمدهای مندرج در قرارداد مجری پایش می شود . نتایج این پایش در پایان هر فصل توسط رئیس گروه / واحد در شورای علمی ارایه می شود و نسخه ای از این گزارش به معاونت علمی ارسال می شود . با نظر معاونت علمی و رئیس گروه برای پروژه ها منتخب ناظر علمی تعیین خواهد شد .

ماده ۵) نظارت بر حسن اجرای این تفاهم نامه بر عهده رئیس محترم گروه علمی است و معاونت علمی موظف است کارنامه رقابتی گروه ها را در پایان سال مطابق خروجی های مندرج در تبصره اول ماده ۲ از شیوه نامه اجرایی گروه های علمی تنظیم نموده و برای ارایه به مجمع عمومی و اعلان عمومی آماده نماید .

امضای دبیر فرهنگستان

امضای معاون علمی فرهنگستان

امضای رئیس فرهنگستان

امضای رئیس گروه علمی

پیوست ۳) قالب تعریف پروژه های فرهنگستان علوم پزشکی ایران

عنوان پروژه :

بیان ضرورت (این پروژه به کدام نیاز جامعه یا سازمان جواب می دهد ؟) ، اهداف کاربردی (از محصول پروژه چه استفاده هایی خواهد شد ؟) و هدف نهایی پروژه (محصول پروژه در نهایت بر کدام شاخص توسعه کشور اثر می گذارد) :

محصول پروژه (هدف کلی) و محدوده آن :
استاندارد محصول پروژه :

برآمدها یا محصولات میانی پروژه (اهداف اختصاصی) :

روش (در این پروژه برای به دست آمدن محصول از کدام متدولوژی استفاده خواهد شد ، به عبارت دیگر استاندارد فرایند به دست آمدن محصول چیست) :

مراحل اصلی پروژه : نام مرحله	برآمد یا برآمدهای عینی مرحله و استاندارد مقبولیت آن (از کادر بالا برای تکمیل این قسمت استفاده کنید)	زمان بندی به (هر مربع)	برآورد هزینه هر مرحله	جمع
۱-				
۲-				
۳-				
۴-				
جمع کل زمان و هزینه :				

مشارکت کنندگان (شامل کارفرما ، ناظر ، مجری و همکاران اصلی ، مشاور و اعضای کمیته راهبری ، حامیان و کاربران که از تحلیل ذینفعان استفاده می شود)

مهمترین مخاطرات ، فرصت ها و نیازهای اطلاع رسانی و آموزشی در طول پروژه چیست ؟

گام های کاربردی نتایج (قبل ، حین و بعد از اتمام پروژه)

کارنامه گروه علمی در سال			
امتیاز	گزارش مکتوب	نام پروژه ها و اقدامات انجام شده	کارکردها
			رصد کلان
			نظریه پردازی ، آینده نگری ، رایحه توصیه
			حمایت طلبی
			حفظ ، ارتقا و تکریم خبرگان و فرهیختگان
			مشاوره (به قوای سه گانه ، مراجع و مراکز مرتبط، تعامل با مردم ، متخصصان ، انجمن های علمی ، مجامع بین المللی)
جمع امتیاز			

توجه ۱: نتیجه کلیه کارکردهای فوق باید به صورت گزارش های مبتنی بر شواهد (مرتبط به حیطه گروه حاوی تحلیل و پیشنهادات عمومی و تخصصی) ، مستند حمایت طلبی ویژه تصمیم گیرندگان، گزارش مشورت ها ، کتاب ، گزارش علمی همایش های برگزار شده ، گزارش دوره ای تشویق و تکریم و مستند سالانه اطلاع رسانی رایحه شود .

توجه ۲: امتیازات صرفا بر اساس گزارش های مکتوب هر کدام از اقدامات و پروژه ها تعلق می گیرد ، مسئول بررسی گزارش ها و امتیاز دهی کمیته مشورتی معاونت علمی ، بررسی نهایی در شورای علمی و تأیید نهایی آن بر عهده ریاست محترم فرهنگستان خواهد بود .

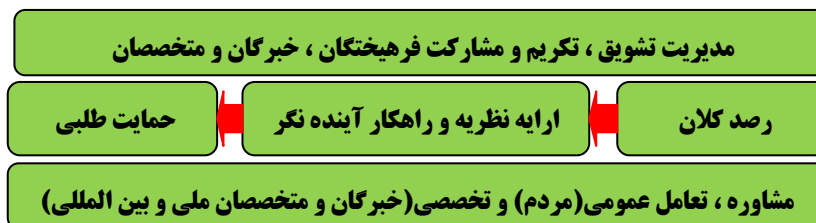
توجه ۳: کمیته مشورتی از نمایندگان منتخب گروه های علمی ، مشاوران ریاست و اعضای هیات علمی فرهنگستان علوم پزشکی تشکیل شده که با تأیید نهایی هیات رئیسه فرهنگستان منصوب می شوند .

فرهنگستان ها در دسته بندی سازمان ها در رده سامانه های تحقیق و توسعه یا اندیشگاه قرار دارد لذا مدیریت در این سازمان های از ویژگی های خاصی برخوردار است که اصطلاحاً از آن به عنوان « مدیریت بر مدیریت ناپذیرها » یاد می شود . در چنین شرایطی ممکن است استقرار برنامه راهبردی و عملیاتی مخاطبان را به مقاومت در برابر آن وا دارد ، اما پاسخگویی اجتماعی سازمان ایجاب میکند با برگزاری جلسات گفتگو و برنامه های توجیهی و آموزشی برای کلیه مخاطبان ضرورت استقرار نظام برنامه عملیاتی و فرهنگ برنامه ریزی در سازمان توسعه یابد ، البته در طراحی نظام برنامه ریزی عملیاتی فرهنگستان به عنوان یک معیار سادگی و بورکراسی کم مد نظر بوده است .

تصویب این نظام نامه در هیات رئیسه و ابلاغ آن به کلیه گروه های علمی و واحدها اولین گام در تضمین استقرار است ، آموزش های اولیه در زمینه برنامه ریزی عملیاتی و مدیریت پروژه در ادامه کار ضروری است . سایر اقدامات تکمیلی برای استقرار برنامه عملیاتی سالانه عبارت است از :

- ۱) طراحی نرم افزار برنامه ریزی عملیاتی با قابلیت دسترسی طبقه بندی شده روسای گروه های علمی ، مدیران پروژه و کارشناسان . در این نرم افزار می بایست فرایند شیوه نامه اجرایی ، تفاهم نامه و شناسنامه پروژه ملحوظ شده و بسیار ساده باشد .
- ۲) آموزش مدیریت پروژه به کلیه اعضای فرهنگستان و کارشناسان
- ۳) ایجاد نظام ممیزی تفاهم نامه ها
- ۴) ارتقای کیفیت مدیریت جلسات گروه علمی
- ۵) ایجاد فضای رقابتی و تشویقی بین گروه ها
- ۶) تعیین معیارهای یک خروجی موثر در گروه علمی
- ۷) پیگیری و کار بیشتر بعد از جلسات
- ۸) تشکیل کارنامه عضو فرهنگستان
- ۹) برگزاری جلسات پاسخگویی همگانی.

کارکردهای اصلی فرهنگستان علوم پزشکی و گروه های علمی آن بر اساس اساسنامه مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی در اسفند ۱۳۹۰



منابع مربوط به گزارش نظام برنامه ریزی عملیاتی

۱. جان پی. کاتر (ترجمه دکتر مهدی ایران نژاد پاریزی). رهبری تحول. موسسه تحقیقات و آموزش مدیریت. چاپ چهارم. ۱۳۸۷
۲. غلامی نجاج س، عظیمی م. آسیب شناسی برنامه های توسعه اقتصادی کشور بعد از پیروزی انقلاب اسلامی. معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی و مرکز تحقیقات استراتژیک (مجمع تشخیص مصلحت نظام). شهریور ۱۳۸۸
۳. اساسنامه فرهنگستان، مصوب اسفند ۱۳۹۰، شورای عالی انقلاب فرهنگی
۴. دماری ب و همکاران. گزارش طراحی نظام ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز اسناد دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت. موسسه ملی تحقیقات سلامت. ۱۳۹۰
۵. دماری، بهزاد. اصول و فنون مدیریت پروژه در نظام سلامت. (چاپ دوم). نشر طب و جامعه. ۱۳۸۹
۶. اردلان علی. راهنمای مدیریت مبتنی بر نتایج برای برنامه ریزی های بهداشت عمومی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۸
۷. نامه های شماره ۴۰/۵۹۵۲۸ مورخ ۹۰/۷/۳ و ۴۷/۵۰۹۶۱ مورخ ۹۰/۶/۶ معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهوری در خصوص تدوین برنامه های عملیاتی وزارت خانه ها و موسسات دولتی در قالب بسته اجرایی موضوع ماده ۲۱۷ قانون برنامه پنجم توسعه
۸. حاجی یخچالی س. استاندارد مدیریت پورتفولیو. نشر آدینه. ۱۳۸۸. ویرایش دوم. چاپ اول
۹. تبریزی بهنام (ترجمه محمد دل آسا و امیرعباس معصومی). تحول سریع، برنامه ۹۰ روزه برای تغییر چالاک و موثر. موسسه تحقیقات و آموزش مدیریت. چاپ اول. ۱۳۸۸
۱۰. لاری بوسیدی (ترجمه غلامحسین خاقتایی). اجرا. نشر موسسه فرهنگی فرا. ۱۳۸۸
11. L.Michelelssel .Health Program Planning and Evaluation .A practical, Systematic Approach for Community Health.Jones and Bartlett publishers.2004
12. Judith Dwyer ,Pauline Stanton, Valerie Thiessen .Project Management in Health and Community Services .Routledge Publish.2004
13. Vivien Martin. Managing Projects in Health and Social Care. Routledge Publish.2004
14. James F.Mckenzie at al. Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs. Pearson Education Publish.2005
15. Program Management in WHO ,Operational Planning Guideline .2005
16. Free Library Management web site.

منابع مربوط به گزارش راهکارهای توسعه همکاری بین بخشی در فرهنگستان علوم پزشکی

1. CROSSING SECTORS – EXPERIENCES IN INTERSECTORAL ACTION, PUBLIC POLICY AND HEALTH . Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organisation's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET).
2. Ståhl, T; M Wismar & E Ollila et al. (2006), written at Helsinki, *Health in All Policies: Prospects and potes*, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, ISBN 9520019642
3. RunoAxelsson and Susanna BihariAxelsson.Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. international journal of health planning and management. Int J Health Plann Mgmt 2006; 21: 75–88.
4. LichaelWiner and Karen Ray.*Collaboration Handbook: Creating, Sustaining, and Enjoying the Journey*. Copyright 1994 Amherst H. Wilder Foundation
5. Damari B. Principles and techniques of Healthy Policy.1th Edition. Teb and Jame Pub.2012
6. en.wikipedia.org/wiki/Syndemic

کارفرما: معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی

کمیته راهبری: دکتر علیرضا مرندی (رئیس فرهنگستان)، دکتر فریدون عزیز (معاون علمی)، دکتر کلاتر معتمدی (معاون اجرایی)

ناظر طرح: دکتر حسین ملک افضلی (استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی تهران و مشاور رئیس فرهنگستان)

با تشکر ویژه از: دکتر سجادی (مشاور ریاست فرهنگستان)، دکتر بیژن صدری زاده (مشاور ریاست فرهنگستان)، آقای دکتر باقر لاریجانی (رئیس گروه علمی آموزش پزشکی و اخلاق پزشکی)، آقای دکتر مسلم بهادری (رئیس گروه علمی علوم پایه)، آقای دکتر اسماعیل یزدی (رئیس گروه علمی دندانپزشکی)، آقای دکتر ابوالحسن ندیم (رئیس گروه علمی بهداشت و تغذیه)، دکتر سید حسن امامی رضوی (رئیس گروه علمی سلامت اجتماعی)

اعضای محترم هیات علمی و مدیران فرهنگستان: آقای دکتر حمید شریفیان (عضو هیات علمی فرهنگستان)، آقای دکتر محسن نوروزی نیا، خانم دکتر لادن ناز زاهدی، آقای مهندس ناصر ولایی (فائز مقام معاون علمی فرهنگستان)، آقای دکتر فرشید علاء الدینی (مشاور معاون علمی فرهنگستان)، آقای دکتر عباس فروتن (رئیس مرکز مطالعات فرهنگستان)، جناب آقای شایسته (مدیر بودجه فرهنگستان)

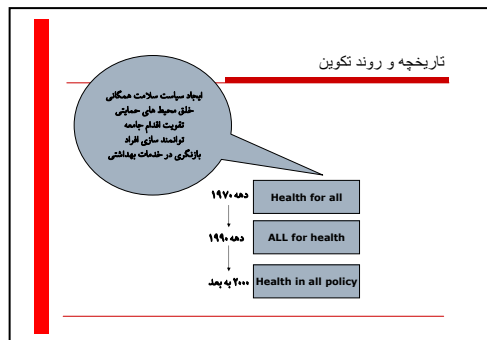
و کارشناسان محترم گروه های علمی: خانم ها دکتر نسیم لولا آور، مینا شیخ الاسلام زاده، مژده زهرایی، مهتاب نصرتی، لیلیا حاجی فتحعلی، تدین و جناب آقای سیاوش لاجوردی

مجری: دکتر بهزاد دماری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران (موسسه ملی تحقیقات سلامت) و مشاور رئیس فرهنگستان علوم پزشکی

پیوست : مروری بر اصول همکاری های بین بخشی در حوزه سلامت و ارایه راهکارهایی برای توسعه همکاری بین بخشی در فرهنگستان علوم پزشکی

۱) تعریف و تاریخچه

منظور از همکاری بین بخشی : «یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش های سلامتی با بخش های دیگر است که برای انجام اقداماتی در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامتی دایر شده اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامتی برای کسب این نتایج مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر است(۱)» .



روند تکوین مفهوم همکاری بین بخشی از دهه ۱۹۷۰ وقتی در منشور اوتاوا عبارت « سلامت برای همه » مطرح شد شروع شده و در طول یک دهه برای عملیاتی شدن این عبارت الزام « همه برای سلامت » مطرح شد . تقریباً یک دهه طول کشید تا همه به این باور برسند که یکی از الزامات همه برای سلامت « سلامت در همه سیاست ها » است چراکه تنها با افزایش حس مسئولیت پذیری سازمان ها می توان به یک پایداری در ارتقای سلامت رسید . (۲)

از آن زمان واژگان متعددی که به مفهوم همکاری بین بخشی نزدیک است متولد شده است :

- سرمایه گذاری در سلامت (Invest in Health)
- سلامت در همه سیاست ها (Health in All Policy)
- هماهنگی برون بخشی و بین بخشی (Multisectoral/Inter-sectoral coordination)
- سیاست عمومی سالم (Healthy public policy)
- مشارکت بخش عمومی و خصوصی (Public Private Partnership)
- پاسخگویی و مسئولیت پذیری برای اثرات سلامتی
- ارزیابی اثرات سلامت (Health Impact Assessment)
- سلامت اجتماعی (Social health)
- سرمایه اجتماعی (Social capital)
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (Social Determinant of health)
- تعیین کننده های سلامت (Determinant of health)

کشورهای اسکانديناوی در دهه اخير مبدع واژه سلامت در همه سياست ها (Health in All Policy) بوده اند که نام ديگر آن در ده های گذشته محیط حامی سلامت (Supportive environment for health) بوده است(۲) . در حقیقت این عبارت :

- یک استراتژی افقی و تکمیلی است .
- کنترل تعیین کننده های سلامت کلیدی است .
- همان سیاست های عمومی سالم است .
- همان همکاری و هماهنگی بین بخشی و برون بخشی است .
- همان سرمایه گذاری برای سلامت است
- همان شعار « همه برای سلامت » است .

در اصل دو راهبرد اصلی همکاری بین بخشی وجود دارد :

استراتژی اول : سایر بخش ها خودشان برای ارتقای سلامت کار کنند (سیاست های سالم وضع کنند)
استراتژی دوم : با همدیگر برای دستاورد مشخصی همکاری کنند (سلامت ، اجتماعی ، اقتصادی)
کانادایی ها معتقدند بخش سلامت در همکاری بین بخشی سه نقش را بر عهده دارد(۳) :

- رهبری (Leader)
- حمایت طلبی(Advocate)
- میانجی دانش (Knowledge Broker)

ویژگی های یک همکاری بین بخشی مؤثر از دیدگاه کانادایی ها عبارت است (۱) :

۱. اهداف مشترک روشن و واضح است.
۲. فرمتهایی وجود دارد که همکاری بین بخشی را ارتقا میبخشد.
۳. سازمان ها برای اقدام کردن دارا یظرفیت هستند : دانش، مهارتها و منابع مورد نیاز.
۴. براساس اعتماد و اقدام است .
۵. اقدام برنامه ریزی شده وظایف و مسئولیتها واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد. پیگیری دارد
۶. تأکید بر اهداف، منافع و ارزشهای مشترک در میان شرکا و شرکا بالقوه
۷. تضمین حمایت سیاسی
۸. درگیر کردن شرکا، اصلی در ابتدای کار:
۹. ایجاد ارتباط افقی مناسب در سرتاسر بخشها و نیز ارتباط عمودی سطوح در داخل بخشها.
۱۰. سرمایه گذاری در فرایند ایجاد همکاری از طریق مشارکت در اجرا .
۱۱. توجه به اهداف واقعی و نتایج قابل رویت .

- ۱۲. تسهیم رهبری، پاسخگویی و پاداشها در میان شرکا.
- ۱۳. ایجاد گروه‌های ثابت از افرادی که به همراه سیستم‌های حمایتی مناسب، بخوبی با یکدیگر کار میکنند.
- ۱۴. توسعه الگوهای عملی، ابزارها و مکانیسم‌ها برای حمایت از اجرای فعالیت بین بخشی.
- ۱۵. ایجاد مشارکت عمومی، آموزش عموم مردم و بالا بردن سطح آگاهی در مورد تعیین کنندگان سلامتی و فعالیت بین بخشی.

۲) نگاهی به الزامات و روش‌های همکاری بین بخشی برای سلامت

مانند مفهوم سلامتی که طی دهه‌های گذشته دستخوش تحول گردیده است، مفهوم عملکرد بین بخشی برای سلامتی نیز ظاهراً در حال تغییر و تحول می‌باشد. تجارب بررسی شده نشان دهنده برخی موفقیت‌ها در همکاری هم سطح یا عمودی برای دستاوردهای سلامتی است. وجود منابع در اقدامات بین بخشی ضروری است اما ناکافی است و لازم است، ارزیابی مهمی از زمان، مکان، و چگونگی عملکرد همکاری طراحی شود. در حالی که مجموعه‌ای از رویکردها مورد استفاده قرار گرفته‌اند، بنظر نمی‌رسد که یک مدل «همه کاره» در سطوح مختلف حاکمیت (نظارت) وجود داشته باشد. نیازی در حال شکوفایی است مبنی بر اینکه باید از همکاری بین بخشی برای سلامتی به اهداف مشترک اجتماعی تغییر جهت داد. برابری همراه با سلامتی بعنوان یک شاخص مهم، مدخلی برای پایبندی به پیمان را در بسیاری از زمینه‌های سیاسی فراهم می‌نماید. این تغییر مسیر مستلزم نوعی بخش سلامت است که میان عوامل تعیین کننده‌ای که اهرم‌های سیاست را در خود دارند و آنهایی که توسط بخش‌های دیگر هدایت می‌گردند، توازن برقرار نماید. طبق تعریف فعالیت بین بخشی برای سلامتی عبارت است از:

«یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش‌های سلامتی با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامتی دایر شده‌اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامتی برای کسب این نتایج مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر است.»

در فرایند تکوین همکاری بین بخشی شاهد هستیم که در:

- دهه ۱۹۷۰: بیانیه آلما آتا بر مراقبت‌های اولیه سلامتی برای همه تا سال ۲۰۰۰ تأکید کرد
- دهه ۱۹۸۰: منشور اوتاوا راهبردهای ارتقای سلامت را طرح کرد
- دهه ۱۹۹۰: فعالیت بین بخشی سازمان جهانی بهداشت برای سلامتی در قرن ۲۱
- دهه ۲۰۰۰: منشور بانکوک تأییدی مجدد بر ارتقای سلامت؛
- و بالاخره بر «سلامت در تمام سیاست‌ها» توسط اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ تأکید شد (۲۰۰۶).

همکاری افقی در سرتاسر بخش‌ها رخ می‌دهد و یا در سرتاسر زیر مجموعه‌ها در یک بخش مجزا صورت می‌پذیرد. بطور کلی این نوع همکاری، افراد یا گروه‌هایی را در بر دارد که در تصمیم‌گیری یا قضاوت یا کارکردن در یک مجموعه از اهداف تعریف شده، در یک سطح هستند.

همکاری عمودی کار کردن در سرتاسر حاکمیت برای مورد توجه قرار دادن چالش‌های سیاسی است که نیازمند به تصمیم‌گیری توسط بیش از یک سطح از حکومت است. این می‌تواند به کارکردن سازمان‌های جهانی با مناطق و حکومت‌های ملی یا کارکردن حکومت‌های ملی با ایالت، حکومت‌های داخلی یا استانی برای توجه به چالش‌های پیچیده سیاست اشاره شود. همکاری عمودی «شرکا» را با ویژگی‌های منحصر به فرد و مقتضیات مربوط به نقش (وظیفه) بخش عمومی‌شان آشنا می‌کند. باید به تعهدات حقوقی و مسئولیت‌های شرکا، در سطوح مختلف حکومت مادامی که اهداف، منفعت‌ها و ارزش‌های عمومی مبنای قرار داده می‌شوند، احترام گذاشت.»

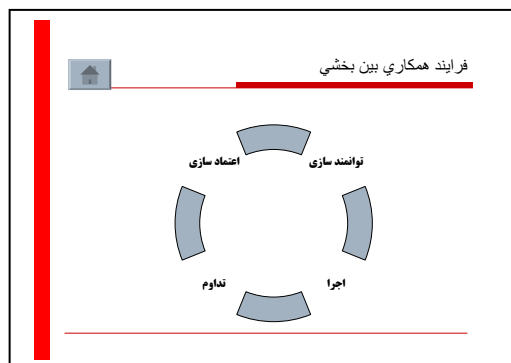
همکاری بین بخشی زمانی که هم همکاری افقی و هم عمودی را در بر دارد موفق‌ترین حالت است. ترکیب هر دو بعد احتمال تقویت و اثرات هم افزایی را افزایش می‌دهد. تلاقی این عوامل با یکدیگر عکس‌العمل و محصول نهایی پایدار را به بار می‌آورد و مانعی در مقابل بهره ضعیف یا کسب‌کنندگی (فروپاشی) فراهم می‌آورد. با این وجود به علت طیف وسیعی از منافع موجود، ممکن است برای رسیدن به یک درک مشترک از اهداف، رویکردها، نقش‌های (وظایف) مربوطه و جوابگویی به نتایج، فعالیت مازاد و مذاکره‌ای مورد نیاز باشد. شرایط فعالیت بین بخشی مؤثر به شرح زیر است:

- طرفین لزوم کارکردن با یکدیگر را به منظور دست یابی به اهداف‌شان تشخیص داده‌اند. این نیازمند اهداف سازمانی فردی و نیز اهداف مشترک روشن و واضح است.
- در محیط اجرایی گسترده‌تر، فرصت‌هایی وجود دارد که همکاری بین بخشی را ارتقا می‌بخشد.
- سازمان‌ها برای اقدام کردن دارای ظرفیت هستند: دانش، مهارت‌ها و منابع مورد نیاز.
- طرفین روابطی را گسترش داده‌اند که در آن عمل برنامه‌ریزی شده و تعاونی (همیاری) مبنای قرار می‌گیرد. رابطه بطور آشکار تعریف شده و براساس اعتماد و اقدام است.
- اقدام برنامه‌ریزی شده بخوبی درک می‌شود و می‌تواند اجرا و ارزیابی شود. اقدام واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد. وظایف و مسئولیت‌ها واضح هستند. برنامه‌هایی برای نظارت و پیگیری نتایج وجود دارد.
- تأکید بر اهداف، منافع و ارزش‌های مشترک در میان شرکا و شرکا، بالقوه: نویسنندگان بسیاری بر اهمیت جلب اعتماد و ارزش‌های مشترک تأکید دارند. افراد درگیر در همکاری بین بخشی باید هم ذهن باشند. ارزش‌های شخصی برای افراد نسبت به ارزش‌های سازمانی، شاخص‌های مهم‌تری هستند. ارزش‌های اجتماعی که با اهداف همکاری بین بخشی در یک راستا قرار می‌گیرند نیز می‌توانند مؤثر باشند.
- تضمین حمایت سیاسی: اغلب، سیاست مداران اقدامات مترقی همکاری بین بخشی را هم در داخل و هم در خارج از بخش سلامتی اداره و حمایت می‌کنند. ارتباطات قوی با رهبران سیاسی، مدیران و رسانه‌ها برای تضمین حمایت‌شان کلیدی و مهم است. یک بخشنامه واضح و محیط سیاسی حمایتی بطور مساوی در ترویج حس همبستگی، تسهیل عمل گروهی، تقویت شرایط اقتصادی مساعد و اعلام مقتضیات برای سرمایه‌گذاری بلند مدت، مطلوب هستند. در عوض، خود اقدامات بین بخشی ممکن است ایجاد یک محیط سیاست حمایتی‌تری را بعنوان یک هدف ویژه برای آینده تشخیص دهند. یک موضع اثرگذار نیز تقویت می‌شود. این برای مثال به معنی کمک به تصمیم گیرندگان و سیاست گذاران اصلی در تمام بخش‌ها برای درک مزیت‌های همکاری‌های بین بخشی و ترغیب آنها برای رواج فعالیت بین بخشی در تحقیق، سیاست و عمل است.

- درگیر کردن شرکاء اصلی در ابتدای کار: درگیر کردن سازمانها و افراد درست و دست یابی به خارج از محدوده حاکمیت برای درگیرکردن (واردگر) جامعه مدنی، بخش خصوصی و داوطلبان مراحل مهم و اساسی هستند.
- ایجاد ارتباط افقی مناسب در سرتاسر بخشها و نیز ارتباط عمودی سطوح در داخل بخشها.
- سرمایه گذاری در فرایند ایجاد همکاری از طریق مشارکت در اجرا. اطمینان یافتن از اینکه عمل بخوبی برنامه ریزی شده یا اینکه رابطه خوبی بین شرکاء وجود دارد ضامن موفقیت نیست. درگیر کردن تمام نقش آفرینان در ابتدای کار و در مرحله اجرا سازنده خواهد بود.
- توجه به اهداف واقعی و نتایج قابل رؤیت. عمل تدوین اهداف سلامتی، به سهم خودش، کار اندکی برای ارتقاء فعالیت بین بخشی است. کنترل دستاورد برای چنین اهدافی دشوار است. ضمن این که سودهای کوتاه مدت ممکن است بطور زیاد محرک باشند، اما آنها نیز می توانند نتیجه معکوس داشته باشند.
- تسهیم رهبری، پاسخگویی و پاداشها در میان شرکاء. بطور فزاینده، افراد و سازمانهای بخش سلامتی نقشهای متفاوتی را در همکاری بین بخشی ایفا می کنند. شرکاء باید یاد بگیرند که مؤثر باشند چه بعنوان عوامل شتاب دهنده، چه در مقام رهبران، شرکاء یا حمایت کنندگان. تمام شرکاء در فعالیت بین بخشی باید قادر به درک این موضوع باشند که این فرایند بطور متقابل سودمند است و اینکه وظایف و پاداشها بطور مناسب توزیع می شوند.
- ایجاد گروه های ثابت از افرادی که به همراه سیستم های حمایتی مناسب، بخوبی با یکدیگر کار می کنند. باید بین شرکت کنندگان «گروه فرعی» و «گروه اصلی» تفاوت قائل شد. شرکت کنندگان «گروه اصلی» بطور آرمانی به مفهوم همکاری بین بخشی متعهد می شوند در حالی که شرکت کنندگان «گروه فرعی» درگیر می شوند چرا که این فعالیت به علایق ویژه آنها مرتبط است. این مشاهده اهمیت نقشی را که شرکت کنندگان فردی در فعالیت بین بخشی مؤثر ایفا می کنند، برجسته می سازد.
- توسعه الگوهای عملی، ابزارها و مکانیسمها برای حمایت از اجرای فعالیت بین بخشی. عدم وجود سازوکارهای حمایتی مناسب می تواند بعنوان مانعی در فعالیت بین بخشی باشند. مدل های برنامه ریزی تشریح مساعی، چهارچوب های ارزیابی که شاخص های متعدد، الگوهای پاسخگویی مشترک و ساختار جدید حکمرانی و نظارت را ارزیابی می کنند، نمونه هایی از حمایت محسوس هستند.
- ایجاد مشارکت عمومی، آموزش عموم مردم و بالا بردن سطح آگاهی در مورد تعیین کنندگان سلامتی و فعالیت بین بخشی. وجود کانال ارتباطی مشخص بین شهروندان و حکومت لازم است، همان طور که دادن و گرفتن بازخور، ارزیابی درست از میزان موفقیت فعالیت بین بخشی و اقدامات اصلاح گرانه نیز لازم و ضروری است.

۳) مراحل همکاری بین بخشی (۴)

مراحل همکاری بین بخشی از دیدگاه تجربیات جهانی در ساده ترین وضع چهار مرحله **اعتماد سازی، توانمندسازی، اجرا و تداوم** را شامل می شود. در هر یک از مراحل چهارگانه، هماهنگ کنندگان همکاری بین بخشی باید فعالیت هایی را انجام دهند تا مرحله مذکور با موفقیت به اتمام برسد. فعالیت های اصلی هر مرحله از همکاری بین بخشی به شرح زیر است:



اعتماد سازی: بیان مشکل، راه حل های ممکن، تدوین سند حمایت طلبی، ترسیم دورنمای برانگیزاننده، تدوین ارزش های همکاری بین بخشی، شناسایی ذینفعان مهم و تاثیر گذار همکاری بین بخشی و حمایت طلبی از آنان

توانمندسازی: شناسایی افراد تاثیر گذار در آموزش، برقراری دوره های آموزشی مناسب، تفویض امور به خود سازمانها و ...

اجرا: پایش، پایش، پایش. تشویق و استفاده از اهرم ها و سیاست های تشویقی برای بخش های همکار،

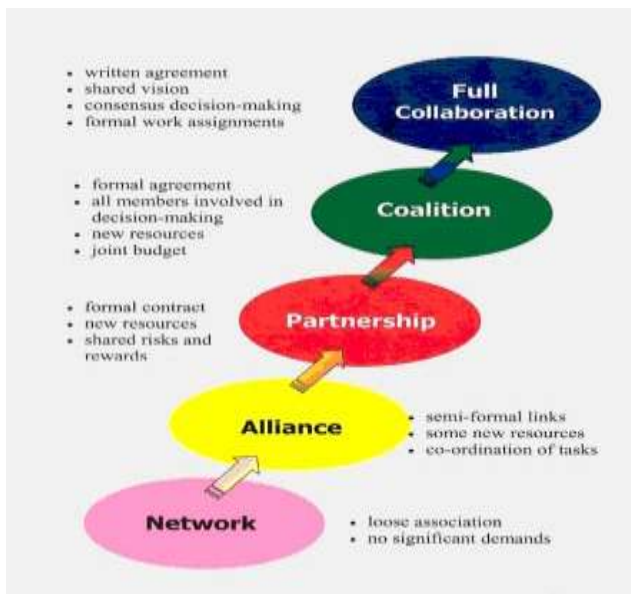
تداوم: نشان دادن اثرات همکاری و قدردانی از آنها، تغییر منابع و برقراری پاداش های ماندگار، انجام اموری برای نهادینه سازی رفتار های ایجاد شده از طریق رسانه ها، مصوبات سازمانی و تربیت نیروهای انسانی توانمند

نکته جدید در مورد همکاری بین بخشی این است که منظور از بخش ها کلیه سازمان های دولتی، خصوصی و غیردولتی است و همکاری بین بخشی باید همه این موارد را شامل شود. عوارض عدم شروع خوب همکاری بین بخشی به شرح زیر است:

۱. ایجاد کج فهمی هایی که با هزینه های بالا و در طول مدت زمان دراز قابل رفع شدن خواهد بود
۲. از دست دادن زمان
۳. تضاد های غیر ضروری که بر عملکرد سایر بخش ها هم اثر دارد
۴. عدم اعتماد و فشارهای بیرونی

تفاوت همکاری با اصطلاحات مشابه: ائتلاف، شراکت، اتحاد، شبکه لازم است در این مجال تفاوت همکاری، ائتلاف، مشارکت، اتحادیه و شبکه نیز مطرح شود. همانطور که در شکل مقابل آمده است شکل کامل با هم بودن «همکاری» است و ۴ ویژگی دارد: (۱۲)

۱. تفاهم نامه کتبی
۲. دورنمای مشترک
۳. تصمیم گیری اجماع شده



در شکل ائتلاف (Coalition) تفاهم رسمی وجود دارد و همه اعضا در تصمیم‌گیری درگیر بوده و منابع جدید و بودجه مشترکی برای کار وجود دارد در شکل شراکت (Partnership) قرارداد رسمی با خطرات و پاداش تسهیم شده وجود دارد . در اتحادیه‌ها (Alliance) ارتباطات نیمه رسمی وجود داشته و برای تکالیف هماهنگی وجود دارد .. شبکه‌ها (Networks) ارتباط سست تر از موارد فوق داشته و تقاضای مهمی از همدیگر ندارند و صرفاً به تبادل اطلاعات می‌پردازند . ۴-۱) با استفاده از مرور منابع و سایر تجربیات می‌توان چارچوب و الزاماتی برای شکل‌گیری همکاری بین بخشی قائل شد که در چک لیست زیر قابل جمع بندی است : (۵)

مراحل	فعالیت های کلیدی هر مرحله	محصول
اعتماد سازی	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تدوین سند حمایت طلبی *** ✓ جزوه آموزشی برای ایجاد زبان مشترک (اصطلاحات ، مفاهیم و نگرش های مشترک) ✓ اجرای حمایت طلبی شامل : شناسایی ذینفعان مهم و تاثیر گذار همکاری بین بخشی ، برنامه ریزی برای طرح موضوع با ذینفعان فرد به فرد یا در جلسه ، دریافت نظرات و ثبت تضاد ها و مصوبه راه گشا برای ادامه کار 	ورود به مرحله قبول برای مجوز قابل بعد است .
توانمندسازی	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شناسایی افراد تاثیر گذار برای عضویت در تیم های هسته ای و محیطی ، ایجاد نظام انگیزشی ✓ تدوین شرح خدمات تیم ها ✓ دوره آموزشی مناسب با اهداف همکاری (لقمه های آموزشی ، فهرست اصطلاحات و پروتکل عمل) 	تیم توانمند و با انگیزه
اجرا	<ul style="list-style-type: none"> ✓ پایش ، پایش ، پایش (همراه با کاهش حجم گزارش های اجرایی) ✓ ایجاد ضمانت اجرایی مصوبات بین بخشی (مدل ، ابزار ، مکانیسم) ✓ استفاده از اهرم ها و سیاست های تشویقی برای بخش های همکار (پاداش بودجه ای ، تشویق عمومی) 	برآمد ها به موقع
استمرار و توسعه	<ul style="list-style-type: none"> ✓ نشان دادن اثرات همکاری و قدردانی از آنها (جشن موفقیت همکاری با عمومی سازی آن از رسانه) ✓ تغییر منابع و برقراری پاداش های ماندگار ✓ انجام اموری برای نهادینه سازی رفتار های ایجاد شده از طریق : رسانه ها ، مصوبات سازمانی و تربیت نیروهای انسانی توانمند 	رضایت و علاقه مجدد و نهادینه شدن

همان طور که مشاهده می‌شود نطفه همکاری بین بخشی در شروع خوب و ایجاد دیوارهای اعتماد است که از طریق تفکر قبل از عمل ، نقد پذیری و رهبری خوب بخش جلب کننده همکاری ممکن است .

۴) سیندمیک (Syndemic) و همکاری بین بخشی (۶)

۲-۱) تعریف سیندمیک

دو یا چند بیماری یا مشکل سلامتی که در یک جمعیت با یکدیگر تعامل هم افزایی داشته و برای افزایش بار بیماری ها با یکدیگر مشارکت می‌کنند . این تعامل و مشارکت در سه حالت ممکن است : شخص ، زمان و مکان .

۲-۲) تاریخچه موضوع

اولین بار توسط Merrill Singer در سال ۱۹۹۴ هم افزایی سه مشکل سلامتی که به نام سیندمیک « SAVA » شرح داده شد : ایدز (AIDS) ، خشونت (Violence) و سوء مصرف مواد (Substance Abuse) . قبلاً نیز مفاهیم نزدیکتر به سیندمیک با اصطلاحات linked co-occurring ، connected epidemics ، interacting epidemics ، epidemics ، co-morbidities ، epidemics مطرح بوده است .

۳-۲) سه عنصر تشکیل دهنده سیندمیک (CIS!)

۱. تمایل بیماری ها و مشکلات سلامتی به انباشتگی و خوشه ای شدن (Clustering)
۲. کنش و واکنش بین بیماری های هم ابتدا و مشکلات سلامتی (Interaction)
۳. شرایط اجتماعی (یا علل دور) موثر در کنترل اپیدمی ها (Social condition)

۴-۲) ضرورت موضوع

به طور سنتی پروتکل های تحقیقاتی ، برنامه های سلامت ، مداخلات سیاست سلامت در یک زمان فقط بر یک مشکل تاکید دارند . بیماری ها در انزوا و بدون تداخل با سایر عوامل به وجود نمی‌آیند و شرایط اجتماعی در انتشار بیماری ها ، نحوه بروز و تاثیر فردی و جمعیتی اثر دارد بنابراین برای کنترل سیندمیک نه تنها باید خود مشکلات بلکه باید همزمان نقاط اتصال آنها نیز کنترل شوند ، در غیر این صورت تلاش های نظام سلامت هزینه اثربخشی پائینی خواهد داشت .

سیندمیک ها در شرایط نابرابری سلامت زیاد می‌شوند که مسبب آن نیز موارد مهمی مثل فقر ، استرس و خشونت های سازمان یافته است . سیندمیک چارچوب مفهومی را ایجاد می‌کند تا برای رفع علل نابرابری در سلامت تلاش کنیم . این رویکرد به جای رویکرد تک مشکلی به شبکه مشکل می‌پردازد و به جای تعریف بیماری از تعریف جامعه شروع می‌کند . فواید به کار گیری رویکرد سیندمیک در نظام های سلامت عبارت است از :

- تقویت نگرش هولیستیک
- افزایش مشارکت درون بخشی و برون بخشی

- ارتباط قوی تر رهبران جامعه و دست اندرکاران سلامت
- تهیه پایه علمی برای دادخواست حقوقی سلامت جامعه، برقراری عدالت و فعالیت های حمایت طلبی
- روشی جدید برای تحلیل وضعیت و برنامه ریزی
- تسریع اصلاح زیرساخت های اجتماعی
- ایجاد رویکردهای تحقیقاتی جدید
- به کار گیری سنجه های جدید خلاصه «سلامت جمعیت»
- تسهیل تعیین شرایط برای سلامت آیندگان

۲-۵) به دنبال اتخاذ رویکرد سیندمیک در نظام سلامت چه تغییراتی اتفاق می افتد؟
 سه حیطة از تغییرات قابل وصول است :

- تغییرات در برنامه ها، سیاست ها و خدمات
- زیر ساخت های فیزیکی و اجتماعی در محیط
- هنجارهای اجتماعی و باورها

۲-۶) روند و تحقیقات آینده در رویکرد سیندمیک

با توجه به نو بودن این رویکرد با این تعریف و چالش به نظر می رسد که هنوز زوایای پنهانی در کاربردی کردن آن وجود دارد که خود نیازمند تحقیقات بیشتر است که مهمترین آنها به شرح زیر است :

- طبیعت بیولوژیک و اجتماعی عمل سیندمیک ها چگونه است ؟
- کدام عوامل اجتماعی مشکلات و بیماری های گوناگون را بیشتر از سایر موارد تسریع می کند ؟
- سیندمیک سو: تغذیه، خشونت، تبعیض، برچسب زنی، تماس با مواد سمی محیطی با سایر بیماری ها چگونه است ؟
- سیندمیک محیط زیست با بیماری ها (eco-syndemic) چگونه است ؟
- نظام های سلامت چگونه با سیندمیک ها باید روبرو شوند ؟
- متدولوژی مداخلات در سیندمیک چگونه خواهد بود ؟
- همکاری بین رشته ای در این مفهوم چگونه خواهد بود ؟
- نتایج کاربردی بررسی متون در هر یک از عناوین بررسی شده به شرح زیر است :

آموزش دست اندرکاران سیاست گذاری و مدیران ارشد در کاربردی کردن این مفهوم، ارتقای توانایی های برنامه ریزی کارشناسان واحد های مسئول در وزارت خانه و دانشگاه ها، معرفی این نگرش به سایر وزارت خانه ها برای محاسبه خطرات و فواید تصمیمات خود بر سلامت مردم. قابل توجه بودن بار بیماری های غیر واگیر در کشور و نقش عوامل محیطی و اجتماعی در ایجاد و تشدید این بار ایجاب می کند تا در برنامه های مدیریت بیماری های غیرواگیر تعریف و اجرای پروژه های برون بخشی همزمان در حیطة های محیطی و اجتماعی دنبال شده و نقش سایر بخش ها (به غیر از بخش سلامت) شفاف تر شود.

۵) ارزیابی اثرات سلامتی سیاست های عمومی (۷)



طبق تعریف ارزیابی اثرات سلامتی که در کشور ما به « پیوست سلامت » معروف است (۱۵) عبارت است از :

« ابزاری برای قضاوت در مورد اثرات برنامه ها (P)، سیاست ها (P) و طرح ها (P) بر سلامت جمعیت ها و توزیع آن با هدف حداکثر کردن اثرات سلامتی تصمیم ها و کم کردن خطرات »

در یک دهه گذشته مدل های مختلفی در تجربه کشورها معرفی شده است که مدل ارایه شده توسط استرالیایی ها که مبتنی بر عدالت است از جمله الگوهای قابل استفاده در کشور است. (۱۶) در یک جمع بندی از انواع مدل ها از تجربیات مختلف کشورها مدل مفهومی به شرح روبرو قابل جمع بندی است به عبارت دیگر مدل ارزیابی اثرات سلامتی چهار مرحله را شامل می شود :

۱. غربال گری
۲. تعیین شرح خدمات ارزیابی
۳. اجرای ارزیابی (تشکیل تیم، تحقیق و گزارش دهی)
۴. در نهایت ارزشیابی فرایند.

ارزش های مندرج در این روش پایداری برنامه، ارتقای سلامت، مشارکت، مردم سالاری، عدالت و برابری، استفاده اخلاقی از شواهد و مهمتر از همه توسعه و ترویج همکاری بین بخشی است.

۶) راهکارهای پیشنهادی برای استقرار همکاری بین بخشی فرهنگستان

بر اساس تعریف همکاری بین بخشی و دو راهبرد مهم آن و همچنین مرور کارکردهای پنج گانه فرهنگستان ، راهکارهای زیر برای استقرار همکاری بین بخشی فرهنگستان پیشنهاد می شود :

۱. همکاری و مشاوره در تدوین پیوست های سلامت سیاست ها ، برنامه ها و پروژه های کلان کشوری از طریق سفارش نهاد ریاست جمهوری و یا قوه مقننه و قضائیه
 ۲. مشارکت و همکاری در کمیته های ملی و کارگروه های کشوری برای کمک فنی در جهت رفع مشکل موثر بر سلامت مردم
 ۳. تشکیل کارگروه های ویژه برای آینده نگاری در زمینه های سلامت با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه های ذی ربط
 ۴. امضای تفاهم نامه های همکاری با تک تک وزارت خانه های اجرایی در حدود شرح وظایف فرهنگستان برای مشاوره ، آموزش ، دریافت سفارش تحقیق از جمله پیوست های سلامت ، جلب حمایت
 ۵. مطالعه در زمینه های اولویت دار سیندمیک بیماری ها و همچنین عدالت در سلامت و انتشار حمایت طلبانه این گزارش ها
 ۶. آموزش و توانمندسازی دستگاه ها در تدوین سیاست های عمومی سالم و تشویق دستگاه ها و سازمان های برتر در جامعه (این بر راهبرد شماره یک از همکاری بین بخشی تاکید دارد)
 ۷. همکاری با رسانه ها در چارچوب وظایف پنج گانه فرهنگستان
 ۸. تقسیم کار ملی در زمینه دیده بانی سلامت با موسسه ملی تحقیقات سلامت
 ۹. ایجاد همکاری عمودی با سازمان های فوقانی از جمله شورای امنیت ملی ، مجمع تشخیص مصلحت نظام ، بیت مقام معظم رهبری ، قوه قضائیه و قوه مقننه ، سازمان های بین المللی برای ارتقای سلامت مردم از طریق مشاوره های درخواستی و جلب حمایت ها آنچه در زمینه همکاری بین بخشی مهم است تاثیر گذاری مثبت بر موضوعات اولویت دار حال و آینده است ، البته در همکاری با سایر بخش ها موضوع فقط به خدمت دادن ختم نمی شود و خدمت گرفتن از طرف همکار هم برای فرهنگستان هدف است ، به ویژه در ارتباط با جریان یافتن داده ها و اطلاعات لازم جهت کار در گروه های علمی . گام اول جلب اعتماد است که با انعقاد تفاهم نامه همکاری می توان از اجرای این گام مطمئن شد به همین منظور به نظر می رسد در مرحله عمل می بایست هر یک از گروه های علمی با مشخص کردن اولویت های کاری گروه علمی ، سازمان های مورد نیاز برای همکار را مشخص کرده و سپس انتظارات اولیه از آنها را فهرست کنند و سپس کلیه انتظارات گروه های علمی جمع شده و برای هر دستگاه جلسه ویژه ای برای بررسی تفاهم نامه و معرفی توانمندی های فرهنگستان برگزار شود و تفاهم نامه ها امضا شود . برای مدیریت این تفاهم نامه ها باید سازوکار پایش و قردادانی دیده شود ، راهکار ساده تر انعقاد تفاهم نامه تیپ با همه دستگاه ها است البته این مورد توانمندسازی درونی در فرهنگستان را ایجاد نمی کند .
- در جریان انعقاد تفاهم نامه معرفی صحیح اساسنامه فرهنگستان و توانمندی های موجود ضروری است ، معرفی نماینده معتبر از دستگاه های همکار و توانمندسازی آنها از طرف فرهنگستان نقش کلیدی در موفقیت همکاری ها دارد .

نام گروه علمی	اولویت های کاری گروه علمی در دو سال آینده	دستگاه های ضرور برای همکاری و انعقاد تفاهم نامه	انتظارات از دستگاه های ضرور در همکاری
۱-			
۲-			
۳-			
۴-			
۵-			