

## مروری بر عملکرد سه ساله شوراهای سلامت و امنیت غذایی استانهای کشور و راه آینده

بهزاد دماری: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران- نویسنده رابط: bdamari@gmail.com

عباس وثوق مقدم: استادیار، شورای سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

حسین سالاریان زاده: کارشناس ارشد، مرکز بودجه و پایش عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱/۲۲

### چکیده

هدف و زمینه: بهبود شاخص های سلامت در سطح ملی و استانی نیازمند همکاری بین بخشی و مشارکت مردم است. یکی از فرصت های قانونی توسعه همکاری بین بخشی در سلامت استان ها، شکل گیری شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان ها از سال ۱۳۸۵ (کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی از سال ۱۳۸۷) با وظایفی از قبیل تدوین و تصویب برنامه راهبردی سلامت استان، ارزیابی وضعیت سلامت استان و تاثیر دستگاه ها بر بهبود آن، تدوین برنامه کنترل و پیشگیری از ایدز و حل موضوعات بین بخشی سلامت و در سطح کشور، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می باشد که تشکیل آن در برنامه چهارم توسعه کشور پیش بینی شده بود. ارزیابی عملکرد کارگروه های استانی از بدو تشکیل آنها می تواند نقاط قوت و ضعف کارکرد این سیاست را در کشور ارزیابی کرده و راه آینده را نشان دهد.

روش کار: این مطالعه از نوع ارزشیابی توصیفی بوده و جامعه مورد مطالعه کلیه شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان ها می باشند. در این مطالعه برای تعیین شاخص های (متغیرهای) ارزیابی پیامد از «تحلیل محتوی شرح وظایف» و همچنین «جنبه های لازم برای ارتقای عملکرد شوراها در پانل متخصصین» به طریق بحث گروهی متمرکز استفاده شد. برای توصیف وضعیت از دو پرسش نامه، یکی برای بررسی محتوایی صورت جلسات کارگروهها (از بدو راه اندازی تا پایان سال ۱۳۸۷) و دیگری برای نظرخواهی از دبیران کارگروههای استان استفاده شده است.

نتایج: تحلیل اطلاعات نشان می دهد که دستور جلسات طرح شده در این کارگروه ها کمتر از الگوی اولویت بندی مسائل اصلی سلامت استان و بار بیماری های ملی پیروی می کند. اغلب موضوعات در حیطه کنترل بیماری های واگیر دار بوده و در موارد بسیار اندکی کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر را در بر گرفته است. فقط در دو دانشگاه برنامه جامع سلامت استان طرح موضوع شده است. در هیچ یک از دانشگاه ها دبیرخانه ای برای انجام امور کارگروه در نمودار تشکیلاتی مصوب نشده است. بزرگترین مانع موفقیت این شوراها از نظر دبیران کارگروه ها، نبود منابع مالی و ضمانت اجرایی مصوبات است.

نتیجه گیری: کارگروه ها استانی به دلیل نداشتن برنامه راهبردی جامع و همچنین مدل های اجرایی شدن مصوبات بین بخشی، باور کم سایر دستگاه ها نسبت به اثر بخشی این کارگروهها، قرار نداشتن بار بیماری های اصلی استان در دستور جلسات شوراها در اغلب موارد، از عملکرد متوسط و متوسط به پائین برخوردار بوده است که برای ارتقای آن باید مداخلاتی به این ترتیب را طراحی و ارائه کرد: آموزش و توانمندسازی دانشگاه ها و دستگاه ها برای تدوین برنامه جامع (بین بخشی) سلامت استان و تعیین وظایف هر یک از دستگاه ها، تعیین اولویت های سیاست گذاری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای مسائل سلامتی مشترک استان ها و ابلاغ مشترک آن از طریق وزارت خانه مرتبط و وزارت بهداشت، تصویب ساختار و نظام کاری دبیرخانه کارگروه در دانشگاه از طریق هیات های امنای دانشگاه ها.

واژگان کلیدی: شورای سلامت و امنیت غذایی، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، ارزیابی عملکرد

## مقدمه

برنامه اصلاحات در نظام سلامت با ریاست وزیر بهداشت، توسط هیئت دولت تصویب می‌گردد تا به سیاست‌گذاری کلان در زمینه گسترش همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردمی و حمایت از طرح‌های جدید حوزه سلامت بپردازد. اما ترکیب اعضاء شورا نشان‌دهنده درون‌سازمانی بودن نقش آن در هماهنگی ساختن سازمان‌های وابسته وزارت بهداشت می‌باشد. این شورا تا برنامه چهارم توسعه با فراز و نشیب‌های بسیار به فعالیت ادامه خود می‌دهد. اما به جهت سطح سازمانی خود، تمامی مصوبات آن درون‌سازمانی بوده و مصوبات برون‌سازمانی آن عمدتاً پیشنهاد به حساب آمده و مورد عمل سایر دستگاه‌ها قرار نمی‌گیرد. بالاخره با توسعه فعالیت‌های مرتبط با بهداشت و درمان در سطح شهرها و قصبات کشور و گسترش همکاری‌های این حوزه با سازمان‌هایی که عملکرد آنها مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد، و لزوم یک پارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با تلفیق «شورای عالی سلامت» و «شورای امنیت غذا و تغذیه» و با ریاست رییس‌جمهور در قانون برنامه چهارم توسعه کشور (۱۳۸۸-۱۳۸۴) ابلاغ و در برنامه پنجم (۱۳۹۴-۱۳۹۰) نیز تنفیذ می‌گردد (Research Institute of Parliament of Iran 2009).

واقعیت آن است که تجربه شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان جدید بوده و هیچ تحقیق منتشر شده در این ارتباط یافت نشد؛ با این وجود بررسی منابع و تجربیات سایر کشورها در زمینه همکاری بین‌بخشی و الزامات سیاست‌گذاری بین‌بخشی در انجام تحقیق کمک‌کننده بود. در مرور منابع موضوعات زیر در طراحی مدل ارزیابی و تدوین متغیرها و سوالات کمک‌کننده بود:

- اصول همکاری بین‌بخشی و رعایت الزامات آن
- شیوه طرح مشکل در شورای بین‌بخشی سلامت، سیاست‌گذاری، تصویب، پایش و ارزشیابی سیاست‌های موثر بر سلامت

بهبود شاخص‌های عدالت در سلامت نیازمند همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم است (Marmot and Wilkinson 2005). یکی از فرصت‌های قانونی توسعه همکاری بین‌بخشی در سلامت استان‌ها، شکل‌گیری شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها از سال ۱۳۸۵ است (Research Institute of Parliament of Iran 2005) که در سال ۱۳۸۷ با مصوبه هیئت دولت به کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان تغییر نام داد (Commission of article 138 of Constitution 2008). وظایف این شورا (کارگروه) در تدوین و تصویب برنامه راهبردی سلامت استان، ارزیابی وضعیت سلامت استان و تاثیر دستگاه‌ها بر بهبود آن، تدوین برنامه کنترل و پیشگیری از ایدز و حل موضوعات بین‌بخشی سلامت بوده است (Commission of article 138 of Constitution 2008). شورای متناظر آن در سطح کشور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نام دارد که تشکیل آن در برنامه چهارم توسعه کشور پیش‌بینی شده بود (Iran government 2008). اما این شورا برای شکل‌گیری فراز و نشیب بیست‌ساله‌ای را طی کرده بود؛ پس از انقلاب اسلامی ابتدا در سال ۱۳۶۰ هیئت دولت با تشکیل شورای سیاست‌گذار، هماهنگی‌کننده و ناظر به نام «شورای عالی بهداشت کشور» به ریاست وزیر بهداشتی موافقت می‌نماید. در سال ۱۳۶۳ با تغییر ساختار و تشکیلات وزارت بهداشت، نام شورای مذکور به استناد مصوبه هیئت دولت به «شورای سیاست‌گذاری و رسیدگی به امور بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تغییر عنوان می‌یابد. اما مسئولیت‌های شورای عالی بهداشت را در وظایف خود می‌بیند. در سال ۱۳۷۰ شورای غذا و تغذیه کشور با ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای هماهنگی نمودن فعالیت‌های تحقیقاتی، آموزشی، برنامه‌ریزی و اجرایی در امر غذا و تغذیه کشور، تشکیل گردید. در سال ۱۳۸۲ تشکیل شورای عالی سلامت و

متغیرهای ارزیابی عملکرد از «تحلیل محتوی شرح وظایف» (نمودار ۱)، «مرور منابع» و همچنین «عوامل موثر در ارتقای عملکرد شوراها» از طریق بحث گروهی متمرکز در پانل متخصصین استفاده شد که ۱۷ متغیر برای جمع آوری اطلاعات انتخاب شدند (کادر شماره دو). برای توصیف وضعیت متغیرها از دو روش استفاده شد:

الف) پرسشنامه بررسی محتوی صورت جلسات کلیه شوراهای استانی از بدو راه اندازی تا پایان سال ۱۳۸۷ (۳۰ استان) که توسط تیم سه نفره آگاه به وظایف و مسائل شوراهای سلامت استان و دارای تجربه در تحقیقات کیفی انجام شد. صورت جلسات کلیه دانشگاه ها هم از طریق بایگانی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و هم از طریق نامه نگاری با دانشگاه ها جمع آوری شد.

ب) نظرخواهی از ۴۲ رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (به عنوان دبیر شورا/ کارگروه استان) در ۳۰ استان کشور با پرسش نامه کتبی شامل سوالات باز و بسته که تا زمان مقرر به غیر از سه دانشگاه همگی پاسخ دادند (۹۴٪ پاسخ).

در تعیین علل موثر بر وضعیت فعلی شوراها و همچنین مداخلات پیشنهادی برای بهبود وضعیت عملکرد شوراها از سه روش استفاده شد:

- جمع آوری نظرات دبیران شوراهای استانی از طریق پرسشنامه ارسالی
- برگزاری پانل متخصصین
- مرور منابع

برای تحلیل محتوای پرسش های مرتبط به علل موثر، قلمروهای اصلی شامل سه دسته علت قانونی-سیاستی، فرهنگی- رفتاری و ساختاری- عملیاتی تعیین شد و با مرور پاسخ ها و متن جلسات پانل متخصصین جمع بندی شد.

کلیه اطلاعات به دست آمده در قالب سند سیاست «ارتقای عملکرد شوراهای (کارگروه های تخصصی) سلامت و امنیت غذایی استان» و در چهار بخش پیش نویس شد که مورد نقد کمیته راهبری طرح قرار گرفته و سند نهایی آماده شد:

- روش استقرار مدل های ارزیابی اثرات سیاستی عمومی بر سلامت

مرور منابع در حیطه های فوق نشان داد که حساس-سازای جامعه و ذینفعان از طریق توصیف وضع سلامت منطقه تعریف شده به روش های مقتضی و برنامه ریزی شده و با استفاده از فن حمایت طلبی مقدمه ای برای شکل گیری همکاری بین بخشی است (Public Health Agency of Canada 2007). تحلیل وضعیت هر یک از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (که متولی آن هر یک از سازمان های جامعه است) فرآیند مسئولیت پذیری و پاسخگویی را شروع می کند؛ انتقال برداشت ها و انتظارات مردم به سیاست گذاران، عملیاتی شدن تصمیمات سلامت محور را ممکن می کند. ایجاد حس مالکیت برای کلیه ذینفعان در کنار به کار گیری اصول همکاری بین بخشی در موفقیت کمیته ها و ائتلاف های بین بخشی موثر است (James and Mckenzie 2005). به کار گیری ابزار ارزیابی اثرات سلامتی سیاست ها برای ایجاد حس پاسخگویی در سازمان ها نسبت به تاثیر سیاست های خود، محوری است و مرجع طرح نتایج این نوع ارزیابی ها شورای های بین بخشی است (Public Health Advisory Committee of New Zealand 2005). اکنون که در اولین سال استقرار برنامه پنجم توسعه کشور هستیم، ارزیابی عملکرد شوراها (کارگروه های) استانی از بدو تشکیل آنها با هدف استخراج نقاط قوت و فرصت های بهبود (ضعف ها) می تواند کارکرد این سیاست در کشور را ارزیابی کرده و راه آینده را نشان دهد.

## روش کار

این مطالعه از نوع ارزشیابی توصیفی بوده و جامعه مورد مطالعه شوراهای (کارگروه های تخصصی) سلامت و امنیت غذایی استان ها است که کلیه آنها به عنوان حجم نمونه در این طرح انتخاب شدند. در ابتدای طرح با انجام تحلیل ذینفعان، اعضای کمیته راهبری ارزیابی عملکرد (کادر شماره یک) تشکیل شد. در این مطالعه برای تعیین

- بخش اول: توصیف مسئله
  - بخش دوم: علل و عوامل موثر بر بروز مسئله
  - بخش سوم: مداخلات لازم برای ارتقای عملکرد
  - بخش چهارم: برنامه عمل در ۵ سال آینده
- با توجه به هدف این مقاله و حفظ ساختار مقالات علمی، در بخش نتایج این مقاله صرفاً به توصیف اطلاعات جمع آوری شده (بخش اول سند) پرداخته شده است و در قسمت بحث و پیشنهاد نیز به مداخلات و برنامه عمل آینده (بخش های دوم تا چهارم) اشاره شده است.

## نتایج

تحلیل دستورجلسات و صورت جلسات کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی در ۳ سال دوره زمانی و نظرات دبیران این کارگروه ها نشان می دهد که موضوعات طرح شده در این کارگروه ها بسیار پراکنده بوده و از طرح اولویت بندی موضوعات یا مشکلات اصلی سلامت استان پیروی نمی کند و در اغلب موارد شاخص های اصلی سلامت و بار بیماری های استان را در برنگرفته است. اغلب موضوعاتی که در دستور کار قرار گرفته و تصمیمات اتخاذ شده در حیطه کنترل بیماری های واگیر (بهداشت آب، دفع بهداشتی زباله و فاضلاب و عرضه بهداشتی مواد غذایی) بوده و در موارد بسیار اندکی کنترل عوامل خطر بیماری های غیرواگیر (دخانیات، قلیان، روغن مایع در کالا برگ ها)، حوادث و آسیب ها را در بر گرفته است. موضوعات محیط زیست و بیماری های روانی به غیر از یک دانشگاه به عنوان موضوعات بین بخشی طرح نشده و فقط یک دانشگاه برنامه کنترل و پیشگیری از برنامه ایدز را در کارگروه تصویب کرده است. در دو دانشگاه برنامه جامع سلامت استان طرح موضوع شده است و تقریباً در هیچ موردی موضوع تحرک فیزیکی به عنوان یکی از دستورها و مصوبات نیامده است. صورت جلسات مدون و منظمی از کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان تهران به دست محققان نرسید.

جمع بندی نظرات دبیران کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی در تعدادی از متغیرهای مورد پرسش به شرح جدول ۱ است.

بزرگترین موانع موفقیت این شوراها از نظر دبیران کارگروه ها به ترتیب شامل عدم وجود منابع مالی، نبود ضمانت اجرایی مصوبات و همچنین باور اعضای عضو کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان است. از دیدگاه دبیران شوراها، عوامل و علل موثر بر بروز چنین عملکردهای در شوراها (کارگروه های تخصصی) سلامت و امنیت غذایی استان ها در سه دسته کلی به شرح زیر است:

دسته اول) علل مرتبط به قوانین و سیاست های کلان: مشکلات مشترکی در سطح استان ها وجود دارد و لازم است سیاست گذاری متمرکز توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور صورت پذیرد. عدم تشکیل مرتب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در موضوعات اولویت دار سلامت کشور یکی از علل ملی برای تشکیل ضعیف کم هدفمند این جلسات به شمار می رود. اولویت شورای سلامت و امنیت غذایی استان با اولویت سالانه سازمان های عضو کارگروه متفاوت است.

دسته دوم) علل ساختاری و عملیاتی: نبود ساختار تشکیلاتی برای دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در دانشگاه یکی از دلایل مهم برای کم فعالی این شورا محسوب می شود. مشخص نبودن منابع بودجه ای و تسهیلات مالی برای مصوبات و یا مشخص نبودن فرآیند تخصیص پول به این مصوبات از علل دیگر است. سایر علل مطرح شده از طرف دبیران عبارت است از فقدان کارشناس سلامت در استانداری و یا کارشناسان ثابت و مطلع در دستگاه ها، تغییر مکرر مدیران، نبود سند مشکلات سلامت استان، نبود پروتکل مشخص طرح موضوع، مشخص نبودن نقش و سهم هر یک از سازمان ها در سلامت استان، دشواری برای حضور استاندار در جلسه و غیرشفاف بودن فرآیند پاسخگویی و پیگیری مصوبات.

دسته سوم) علل فرهنگی رفتاری: باور کم دستگاه ها نسبت به همکاری بین بخشی و اثر بخشی شورای سلامت و امنیت

غذایی استان از جمله علل اعلام شده است اما توانایی دانشگاه‌ها در مهارت‌های سه‌گانه «حمایت‌طلبی، میانجی‌گری دانش، رهبری» در تصویب سیاست‌های عمومی سالم و اجرای چنین مصوباتی از جمله دلایل دیگر اظهار شده است. کم‌اعتقادی مسئولین یا کمبود دانش فنی برای مشارکت مردم در ارتقای سلامت استان از علل فرهنگی بوده و درنهایت اولویت نداشتن یا کم‌اولویت بودن موضوعات سلامت برای استاندار علت فرهنگی مطرح شده است.

### نتیجه‌گیری

مقایسه یافته‌ها با چهار شرح وظیفه اصلی شوراهای (کارگروه‌های تخصصی) و همچنین نظرات کمیته راهبری ارزیابی (پانل خبرگان و ذینفعان) نشان می‌دهد که شوراهای در اغلب موارد به دلیل نداشتن برنامه راهبردی جامع و همچنین مشکل بودن اجرایی کردن مصوبات، باور متوسط و کم سایر دستگاه‌ها نسبت به اثر بخشی این شوراهای و همچنین قرار نداشتن بار بیماری‌های اصلی استان در دستورجلسات شوراهای در اغلب موارد، از عملکرد متوسط و متوسط به پائینی برخوردار بوده‌اند؛ هرچندکه می‌توان شکل‌گیری همکاری بین بخشی حول همین مسائل را در سه سال اول تشکیل شوراهای (کارگروه‌ها) به عنوان مرحله توانمندسازی و کسب تجربه برای دوره‌های بعدی محسوب کرد. وضعیت عملکرد شوراهای (کارگروه‌ها) و علل موثر بر آن ضرورت طراحی و اجرای مداخلات ارتقای عملکرد شوراهای را یادآور می‌شود، براساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد عملکرد این شوراهای از طریق مداخلات (سیاستی، عملیاتی، فرهنگی سازی) زیر تقویت گردد:

دسته اول) مداخلات سیاستی: تعیین ضمانت‌های اجرایی مصوبات شوراهای استانی در قالب یک آئین‌نامه و ابلاغ آن به استانداران و روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان اولین قدم در بهبود عملکرد محسوب می‌شود. الزام استانداری‌ها برای تدوین برنامه جامع سلامت استان با

مشارکت کلیه دستگاه‌ها و همزمان با اجرای برنامه‌های توسعه ۵ ساله کشور می‌تواند از طریق تعیین نقش و تکالیف هر دستگاه و شهرستان‌ها مقدمه‌ای برای ارتقای ضمانت اجرای مصوبات فراهم آورد. برای مسائل مشترک استان‌ها لازم است شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور سیاست‌گذاری کرده و به کلیه استانداری‌ها و وزارت خانه‌های عضو شورای عالی ابلاغ نماید تا از این طریق حمایت و ضمانت اجرای مصوبات به وجود آید و از دوباره کاری‌ها جلوگیری شود. اختصاص بودجه ویژه به هر دستگاه بر اساس نقش‌ها و پروژه‌های تعریف شده در برنامه جامع سلامت استان در فصل بودجه ریزی سالانه از دیگر راهکارهای پیشنهادی است. برگزاری همایش سالانه برای تبادل تجربیات شوراهای و معرفی برترین کارها رقابت و نوآوری در ارتقای سلامت استان‌ها را فراهم خواهد آورد.

دسته دوم) مداخلات ساختار اجرایی: از جمله مداخلات در این حوزه تصویب چارت و تشکیلات دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استانی در دانشگاه و نظام کاری آن از طریق هیات‌های امنای دانشگاه‌ها است؛ این خود مقدمه و ضمانتی برای استقرار و پایش کارگروه‌های سلامت و امنیت غذایی شهرستان‌ها فراهم می‌آورد. اختصاص پست مشاور سلامت در استانداری و تثبیت پیام‌گزاران (رابطین) سلامت در سازمان‌های دولتی از جمله ابزار عملیاتی برای توسعه و تحکیم روابط بین بخشی است. پیش‌نیاز بهبود عملکرد دبیرخانه‌های استانی، طراحی و پیاده‌سازی صحیح و موثر ساختار دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است.

دسته سوم) فرهنگ‌سازی: توجیه و جلب حمایت بیش از پیش اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، استانداران، معاونین امنیتی-سیاسی و معاونین برنامه‌ریزی استانداری در مورد نقش انسان سالم در توسعه پایدار بسیار کمک‌کننده خواهد بود. در همین راستا لازم است اعضای کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها در نیازهای آموزشی استخراج شده تقویت شوند همچنین اعضای دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی

دستگاه های استانی لازم است ترکیب اعضای این شورا مورد بازبینی و تکمیل قرار گیرد و سازمان هایی که سهم مهمی در سلامت استان ایفا می کنند در این شورا عضو شوند؛ در این بازبینی لازم است نمایندگان مردم (سمن های منتخب، شوراهای اسلامی شهر و روستا) در قالب خانه مشارکت مردم به عضویت شورا درآیند.

در این میان نقش دبیرخانه شورا(کارگروه) سلامت و امنیت غذایی استان برای هماهنگی در تدوین اسناد سیاست، برنامه ها و مصوبات بین بخشی و پایش مدون تصمیمات کلیدی است.

در تکمیل تحلیل های این مطالعه لازم است نظرات دستگاه های عضو شورای (کارگروه تخصصی) سلامت و امنیت غذایی استناداران نیز بررسی شود چراکه در این مطالعه صرفا نظرات دبیران شوراهای استان (روسای دانشگاه ها) جمع آوری شده است. با توجه به شکل گیری شوراهای سلامت شهرستانی در اکثریت قریب به اتفاق استانها، مطالعه و بررسی عملکرد آنها پیشنهاد می شود.

در سه وظیفه رهبری، حمایت طلبی و میانجی گری دانش توانمند شوند. در تمام این مسیر توانمندسازی نگرشی و مهارتی دانشگاهیان به ویژه اعضای هیات علمی، دانشکده ها و معاونت های غذا و دارو، بهداشت و درمان در رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و همکاری بین بخشی موفقیت این شوراها را تضمین می کند.

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می گردد وظایف شورای سلامت استان بازبینی شده و در ۵ وظیفه کلی خلاصه شود(کادرشماره ۳)؛ تصویب و نظارت بر برنامه جامع سلامت استان (برنامه عدالت در سلامت با رویکرد عوامل اجتماعی موثر)، بررسی و تصویب نتایج گزارش های ارزیابی اثرات سلامتی سیاست ها و طرح های کلان استانی (پیوست سلامت)، تصویب و نظارت آئین نامه های بین بخشی ارتقای سلامت، نظارت بر عملکرد شوراهای شهرستانی و ابلاغ و نظارت بر اجرای مصوبات شورای عالی سلامت کشور در استان. با توجه به اولویت های سلامت کشور و نقش و سهم

#### کادر ۱ - اعضای کمیته راهبری برای ارزیابی شوراهای (کارگروه های تخصصی) سلامت و امنیت غذایی استان ها

- ۱- دبیر کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ۲- کارشناس مسئول دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- ۳- رئیس کمیته سلامت (معاونت سلامت وقت)
- ۴- رئیس کمیته غذا و دارو (معاونت غذا و دارو)
- ۵- کارشناسان دبیرخانه سیاست گذاری سلامت

**کادر ۲- متغیرهای منتخب برای ارزیابی عملکرد شوراهای (کارگروه های) تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها از بدو تاسیس تا پایان**

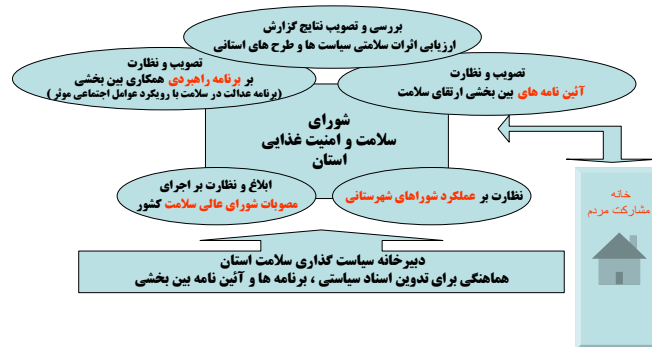
سال ۱۳۸۷

- چه تعداد از شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان های کشور جلسات دوره ای منظم دارند؟
- میزان مشارکت اعضای شورا چگونه بوده است؟
- شیوه پایش و ارزشیابی مصوبات چگونه بوده است؟
- آیا سند برنامه بین بخشی سلامت وجود دارد؟
- آیا آئین نامه های مصوب بین بخشی وجود دارند؟
- درخواست های عملیاتی برای تخفیف بار بیماری ها و عوامل خطر صورت گرفته است؟
- برنامه سالانه کنترل و پیشگیری عفونت ایدز تهیه شده است؟
- مشکلات استان به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور انعکاس داده شده اند؟
- میزان رضایتمندی دانشگاه برای استفاده از فرصت شورای سلامت و امنیت غذایی به چه میزان بوده است؟
- مصوبات آنها در کدامیک از حیطه های پیشگیری و ارتقای سلامت بوده است؟
- میزان باور سایر دستگاه های عضو شورای سلامت و امنیت غذایی استان از اثربخشی این شورا از دیدگاه دبیر چگونه است؟
- وضعیت دبیرخانه در دانشگاه یا استانداری از نظر نمودار سازمانی و نظام مدون کاری چگونه است؟
- وضعیت کارگروه های سلامت و امنیت غذایی شهرستان ها چگونه اند؟
- عوامل شکست یا موفقیت در دستیابی به پیامد های مصوبات کارگروه کدامند؟
- راهکارهای ضمانت اجرای مصوبات شورا چه می باشند؟
- راهکارهای ارتقای عملکرد و توانمندسازی شوراها برای اجرای موثر آئین نامه کدامند؟
- آیا کمیته های تخصصی در سطح دانشگاه برای ارایه پیشنهاد به شورای سلامت استان تشکیل شده اند؟

**جدول ۱ - جمع بندی نظرات دبیران کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در تعدادی از متغیرهای مورد پرسش**

درصد	مولفه ها
۶۰	درصد دانشگاه‌هایی که نظام کاری مدونی (حداقل مکتوب) برای روش و چارچوب طرح موضوع در شورای سلامت و امنیت غذایی استان و شیوه پایش و ارزشیابی مصوبات دارند.
۸۵	درصد دانشگاه‌هایی که کمیته‌های تخصصی در سطح دانشگاه برای ارایه پیشنهاد به شورای سلامت استان تشکیل داده اند که در حال فعالیت هستند.
۸۰	دانشگاه‌هایی که کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی در سطح شهرستان ها را تشکیل داده اند.
۰	درصد دانشگاه‌هایی که دبیرخانه‌ای برای انجام امور کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در نمودار تشکیلاتی خود مصوب کرده اند.
۶۰	درصد دبیرانی که معتقدند که سایر دستگاه‌های عضو شورای سلامت و امنیت غذایی استان به میزان « متوسطی » به اثربخشی این شورا باور دارند.
۹۰	درصد دبیرانی که معتقدند برای ارتقای عملکرد شورا آموزش اعضای کارگروه تخصصی (سایر سازمان ها) امری ضروری است.
۳۵	میزان رضایت زیاد دبیران در استفاده از فرصت شورای سلامت و امنیت غذایی استان برای ارتقای شاخص های سلامت
۲۰	میزان رضایت خیلی زیاد دبیران در استفاده از فرصت شورای سلامت و امنیت غذایی استان برای ارتقای شاخص های سلامت

## وظایف کلیدی شورای سلامت و امنیت غذایی استان



نمودار ۱ - وظایف کلیدی شورای سلامت و امنیت غذایی استان

## References

- Government's Commission of article 138 of constitution., 2008. Document no K35365 T/89234: Instruction of planning and development of provincial council and it's special taskforces. Government, Iran.
- Government., 2008. Document no: H 28182/T/KH. Government, Iran.
- James, F. and Mckenzie., 2005. Planning implementation and evaluation of health promotion programs. Pearson Education, new jersey.
- Marmot, M. and Wilkinson, G.R., 2005. Social determinants of health inequalities. Oxford university press, New York. p. 365.
- Public Health Advisory Committee., 2005. A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand. Public Health Advisory Committee, New Zealand.
- Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (Equinet). Crossing Sectors Experiences in Intersect oral Action, Public Policy and Health.
- Research institute of Islamic Parliament., 2009. Hagh Multimedia CD.
- Research institute of Islamic Parliament of Iran., 2005. 4th 5 years development plan, Article 92. Islamic parliament of Iran publication.



### 3 years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in I.R.Iran: the way forward

**Damari, B., MD, MFPH.** Assistant professor, Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran-Corresponding author: bdamari@gmail.com

**Vosoogh Moghaddam, A., MD, FFPH.** Assistant professor, Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

**Salarianzadeh, H., MD, MPH.** National Expert, Center for budget management and performance monitoring, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: Dec 9, 2011

Accepted: Apr 10, 2012

#### ABSTRACT

**Background and Aim:** Improvement of national and provincial health indices requires intersectoral collaboration and community participation; So, National High Health and Food Security Council and Provincial Health and Food Security Councils (PHFSC) have been implemented since 2006. The main responsibilities of PHFSCs are, assessment of province health situation and effects of executive organizations on its improvement, to define and approve the province health strategic plan, developing of AIDS and HIV prevention and control plan and resolving intersectoral issues of health. The goal of this study is first 3 years performance assessment of the PHFSCs.

**Materials and Methods:** This is a descriptive evaluation study which included all the PHFSCs. The outcome assessment indicators were determined by content analysis of "the approved tasks" and also "the essential aspects for promoting of PHFSCs" by focus group discussions. Situational analysis was provided by two researcher made questionnaires; one for co Assessment of the contents of content analysis of PHFSCs all meetings minutes (from establishment year to the end of 2008) and another for gathering viewpoints of Secretaries of PHFSCs.

**Results:** Data analysis shows that the meeting's agendas of the PHFSCs have less followed the prioritized major health issues of provinces and national burden of diseases; most issues were in the domain of communicable disease control and non-communicable diseases risk factors control included scarcely. Only in two Universities of Medical Sciences (UMSc) province comprehensive health plan were proposed. None of the UMSc approved a secretariat for PHFSC in its organizational top chart. PHFSCs secretaries believed that, the main obstacles of the PHFSCs' successes, are weak financial resources, and lack of decisions executive enforcements.

**Conclusion:** PHFSCs performances are moderate and moderate to low due to lack of comprehensive strategic plan and no implementation model for intersectoral decisions, other organizations believe on the effectiveness of the PHFSCs less and the main burden of disease of the provinces not mostly included in the agenda of PHFSCs. Following proposals are highly recommended for PHFSCs promotion: training and empowerment of UMSc and organizations for developing comprehensive health plan in the province and defining the responsibilities of each organizations for, determining policy priorities of common health issues of the provinces by High Health and Food Security Council and publicizing them by the Ministry of Health and the other relevant ministries and approving the structure and working system of the PHFSC secretariat in UMS by the Board of Trustees of UMS.

**Key words:** Health and Food Security Council, Health and Food Security Taskforce, Performance assessment