

دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان: ساختاری میانجی و هماهنگ کننده برای سلامت همه جانبه

بهزاد دماری: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت ج.ا.ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
عباس وثوق مقدم: استادیار، گروه هماهنگی برنامه های توسعه، حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران، ایران - نویسنده رابط: a_vosoogh@yahoo.com
کامل شادپور: کارشناس مستقل نظام سلامت، تهران، ایران
علی اکبر زینالو: استاد، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: از آنجائیکه سلامت موضوعی همه جانبه بوده و عوامل زیادی بر آن موثر است شکل گیری ساختاری که بتواند این عوامل را در استان مدیریت نماید کاری دشوار ولی ممکن است. تحلیل وضعیت تولید در نظام سلامت نشان داده است که بستر موثری برای عملیاتی سازی سیاست ها در استان ها فراهم نیست و لازم بود تا الگویی برای هماهنگی فرایند های سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت برای سطح استان ارایه شود.

روش کار: این مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و از روش طراحی سیستم استفاده شده است. اطلاعات لازم از مرور متون علمی منتشر شده در زمینه سامانه های سیاست گذاری سلامت، تحلیل محتوای اسناد مرتبط به ساختارهای برنامه ریزی و سیاست گذاری در دانشگاه-های علوم پزشکی کشور و نظرخواهی کتبی از روسای دانشگاه های علوم پزشکی جمع آوری شده است. پس از تحلیل ذی نفعان کمیته راهبردی تشکیل و اطلاعات طبقه بندی شده به آنها ارایه گردید و اصول و الزامات برای طراحی توافق شد. بر اساس این اصول «آیین نامه دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان» شامل اهداف، شیوه مدیریت، ساختار، فرایند- روال- استاندارد و منابع پیش نویس و طی چند جلسه بحث گروهی متمرکز با خبرگان منتخب در نظام سلامت تلفیق و تکمیل و بانظر کمیته راهبردی نهایی شد.

نتایج: پراکندگی مراکز سیاست ساز و تصمیم گیر در دانشگاه علوم پزشکی، ضعف در پایش و ارزشیابی سیاست ها و برنامه های سلامت استان، ضعف هماهنگی سیاست های آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات سلامت در سطح دانشگاه، ضعف نظام تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در هر سه سطح دانشگاه، هیات امانا، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، ضعف و یا کمی حضور ذینفعان کلیدی دانشگاه در تدوین سیاست های دانشگاهی و سلامت از جمله مهمترین نقاط قابل بهبود نظام سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت در استان است. دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان با توجه به خلاء های موجود می تواند نقش میانجی، نظارتی و مراقبتی رئیس دانشگاه (قائم مقام وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی در استان) را عملیاتی کرده و از حصول سه جریان مطمئن شود: رعایت استانداردهای مشارکت جمعی دانشگاهیان و مردم، مبتنی بر شواهد بودن سیاست ها و برنامه ها و پایش پیشرفت برنامه ها و سیاست های ارتقای شاخص های سلامت در بین دستگاه های اجرایی استان.

نتیجه گیری: واحد های متعدد سیاست گذاری و برنامه ریزی موثر بر سلامت در استان نیازمند «هماهنگی» است. ساختار پیشنهادی در این مطالعه نه تنها از ایجاد واحدهای موازی جلوگیری می کند بلکه سعی می نماید عملکرد واحدهای مشابه دیگر را نیز ارتقا دهد. استقرار ساختار در نمودار سازمانی و تشکیلاتی دانشگاه های علوم پزشکی و توانمندسازی کارشناسان آن به توسعه سیاست گذاری و برنامه ریزی یکپارچه کمک کرده و دستیابی به شاخص های برتر در سلامت استان و کل کشور را تسریع و تسهیل می کند.

واژگان کلیدی: سیاست گذاری سلامت، ساختار میانجی، هماهنگ کننده، سلامت همه جانبه، استانی

مقدمه

مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی جامعه، معیاری مهم و جوهره اصلی یک دولت خوب در نظر گرفته می شود و چون سلامت مردم همواره یک اولویت ملی است، لذا مسئولیت دولت نیز دائمی خواهد بود؛ عمل به این مسئولیت نیازمند ترسیم چشم انداز و تبیین سیاستها و جهت گیری های سلامت، قانونگذاری و تنظیم مناسبات و روابط، پشتیبانی و حمایت طلبی و برقراری یک نظام اطلاعات مطمئن و قابل اعتماد می باشد که عمدتاً در رابطه با وزارت بهداشت مطرح می شود. یعنی نهادی که باید از سوی دولت به تبیین جهت گیری ها، سیاستها و راهبردها، تأثیرگذاری بر رفتار نقش آفرینان درون و برون بخش، نظارت کلی، سازماندهی و هدایت تلاشها و توسعه اقدامات ملی سلامت پردازد، مجموعه این فعالیتها در قالب مهمترین کارکرد نظام سلامت یعنی تولید یا خدمتگذاری تعریف می شود که در یک جمله می توان آن را در چگونگی تأمین منافع عمومی در حوزه سلامت خلاصه کرد (WHO 2000).

رویکرد انسان سالم به عنوان محور پیشرفت عادلانه و پایدار، پارادایمی مسلط و پذیرفته شده در بسیاری از کشورهاست (WHO 2013)؛ این سیاست فرابخشی در بسیاری از اسناد بالادستی کشور همچون قانون اساسی، نقشه جامعه علمی، سیاست های کلی و قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تأکیده شده و بنابراین استقرار آن نیازمند سیاست گذاری اجرایی و برنامه ریزی هماهنگ در دستگاه های اجرایی دولتی و نهادهای غیردولتی و مردم نهاد در سطوح مختلف ملی، استانی و شهرستانی است. لیکن مطالعات حاکی از آن است که سیاستها و برنامه های توسعه ای کشور در زمان اجرا دچار چالش می شود و در عمل اقبالی برای استقرار کافی و رضایت بخش نمی یابند. یکی از دلایل آن نبود ضمانت های کافی از قبیل تداوم حمایت سیاسی مدیران، مشخص نبودن ساز و کار عملیاتی شدن برنامه و سیاست مذکور در سطح ملی، استانی و شهرستانی است (Gholaminataj 2010).

سلامت یکی از ارزش ها و نیازمندیهای پایه ایی رشد هر انسان و حقی پذیرفته شده در مکاتب الهی و اسناد بین المللی همچون اعلامیه حقوق بشر، اعلامیه حقوق بشر اسلامی و بیانیه سازمان جهانی بهداشت است (HPC 2009). اصول ۲، ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی کشور، مصوب سال ۱۳۵۸، قسط و عدل و انسجام اجتماعی را از اهداف نظام جمهوری اسلامی ایران برشمرده شده است و بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی ملت می داند و دولت را موظف می کند در راستای نیل به اهداف مذکور، همه امکانات خود را برای اموری همانند پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیر بیمه به کار برد و از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، حق همگانی برخوردار از خدمات و حمایت های تأمین اجتماعی همچون نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتهای پزشکی را برای تک تک افراد کشور فراهم نماید (RCICP 2013). از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت از احساس رضایت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی است (WHO 1948). اگرچه حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی می باشد لیکن تولید آن بر عهده دولتها گذاشته شده است؛ دولت ها نیز برای پاسخگویی مسئولانه به نیاز سلامت مردم سامانه ای مشارکتی را شکل می دهند که نظام سلامت نامیده می شود و شامل تمام سازمان ها، موسسات و منابعی هستند که به ارائه (یا تولید) اقدامات سلامت اختصاص دارند؛ یک اقدام سلامت عبارت از: هر گونه تلاشی است که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت می باشد (Murray and Frenk 2000).

جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز سامانه ای با میدان دیدی ملی به نام اتاق فکر سلامت راه اندازی کرد که در بیانیه رسالت آن آمده است: «اتاق فکر محلی است که با سه فعالیت کلیدی تولید ایده های نو، ساماندهی مشارکت ذینفعان نظام سلامت و تدوین گزارش- های معطوف به سیاست های سلامت سروکار دارد. این واحد بیشتر از نتایج تحقیقات استفاده می کند و به کاربردی شدن آنها می اندیشد و سعی دارد تا ضمن حفظ استقلال خود با مشارکت کلیه ذینفعان نظام سلامت ایده های نو برای پاسخ به مشکلات فعلی و نیازهای آینده تولید کرده و آنها را کاربردی کند. اتاق فکر از دو بخش مدیریت ایده ها و حمایت طلبی برای کاربردی شدن آنها تشکیل شده است که زیر نظر شورای سیاست گذاری اتاق فعالیت کرده و به شبکه ذینفعان متصل است» (Damari 2007). دانشگاه علوم پزشکی تهران، واحدی به نام مرکز تحقیق و توسعه سیاست های دانشگاهی دارد که وظایف کلیدی آن در اساسنامه عبارتند از: مبتنی بر شواهد کردن تصمیم های دانشگاه در حوزه فعالیت دانشگاه و همچنین سطح ملی و بین المللی، همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی مرتبط در داخل و خارج از کشور، توانمندسازی مدیران حال و آینده نظام سلامت برای سیاست گذاری، انتشار نتایج از طریق همایش ها، مکتوبات و انجام پژوهش های کاربردی و توسعه ای» (UPRDC 2013).

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سامانه ای به نام مرکز تعالی دانشگاه راه اندازی کرده است که این اهداف را برای خود برگزیده است: ارتقای همه جانبه نظام سلامت، ارتقای نظام آموزش علوم پزشکی، ارتقای نظام تحقیقات، ارتقای نظام مدیریت و سامانه ها و ایجاد بستر مناسب برای رشد، شکوفایی و بکارگیری نخبگان، اندیشمندان، خبرگان و استعدادهای درخشان. ماموریت این مرکز ایجاد شبکه و بانک فکری متفکران و بهره گیری از تمامی ظرفیت اندیشمندان در چهار حیطه سلامت، آموزش، پژوهش و مدیریت و سامانه ها تعیین شده است و به عنوان مرکز تصمیم سازی این وظایف را به عهده دارد: انجام مطالعات

پیچیده بودن نظام سلامت و ضرورت سیاست گذاری مبتنی بر شواهد ایجاب می کند تا نظام سیاست گذاری سلامت بر اساس ویژگی ها و معیارهای قابل قبول پایه گذاری شود؛ ویژگیهای چنین سامانه ای در هفت اصل: مشارکت ذینفعان، پاسخگویی اجتماعی، ضمانت اجرا، شایسته سالاری، جایگاه باثبات، استناد به شواهد علمی، و توانایی همکاری جمع بندی می شود (Damari et al. 2010).

خوشبختانه در کشور ما تجربیات متفاوتی از طراحی و استقرار نظام های کمک کننده به فرایند سیاست گذاری و برنامه ریزی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی وجود دارد، اما متأسفانه اغلب آنها نه به خوبی مستند شده اند و نه گزارشی از ارزشیابی آنها موجود می باشد، نتیجه آنکه در خیلی از موارد توسعه آنها در سطح کشور متوقف شده است. بررسی ها نشان می دهد دانشگاه های علوم پزشکی برای پشتیبانی فرایند سیاست گذاری، برنامه ریزی و تصمیم گیری خود از کمک واحدهای زیر استفاده می کنند (Ebrahimipour 2005).

- ۱- معاونت های دانشگاه (پشتیبانی، درمان، بهداشت، پژوهشی، دانشجویی)
- ۲- کمیته تحول اداری، کمیته ی ارتقای کیفیت، کمیته ی پیشنهادات، کمیته ی برنامه ریزی استراتژیک
- ۳- مشاورین رسمی و گروه های غیررسمی و غیرمدون مشاور- افراد معتمد
- ۴- رؤسای دانشکده های مختلف و اعضای هیأت علمی
- ۵- شوراهای دانشگاه و شورای مدیران دانشگاه
- ۶- صاحب نظران در رشته ای مورد نظر
- ۷- مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، روابط عمومی، اداره بازرسی و ارزیابی عملکرد دانشگاه، واحد آمار
- ۸- مدیریت طرح و برنامه، مدیریت تشکیلات، آموزش و بودجه ی برنامه ای

ریزی و توسعه استان، به خود گرفت؛ در آیین نامه مصوب، شرح وظایف زیر برای این کارگروه تعیین شد:

- ۱- اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که مورد تأیید هیات وزیران قرار گرفته است در سطح استان
 - ۲- جمع آوری اطلاعات و اولویت بندی مشکلات استانی و انعکاس پیشنهادات در رابطه با سلامت و امنیت غذایی به دبیرخانه شورای عالی
 - ۳- بررسی و تصویب پیشنهادات و برنامه ریزی راهبردی ارائه شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان یا سایر دستگاههای ذیربط استانها در زمینه ارتقاء خدمات سلامتی و امنیت غذا
 - ۴- هماهنگی در اجرایی کردن مصوبات مربوط به پیشگیری از ایدز و کنترل آن و ارایه برنامه عملیاتی پیشگیری سالیانه در سطح استان
- در همین آئین نامه آمده است که کارگروه شهرستانی سلامت و امنیت غذایی باید راه اندازی شود که آئین نامه مربوط به آن توسط کارگروه تخصصی تهیه و تصویب می شود (HPC 2013). ب) هیات های امنای دانشگاه های علوم پزشکی نیز از جمله شوراهایی هست که در تصمیمات کلان دانشگاه دخیل هستند ولی قلمرو اصلی وظایف این شورا در حوزه مالی-معاملاتی و اداری-استخدامی است و جای تصمیمات برنامه ریزی و توسعه ای برای سلامت جمعیت تحت پوشش در آن خالی است (Damari 2013). ج) شرح وظایف هیات رئیسه دانشگاه، مطابق آئین نامه مدیریت دانشگاه ها مصوب جلسه ۳۴۳ مورخ ۱۳۷۶ شورای عالی انقلاب فرهنگی، عبارت است از فراهم کردن زمینه های اجرایی مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی، پیشنهاد نمودار سازمان و ساختار تشکیلاتی به هیات امناء، بررسی شیوه اجرایی کردن تصمیمات هیات رئیسه و نظارت بر عملکرد واحد ها، فراهم کردن زمینه مردمی کردن دانشگاه و خودکفایی آن، پیشنهاد بودجه سالانه به هیات امناء و تصمیم گیری در زمینه

بنیادی و کاربردی برای تولید و تامین دانش مورد نیاز توسعه و تعالی؛ انتشار مستندات و شواهد مورد نیاز تصمیم گیری، سیاست گذاری و مدیریت در حیطه های تخصصی؛ برنامه ریزی، بسترسازی و طراحی برنامه های آینده ساز؛ مطالعه، تدوین و پیشنهاد سیاست های کلان؛ مطالعه، تدوین و ارائه راهکارهای توسعه سامانه های جاری؛ نقد علمی سیاست های جاری؛ ظرفیت سازی سرمایه انسانی برای عملی سازی سیاست ها و طرح ها؛ تدوین، مدیریت و هدایت طرح های تغییر و اصلاحات آکادمیک؛ مطالعه و طراحی سامانه های جدید و سازوکارهای اجرایی آنها؛ ارزیابی نحوه اجرا و میزان تحقق اهداف سیاست ها و طرح های اصلاحی (UEC 2013).

مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی نیز به عنوان جا افتاده ترین مرکز توسعه دانشگاهی در دانشگاه های علوم پزشکی است که اخیرا نیز رتبه بندی از عملکرد آنها به انجام رسیده است و عموما وظایف تحقیق و توسعه در زمینه آموزش پزشکی و توانمندسازی اعضای هیات علمی را بر عهده دارد (RMEDC 2013).

بررسی وضعیت شوراهای تصمیم گیرنده برای سیاست های سلامت، آموزش و پژوهش علوم پزشکی در سطح استان نیز، تعدد ساختاری و همپوشانی هایی بسیاری نشان می دهد (Damari et al. 2010)؛ از جمله مهمترین موارد عبارتند از: الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که بر طبق ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه، تشکیل گردید و مقرر شد تشکیلات پیشنهادی این شورا در سطح استان ها نیز شکل بگیرد؛ از سال ۱۳۸۵ این شوراها مطابق دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در استانداری ها تشکیل شد اما در سال ۱۳۸۷ با مصوبه هیات وزیران مبنی بر ساماندهی شوراهای تصمیم گیری در استان، این شورا صورت جدی تر و رسمی تری با عنوان کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، ذیل شورای برنامه

که در جدول ۲ آمده است. همانطور که مشخص است به رغم قوت های موجود در نظام تولید، ضعف یا نقاط بهبودی وجود دارد که تبعات آن را در دانشگاه‌ها نیز به صورت پراکندگی واحدهای تصمیم گیر می‌توان ملاحظه کرد (Delavari et al. 2007).

ارتقای شاخص‌های سلامت مردم ایران مستلزم حرکت منسجم استان‌های کشور با هدایت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی است، بی شک استقرار برنامه‌های توسعه و اسناد بخشی ابلاغ شده از وزارت بهداشت به وجود بستر ساختاری مناسب در سطح استان‌ها نیازمند است. از آنجائیکه سلامت موضوعی همه جانبه بوده و عوامل زیادی بر آن موثر است شکل گیری ساختاری که بتواند مدیریت این عوامل را برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت نماید کاری دشوار ولی ممکن است. تحلیل وضعیت تولید در نظام سلامت نشان داد که بستر یکپارچه‌ای برای عملیاتی سازی سیاست‌ها در استان‌ها فراهم نیست و لازم بود تا وضع موجود استان‌ها از حیث فرایندهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بررسی شده و الگویی در خور توجه برای سطح استان ارایه شود.

روش کار

این مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و از روش طراحی سیستم استفاده شده است. اطلاعات لازم برای طراحی از سه طریق، (۱) مرور منابع علمی منتشر شده در زمینه سامانه‌های سیاست گذاری سلامت، (۲) تحلیل محتوای اسناد مرتبط به ساختارهای تصمیم گیر و تصمیم ساز در حوزه سیاست گذاری و برنامه‌ریزی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور (۳) نظرخواهی کتبی از تمامی روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی با استفاده از پرسشنامه حاوی سه سوال بسته زیر جمع آوری شد:

- آیا دبیرخانه‌ای به منظور انجام امور پیگیری مصوبات شورای سلامت و امنیت غذایی در چارت سازمانی و تشکیلاتی دانشگاه لحاظ شده است؟
- در حال حاضر برای انجام امور کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی نظام کاری مدونی (حداقل

فرصت های مطالعاتی و دوره های کوتاه مدت آموزشی و تحقیقاتی. د) مطابق همین آئین نامه شورای دیگری به نام شورای دانشگاه عموماً نقش تصمیم گیری در مورد سیاست های آموزشی و پژوهشی و بررسی عملکرد دانشگاه در این زمینه را برعهده دارد. بر همین اساس حداقل چهار شورای تخصصی در دانشگاه پیشنهاد شده است که عبارت است از شوراهای تخصصی آموزش، پژوهش، دانشجویی و فرهنگی (ICRHC 2013a). مطالعه وظایف نهادهای اصلی تصمیم گیری اشاره شده نشان می دهد که در عمل پس از سیاست ادغام آموزش و پژوهش در پشتیبانی از ارائه خدمات، بیانیه صریحی مبنی به تصمیم گیری در زمینه ارتقای شاخص های سلامت منطقه تحت پوشش در شرح وظایف شوراهای تصمیم گیری دانشگاه دیده نمی شود.

موج برنامه‌ریزی راهبردی در کشور در سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴ سبب شد دانشگاه های علوم پزشکی نیز در یک اقدام هماهنگ و هدایت شده از طرف وزارت بهداشت، برنامه های راهبردی خود را تدوین کنند؛ در گزارش جمع بندی این برنامه ها، دانشگاه های که در وضعیت سازمانی حفظ و نگهداری بودند حدود ۶۵٪، دانشگاه هایی که در وضعیت سازمانی تدافعی بودند ۳۰٪ و فقط ۵٪ آنها در موقعیت توسعه ای قرار داشتند. ضعف در سیستم های پایش و نظارت، هماهنگی درون و برون بخشی و عدم تناسب ساختار با وظایف محوله از مشکلات عمومی دانشگاه ها بود که کماکان وجود دارد (Damari 2005; HPC 2009)، مشکلات عمومی دانشگاه های علوم پزشکی به ترتیب اهمیت و تکرار در جدول ۱ آمده است.

بررسی کارکرد تولید (تضمین خدمت گذاری) در وزارت بهداشت از سه جنبه، استفاده از خرد جمعی (مشارکت ذینفعان و استفاده از شواهد)، دورنما (داشتن چشم انداز، سیاست، برنامه و نظام برنامه‌ریزی) و تاثیر (حقوق مصرف کنندگان، همکاری بین بخشی و تنظیم مقررات و نظارت) نقاط قوت و وضعی را نشان می‌دهد

است؛ تحلیل محتوای اسناد ساختارهای موجود تصمیم گیر و تصمیم ساز در دانشگاه های علوم پزشکی نشان می دهد که هسته های متعددی برای این کار انجام وظیفه می کنند که اغلب نیز جنبه های آموزشی و پژوهشی وظایف دانشگاه را پوشش می دهند و نقش هماهنگی بین سیاست های آموزشی، پژوهشی با خدمات سلامت مورد نیاز در مستندات موجود برای فرد یا جایگاه خاصی تفیذ نشده است. به عنوان نمونه مرور مجموعه مداخلات یکی از دانشگاه های علوم پزشکی تپ دو در یک دوره چهار ساله نشان می دهد: با وجود اینکه حوزه جغرافیایی تحت نظارت آن، اولین رتبه چاقی را در کشور دارد اما اولویت های تحقیقاتی دانشگاه کمترین تاکید بر مسائل و مشکلات چاقی را داشته و یا دوره های آموزشی غیرمرتبطی را در دست اجرا یا راه اندازی دارد. به همین ترتیب از بدو راه اندازی کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان سیاست بین بخشی مرتبطی با مدیریت چاقی را مطرح و تصویب نکرده است.

در اسناد موجود نقاط بهبود متعددی برای نظام سیاست گذاری سلامت در سطح استان وجود دارد، از آن جمله ضعف در پایش و ارزشیابی سیاست ها و برنامه های سلامت استان. همچنین کمیته راهبری تاکید دارد با اینکه بیش از ۱۰۰ برنامه در حوزه بهداشت وزارت بهداشت وجود دارد اما پایش برنامه ها در سطح ستادی عموماً بر اساس گزارش عملکردی است که گاه دانشگاه در قبال بودجه تخصیص یافته ارایه می دهد و این گزارش ها چارچوب یکسانی نداشته و قابلیت مقایسه با سال های گذشته ندارد و نمی توان به وضوح مشخص کرد که دانشگاه مورد نظر به چه میزان به اهداف خود در سطح اثر نهایی (کاهش ابتلا به بیماری ها، مرگ ها و آسیب ها) نزدیک شده است. غالباً ارزشیابی دوره ای برنامه های سلامت نیز توسط ستاد انجام نمی شود تا میزان موفقیت کلی آن مشخص شود و این وضعیت در دانشگاه هم صادق است. دانشگاه نیز صرفاً اطلاعاتی را که ستاد درخواست می کند جمع آوری کرده و ارسال می کند. یکی از علل ریشه ای این

مکتوب) برای روش و چارچوب طرح موضوع در کارگروه، شیوه پایش و ارزیابی مصوبات دارد؟

• آیا با ایجاد «دبیرخانه سیاست گذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی» برای «هماهنگی و پیگیری امور مرتبط به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و هیات امنای دانشگاه» موافق هستید؟

تحلیل ذینفعان با توجه به دو معیار میزان نفوذ و وظیفه قانونی سازمان ها، انجام و اعضای کمیته راهبری از نمایندگان مهمترین نهادها شامل: معاون هماهنگی و دبیر مجامع وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، هماهنگ کننده دبیرخانه هیات امنای، هماهنگ کننده دبیرخانه سیاست گذاری وزارت بهداشت، هماهنگ کننده دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، نمایندگان تام الاختیار معاونت های غذا و دارو، سلامت، آموزش، پژوهش، توسعه مدیریت و منابع و نماینده دانشگاه های علوم پزشکی (یک نماینده از دانشگاه های تپ ۱، ۲، ۳) انتخاب شدند. اطلاعات تولید شده برای اعضای کمیته راهبری به تدریج ارایه شد؛ بحث های جلسات ضبط شده و بخش چالش ها و نقاط بهبود به صورت چند پاراگراف جمع بندی شد؛ سپس اصول و الزاماتی برای طراحی نظام توافق شد؛ بر اساس اصول و الزامات توافق شده اجزای نظام پیشنهادی برای «دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان» شامل مأموریت و اهداف، فرایندهای اصلی-روال-استاندارد، ساختار، شیوه مدیریت و منابع(مالی، انسانی، اطلاعاتی، فیزیکی) تدوین و طی چند جلسه بحث گروهی متمرکز با خبرگان منتخب در نظام سلامت به شکل آئین نامه تکمیل شد. جلسات بحث گروهی متمرکز بر اساس عناوین ۵ ماده آئین نامه پیشنهادی به عنوان سوال برگزار می شد و نگارش متن آئین نامه در هر بند در همان جلسه انجام می شد. در پایان آئین نامه به کمیته راهبری ارائه و با نظرات آنها نهایی گردید.

نتایج

اهم یافته های مطالعه درباره نقاط بهبود نظام سیاست-گذاری سلامت در سطح استان در جدول ۳ خلاصه شده

بایست مصوبات آن در شورای برنامه ریزی و توسعه استان مجدداً تصویب شود. دانشگاه‌ها از فرصت این کارگروه به خوبی استفاده نکرده‌اند و حتی دبیرخانه آن در خیلی از دانشگاه‌ها معطوف به یک کارشناس در معاونت بهداشتی است. خصوصاً اینکه رئیس دانشگاه همانند هیات رئیسه، این کارگروه را به عنوان محل تصویب مطالبات خود در زمینه ارتقای سلامت استان نمی‌بیند و در اولویت وی قرار ندارد.

ضعف یا کمی حضور ذینفعان کلیدی استان و دانشگاه در تدوین سیاست‌های دانشگاهی و مشخص نبودن نقش مردم در فرایند سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت از خلاءهای موجود است؛ با وجود تعدد مراکز و واحدهای درون دانشگاهی متولی تحلیل، برنامه ریزی و تهیه آمار مانند کمیته برنامه راهبردی، کمیته ارتقای کیفیت، کمیته ارزیابی دانشگاه، کمیته اصلاح ساختار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی هنوز واحدی برای تحلیل دوره‌ای وضعیت سلامت استان مسئول نیست. ۷۰/۶٪ از روسای دانشگاه‌ها اعتقاد داشتند که در ساختار فعلی دانشگاه واحدی برای مقایسه وضعیت موجود با سال‌های گذشته و با سایر دانشگاه‌های داخلی و خارجی وجود ندارد و ۶۵/۱٪ بیان کردند که واحدی نیز برای پیش‌بینی نیازهای آینده دانشگاه موجود نیست. برنامه عملیاتی حاصل از برنامه راهبردی دانشگاه از بودجه ریزی سالانه منفک عمل می‌کند. در خیلی از موارد حتی اثری از مواد قانونی برنامه‌های توسعه کشور در بخش سلامت و اسناد توسعه استان در این برنامه‌ها دیده نمی‌شود و این خود جای خالی نظام برنامه ریزی سلامت در سطح استان را نشان می‌دهد. در همین مورد اتصال بین هیات رئیسه، هیات امناء و شورای دانشگاه و شوراهای تخصصی آموزشی، پژوهشی، فرهنگی و دانشجویی دانشگاه نیازمند شفافیت بیشتر است تا مشروعیت تصمیم‌گیری مدیران دانشگاه به درستی نمایان شود.

در نظرخواهی از روسای دانشگاه‌ها راجع به اینکه آیا دبیرخانه‌ای به منظور انجام امور پیگیری مصوبات شورای

مسئله عملکرد عمودی و ارتباط مستقل معاونت‌های وزارت بهداشت با معاونت‌های متناظر خود در سطح دانشگاه‌ها است که هماهنگی بین سیاست‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت را کم‌رنگ می‌کند. در حال حاضر تعدد برنامه، ابلاغیه و تکلیف در دانشگاه وجود دارد و سامانه‌ای یکپارچه برای هماهنگی، عملیاتی‌سازی (تقسیم کار و اتصال به بودجه)، اطلاع‌رسانی، پایش و ارزشیابی آنها به منظور ارتقای شاخص‌های سلامت استان وجود ندارد و یک نوع سردرگمی به چشم می‌خورد. یک قسمت از دانشگاه مسئولیت می‌یابد که در اسرع وقت برای عملیاتی کردن اسناد فوق و گنجاندن آنها در برنامه راهبردی دانشگاه و برنامه عملیاتی سالانه هماهنگی‌ها و اقدامات لازم را پیگیری نماید. حدود ۷۰٪ روسای دانشگاه‌ها اظهار داشتند که در ساختار دانشگاه، واحدی برای بررسی مقررات موجود، اصلاح آنها و بررسی پیامدهای ناشی از تغییر مقررات نیز وجود ندارد.

از دیگر نقاط بهبود در نظام تصمیم‌گیری و سیاست گذاری در سه سطح هیات رئیسه دانشگاه، هیات امناء و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ضعف استفاده از شواهد است. ۵۵٪ روسای دانشگاه‌ها بیان کردند: واحدی که متولی گردآوری اطلاعات روزآمد و تشکیل بانک‌های اطلاعاتی برای پشتیبانی از تصمیم‌گیری باشد، موجود نیست. ارایه آمار تنها در شوراهای مرتبط کافی نیست و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد قواعد خود را ندارد. فرایند حل مشکل نیازمند ارتباط مستقیم بدنه پژوهشی دانشگاه با شوراهای مذکور دارد این اقدام وقتی مشکلات سلامتی متعدد است پیچیده شده و نیازمند یک واحد یا سامانه واسط و میانجی است تا رتق و فتق امور مبتنی بر شواهد بودن تصمیم‌ها را انجام دهد.

با توجه به گذشت چند سال از ایجاد کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان‌ها می‌توان گفت: با اینکه این شورا محلی برای تعامل و همکاری بین بخشی است اما ضمانت اجرایی قوی برای مصوبات آن وجود ندارد چرا که بیشتر جنبه مشورتی داشته و می

بررسی اعضای کمیته راهبری به شرح پیوست یک این مقاله نهایی شد.

بحث

فرآیند منطقی سیاست‌گذاری عمومی/سلامت مبتنی بر شواهد و مشارکت ذی نفعان شامل مراحل «تدوین مساله»، «شناخت مساله»، «راه حل های ممکن»، «تصمیم‌گیری»، «اجرا» و «ارزشیابی و بازخورد» است که در بافت اخلاقی و فضای سیاسی هر جامعه اتفاق می افتد (Roberts et al. 2004). در مجموع یافته‌های مطالعه ما نشان داد که تعدد مراکز تصمیم ساز و تصمیم‌گیر در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ناهماهنگی بین سه کارکرد اصلی دانشگاه‌ها علوم پزشکی (آموزش، پژوهش و خدمات سلامت)، نبود نظام پایش و ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت استان، استفاده ناکافی از فرصت همکاری بین بخشی در کار گروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی و نبود مشارکت نظام‌مند دانشگاهیان و مردم در چرخه سیاست‌گذاری سلامت استان مهمترین چالش‌های است که در مراحل شش‌گانه فوق وجود دارد که سایر بررسی‌ها نیز آنرا تایید می‌کنند، اشتریان معتقد است از آنجاکه سیاست‌گذاری عمومی وارد مسایل عینی و عملی می‌شود شاید بتوان گفت در ایران چیزی به نام مطالعات سیاست‌گذاری عمومی نداریم و از جمله مهمترین آسیب‌های فرآیند سیاست‌گذاری عمومی در ایران به (۱) نبود چارچوب نظری مشخص در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا (۲) مطرح نبودن اولویت بندی در ارزش‌ها (۳) بی توجهی به مطالعه «اجرای سیاست‌ها» و (۴) نبود بدنه کارشناسی دولتی مجهز به مهارت‌های لازم برای اجرای سیاست‌ها اشاره می‌کند (Ashtarian 2006). مطالعه عملکرد کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها در سال ۱۳۸۷ نیز نشان داد که موضوعات اولویت دار سلامت در این کارگروه‌ها مطرح نمی‌شود و به عبارت دیگر از این ظرفیت استفاده موثری نمی‌شود. اتصال دبیرخانه یکپارچه سیاست‌گذاری به حوزه‌های مختلف دانشگاه موجبات طرح دستورکارهای مهم و اولویت دار را فراهم می‌آورد (Damari 2012).

سلامت و امنیت غذایی در چارت سازمانی و تشکیلاتی دانشگاه لحاظ شده است؟ کلیه دانشگاه‌ها پاسخ منفی به این پرسش داده‌اند. همچنین در پاسخ به این سوال که آیا با ایجاد «دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی» برای «هماهنگی و پیگیری امور مرتبط به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و هیات امناء دانشگاه» موافق هستید؟ ۸۰٪ دانشگاه‌های پاسخ دهنده نظر موافق و بیست درصد آنها نظر مخالف داشتند.

مرور اسناد بالادستی کشور نشان داد که قانون‌گذار برای ارتقای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت راهبردهای مناسبی را در قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور مصوب کرده است از جمله: براساس بند ب ماده ۳۶، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت متمرکز می‌گردد و در بند ح ماده ۳۸ وزارت بهداشت به عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور معرفی می‌شود و همچنین در ماده ۲۱۹، به منظور استقرار نظام بودجه‌ریزی عملیاتی، دولت موظف می‌گردد تا پایان سال دوم برنامه به تدریج زمینه‌های لازم را برای تهیه بودجه به روش عملیاتی در کلیه دستگاههای اجرائی فراهم آورد به نحوی که لایحه بودجه سال سوم برنامه [۱۳۹۲] به روش مذکور تهیه، تدوین و تقدیم مجلس شورای اسلامی شود.

اصول و الزاماتی که باید در طراحی واحدی که بتواند کارکرد مدیریت هماهنگ سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت استان را عملی کند و مشکلات پیشگفت را رفع کند یا تخفیف دهد به شرح جدول ۴ در کمیته راهبری توافق شد و بر مبنای آنها آیین‌نامه دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان به منظور کمک به سیاست‌گذاری هماهنگ، مبتنی بر شواهد و خرد جمعی در ارتقای سلامت استان، تسهیل ارتباط و مشارکت بین‌بخشی، پیگیری و پایش نظام‌مند مصوبات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، هیات امناء و هیات رئیسه دانشگاه، در ۱۲ ماده پیش‌نویس شد که پس از نقد و

شامل سه کارشناس مسئول در حیطه هماهنگی سیاست ها و برنامه های بین بخشی سلامت استان (دستگاه های اجرایی و کار گروه سلامت و امنیت غذایی استان)، سیاست ها و برنامه های درون دانشگاهی سلامت استان (معاونت ها، دانشکده ها، شبکه های بهداشتی درمان شهرستان) و کارشناس مشارکت مردم و دانشگاهیان) است که زیر نظر رئیس دبیرخانه فعالیت می کنند و این رئیس عضو کلیه شوراهای اصلی شامل هیات رئیسه دانشگاه، هیات امنا، شورای دانشگاه و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی می باشد. مطابق این آیین نامه، عملیات اجرایی و پاسخگویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی صرفا بر مبنای یک برنامه بین بخشی مدون و مصوب هیات امنا خواهد بود که نام آن «برنامه راهبردی ۵ ساله دانشگاه» است. برنامه راهبردی دانشگاه از نظر دوره زمانی منطبق با برنامه های توسعه ۵ ساله کشور است؛ سایر برنامه های موجود (برنامه جامع سلامت استان، تکالیف و برنامه های ابلاغی وزارت خانه) به عنوان اسناد بالادستی محسوب شده و می بایست در درون برنامه راهبردی لحاظ شود. تصویب سند برنامه راهبردی، برنامه های عملیاتی و بودجه های سالانه منتج از آن و گزارشات عملکردی مرتبط بر عهده هیات امنای دانشگاه است. برای هماهنگی و یکپارچه سازی عملیات اجرایی برنامه های سلامت استان، پایش و تدوین گزارش های پیشرفت برنامه راهبردی - دبیرخانه سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت استان - با ادغام دبیرخانه های موجود شامل سیاست گذاری سلامت استان، هیات امنای دانشگاه، برنامه ریزی راهبردی دانشگاه، مطابق چارت ابلاغی حوزه مشاور وزیر در امور هیات امنا در حوزه ریاست دانشگاه تشکیل می گردد. داشتن یک برنامه راهبردی با مرجع مشخص برای پیگیری و پایش، موجبات جذب فعال و تجمیع منابع مالی و اتصال آن به برنامه را فراهم می کند و این رویکرد فرهنگ تامین و جذب فعالان منابع مالی (از سایر منابع مانند خیرین و بخش خصوصی یا جلب حمایت از منابع ملی) برای برآوردن اهداف سلامت استان را با رویکرد جاری جذب منابع (که

پژوهش وضعیت هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی نیز بیان می دارد که یکی از وظایف اصلی هیات های امنا، سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان دانشگاه و نظارت بر آن است که ایجاد یکپارچگی، ابزار اجرایی این وظیفه را فراهم می کند و همچنین سطح نفوذ هیات امنا و عملیاتی شدن درخواست های آنان از دستگاه ها به دلیل وجود دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی (در دل دبیرخانه و زیر نظر هیات امنا) تقویت می شود (Damari et al. 2013).

از آنجاکه در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور بر سیاست کلی انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به یکپارچگی سیاست گذاری، برنامه ریزی، نظارت و ارزشیابی و تخصیص منابع عمومی تاکید شده است و مجلس شورای اسلامی نیز با انتخاب راهبرد تمرکز سیاست گذاری، برنامه ریزی و نظارت در بخش سلامت در وزارت بهداشت و همچنین راهبردهای تعیین وزارت بهداشت، به عنوان سیاست گذار و ناظر عالی سلامت، ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و الزام پیوست سلامت برای طرح های توسعه ای کلان، در تلاش برای تحقق سیاست کلی فوق است (Vosoogh Moghaddam et al. 2013)؛ همچنین در نقشه جامع علمی کشور، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت به عنوان اولین مورد در اولویتهای الف در حیطه سلامت مطرح شده است (ICRHC 2013b) و نقشه تحول نظام سلامت هم بر لزوم تقویت سیاست گذاری و برنامه ریزی در ساختاری منسجم تاکید دارد (HPC 2012). نظام طراحی شده برای دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان همزمان می تواند هر دو حیطه درون و برون بخشی سلامت را همسو با مواد قانونی برنامه پنجم و سایر اسناد بالادستی هماهنگ نماید. ویژگی های متعددی برای نظام طراحی شده وجود دارد. این واحد بانظارت عالی رئیس دانشگاه (به عنوان قائم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در استان و دبیر کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان) و

منتظر منابع تخصیص از سطوح فوقانی است) جایگزین می‌کند. از مزایای ایجاد چنین یکپارچگی هماهنگی بین اهداف تکلیف شده، اتصال و هماهنگ بودن برنامه‌های توسعه‌ای و جاری سازمان، تقسیم کار مشخص بین واحدهای سازمانی، پایش و ارزشیابی دوره‌ای و اتصال برنامه عملیاتی به بودجه‌های سازمان خواهد بود.

ضعف یا کمی حضور ذینفعان کلیدی استان و دانشگاه در تدوین سیاست‌های دانشگاهی از خلاءهای موجود است، تجربیات و شواهد معتبر نشان می‌دهد یکی از ابزارهای پایداری برنامه‌ها و سیاست‌ها ارتباط مستمر با ذینفعان برنامه است؛ این ذینفعان در ساده‌ترین دسته بندی شامل: تامین کنندگان منابع، استقرار دهندگان ارشد، ارایه کنندگان خدمات و کاربران نهایی هستند، عدم مشارکت آنها ناپایداری برنامه‌ها را به ویژه در جابجایی مدیران به همراه دارد. ارتباط مستمر با آنان نیازمند وجود سامانه‌ای است که در مراحل تدوین سند سیاست یا برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی از مشارکت آنها استفاده شود. این راهی است که کشورهای پیشرو برای ثبات برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت خود در پیش گرفته‌اند. دبیرخانه این فرصت را دارد تا از طریق شبکه ذینفعانی که تشکیل می‌دهد، مشارکت آنها را در طول مسیر تدوین و اجرای برنامه فراهم آورد. مشارکت ذینفعان یکی از ابزارهای موفق در ارتقای مالکیت و پایداری برنامه است تا با تغییر مدیران اجرایی برنامه‌های تدوین شده متوقف نشود.

نبود فرهنگ کار پروژه‌ای در عملیات برنامه‌های سلامت دانشگاه و کم توانی کارشناسان و مجریان در استقرار توده‌ای پروژه‌های برنامه راهبردی دانشگاه یکی دیگر از موانع دستیابی به اهداف سلامت استان است، در پیشنهاد فوق ارتباط افقی و عمودی کارشناسان ارشد دبیرخانه به پیام‌گزاران سلامت استان تعریف شده است که ضمن ایجاد شبکه توانمند، قادر خواهد بود برنامه‌های توانمندسازی کارشناسان سازمان‌ها و واحدهای تابعه را به اجرا بگذارد.

پژوهش ما نشان داد که معلوم نیست مردم در کجای فرایند سیاست‌گذاری سلامت استان قرار دارند. در عمل زمانیکه نیازمند پول هستیم از آنها کمک گرفته ایم. در صورتیکه مردم صاحب فکر و ایده هستند و به غیر از منابع مالی که از طریق سامانه‌های خیرین قابل مدیریت است می‌توان از فکر و ایده‌های بومی و همچنین قدرت شبکه‌های غیررسمی آنها برای ارتقای سلامت کمک گرفت ما به اندازه کافی بر مشارکت مردم سرمایه‌گذاری نکرده ایم. علاوه بر نقش مردم در فرایند سیاست‌گذاری سلامت استان باید به کارکردهای اعضای هیات علمی، محققان و کارشناسان دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی و حتی گستره استانی هم فکر کرد. چقدر دانشگاه در اجرای سیاست ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در خدمات سلامت موفق بوده است. یکی از شاخص‌ها، میزان مشارکت اعضای هیات علمی و کارشناسان در فرایند سیاست‌گذاری سلامت است. اگر سلامت مفهومی وسیع و چند بخشی است، پس جایگاه سایر خبرگان غیرعلوم پزشکی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت چیست؟ با توجه به روند افزایش افراد تحصیل کرده و توسعه دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها در استان هنوز هم باید خبرگان در سطح پایتخت به جای متخصصان و مطلعان استان‌ها فکر کرده و نسخه درمانی تجویز کنند که تبعات این تمرکز گرایی، عدم توانمندی استان در رفع مشکلات بومی و افزایش توقعات و مطالبات از حوزه‌های ستادی است؛ به نظر در این مورد نقش هماهنگ کننده و ناظر ارشد برای حوزه‌های ستادی وزارت بهداشت برآزنده تر باشد. پیش‌بینی اندیشگاه سلامت برای مشارکت دانشگاهیان و همچنین خانه مشارکت مردم برای مشارکت گروه‌های مختلف مردمی و اتصال آن به دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان فرصت تعامل و مشارکت این دو گروه را در فرایند سیاست‌گذاری و برنامه ریزی فراهم می‌آورد. از سوی دیگر حضور رابطان دستگاه‌ها در دبیرخانه موجب فراهم شدن مقدمات سلامت محوری دستگاه‌ها را فراهم می‌آورد؛ استقرار فرایند تدوین پیوست سلامت در گستره استانی توسط این رابطان و دبیرخانه

منابع، استفاده کرده و آنها را تقویت کند، رعایت شده است. متأسفانه در این طرح به علت محدودیت منابع و زمان، امکان جلب مشارکت و نظرخواهی از دستگاه های تاثیر گذار بر سلامت استان در طراحی آیین نامه دبیرخانه فراهم نشد.

نتیجه گیری

کارکرد اصلی دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان به عنوان بازوی فکری رئیس دانشگاه، تضمین هماهنگی در تولید سلامت استان با مراقبت از سه حیطه گردآوری اطلاعات حیاتی و خرد جمعی، سیاست گذاری- برنامه ریزی و تاثیرگذاری بر ذی نفعان با حاکمیت درون بخشی و همکاری بین بخشی است.

با اینکه مستندات قانونی و اسناد بالادستی ضرورت ایجاد چنین واحدی را تاکید و تقویت می کند و روسای دانشگاه های علوم پزشکی این نیاز را احساس و اعلام کرده اند اما برای عملکرد مناسب این دبیرخانه الزامات دیگری نیز باید فراهم شود، از جمله: ورود دبیرخانه در نمودار سازمانی و ساختار تشکیلاتی دانشگاه، دستورعمل برنامه ریزی جامع استانی، برنامه ریزی راهبردی و عملیاتی سالانه (تا سطح روستا) و ارتباط آن با واحد های ستادی در وزارت بهداشت، دستورعمل شبکه ذینفعان سیاست گذاری سلامت استان، نرم افزار ثبت و پایش برنامه ریزی عملیاتی دانشگاه در سطوح شهرستان، بخش و دستگاه های استان، آئین نامه مصوب پیام گزاران سلامت در سه سطح دستگاه- های استان (مرکز استان و شهرستانها)، ستاد دانشگاه علوم پزشکی (معاونت ها و دانشکده ها) و شبکه های بهداشتی درمانی و نظام دبیرخانه های برنامه ریزی و نظارت بر برنامه شهرستانها در سطح شبکه شهرستان از آن جمله هستند. یکی دیگر از مهمترین الزامات تامین نیروی انسانی این واحد است مطابق تحلیل های انجام شده از مواد پیشنهادی در این آیین نامه حداقل مهارت های لازم برای کارشناسان چنین واحدی عبارتند از: مهارت های پایه (مدیریت فردی، ارتباط بین فردی و مدیریت پروژه) و مهارت های پیشرفته

موجبات سلامت محوری بیش از پیش دستگاه های استان می شود.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ با انتشار گزارشی با عنوان "دانش برای سلامت بهتر" عنوان می کند که اگر چه دانش لازم در مورد مفید بودن مداخلات موجود می باشد ولی این تنها نیمی از راه حل است، نیم دیگری از آنچه باعث ارتقاء سلامت می شود آن است که چطور این مداخلات به طور موثر در جوامع بکار برده شوند (WHO 2004). بررسی یزدی زاده، نبود سیستم نظام مند برای انتقال یافته های پژوهش به گروه های مخاطب، عدم آگاهی محقق و سیاستگذار از توانایی و نیاز یکدیگر و عدم ارتباط تولید کنندگان و استفاده کنندگان دانش را از جمله موانع زیر ساختی شناسایی شده در وضعیت ترجمان دانش در نظام سلامت ایران بر می شمارد (Choi و Yazdizadeh et al. 2009). همکاری و همکاران وی با بیان این مطلب که محققین و سیاستگذاران اهداف متفاوت، نگرش متفاوت نسبت به اطلاعات، زبان متفاوت، معذوریت های زمانی متفاوت و مسیر ارتقاء شغلی متفاوتی دارند راه حلی را برای افزایش این همکاری معرفی نموده اند از جمله: استفاده از میانجیان دانش (Knowledge brokers) و برقراری سامانه های تشویقی برای همکاری محققین و سیاستگذاران (Choi et al. 2005). این راه حل ها در طراحی دبیرخانه مدنظر قرار گرفت بطوریکه ارتباط دبیرخانه با شورای تحقیقات نظام سلامت، مقدمه سفارش پروژه های مورد نیاز سیاست گذار و کاربست آنها را فراهم می کند، به همین ترتیب کمیته دیده بانی سلامت استان و گزارش های سالانه آن ضمن استفاده از داده های پراکنده درون دانشگاه، سعی می کند به تولید آنها نظمی بدهد. اتصال و بهره گیری این دبیرخانه از ظرفیت شورای تحقیقات نظام سلامت، دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، کمیته برنامه ریزی راهبردی و عملیاتی نشان می دهد که در طراحی این سامانه اصل و الزام شماره چهار، از ظرفیت های فعلی دانشگاه و استان، ساختارها و

سیاست گذاری سلامت را به عنوان رویکردی ابتکاری در ارتقای همه جانبه سلامت استان نهادینه کند.

(حمایت طلبی، مذاکره، تحلیل سیاست، بودجه ریزی مبتنی بر فعالیت، طراحی و ارزشیابی برنامه سلامت، ایجاد بسیج اجتماعی برای سلامت).

تشکر و قدردانی

از کلیه روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی که در وقت مقرر به پرسشنامه پاسخ دادند و همچنین اعضای محترم کمیته راهبردی آقایان مهندس همایون فرزانه، دکتر سیامک عالیخانی، دکتر سیدعلیرضا حسینی، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر محمدرضا سیف الهی، دکتر نرگس رستمی گوران، دکتر سید رضا مجدزاده، دکتر سید حسن امامی رضوی تشکر و قدردانی می نمائیم.

همچنین ارایه آیین نامه در اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی و شورای معاونین وزارت خانه، طرح موضوع با هیات امنای دانشگاه ها و کسب نظرات مسئولان بازبینی ساختار و تشکیلات دانشگاه ها، نظرخواهی از دستگاه های اجرایی عضو کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و اصلاح نهایی آیین نامه بر اساس پیشنهادات این ذینفعان و استقرار آزمایشی این سامانه در سه استان کشور می تواند پس از ارزشیابی، دبیرخانه

جدول ۱- فهرست شایعترین ضعف های دانشگاه های علوم پزشکی
(حاصل تحلیل برنامه های راهبردی دانشگاه ها در سال های ۱۳۸۰ لغایت ۱۳۸۴)

تعداد دانشگاه ها	ضعف
۲۴	نظام بودجه ای نامناسب و توزیع نامناسب بودجه های عمرانی، ملی
۲۳	کمبود فضای فیزیکی - تجهیزات و تأسیسات
۲۰	عدم کفایت حقوق و مزایای کارکنان و ناکارآمدی نظام هماهنگ پرداخت حقوق و دستمزد
۱۹	ضعف سامانه نظارتی و ارزیابی عملکرد (مدیران و کارکنان)
۱۹	ناکارآمدی نظام تشویق و تنبیه
۱۹	ضعف انگیزش و اعتماد به نفس کارکنان - اعضای هیأت علمی و دانشجویان
۱۷	چند پیشگی مدیران و کارکنان و اعضای هیأت علمی
۱۵	نقص در سامانه ثبت و فرآوری داده ها - اتوماسیون اداری
۱۵	ضعف در سامانه پایش و نظارت در بخشهای بهداشت و درمان
۱۴	ضعف ارتباط سازمانی (درون بخشی و برون بخشی)
۱۳	عدم تناسب ساختار تشکیلاتی با وظایف محوله
۱۲	کمبود دانش و ضعف در نگرش سامانه ای و مدیریت مشارکتی
۱۲	عدم آشنایی با اصول مدیریت علمی (مدیریت منابع - زمان)
۱۲	کمبود کارشناسان خبره و با تجربه
۱۲	ضعف هماهنگی بین بخشی و درون بخشی
۱۱	نا مناسب بودن ساختار سازمانی و سازماندهی (تداخل وظایف)
۱۱	ضعف سامانه مدیریت اطلاعات (MIS)
۱۰	ضعف در بستر شایسته سالاری در امور مدیریتی و اجرایی
۱۰	بی ثباتی مدیران

جدول ۲- نقاط قوت و فرصت های بهبود تولید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نقاط ضعف (قابل بهبود)	نقاط قوت
۱. پراکندگی مراکز سیاست ساز و تصمیم گیر حوزه سلامت	۱. قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۲. وجود بیش از ۱۰۰ شورا، کمیته و کمیسیون تصمیم گیر در وزارت بهداشت و دشواری هماهنگی آنها	۲. وجود تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت به عنوان حقی همگانی.
۳. ضعف برنامه ریزی عملیاتی برای سایر بخش های برنامه چهارم (فصول عمومی)	۳. قانون هیئت امنا و قدرت تصمیم گیری در هر سطح بر اساس اولویتهای محلی و منطقه ای در چارچوب سیاستهای کلان نظام سلامت
۴. ضعف جدی در پایش سیاست ها و برنامه های ملی سلامت	۴. راهبرد اساسی اصلاح نظام سلامت در قالب سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده
۵. نیاز به تقویت هماهنگی سیاست های آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات سلامت	۵. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه های استانی برای تسهیل همکاری بین بخشی
۶. ضعف نظام تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در وزارت بهداشت	۶. توان ایجاد هماهنگی بین بخشی برای اجرای برنامه های توسعه ای در شهر و روستا (شهر سالم، روستای سالم)
	۷. وجود بیش از ۱۴۰ انجمن تخصصی علمی در حوزه علوم پزشکی
	۸. شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی و دبیرخانه های معاونت های تابعه برای تولید شواهد لازم برای سیاست گذاری
	۹. وجود برنامه های توسعه ای، برنامه دستیابی نظام سلامت به چشم انداز ۲۰ ساله
	۱۰. همگرایی در مبانی نظری فی مابین سیاستگذاران بخش سلامت.
	۱۱. امکان استفاده از تجارب و شواهد بین المللی در زمینه مشکلات نظام سلامت
	۱۲. توان جلب مشارکت سازمان های جهانی
	۱۳. احساس نیاز کلیه نقش آفرینان سلامتی به ضرورت تغییر سیستم.
	۱۴. تمهیدات قانونی پیش بینی شده در برنامه چهارم توسعه که بر سطح بندی خدمات، واگذاری و کاهش تصدی گری دولت تأکید دارد.
	۱۵. وجود هماهنگی نسبی بین نهادهای مؤثر مانند وزارت بهداشت، سازمان های بیمه گر و نظام پزشکی و مجلس
	۱۶. وجود قوانین تنظیمی در مورد نظارت آزمایشگاهی مواد غذایی، دارویی، آزمایشگاهی، بهداشت محیط و کار پایش واحدهای بهداشتی- درمانی و تجهیزات پزشکی
	۱۷. وجود واحد سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت و نظام نامه تدوین سیاست سلامت
	۱۸. وجود مرکز اسناد و حافظه سازمانی وزارت بهداشت

جدول ۳- فرصت های بهبود در نظام سیاست گذاری سلامت در استان

- ۱) پراکندگی و ناهماهنگی هسته های متعدد تصمیم گیر و تصمیم ساز در دانشگاه های علوم پزشکی
- ۲) ناهماهنگی بین سیاست های آموزشی، پژوهشی با خدمات سلامت
- ۳) ضعف در پایش و ارزشیابی سیاست ها و برنامه های سلامت در سطح ملی و استان
- ۴) ضعف استفاده از شواهد در نظام تصمیم گیری و سیاست گذاری سلامت در استان
- ۵) عدم ضمانت اجرایی قوی برای مصوبات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
- ۶) دانشگاه ها از فرصت کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان به خوبی استفاده نکرده اند
- ۷) ضعف یا کمی حضور ذینفعان کلیدی استان و دانشگاه در تدوین سیاست های دانشگاهی
- ۸) مشخص نبودن نقش مردم در فرایند سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت
- ۹) مسئول نبودن واحدی برای تحلیل دوره ای وضعیت سلامت استان
- ۱۰) منفک بودن برنامه عملیاتی حاصل از برنامه راهبردی دانشگاه از بودجه ریزی سالانه

جدول ۴- اصول و الزامات مورد توافق در طراحی دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان

۱. استانداردهای مشارکت جمعی دانشگاهیان و مردم در فرایند سیاست گذاری سلامت را ملحوظ کند
۲. مبتنی بر شواهد بودن سیاست ها و برنامه ها سلامت را تضمین کند .
۳. پیشرفت برنامه ها، سیاست ها و شاخص های سلامت استان را پایش و ارزشیابی کند
۴. از ظرفیت های فعلی دانشگاه و استان (ساختارها و منابع) استفاده کرده و آنها را تقویت نماید
۵. هماهنگی افقی و عمودی سامانه های تصمیم ساز و تصمیم گیر دانشگاهی در سه حوزه آموزش، پژوهش و خدمات را برقرار کند
۶. سازو کار سلامت محوری سیاست ها و برنامه های سایر دستگاه های استان را نهادینه کرده و مدیریت نماید

References

- Damari, B., 2005. Final report of Analysis of strategic plans of Universities of Medical sciences and Health Services. Tehran: Undersecretary of education, Ministry of Health and Medical Education.
- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A., 2007. Designing health think tank for Jihad-e-Daneshgahi of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Service. Tehran: Teb-o-Jame-e.
- WHO
- Ashtarian, K., 2006. Pathology of public policy making of Iran. [online]. Ashtarian. Avilable from: <http://ashtarian.blogfa.com/post-3.aspx> [Cited 25 April 2013].
- Choi, BCK., Pang, T., Lin, V., Puska, P., Sherman, G. and Goddard M., 2005. Can scientists and policy makers work together? *J Epidemiol Community Health*; Aug 1;59(8), pp. :632-7.
- Damari, B., Aminloo, H. and Farzan, H.,. 2013. Ways to Improve the Current Performance of the Boards of Trustees of Medical Universities in Iran. *Iranian J Publ Health*, 42(Supple. No.1), pp. 36-41.
- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A. and Salarizadeh, H., 2012. Three years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in I.R.Iran: Tthe

- way forward. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, **10**(2), pp. 21-28. [In Persian].
- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A., Monazam, K. and Salarianzadeh, H., 2010. Where and How to Make Wise Policies for Health? *Hakim research Journal*,; **13**(4), pp. 210-17. [In Persian].
- Delavari, A., Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A., Shadpoor, K., Monazzam, K. and Seifollahi, MR., 2007. Review of Stewardship Function of Iranain Health System: Proposing Interventions[online]. Tehran: Deputy for Coordination. Availavle from: <http://hamahangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=126&pageid=1008>. [Cited 23 April 2013].
- Ebrahimipour, H., 2005. Comparison study of R&D units models in universities of selected countries and proposing a model for selected university of medical sciences of Iran. Tehran: Undersecretary of management development and resources, Ministry of Mealth and Medical Education.
- Gholaminataj, S., 2010. Pathology of economical development plans of country after Islamic Revolution. 1st edition. Tehran: Deputy of research of Azad Islamic University.
- Health Policy Council (HPC), 2009. Health in 5th economical, social and cultural development plan of I.R. of Iran [Online]. Health Policy Council , Ministry of Health and Medical Education, Iran. Available from: <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31686> [cited 20 April 2013].
- Health Policy Council(HPC), 2012. Health Sysytm Development Roadmap of I.R. of Iran. [Online]. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1350_33_Book_health_map_ordibehesht.pdf [Cited 20 April 2013].
- Health Policy Council(HPC), 2013. Instruction of Provincial special taskforce for health and food security. [Online]. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education. Available from: <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31809>[Cited 20 April 2013].
- Iran Cultural Revolution High Council(ICRHC), 2013a. Instruction for Management of Universities and Higher Education Institutes[online]. ICRHC. Available from: <http://www.iranculture.org/fa/simpleview.aspx?provID=1700>[Cited 20 April 2013].
- Iran Cultural Revolution High Council(ICRHC), 2013b. Comprehensive Scientific Map of the country.[online]. ICRHC. Available from: <http://www.iranculture.org/fa/Default.aspx?current=viewDoc¤tID=736>[Cited 20 April 2013].
- Murray, C., and Frenk, J., 2000. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, **78** (6), pp.: 717-731.
- Research and Medical Education Development Center (RMEDC), 2013. About us.[Online]. Available from: <http://edc.behdasht.gov.ir/> [Cited 20 April 2013].
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCRC), 2013. Constitution of Islamic Republic of Iran 1979 [Online].Available from: http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution . [Cited 20 April 2013].
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. and Reich, M., 2004. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Perfrmance and Equity. Washington: Oxford University Press
- UEC: Univercity Excellance Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Service (UEC), 2013. Instruction of Center.[Online]. Available from: <http://www.sbm.ac.ir/sitedirectory/vice->

- chancellor/treatment/UEC[Cited 20 April 2013].
- UPRDC: University Policies R&D Center of Tehran university of medical sciences and health services (UPRDC),. 2013. Instruction of Center.[Online]. Available from: <http://cahp.tums.ac.ir/page-1049.htm> [Cited 20 April 2013].
- Vosoogh Moghaddam, A., Damari, B. and, Alikhani, S., and et al. 2013. Health in the 5th 5-years Development Plan of the I.R. of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. *Iranian J Public Health*; **42** (Supple. No.1), pp. 41-49. .
- WHO Regional Office for Europe., 2013. Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns[Online]. Copenhagen: WHO. Available from: www.euro.who.int/document/e53218.pdf. [Cited 20 April 2013].
- World Health Organization (WHO)., 1948. Constitution of the World Health [Online]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. [Cited 20 April 2013].
- World Health Organization (WHO)., 2000. The world Health Report 2000: Health system Performance[Online]. Geneva: WHO. Available from: www.who.int/whr/2000/en/. [Cited 20 April 2013].
- World Health Organization (WHO)., 2004. Report on Knowledge for Better Health, Strengthen Health Systems[Online]. Geneva: WHO. Available from: www.who.int/rpc/meetings/pub1/en/: [Cited 20 April 2013].
- Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Gholami, J., Changizi, N., Yarahmadi, Sh., Nasehi, M. and Majdzadeh, R., 2009. Utilization of Research in Health System Decision Making . *Hakim*, **12**(2), pp.: 1-10 [In Persian].

پیوست یک: آیین نامه دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان

به منظور کمک به سیاست گذاری هماهنگ، مبتنی بر شواهد و خرد جمعی در ارتقای سلامت استان، تسهیل ارتباط و مشارکت بین بخشی، پیگیری و پایش نظام مند مصوبات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، هیات امناء و هیات رئیسه دانشگاه «دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان» که در این آیین نامه از این پس به عنوان «دبیرخانه» از آن نام برده شده است راه اندازی می شود.

ماده (۱) مأموریت و اهداف: واحد به عنوان بازوی تصمیم ساز کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، هیات امناء و هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت و هماهنگ سازی فرایند سیاست گذاری را بر عهده دارد. «دبیرخانه» برای تحقق این مأموریت، با شناخت شبکه ذینفعان و یاری گرفتن از آنان، شواهد کافی برای توصیف و تحلیل مسائل سلامت استان را فراهم می آورد و مداخله ها (سیاست ها)ی مطلوب را در چارچوب اسناد بالادستی و حوزه اختیارات استان پیشنهاد می کند.

توضیح: لازم است از نظر و راهنمایی کارشناسان و صاحب نظران مستقل، دانشگاه های استان، انجمن های علمی و تخصصی استانی، مراکز علمی مرتبط در سطح ملی، مراکز و مؤسسه های پژوهشی، مردم و سازمان های مردم نهاد (سمن)، رسانه ها و بخش خصوصی در اجرای هر چه بهتر وظایف خطیر دبیرخانه بهره گرفته شود.

ماده (۲) ارکان: «دبیرخانه» در حوزه ریاست دانشگاه و زیر نظر رییس دانشگاه شکل می گیرد و محصول کار آن حسب مورد به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان، هیات امناء و یا هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی ارایه می شود. دبیرخانه از یک سو با شوراهای فوق در ارتباط بوده و از سوی دیگر با مجموعه های شهرستانی تعامل دارد، این شوراها به شرح زیر هستند:

۱. شورای برنامه ریزی و توسعه استان (بالاترین شورای تصمیم گیری در سطح استان)

۲. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری (یکی از هفت کارگروه تخصصی استانداری با اختیارات

هماهنگی بین بخشی، مصوبات آن با تصویب بالاترین شورای تصمیم گیری استان لازم الاجرا است)

۳. هیأت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (بالاترین سطح تصمیم گیری در دانشگاه)

۴. هیات رئیسه دانشگاه

۵. کمیته برنامه ریزی شهرستان (بالاترین سطح تصمیم گیری در شهرستان زیر نظر فرماندار)

توجه ۱: بندهای دوم و پنجم در تصویب نامه هیات وزیران، موضوع ماده ۱۷۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور،

۱۳۴۸۸۰/ت/۴۷۲۲۱، مورخ ۹۰/۷/۶ آمده است.

توجه ۲: شورای سلامت شهرستان (ذیل کمیته برنامه ریزی شهرستان به ریاست فرماندار)، شورای سلامت شهر (یکی از کار

گروه های شورای اسلامی شهر)، شورای سلامت بخش به ریاست بخشدار و شورای سلامت روستا به مسئولیت دهیار

مجموعه های تصمیم گیری و اجرایی در محدوده جغرافیایی هستند که در دستورعمل جداگانه ای نحوه تشکیل و فعالیت آنها

و دبیرخانه های مرتبط تشریح شده است

ماده (۳) وظایف: « دبیرخانه » پنج وظیفه زیر را بر عهده دارد: الف- مدیریت و هماهنگ ساختن کارهای زیر:

■ مدیریت فرایند تحلیل وضعیت نظام سلامت استان، شناسایی و اولویت بندی مسائل کلیدی سلامت استان و تدوین

برنامه جامع سلامت استان با مشارکت ذینفعان

■ مدیریت فرایند برنامه ریزی راهبردی دانشگاه (در افق ۵ ساله) زیر نظر هیات رئیسه دانشگاه و جلب حمایت برای

تصویب آن در هیات امنای دانشگاه

■ عملیاتی سازی برنامه جامع سلامت استان و برنامه راهبردی دانشگاه با مشارکت ساختارهای موجود دانشگاه و

دستگاه های استان، خانه مشارکت مردم و بخش های غیردولتی و خصوصی از طریق پیام گزاران سلامت دستگاه های

دولتی و فرمانداری ها و همچنین رابطان برنامه عملیاتی در معاونت ها و حوزه های ستادی دانشگاه و شبکه های

بهداشتی درمانی شهرستان

■ تحلیل و تدوین سند سیاست بخشی و تکالیف بین بخشی برای مسائل کلیدی نظام سلامت استان با همکاری

معاونت ها و حوزه های ستادی دانشگاه و سایر ذینفعان (این مسائل به غیر از مسائلی است که در قالب برنامه جامع

سلامت استان و برنامه راهبردی دانشگاه آمده است و عموماً موارد فوری و یا غیرقابل پیش بینی و یا ابلاغی ملی

است)

■ پایش و ارزشیابی مصوبات استانی و ابلاغ شده ملی از جمله شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

■ تحلیل تأثیر سیاست های دیگر بخش ها بر سلامت و پیشنهاد مداخله های مؤثر از طریق اطلاع از مصوبات کلان در

کارگروه های تخصصی استانداری و شوراهای تصمیم گیری ادارات استان، نظارت بر روند اجرای دستورعمل پیوست

سلامت در استان

ب - آموزش و مشاوره

■ مشاوره دادن به مخاطبان دبیرخانه در محدوده شرح وظایف دبیرخانه و مجریان برای اجرای مؤثر مصوبات

■ تنظیم برنامه های توانمندسازی نیروهای انسانی برای تدوین اسناد سیاست، برنامه ها و یا اجرای سیاست ها

■ همکاری در اجرای برنامه های آموزش و توانمندسازی

ج- پژوهش

■ تعیین نیازها و اولویت های پژوهشی که شوراهای مرتبط به سلامت به آنها نیاز دارد

- برون سپاری پژوهش‌های مورد نیاز سیاست گذاری نظام سلامت استان به مراکز تحقیقاتی و محققان استان
- کاربست نتایج پژوهش‌های برون سپاری شده در شوراهای مرتبط سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت

د - ارتباط

- حمایت طلبی و جلب مشارکت ذینفعان برای تصویب سیاست‌ها
- ارتباط نظام‌مند با دبیرخانه و شورای مشارکت مردمی، اندیشگاه سلامت استان، مجموعه‌های مرتبط شهرستان در تنظیم اسناد سیاستی و برنامه‌های استانی و اجرای آنها
- اطلاع رسانی موثر و به موقع به مخاطبان
- معرفی دستاوردهای سیاست گذاری استانی به محافل ملی، منطقه‌ای و جهانی

ه - مستندسازی (این بند تحت عنوان دستورعمل مرکز اسناد راهبردی سلامت در صفحات بعدی تدوین شده است)

- ثبت و نگهداری اطلاعات فرایند سیاست گذاری نظام سلامت استان و کلیه اسناد راهبردی مرتبط به سلامت ابلاغی ملی، مصوب استانی و شهرستانی
- انتشار عمومی محصولات فرایند سیاست گذاری

ماده ۴- فرایند سیاست‌گذاری و برنامه ریزی: فرایند تدوین برنامه راهبردی دانشگاه و برنامه جامع سلامت استان در دستور عمل- های جداگانه آمده است. «دبیرخانه» چرخه‌ی زیر را در تدوین و اجرای سیاست‌های بین بخشی و درون دانشگاه مدیریت کند:

۱. تعیین موضوع و مسئله‌ای که باید برای رفع آن یا ارتقای آن تصمیم گرفته شود (محصول: اولویت مصوب)
 ۲. تدوین سیاست (محصول: سند سیاست شامل توصیف و تحلیل مسئله، تحلیل مداخلات و الزامات استقرار مداخلات اولویت دار)
 ۳. تصویب سیاست (محصول: سیاست مصوب و ابلاغیه‌ی آن)
 ۴. اجرا و پایش سیاست (برنامه استقرار و گزارش‌های پیشرفت)
 ۵. ارزشیابی (محصول: گزارش ارزشیابی)
- ماده ۵- تعیین موضوع در فرایند سیاست گذاری:

الف - «دبیرخانه» در شکل فعال، هر سال از ظرفیت خود برای نتیجه‌گیری از گزارش‌های کارشناسان و مدیریت‌ها و هر پنج سال یک بار برای تحلیل دوره‌ای وضعیت سلامت استان استفاده می‌کند.

ب - در شکل غیرفعال، گزارش‌های رسیده از ذینفعان، اعلام نظر مردم یا رسانه‌ها، نتیجه طرح‌های تحقیقاتی یا نظریه‌کنندگان خدمات مبنای مطرح شدن موضوعات قرار می‌گیرد.

ج - «دبیرخانه» موضوع‌های طرح شده برای سیاست گذاری را بررسی و دسته‌بندی می‌کند و اقدام مناسب برای هر موضوع را اعلام می‌دارد. مانند تدوین گزارش و کسب نظر از شورای سیاست گذاری، ارجاع به سطوح دیگر، رد موضوع طرح شده و اعلام بازخورد به مخاطب.

د - قرار گرفتن موضوع در دستور کار سیاست گذاری، موکول به اعلام نظر موافق کارگروه تخصصی، هیأت امناء یا هیأت ریسه و تأمین منابع مالی مورد نیاز است.

ماده ۶- تدوین پیش‌نویس سندسیاست: پس از ارجاع موضوع برای تدوین پیش‌نویس سند سیاست اقدام‌های زیر صورت می‌گیرد: الف - بستن قرارداد با تدوین‌کننده سند سیاست یا ابلاغ تدوین سند به معاونت و حوزه تخصصی مرتبط ب - توجیه و آموزش تدوین‌کننده سند توسط دبیرخانه ج-تدوین پیش‌نویس سند سیاست د-نظرخواهی از گروه متخصصان موضوعی توسط تدوین‌کننده سند و تحلیل و جمع‌بندی نظر آنان با نظارت دبیرخانه سیاست گذاری استان و- نظرخواهی از ذینفعان

اجرائی توسط دبیرخانه سیاست گذاری یکی از اقدام‌های مهم در این مرحله، نظرخواهی از کانون‌های تصمیم‌گیری متعددی مانند شوراهای کمیسیون‌ها، کمیته‌ها است که در حال حاضر در درون معاونت‌های مختلف دانشگاه یا در خارج از آن در سطح استان به کار سیاست گذاری اشتغال دارند.

ماده ۷- تصویب سیاست: پس از بررسی پیش‌نویس سند توسط هیات رئیسه دانشگاه بسته به مرجع لازم برای تصویب، کار گروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و هیأت امنای خود را بصورت تصویب، رد یا پیشنهاد اصلاح اعلام می‌دارد. «دبیرخانه»، متناسب با نظر اعلام شده از سوی شورا، مسئول پی‌گیری بعدی کار خواهد بود. در مواردی ممکن است از سرگیری همه مراحل توسط «دبیرخانه» ضرورت یابد. سند مصوب پس از ابلاغ استاندار، رئیس هیأت امنای و رئیس دانشگاه لازم‌الاجرا است.

ماده ۸- برنامه‌ریزی برای اجرا: اجرای سیاست مصوب با برداشتن گام‌های زیر آغاز می‌شود:

- الف - حوزه موظف، برنامه زمان‌بندی شده برای اجرا را تنظیم و رونوشتی از آن را به «دبیرخانه» ارسال می‌دارد.
- ب - دبیرخانه راهنمای عملیاتی و بسته آموزشی اجرای سیاست مصوب را تدوین و به حوزه موظف ارسال می‌دارد.
- ج - «دبیرخانه»، مجریان شهرستانی سیاست مصوب را برای اجرای صحیح آن آموزش می‌دهد.
- ماده ۹- اجرا و پایش اجرای سیاست: الف - «دبیرخانه» گرچه در پایش اجرای سیاست، مسئولیت مستقیم یا درجه اول بر عهده ندارد، حوزه مرتبط با سیاست مصوب و ابلاغ شده را در پرداختن به مراحل زیر تشویق می‌کند:
 - مطالبه‌ی برنامه مجریان شهرستانی برای اجرای گام به گام و زمان‌بندی شده‌ی سیاست
 - دریافت گزارش‌های دوره‌ای و منظم از مجریان؛
 - ارسال بازخورد بهنگام و یاری‌دهنده به مبدأ گزارش دوره‌ای؛
 - تدوین گزارش دوره‌ای پیشرفت در سطح استانی و اعلام آن به هیأت رئیسه، هیأت امنای و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی
- «دبیرخانه» هر شش ماه یک بار گزارش پیشرفت در اجرای سیاست‌های مصوب را به شورا ارائه می‌کند.
- ماده ۱۰- ارزشیابی اجرای سیاست: «دبیرخانه» در مقاطع چند ساله (که ممکن است بر حسب سیاست مصوب، متفاوت باشد) نتیجه‌ی ارزشیابی دستاورد سیاست مصوب را به شورای مصوب کننده اعلام می‌دارد تا تکلیف از نظر تداوم سیاست یا تنقیح و تغییر آن روشن شود.
- ماده ۱۱- منابع انسانی شرح وظایف کارشناسان: منابع انسانی مورد نیاز «دبیرخانه» حداقل چهار کارشناس به شرح سرگروه‌های زیر پیش‌بینی شده است؛
 - رئیس دبیرخانه (رزومه مرتبط با معرفی رئیس دانشگاه و تأیید هیأت امنای به مدت ۵ سال)
 - دبیر (هماهنگی کلیه امور واحد و کارشناسان-تمام وقت)
 - کارشناس ارشد هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌های بین بخشی سلامت استان (دستگاه‌های اجرایی و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان)
 - کارشناس ارشد هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌های درون دانشگاهی سلامت استان (معاونتها، دانشکده‌ها)
 - کارشناس ارشد هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت شهرستان (شبکه‌های بهداشتی درمانی، فرمانداران و بخشداران و خانه مشارکت مردم)
 - کارشناس ارشد امور هیأت امنای

با توجه به اینکه دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان، دبیرخانه هماهنگ کننده و پایش گر در فرایند تدوین، تصویب، استقرار و ارزشیابی سیاست ها و برنامه‌های متنوع توسعه سلامت استانی است و وظایف خود را در چهار قلمرو شامل حوزه استانداری (به همراه کلیه سازمان‌های ستادی استان و فرمانداری‌ها از طریق کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی)، ستاد دانشگاه علوم پزشکی (شامل کلیه معاونت‌ها و حوزه‌های ستادی دانشگاه و دانشکده‌ها از طریق هیات رئیسه و شورای دانشگاه)، شهرستان‌ها (مراکز بهداشتی و درمان شهرستان‌ها از طریق هیات رئیسه و معاونت بهداشتی) و خانه مشارکت مردم استان (از طریق شورای مشارکت مردم در سلامت استان) باید به انجام برساند شرح وظایف هر یک از کارشناسان مذکور در سه دسته جاری، راهبردی و فوری به شرح زیر است:

الف) وظایف جاری:

- ۱- تعیین تقویم جلسات و اتفاقات سالانه و ماهانه
- ۲- مدیریت فرایند برگزاری جلسات و همایش‌ها
- ۳- تدوین گزارش عملکرد فردی به طور ماهانه و گزارش عملکرد سالانه در قالب اعلامی رئیس دبیرخانه
- ۴- به روز رسانی بخش خود در سایت دبیرخانه و سایر روش های اطلاع رسانی
- ۵- شرکت در جلسات هفتگی دبیرخانه و پایش جمعی برنامه سالانه و ماهانه دبیرخانه، ثبت صورت جلسه
- ۶- پاسخگویی مدون به رئیس دانشگاه (دبیر کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و رئیس شورای دانشگاه)
- ۷- ارتباط موثر، مستمر و رضایت بخش با کلیه مخاطبان از طریق انواع ارتباطات شامل مکاتبات، پست الکترونیک، پیامک، تلفنی
- ۸- کار با نرم افزار برنامه ریزی عملیاتی
- ۹- تدوین مکاتبات و کار با نرم افزار ثبت، ارسال و پیگیری مکاتبات دانشگاه و استان
- ۱۰- شناسایی، جمع آوری، ثبت اسناد و اطلاعات راهبردی مرتبط به قلمرو کاری خود در دبیرخانه و راز داری و حفظ اسرار دبیرخانه
- ۱۱- هماهنگی در کلیه امور دبیرخانه با رئیس دبیرخانه
- ۱۲- ایجاد سیستم پیگیری و اطمینان از حصول نتایج کلیه مصوبات شوراهای تصمیم گیر مرتبط به دبیرخانه، تفاهم نامه های سلامت محور بین بخشی و موافقت نامه های سالانه برنامه عملیاتی واحدهای درون دانشگاهی
- ۱۳- جستجوی مطالب و منابع مفید برای توسعه دانش و مهارتهای حوزه و تسهیم این مستندات بین مخاطبان مرتبط
- ۱۴- مشارکت در کنفرانس های مطبوعاتی و رسانه ای
- ۱۵- مشارکت موثر در اندیشه‌گاه سلامت و شوراهای تحت پوشش

ب) وظایف راهبردی:

- ۱- تلفیق تکالیف مندرج در اسناد بالادستی و ابلاغی در جدول عملیات سالانه برنامه جامع سلامت استان و برنامه راهبردی دانشگاه
- ۲- برنامه ریزی سالانه دبیرخانه با مشارکت اعضای دبیرخانه، مشاورین و اعضای اندیشه‌گاه سلامت استان
- ۳- مطالعه برای روز آمدسازی دانش و مهارت های فردی و رویدادهای مرتبط
- ۴- تدوین اسناد حمایت طلبی و انجام فرایند آن در موارد مقتضی و یا راهنمایی کارشناسان سایر حوزه ها در این زمینه
- ۵- آمادگی برای توجیه و جلب حمایت مدیران جدید در زمینه نقش و برنامه های سلامت دبیرخانه در عرصه استانی

۶- شرکت فعال در جلسات خانه مشارکت مردم و کسب اطمینان از تعامل موثر خانه مشارکت با سایر بخش های تحت پوشش

۷- هماهنگی، نظارت و یا انجام کاربست نتایج پروژه های مرتبط به روش های مقتضی

۸- تعریف شرح خدمات و برون سپاری برای ارزشیابی نتایج اجزای کلیه برنامه ها و اسناد سیاست

۹- تشکیل جلسات در شرایط مقتضی برای حل مسئله

۱۰- پایش مدون پیشرفت پروژه های برنامه عملیاتی حوزه تحت هماهنگی و ارایه گزارش دوره ای طبق نظر رئیس دبیرخانه

۱۱- مدیریت برنامه آموزشی و توانمندسازی مخاطبان

۱۲- آماده سازی مصوبات برای شوراهای مرتبط به حوزه کاری به ویژه کارگروه تخصصی، هیات رئیسه، هیات امناء،

شورای دانشگاه و جلب نظرات پیام گزاران سلامت و رابطان قبل از ارسال برای تصویب

۱۳- پایش وضعیت عملکرد پیام گزاران و سامانه مرتبط با وی

ج) فوری: از جمله مواردی که خارج از فعالیت های پیش بینی شده در برنامه عملیاتی سالانه و ماهانه از طرف روسای

شوراهای مرتبط ارجاع شده و یا به صورت غیرمترقبه پیش می آید.

تبصره ۱: با توجه به دسته بندی فعالیت های کارشناس ارشد دبیرخانه، فعالیت های راهبردی به شرط داشتن گزارش مکتوب

مدون و قابل دفاع در ارتقای شغلی کارشناس ارشد و نظام جبران خدمات لحاظ خواهد شد.

تبصره ۲: اتکای «دبیرخانه» علاوه بر کارکنان ثابت اعلام شده در بالا به گروه مشاوران (محققان و اعضای هیات علمی در کلیه

رشته های مرتبط به سلامت همگانی از جمله پزشکان اجتماعی، اپیدمیولوژیست، متخصص آمار، متخصص مدیریت خدمات

بهداشتی درمانی، مدیریت و سیاست گذاری و تحلیل سامانه) و به امکان هایی است که برای بستن قرارداد، پرداخت های

مناسب و استفاده از ظرفیت های مشاوره در داخل یا حتی خارج از استان در اختیار آن گذارده می شود.

تبصره ۳: معیارهای لازم برای کارشناسان مذکور رزومه مرتبط و مهارت های ارتباطی مؤثر مورد تأیید هیات رئیسه دانشگاه،

گذراندن دوره آموزشی تعریف شده در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و داشتن.

تبصره ۴: رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت به عضویت هیات رئیسه، شورای دانشگاه و کارگروه تخصصی سلامت و

امنیت غذایی در می آید .

ماده ۱۲- منابع مالی مورد نیاز: «دبیرخانه» پس از تشکیل، راه اندازی، جذب نیرو و آغاز به کار موظف است طبق برنامه

راهبردی خود هر ساله پس از تدوین برنامه عملیاتی و تصویب آن در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و هیأت

امنای دانشگاه منابع مالی خود را به موارد زیر اختصاص می دهد:

■ انعقاد قرارداد با تدوین کننده پیش نویس سند سیاست

■ مطالبه راهنمای عملیاتی و بسته های آموزشی اجرای سیاست از مجریان

■ برون سپاری برخی از تحقیقات

■ تحلیل سیاست های دیگر بخش ها بر سلامت

■ تحلیل وضعیت دوره ای نظام سلامت استانی

■ ظرفیت سازی در کارشناسان ارشد (برنامه ریزی، توجیه، آموزش، پایش، گزارش نویسی)

■ تدوین گزارش سالانه ی موضوع هایی که از نظر سیاست گذاری اولویت دارند (یک پروژه در سال)

■ اطلاع رسانی به مخاطبان و تبادل تجربه (انتشار نشریه، اداره کردن سایت)

■ انتشار مستندات

Provincial Health Policy Secretariate: Coordinating and Brokering Structure for Comprehensive Health

Damari, B., MD-MFPH. Assistant Professor, Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Vosoogh Moghaddam, A., MD-FFPH. Assistant Professor, Health Development Plan Coordination Group, In charge of Minister for Policy making Affairs Bureau, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran-Corresponding author: a_vosoogh@yahoo.com

Shadpoor, K., MD-MPH. Independent Health system Expert, Tehran, Iran

Zeinaloo, A., MD. Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Apr 24, 2013

Accepted: Oct 22, 2013

ABSTRACT

Background and Aim: Since health is a multidimensional issue and several factors affected on it, forming a structure which can manage these factors at provincial level is difficult but possible. Analysis of Stewardship function of Iranian Health system showed that an effective platform for operationalizing the national policies has not been provided in provinces yet; So, study the current situation of policy making and planning process and designing a model for provinces was necessary.

Materials and Methods: This is a descriptive and analytic study which used system designation method. Information were gathered by reviewing scientific literatures of policy making systems, critical review of documents related the policy making and planning structures in universities of medical sciences(UMS) in the country and written survey of the chancellors. Synthesized information presented to steering committee, that had been selected after stakeholder analysis, and the principles and requirement of designation were agreed by them. Based on the principles, Components of the proposed system as "Provincial Health Policy Secretarite(PHPS)" including mission and goals, system process, procedures and standards, management style and financial, human and information resources prepared and finalized by running several focus group discussion sessions, presenting selected health experts and steering committee.

Results: Scattering of policy and decision making centers in UMSs, weakness of monitoring and evaluation of provincial health policies and programs, weakness of coordination of education, research and health services policies, weakness of evidence based policy making system in 3 levels of UMS, board of trustees and health and food security technical taskforce of the province, weakness of presence of key stakeholders in preparing policies in UMS are the most important improving opportunities of provincial health policy and planning system. Considering existing gaps, PHPS could operationalize brokering, supervising and surveillance roles of the chancellor (Vice Minister of Health at Province) and ensure the attainment of the three streams: following the standards of academic and community engagement, evidence based policies and plans and monitoring progress of provincial health indices improvement policies and plans among executive organizations.

Conclusion: Several units effective on policy and planning in province should be coordinated. PHPS not only prevent the parallel structure but can improve the other structures functions as well. Formal implementation of PHPS in top chart of UMSs and training experts of the unit will help integrated policy and planning and facilitate to achieve the best health indices in the province and the country.

Key words: Health Policy, Coordinating, Brokering structure, Comprehensive Health, Provincial