

## رویکردهای ارتقای همکاری بین بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

**بهزاد دمازی:** استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، 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

**شیرین بنکدار اصفهانی:** کارشناس، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** همکاری بین بخشی و مشارکت مردم دو راهبرد اصلی در برقراری عدالت در سلامت است. مطابق قانون برنامه چهارم توسعه، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (شورای عالی) به عنوان سیاستی برای توسعه همکاری بین بخشی شکل گرفت. بررسی دیدگاه های اعضای کمیسیون دایمی این شورای عالی می تواند مسیر روشنی را پیش روی مسئولان ارشد وزارت بهداشت، برای ارتقای سلامت مردم گذارد.

**روش کار:** مطالعه توصیفی و کیفی بود. اطلاعات از طریق مصاحبه ساختارمند با اعضای کمیسیون دایمی شورای عالی و تحلیل محتوای اسناد مرتبط به خاستگاه و عملکرد آن از بدو تاسیس گردآوری شد. مصاحبه ها با تعیین قلمروهای اصلی تحلیل و جمع بندی شده اند.

**نتایج:** اغلب اعضای کمیسیون دایمی اثر بخشی شورای عالی را کم و خیلی کم می دانند. تعیین اولویت های سلامت و سپس تکالیف یا انتظارات از هر دستگاه به عنوان اولین گام پیشنهاد شد. الزام دستگاه ها در معرفی یک نماینده دائم و ثابت، ایجاد کارگروه های کارشناسی برای پیخته شدن موضوعات، تشکیل جلسات منظم در دبیرخانه و اطلاع رسانی مستمر به اعضا، تقویت ساختار متناظر در استان ها و تفویض اختیار به آنان و وصل شدن شورا به کمیته علمی ثابت از نخبگان سلامت از جمله راهکارهای پیشنهادی بود.

**نتیجه گیری:** عملکرد شورای عالی با اثربخشی مورد انتظار قانون گذار فاصله دارد. استقرار دبیرخانه این شورا با نیروی کارشناسی و نظام کاری ویژه «همکاری بین بخشی» تا حد زیادی ضعف ها را پوشش می دهد. تعریف نقش ها و انتظارات دوره ای از دستگاه ها، توانمندسازی رابطان سلامت وزارت خانه ها و سازمان ها و تشویق دستگاه هایی که مشارکت موثر داشته اند، همکاری را مستحکم تر و مداوم تر می کند.

**واژگان کلیدی:** شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، همکاری بین بخشی، رویکردهای ارتقایی

### مقدمه

در طول چهار دهه گذشته راهکارها و تجربیات کشورها در استقرار موثر آن افزایش پیدا کرده است. در دهه ۱۹۷۰ بیانیه آلماتا بر مراقبت های اولیه سلامتی برای همه تا سال ۲۰۰۰ تاکید کرد و در دهه ۱۹۸۰ منشور اوتاوا راهبردهای ارتقای سلامت را طرح نمود که در هر دوی آنها یکی از راهبردهای مهم همکاری بین بخشی بود. در دهه ۱۹۹۰ فعالیت بین بخشی توسط سازمان جهانی بهداشت برای سلامت در قرن ۲۱ معرفی شد و منشور بانکوک در دهه

سلامت به عنوان ارزش و نیاز اساسی انسان، حقی همگانی و هدف مشترک بخش های مختلف جامعه در هر کشوری است (Vosoogh Moghaddam et al. 2013). همکاری بین بخشی و مشارکت مردم دو راهبرد اصلی در برقراری عدالت در سلامت برشمرده شده اند (Marmot and Wilkinson 2005). همکاری بین بخشی به عنوان یک ضرورت، موضوع جدیدی نیست و

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 و وظیفه بخش عمومی-شان آشنا می‌کند به طوری که به تعهدات حقوقی و مسؤولیت‌های شرکاء در سطوح مختلف حکومت، مادامی که اهداف، منفعت‌ها و ارزش‌های عمومی مبنا قرار داده می‌شوند، احترام گذاشته می‌شود (James et al. 2005).

همکاری بین بخشی با اصطلاحات مشابه از قبیل ائتلاف، شراکت، اتحاد و شبکه تفاوت‌هایی دارد. 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 و در اتحاد (Alliance)، ارتباطات نیمه رسمی وجود داشته و برای تکالیف هماهنگی وجود دارد، شبکه‌ها (Networks) ارتباط سست‌تر از موارد پیشگفت داشته و تقاضای مهمی از همدیگر ندارند و صرفاً به تبادل اطلاعات می‌پردازند. در مقابل اصطلاح همکاری (Collaboration)، کامل‌تر بوده و چهار مؤلفه تفاهم نامه کتبی، دورنمای مشترک، تصمیم‌گیری اجماع شده و تکالیف کاری رسمی را شامل می‌شود (Bergstrom et al. 1995). بخشی از تجربیات جهانی، فرآیند همکاری بین بخشی را در ساده‌ترین وضع، شامل چهار مرحله اعتماد سازی، توانمندسازی، اجرا و تداوم می‌دانند. در هر یک از این مراحل، هماهنگ‌کنندگان همکاری بین بخشی باید فعالیت‌هایی را انجام دهند تا مرحله مذکور با موفقیت به اتمام برسد. در مرحله اعتماد سازی فعالیت‌هایی از قبیل بیان مشکل و راه حل‌های ممکن، تدوین اسناد حمایت طلبی، ترسیم دورنمای برانگیزاننده، تدوین ارزش‌های همکاری بین بخشی، شناسایی ذینفعان مهم و تاثیر گذار و جلب حمایت آنان انجام می‌شود. در توانمندسازی، افراد تاثیر گذار در آموزش شناسایی شده و دوره‌های آموزشی مناسب برقرار می‌شود و گاهی امور به خود سازمان‌ها تفویض می‌شود. در مرحله اجرا، پایش مستمر، منظم و

۲۰۰۰ تأکیدی مجدد بر ارتقای سلامت از طریق همکاری بین بخشی بود و بالاخره اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ رویکرد «سلامت در تمام سیاست‌ها» را تأیید و تأکید کرده است (Stahl et al. 2006). این روند با تجمع تجربیات هم‌روبرو بوده است به طوری که رویکرد قبلی و منفعل مشارکت مقطعی، جای خود را به افزایش مسؤولیت‌پذیری سازمان‌ها برای کار سلامت محور داده است (David et al. 2012). الزامات ابزاری هم برای سلامت محور بودن سیاست‌ها و برنامه‌ها ابداع و به کار گرفته شده است از آن جمله می‌توان به تدوین «گزارش‌های ارزیابی اثرات سلامت» یا «گزارش‌های ارزیابی اثرات سلامت مبتنی بر رویکرد عدالت در سلامت» اشاره کرد (Mahoney et al. 2004).

مطابق تعریف، همکاری بین بخشی یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش‌های سلامت با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی به منظور کسب نتایج نهایی یا پیامدهای نظام سلامت دایر شده‌اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامت برای کسب این نتایج مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر است. نکته مهم در مورد همکاری بین بخشی این است که منظور از بخش‌ها، کلیه سازمان‌های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی و مردم نهاد) است و همکاری بین بخشی باید همه این موارد را شامل شود. همکاری بین بخشی به انواع افقی و عمودی تقسیم می‌شود. همکاری افقی در سرتاسر بخش-ها رخ می‌دهد و یا در سرتاسر زیر مجموعه‌ها در یک بخش مجزا صورت می‌پذیرد. بطورکلی 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؛ از جمله می‌توان به کارکردن سازمان‌های جهانی با مناطق و حکومت‌های ملی یا کارکردن حکومت‌های ملی با ایالت، حکومت‌های

- توجه به اهداف واقعی و نتایج قابل رؤیت
- تسهیم رهبری، پاسخگویی و پاداش‌ها در میان شرکا
- ایجاد گروه‌های ثابت از افرادی که به همراه سیستم‌های حمایتی مناسب، به‌خوبی با یکدیگر کار می‌کنند
- توسعه الگوهای عملی، ابزارها و مکانیسم‌ها برای حمایت از اجرای فعالیت بین بخشی
- ایجاد مشارکت عمومی، آموزش عموم مردم و بالا بردن سطح آگاهی در مورد تعیین کنندگان سلامتی و

فعالیت بین بخشی (Public Health Agency of Canada 2007)

یکی از مفاهیم کاربردی در همکاری بین بخشی «سیندمیک» است و طبق تعریف عبارت است از دو یا چند بیماری یا مشکل سلامت که در یک جمعیت با یکدیگر تعامل و هم‌افزایی داشته و برای افزایش بار بیماری‌ها با یکدیگر شریک‌اند. این تعامل و مشارکت در سه حالت ممکن است: شخص، زمان و مکان. اولین بار توسط **Merrill Singer** در سال ۱۹۹۴ هم‌افزایی سه مشکل سلامت به نام سیندمیک شامل ایدز، خشونت و سو مصرف مواد شرح داده شد. به‌طور سنتی پروتکل‌های تحقیقاتی، برنامه‌های سلامت، مداخلات سیاست سلامت در یک زمان فقط بر یک مشکل تأکید دارند. بیماری‌ها در انزوا و بدون تداخل با سایر عوامل به وجود نمی‌آیند و شرایط اجتماعی در انتشار بیماری‌ها، نحوه بروز و تأثیر 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 تلاش‌های نظام سلامت هزینه‌های اثربخشی پایینی خواهد داشت. سیندمیک‌ها در شرایط نابرابری سلامت زیاد می‌شوند که مسبب آن نیز موارد مهمی مثل فقر، استرس و خشونت‌های سازمان یافته است. مدل سیندمیک چارچوب مفهومی را ایجاد می‌کند تا برای رفع علل نابرابری در سلامت تلاش کنیم (Wikipedia 2013). این رویکرد به جای رویکرد تک‌مشکلی به شبکه مشکل می‌پردازد و به جای تعریف بیماری از تعریف جامعه شروع می‌کند. فواید به کارگیری رویکرد سیندمیک

دوره ای انجام می‌شود و استفاده از اهرم‌ها و سیاست‌های تشویقی برای بخش‌های همکار یک فعالیت اصلی محسوب می‌شود. نشان دادن اثرات همکاری و قدردانی از آنها، تغییر منابع و برقراری پاداش‌های ماندگار، انجام اموری برای نهادینه‌سازی رفتارهای ایجاد شده از طریق رسانه‌ها، مصوبات سازمانی و تربیت نیروهای انسانی توانمند مجموعه فعالیت‌هایی است که در مرحله تداوم همکاری انجام می‌شود.

گزارشی در سال ۲۰۰۷ توسط وزارت سلامت کانادا منتشر شد که نتیجه یک مطالعه بین‌المللی با همکاری کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت بود و حداقل ۱۵ کشور تجربیات خود را در این تحقیق ارائه کرده‌اند و از این حیث یکی از اسناد معتبر در زمینه چالش‌های همکاری بین بخشی در سلامت است. در این مطالعه ویژگی‌هایی برای همکاری بین بخشی موثر جمع‌آوری و پیشنهاد شده است، از آن جمله:

- اهداف مشترک روشن و واضح است
- فرصت‌هایی وجود دارد که همکاری بین بخشی را ارتقا می‌بخشد، این فرصت‌ها یک دارایی محسوب می‌شوند
- سازمان‌ها برای اقدام کردن دارای ظرفیت هستند: دانش، مهارت‌ها و منابع مورد نیاز
- همکاری بین بخشی براساس اعتماد و اقدام است
- اقدام برنامه‌ریزی شده وظایف و مسؤولیت‌ها واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد
- تأکید بر اهداف، منافع و ارزش‌های مشترک در میان شرکا و شرکای بالقوه
- تضمین حمایت سیاسی
- درگیر کردن شرکای اصلی در ابتدای کار
- ایجاد ارتباط افقی مناسب در سرتاسر بخش‌ها و نیز ارتباط عمودی سطوح در داخل بخش‌ها
- سرمایه‌گذاری در فرایند ایجاد همکاری از طریق مشارکت در اجرا

در نظام های سلامت عبارتند از: تقویت نگرش جامع نگر، 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» و تسهیل تعیین شرایط برای سلامت آیندگان.

یکی دیگر از ابزارهای همکاری بین بخشی که رویکرد پیشرفته آن را پیگیری می کند، ارزیابی اثرات سلامتی است که در کشور ما به «پیوست سلامت» معروف می باشد؛ این ابزار برای قضاوت در مورد اثرات سیاست ها (Policies)، طرح ها (Plans) و برنامه ها (Programs) بر سلامت جمعیت ها و توزیع آن با هدف حداکثر کردن اثرات سلامتی تصمیم ها و کم کردن خطرات آنها به کار می رود، در یک دهه گذشته مدل های مختلفی از آن در تجربه کشورها معرفی شده است؛ الگوی ارایه شده توسط استرالیایی ها که مبتنی بر عدالت است از جمله الگوهای قابل استفاده در کشور است (Wikipedia 2013).

مطابق بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (شورای عالی) با ادغام شورای عالی غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت شکل گرفت و به عنوان ساختاری برای گسترش همکاری بین بخشی تاکنون انجام وظیفه کرده است. هدف قانون گذار از این ماده نهادینه سازی مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور بوده است (Dadkhahi 2013). وظایفی که برای این شورا تصویب شد در چهارگوش شماره یک آمده است. رییس جمهور (رییس)، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

(دبیر)، رییس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، وزیر آموزش و پرورش، وزیر جهادکشاورزی، وزیر بازرگانی، وزیر صنایع و معادن، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی، وزیر کشور، وزیر دادگستری، وزیر نیرو، وزیر ذی ربط حسب مورد، رییس سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، رییس سازمان حفاظت محیط زیست، رییس سازمان تربیت بدنی، رییس سازمان نظام پزشکی کشور اعضای شورای عالی بوده و دعوت از سایر افراد متخصص برای شرکت در جلسات شورا بدون حق رای توسط دبیر شورای عالی مجاز بوده و همچنین رؤسای کمیسیون های بهداشت و درمان و آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی حسب مورد برای شرکت در جلسات شورای عالی دعوت به عمل می آید. شورای عالی می بایست حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه بدهد و در صورت نیاز، جلسات اضطراری با پیشنهاد دبیر و موافقت رییس شورای عالی برگزار خواهد شد. تصمیمات شورای عالی با رأی اکثریت اعضای حاضر اتخاذ می شود و دارای دبیرخانه ای است که محل استقرار آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت بهداشت) می باشد، مصوبات شورای عالی پس از تأیید هیئت وزیران به دستگاه های اجرایی ابلاغ و از زمان ابلاغ برای کلیه دستگاه های دولتی لازم الاجرا می باشد. وزارت بهداشت می تواند حسب مورد نسبت به ایجاد کارگروه های تخصصی برای پشتیبانی امور شورای عالی اقدام نماید (RCICP 2013). این شورا در سال های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۸۸ فعالیت خود را در قالب کمیسیون دائمی که نمایندگان اعضای در آن حضور داشته اند انجام می داده است. مطابق بند الف ماده ۳۲ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور، فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در مدت اجرای برنامه پنجم ادامه می یابد و تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی توسط وزارت بهداشت تهیه شده و پس از تأیید معاونت به تصویب هیأت وزیران رسید (L and RPIRI 2013).

شورای عالی تنها راهکار و ابزار همکاری بین بخشی محسوب نمی شود اما اتفاق مهمی در توسعه این راهبرد به

است. مصاحبه ها با اجازه مصاحبه شونده ضبط و پس از آن پیاده می شد. محدوده سوالات مصاحبه به شرح چهارگوش شماره دو بوده است. محتوای کلیه مصاحبه ها با تعیین قلمروهای اصلی به روش دستی تحلیل و جمع بندی شده است. موانع اعلام شده در چارچوب مثلث تحلیل دسته بندی شده است (Start and Hovlan 2004). در این مثلث مجموعه علل یک مشکل در سه دسته علل کلان (سیاستی و قانونی)، علل میانی (عملیاتی) و علل خرد (رفتار ذینفعان) تقسیم می شود. راهکارهای ارائه شده نیز در سه گونه از مداخلات شامل راهبردهای اجباری، تسهیلی و ترویجی دسته بندی شد.

### نتایج

بیش از ۷۰٪ اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اثر بخشی شورا را کم و خیلی کم می دانند. فقط ۲۰٪ نمایندگان سازمان های عضو به اثر بخشی شورا به میزان زیاد معتقدند. از دیدگاه مصاحبه شوندگان موانع عمده ای بر سر راه عملکرد بهینه شورا وجود دارد:

علل کلان (قانونی سیاستی): از جمله «برای سلامت استراتژی مدون و غیر قابل تغییری در کشور وجود ندارد. در تهیه و به نتیجه رساندن قوانین مستند در سلامت ضعف مشهود است؛ در کلان کشور مصوبات شورای عالی چه ضمانت اجرایی دارد؛ وزارت بهداشت مانند دستگاه های دولتی دیگر زیر نظر رئیس جمهور است و در نهایت از تذکر ایشان نمی توان برای اعمال تنبیه برای دستگاه دولتی محل به سلامت استفاده کرد این سوگیری دارد و باید راهکار دخالت قوه قضائیه و یا نظارت مجلس شورای اسلامی در این زمینه را فراهم کرد؛ به نظر می رسد وزارت بهداشت با ورود به حوزه اجرایی از نظارت غافل شده است و عدم وجود دستگاه نظارتی فرابخشی و ملی در توسعه کشور در این مسئله تاثیر دارد».

علل میانی (عملیاتی ساختاری): موانع متعددی نیز از سوی مصاحبه شوندگان مطرح شد، از جمله: «لایه های زیرین

شمار می آید به ویژه که بار بیماری های فعلی در زمینه بیماری های غیرواگیردار و آسیب ها موید نیاز کشور به همکاری منسجم بین بخشی است. لذا مروری بر دیدگاه های اعضای شورای عالی و همچنین مرور اسناد و عملکرد آن می تواند مسیر روشنی را پیش روی مسئولان ارشد وزارت بهداشت در توسعه همکاری بین بخشی برای ارتقای سلامت مردم فراهم کند.

### روش کار

این مطالعه توصیفی و کیفی بوده و اطلاعات از طریق مرور اسناد و مدارک مرتبط به خاستگاه و عملکرد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از بدو تاسیس و مصاحبه ساختارمند با اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور جمع آوری شده است. با مرور محتویات سایت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مصاحبه با کارشناسان دبیرخانه و رویت کلیه مدارک مستند شده، اطلاعات مربوط به وضعیت متغیرهای زیر جمع آوری شد:

۱. روند تغییرات مقررات شورای عالی
۲. وضعیت دبیرخانه و نظام کاری آن
۳. تعداد جلسات برگزار شده
۴. وضعیت حضور اعضای اصلی شورای عالی در جلسات
۵. حیطه مصوبات
۶. وضعیت اجرایی شدن مصوبات

برای انجام مصاحبه با موافقت دبیر وقت کمیسیون دائمی در یکی از جلسات، زمانی برای توجیه اعضا در زمینه این مطالعه اختصاص یافت. تعریف سلامت، مفاهیم اولیه توسعه پایدار و سلامت، اصول همکاری بین بخشی و اهداف مطالعه به حاضرین ارائه شده و به مدت ۱۵ دقیقه به سوالات حاضران پاسخ داده شد. سپس با تعیین وقت قبلی و مکاتبه دبیر کمیسیون، مصاحبه ساختارمند با تک تک اعضا انجام شد. سوالات مصاحبه از قبل به آنها ارسال شده و راهنمای مصاحبه به مصاحبه گر ارائه شده

می‌کنند سلامت یک موضوع تخصصی مربوط به وزارت بهداشت است، از تاثیر برنامه‌ها و تصمیمات خودشان بر سلامت آگاه نیستند».

نیازهای آموزشی: برای ارتقای عملکرد شورای عالی، نیازهای آموزشی متعددی از طرف مصاحبه‌شوندگان عنوان شده است، از جمله: «مرور الگوهای غلط و الگوهای صحیح حاصل تجربیات جهانی در همکاری بین بخشی در سلامت؛ تعریف سلامت، علل بیماری‌ها و سهم آن، راهکارهای ارتقای سلامت و امنیت غذایی برای ایجاد زبان مشترک، اصول برنامه‌ریزی و مدیریت کلان سلامت؛ مبانی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت؛ نقش پیشگیری و تبیین آثار مختلف آن در جامعه، توسعه پایدار و سلامت؛ شاخص‌های سلامت و عدالت در سلامت؛ وظایف قانونی (تکالیف) و انتظارات از هر دستگاه؛ شیوه سلامت محور کار کردن دستگاه و نحوه تدوین پیوست سلامت، اصول و مبانی بهداشت محیط و حرفه‌ای». روش‌های آموزشی از دیدگاه پاسخ‌دهندگان متنوع بوده و طیفی از روش‌های «تشکیل شبکه و تبادل اطلاعات بین اعضای شبکه، کارگاه آموزشی و دوره‌های تخصصی برای کارشناسان رابط هر وزارت خانه تا به کارگیری نیروهای متخصص بهداشت عمومی در تمام دستگاه‌ها و تور مطالعاتی اعضای کمیسیون از کشورهای موفق در زمینه همکاری بین بخشی» را شامل می‌شود.

راه کارهای پیشنهادی برای رفع موانع: از نظر اعضا راه کارهای پیشنهادی برای رفع موانع، ارتقای ضمانت اجرایی مصوبات و پیش نیاز همکاری بین بخشی در جدول ۱ آمده است.

مقررات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در طول شش سال گذشته دو بار تغییر کرده است. از نظر تاریخی به استناد بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با ریاست رئیس‌جمهور و عضویت ۱۵ وزیر و روسای سازمان‌های مرتبط با مباحث سلامت و امنیت غذایی تشکیل گردید که آئین نامه اجرایی آن در تاریخ ۱۳/۸/۱۳۸۵ توسط هیأت

شورا خیلی فعال نیستند، منظور معاونت‌ها و ادارات تابعه است. بروکراسی اداری وجود دارد، روند بسیار کند پیشنهادات ارائه شده به حوزه سلامت نشانه آن است؛ شورا به اولویت‌های مهم سلامت نمی‌پردازد به ویژه سلامت روحی و روانی. ثبات مدیریت در وزارت بهداشت وجود ندارد و تغییر مستمر مدیران در دوره‌های کوتاه مدت دیده می‌شود، این به اجرای مصوبات آسیب می‌زند؛ موازی کاری در حوزه سلامت و شبکه مند نبودن اقدامات دستگاه‌ها و وزارت خانه‌های متعدد در حوزه سلامت از موانع دیگر است؛ اساسا برخی مصوبات شورا با وظایف ذاتی وزارت خانه موازی است؛ شورای عالی ساختار ندارد و تنها دبیرخانه دارد به همین ترتیب ساختار متناظر در استان‌ها ضعیف است؛ نخبگان سلامت در شورای عالی سلامت نیستند؛ اعتبارات برای اجرای مصوبات اضطراری و پایلوت‌ها ملحوظ نمی‌شود؛ کمیسیون باید اعضاء عضو را وادار به ارائه طرح‌های مرتبط کرده و دبیرخانه را تقویت نماید، بر انجام کار کارشناسی و جلسات منظم شورا تاکید کند؛ نداشتن نماینده ثابت در کمیته تخصصی از دستگاه‌ها مشکل دیگر است؛ نمیدانیم آیین نامه‌ها و مصوبات وزارت بهداشت در دستگاه‌ها اجرا می‌شود یا نه، البته دستورالعمل‌های شفاف و صحیح برای دستگاه‌های اجرایی هم ارایه نمی‌شود؛ مصوبات متعدد داریم ولی اجرایی شدن آنها در ابهام است».

علل خرد (فرهنگی و رفتاری): از دیگر موانع اعلام شده برای کاهش عملکرد شورای عالی عبارتند از: «مسئولیت‌ها توسط اعضای شورای عالی سلامت جدی تلقی نمی‌شود به همین دلیل هنوز قدرت و جایگاه واقعی خود را در تدوین و تصویب قوانین مربوط به سلامت پیدا نکرده است؛ دبیرخانه شورا و خود وزارت بهداشت به خوبی از این فرصت استفاده نمی‌کند؛ از نظر قانونی شورا جایگاه خوبی دارد اما شناخته شده نیست برای وزارتخانه، اعضای کمیسیون دایمی با مشکلات اصلی نظام سلامت کشور آشنا نیستند برخی هم اعتقاد و باور ندارند و فکر

۴. سایر وزرا به تشخیص دبیر شورای عالی با حق رای دعوت می شوند

۵. سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره) و رییس سازمان ملی استاندارد ایران، یک نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه سلامت و دو نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه به عنوان اعضای جدید تعیین شده اند.

۶. سیاستگذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی، بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی، تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی، تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای، تصویب برنامه اجرایی سامانه « خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی» به پیشنهاد وزارت بهداشت، تصویب ساز و کارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی و ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی مربوط به عنوان وظایف شورای عالی تعیین شده است.

۷. وظایفی برای دبیرخانه شورای عالی در این آئین نامه تصویب شده است، از آن جمله: ارسال دعوت‌نامه و دستور جلسات برای اعضای شورای عالی، تنظیم صورتجلسات، تهیه و تنظیم مصوبات شورای عالی و ارسال به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ، دریافت گزارش‌های نظارتی از دستگاه‌های ذی‌ربط جهت تنظیم و ارائه به شورای عالی، پیگیری تصمیمات شورای عالی، ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد و اطلاعات و مذاکرات و مصوبات شورای عالی، تنظیم گزارش‌های کار گروه‌های تخصصی برای طرح در شورای عالی و آماده‌سازی درخواست‌ها و پیشنهادات دریافتی برای طرح در شورای عالی. مطابق اطلاعات جمع آوری شده از کارشناسان دبیرخانه شورای عالی، در عمل تاکنون هیچ فردی به عنوان کارشناس دبیرخانه دارای ردیف و پست سازمانی نبوده و همواره از زمان راه اندازی آن از نیروهای نیمه وقت و کارشناسان سایر دبیرخانه‌ها و واحدهای وزارت بهداشت استفاده گردیده است که در

وزیران تصویب و ابلاغ گردید. دبیرخانه شورای عالی در حوزه معاون هماهنگی و دبیرمجامع و شوراهای وزارت بهداشت مشغول فعالیت بود و در زیر مجموعه آن کمیسیون ویژه شورای عالی متشکل از نمایندگان تام الاختیار وزرا و رؤسای عضو قرار داشت و با کمک دو کمیته تخصصی به نام‌های کمیته تخصصی سلامت در معاونت سلامت و کمیته تخصصی غذا و دارو در معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت در مورد پیشنهاد و تدوین سیاست‌های بخش سلامت و امنیت غذایی براساس نیاز جامعه و نظرات دستگاه‌ها اقدام و مطالب را برای تصویب به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارائه می دادند.

امور شورای عالی در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ با توجه به ساختار جدید وزارت بهداشت و سیاست‌های اتخاذ شده به حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری واگذار گردید. هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۸/۱ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت و تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور و به استناد بند (الف) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، «آیین‌نامه جدید تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» را تصویب نمود. این آئین نامه با آئین نامه قبلی تفاوت‌هایی داشت از آن جمله:

۱. معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور، وزیر صنعت، معدن و تجارت، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزیر ورزش و جوانان به عنوان عضو شورا اضافه شده (به دلیل تغییرات ساختاری در بدنه دولت از جمله: سازمان مدیریت و برنامه ریزی سابق و ادغام وزارت خانه‌ها)

۲. اضافه شدن رئیس کمیسیون برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به ترکیب شورا و تأکید بر حضور رؤسای کمیسیون‌های بهداشت و درمان و امور اجتماعی به عنوان ناظر

۳. تبدیل عضویت وزیر دادگستری، وزیر نیرو و رییس سازمان نظام پزشکی کشور از اعضای اصلی به اعضای مدعو بر حسب تشخیص دبیر شورا

و امنیت غذایی استان ها نیز نمود دارد و ارزشیابی عملکرد سه ساله آنها نشان می دهد که حرکتی همه جانبه برای ارایه چنین نقشی لازم است (Damari et al. 2012). وزارت بهداشت در ارتباط با اثر گذاری بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سه نقش اصلی رهبری، حمایت طلبی و میانجی گری دانش را بر عهده دارد (WHO 2013). چنانکه این نقش ها با چهارگام شکل گیری همکاری بین بخشی تلفیق شود، وظایف کلیدی زیر برای وزارت بهداشت در نهادینه سازی همکاری بین بخشی استخراج می شود:

- دیده بانی سلامت و ارایه گزارش های دوره ای از وضعیت سلامت کشور به ذینفعان بین بخشی
- تعیین علل مرگ ها، بیماری ها و آسیب ها و روش های پیشگیری از آنها، توصیف نقش دستگاه ها در هر یک از این علل
- انعقاد تفاهم نامه های همکاری بین بخشی و پایش مستمر فعالیت ها
- توجیه و آموزش مستمر مدیران و کارشناسان دستگاه ها برای اتخاذ رویکرد سیندمیک با تازه ترین تحقیقات منتشر شده
- تشویق و رتبه بندی دستگاه های سلامت محور در جامعه

با اینکه « تشویق » راهبرد موثری برای توسعه همکاری بین بخشی در سال های ابتدایی به شمار می رود اما اعمال جریمه برای سازمان هایی که عوامل خطر بیماری را دانسته یا ندانسته به جامعه تحمیل می کنند یک ضرورت است (WHO 2011)، قانون گذار در بند الف و ج ماده ۳۷ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور این موضوع را پیش بینی کرده است (Vosoogh Moghaddam et al. 2013) اما اغلب بخش هایی که ممکن است اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت را وارد یا تولید کنند و یا مجوز بگیرند زیر نظر بخش دولتی است و تضاد منافع برای اجرای این ماده قانونی وجود دارد، لازم است نماینده ای از قوه قضائیه همانند روسای سه کمیسیون

خیلی از اوقات آموزش های لازم را ندیده اند. از نظر جایگاه سازمانی، ابتدا در حوزه معاون هماهنگی و دبیر مجامع بوده و سپس به حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری منتقل شده است؛ به غیر از وظایفی که در آئین نامه جدید شورای عالی برای دبیرخانه به تصویب رسیده است چارچوبی برای پیشنهاد مصوبات در سایت دبیرخانه وجود دارد، البته فرایند و روال پیشنهاد مصوبات، نحوه ابلاغ و پیگیری یا پایش مصوبات مکتوب و تعیین نشده است.

از زمان راه اندازی شورای عالی در مجموع ده جلسه تشکیل شده است و این تعداد کمتر از تعداد جلسات پیش بینی شده در آئین نامه است که قرار بوده هر فصل تشکیل شود. وضعیت حضور اعضای شورای عالی در مستندات دبیرخانه نامشخص است و صرفا مصوبات در سایت اینترنتی قرار داده شده است.

در مجموع شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تا پایان سال ۱۳۹۱، نود و دو مصوبه ابلاغ شده دارد که حیطه مصوبات به شرح جدول ۲ بوده است. گزارشی از پیگیری مصوبات شورای عالی وجود داشت که از مهلت زمانی مربوطه دور بوده و اساساً اغلب مصوبات شورای عالی مهلت زمانی جهت به اجرا در آمدن مصوبه را ندارد. در مجموع آخرین گزارش دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت نشان می دهد که تا کنون ۴۹ مصوبه در مراحل اجرایی هستند و میزان پیشرفت اقدامات صورت گرفته در ارتباط با این مصوبات موجود است.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان می دهد که عملکرد شورای عالی با اثربخشی مورد انتظار قانون گذار فاصله دارد. با وجود تقویت شورای عالی در آئین نامه اخیر نتایجی چون کمیت جلسات برگزار شده، نگرش غیرکافی برای همکاری بین بخشی و نبود تضمین اجرای مصوبات نشان می دهد که در حال حاضر شورا اثربخشی کافی ندارد. عملکرد شورای عالی در کارگروه های تخصصی سلامت

مثال اگر وزارت آموزش و پرورش میزان ترک تحصیل دانش آموزان در مقاطع مختلف را کاهش دهد بخشی از بار بیماری های جسمی و روانی مردم را در آینده کاسته می شود. لذا حمایت از اقدامات سلامت محور دستگاه ها، مشارکت در طراحی سلامت محور اسناد ملی دستگاه ها و حتی رصد پیشرفت اسناد سایر دستگاه ها از سوی وزارت بهداشت اقدامی است که در حیطه همکاری بین بخشی قابل تعریف است.

با اینکه تغییر محسوسی برای بهتر شدن محتوای مصوبات شورای عالی در طول سال های فعالیت آن دیده می شود اما درصد کم مصوبات در زمینه مدیریت بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن یا مصوبات حوادث و آسیب ها ایجاب می کند که واحدهای مرتبط در درون وزارت بهداشت نسبت به تنظیم انتظارات برون بخشی اقدام کنند.

یکی از چالش های موضوعات طرح شده در شورای عالی، عملیاتی نبودن مصوبات پیشنهادی است؛ به دلیل تخصصی بودن و بین رشته ای بودن موضوعات قابل طرح در شورا لازم است کارگروه های ویژه ای در دبیرخانه تشکیل شود؛ مطابق ماده ششم آیین نامه مصوب این اختیار به وزارت بهداشت داده شده است ( Damari et al. 2012). کارگروه ها فرصتی برای مشارکت رابطان سلامت دستگاه، خبرگان تخصصی از انجمن های علمی و مراکز تحقیقاتی دانشگاهی و نمایندگان بخش های خصوصی و غیردولتی و کارشناسان اجرایی دستگاه ها فراهم می آورد به این ترتیب دامنه مشارکت ذینفعان در همکاری های بین بخشی زیاد می شود ( Damari et al. 2009). حداقل کارگروه های تخصصی بر اساس حیطه بندی مشکلات سلامت که نیازمند همکاری بین بخشی است، عبارتند از: کارگروه پیشگیری از عوامل خطر بیماری های غیرواگیر از جمله حوادث، کارگروه پیشگیری از عوامل خطر واگیر، کارگروه ارتقای سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد، کارگروه تغذیه و امنیت غذایی و کارگروه سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت. تشکیل این کارگروه ها در نهایت می

مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر در شورای عالی حضور داشته باشند.

یکی از چالش های اساسی در نظام برنامه ریزی کشور ضعف عملیاتی شدن برنامه های توسعه است. انطباق ضعیف فعالیت های استانی با برنامه های توسعه کشور مشکلی است که در چند برنامه توسعه در گذشته به عنوان معضل مزمن وجود داشته است ( Gholami and Azimi 2009). داشتن برنامه ملی سلامت که مورد اجماع ذینفعان باشد گام اول برای تخفیف این مشکل است. در این برنامه باید مشخص باشد که کشور در طول ده سال آینده یا تا سال ۱۴۰۴ در شاخص های سلامت باید به کدام اعداد دست یابد و سهم هر استان در دستیابی به آن شاخص ها چیست. ارتباط سازمانی مستمر دبیرخانه شورای عالی با دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در هر استان یکی از راهکارهای نظارت یا رصد پیشرفت استان ها است.

علی رغم تاکید تعریف همکاری بین بخشی برحضور بخش خصوصی و غیردولتی، متأسفانه ردپای مشارکت نظام مند این بخش ها در ارتقای سلامت مشاهده نمی شود ( Vosough Moghaddam et al. 2011). عضویت نمایندگان این بخش ها در شورای عالی اولین گام و تعیین تکالیف و انتظارات از این بخش ها گام بعدی است. از سوی دیگر شورای عالی فرصتی است که دستگاه ها می توانند مطالبات خود از بخش سلامت را مطرح کرده و مشاوره های لازم از وزارت بهداشت دریافت کنند؛ بخشی از این مطالبات تحت عنوان تکالیف قانونی در متن برنامه های توسعه درج می شود اما به طور معمول گزارشی شفاف از اجرایی شدن آنها منتشر نمی شود. رویکرد متعالی تر در همکاری بین بخشی انجام کار سلامت محور توسط خود دستگاه است به عبارت دیگر رویکرد مولفه های اجتماعی سلامت تاکید دارد اگر سازمانی وظیفه ذاتی و قانونی خود را به طور موثر انجام دهد به ارتقای سلامت مردم و کاهش بی عدالتی در سلامت کمک کرده است به عنوان

پیشنهاد مصوبه از ابتدا تا انتها تدوین شده، روال ها و استانداردهای آن به تصویب شورا برسد از جمله اینکه شاخص به نتیجه رسیدن مصوبه باید مشخص باشد.

تعریف نقش ها و انتظارات دوره ای از دستگاه ها در قالب تفاهم نامه های همکاری، شناسایی، انتصاب و توانمندسازی رابطان سلامت وزارت خانه ها و سازمان ها همکاری بین بخشی را مستحکم تر می کند. تشویق دستگاه هایی که همکاری موثر داشته اند از راهبردی های تداوم همکاری محسوب می شود و لازم است معیارهای سلامت محور بودن دستگاه های ملی و استانی تعیین و نظام آن به تصویب برسد. ارایه نتایج طرح در شورای معاونان وزارت بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و هیات دولت به کاربست نتایج این طرح بیش از پیش کمک می کند.

### تشکر و قدردانی

از کلیه همکارانی که در این مطالعه مشارکت داشته و کمک نموده اند قدردانی می نمائیم به ویژه خانم دکتر نرگس رستمی، دکتر محمدحسین سالاریان زاده، دکتر کامل شادپور، دکتر سیامک عالیخانی، دکتر محمدرضا سیف الهی، مهندس محمد صادق مفتاح (وزارت بازرگانی)، محمد سروش بیگدلی (وزارت دادگستری)، مهناز تسلیمی (وزارت آموزش و پرورش)، دکتر اسفندیار جلیل زاده (وزارت نیرو)، آسیه قاسمی (وزارت اموراتصادی و دارایی)، مهندس قانع (وزارت نیرو)، دکتر علیرضا بهفر (سازمان صدا و سیما)، دکتر سید موسی طباطبایی لطفی (کمیته امداد امام خمینی)، دکتر حمید رضا سفاری (رفاه و تأمین اجتماعی)، مهندس ابویی (وزارت صنایع و معادن)، مهندس علیرضا پور بصیر (وزارت جهاد کشاورزی)، دکتر محمد جوادی پور (سازمان تربیت بدنی)، دکتر حمید پور اصغری، آقای مجید فراهانی (معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری)، خانم مهرآ محسنی و آقای مهندس دانش (سازمان حفاظت از محیط زیست)، خانم نسرين گودرزی (وزارت کشور).

تواند سرعت و کیفیت طرح موضوع، تصویب و اجرا را افزایش دهد.

همانطور که در نظرات مصاحبه شوندگان آمد دیدگاه عمیق تر برای نهادینه سازی همکاری بین بخشی در حوزه سلامت استفاده از ابزار پیوست سلامت (ارزیابی اثرات سلامتی سیاست ها) است. این ابزار قادر است رویکرد مسؤولیت پذیر شدن دستگاه ها را نسبت به تأثیرات سلامتی سیاست ها و برنامه های خود ایجاد کند. سوالی که در این مطالعه به آن پاسخ داده نشد شیوه استقرار ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه برای استانداردهای پیوست سلامت است هر چند که تجربیات متفاوتی در کشورها برای نهادینه سازی این ابزار وجود دارد اما به دلیل ساختار و فرهنگ سازمانی متفاوت لازم است مطالعه ای برای دریافت نظرات بومی انجام شود.

### نتیجه گیری

متغیر بودن جایگاه دبیرخانه شورای عالی از بدو تاسیس و نداشتن کارشناس حرفه ای در پست های سازمانی دبیرخانه یادآوری می کند که وزارت بهداشت باید نسبت به تصویب ساختار تشکیلاتی دبیرخانه هرچه سریعتر اقدام کند. با توجه به وظایف کلیدی وزارت بهداشت در زمینه استقرار همکاری بین بخشی، چهار کارکرد اصلی این دبیرخانه به شرح زیر خواهد بود:

۱. اطمینان از اجرای مصوبات و انتظارات از سازمان های برون بخش سلامت و فرابخشی
  ۲. اطمینان از اجرای مصوبات و تکالیف در واحدهای درون بخشی (مرتبط به همکاری بین بخشی)
  ۳. اطمینان از اجرای مصوبات و عملکرد بهینه استان ها در زمینه سلامت
  ۴. اطمینان از مشارکت واقعی مردم و بخش خصوصی در ارتقای سلامت مردم (مطابق تعریف همکاری بین بخشی)
- در همین ارتباط داشتن چارچوب ارایه پیشنهاد به صورت سند سیاست کافی نبوده و باید فرایند اصلی

**چهارگوش شماره ۱:** وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

- ۱- ایجاد هماهنگی و سیاستگذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت غذایی و تغذیه
- ۲- بررسی پیشنهادهای و برنامه‌های راهبردی ارایه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای اجرایی ذی ربط درخصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی
- ۳- بررسی آیین نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاریهای بین بخشی در امر سلامت، امنیت غذایی و تغذیه
- ۴- بررسی گزارش نظارت بر حسن اجرای سیاستهای اعلام شده و آیین نامه‌های مصوب و ارایه گزارش سالانه

**چهارگوش شماره ۲:** سوالات مصاحبه با اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

- ۱- اعتقاد دستگاه‌های عضو شورای عالی به اثربخشی این شورا (طیف لیکرت)
- ۲- موانع اصلی برای موفقیت بیش از پیش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در ارتقای شاخص‌های سلامت کشور (سوال باز)
- ۳- راهکارهای رفع موانع (سوال باز)
- ۴- پیشنهاد برای ارتقای ضمانت اجرایی مصوبات (سوال باز)
- ۵- سه نیاز آموزشی اولویت دار کارشناسان وزارت خانه‌ها و اعضا شورای عالی و کمیسیون دائمی (سوال باز)
- ۶- پیش نیازهای لازم برای ایفای نقش موثر بر سلامت از طرف وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها (سوال باز)

جدول ۱- راهکارهای پیشنهادی برای رفع موانع همکاری بین بخشی، ارتقای ضمانت اجرایی مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و پیش نیاز آن

نوع مداخله	مصادیق استخراج شده از تحلیل نظرات مصاحبه شوندگان
اداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین برنامه استراتژیک و جامع سلامت با مشارکت دستگاه ها و تعیین تکالیف و انتظارات با توجه به ساختار و وظایف قانونی دستگاه</li> <li>- استخراج منطقی اولویت‌های مؤثر بر سلامت جهت پیگیری در شورای عالی سلامت از جمله ارتقای سلامت روان و اجتماعی</li> <li>- تفویض اختیار به استان‌ها و تقویت ساختار متناظر در استان‌ها و نظارت بر آنها</li> <li>- تدوین نظام نامه و ساختار مناسب جهت پیگیری مصوبات</li> <li>- ابلاغ مصوبات توسط یک نهاد فرا بخشی صورت گیرد (رئیس جمهور یا معاون اول ریاست جمهوری)</li> <li>- تعیین جرائم در اجرایی نشدن مصوبات خاص و پیمودن راهکار قانونی مرتبط در اعمال آن با نظارت قوه قضائیه</li> </ul>
تخصصی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعیین یک نماینده دائم و ثابت از هر دستگاه و تدوین نظام انگیزشی و ارتقای شغلی این افراد</li> <li>- ایجاد کارگروه‌های کارشناسی وزارت خانه‌ها نسبت به هر موضوع با محوریت وزارت بهداشت برای پخته شدن موضوعات و شناخت محیط دستگاه مجری</li> <li>- تشکیل جلسات مرتب و منظم در دبیرخانه و اطلاع رسانی مستمر به اعضا ( از جمله اینکه سطح موضوعات را بررسی کند و نظر بدهد که موضوع دستگاهی است یا اصلاً نیاز نیست در شورای عالی حل شود و قابل طرح نیست )</li> <li>- استفاده از نظرات استان‌ها در مورد اجرایی شدن مصوبات</li> <li>- وصل شدن شورا به کمیته علمی ثابت از نخبگان سلامت و تشکیل یک گروه ناظر کشوری جهت اجرای مصوبات شورا</li> <li>- تصویب بودجه مناسب جهت مصوبات فوری شورا و تامین آن از طریق معاونت راهبردی و نظارت ریاست جمهوری</li> <li>- ساز و کار تسریع کارهای شورا طراحی شود به طوری که تصمیمات کارشناسانه تر باشد و مشارکت ذینفعان دیده شود</li> <li>- تقویت هماهنگی درون بخشی در خود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>- الزام جهانی WHO و EMRO بر وجود شورای عالی سلامت در کشورها و رتبه بندی کشورها از این نظر</li> <li>- زمان، اعتبار و سازوکار لازم برای هر مصوبه پیش بینی و یا دستگاه مذکور موظف به ارائه اعلام آن باشد و در برنامه سالانه دیده شود.</li> <li>- امکان سنجی مصوبات پیشنهادی توسط دبیرخانه انجام شده و فرایند پیشنهاد، معیارهای ورود یا رد پیشنهاد، زمان بندی برای تسریع اعلام مصوبه و شیوه پایش مشخص شود</li> <li>- رتبه بندی و معرفی سازمان های موفق در زمینه همکاری بین بخشی سلامت</li> </ul>
برون‌ساز	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پروژه‌های سلامت یک روزه جواب نمی‌دهند، انتخاب درست مدیریت و حمایت از آن و زمان کافی پیشرفت را حاصل می‌کند</li> <li>- اجرای جلسات آموزشی و توجیهی جهت شناساندن جایگاه شورای عالی سلامت در تصویب قوانین</li> <li>- برخورد تشویقی برای جدی تلقی کردن اعضا نسبت به مسؤولیت محوله</li> <li>- توانمندسازی اعضای شورا و کارشناسان رابط سلامت در دستگاه ها در وظایف محوله</li> <li>- آموزش استان ها برای همکاری بین بخشی و نحوه عملیاتی سازی مصوبات شورای عالی</li> <li>- آموزش مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت در همکاری بین بخشی</li> <li>- جایگاه شورای عالی سلامت به عنوان عالی ترین مرجع تصویب قوانین مربوط به سلامت تثبیت شود تا نهادها خود را موظف به اجرای مصوبات شورا کنند از جمله تصویب ساختار و نظام کاری این شورا در شورای عالی اداری کشور</li> <li>- عدم سوگیری دبیرخانه در جلسات و اصرار بر به کرسی نشاندن حرف خود (مبتنی بر شواهد عمل کند )</li> <li>- قبل از حکم کردن هر مصوبه ای فرهنگ سازی توسط وزارت بهداشت انجام شود</li> </ul>

جدول ۲- توزیع نوع و تعداد مصوبات ده جلسه اول شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

تعداد	مصوبات
۳	بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن ها (به غیر از تغذیه و غذا)
۲۵	تغذیه و امنیت غذایی
۲۹	بیماری های واگیر دار و بهداشت محیط
۳	آسیب ها و حوادث
۲۶	مطالبات کلان سلامت
۶	سلامت محوری
۹۲	جمع مصوبات

## References

- Bergstrom, A., Clark, R., Hogue, T., Iyechad, T., Miller, J., Mullen, S., Perkins, D., Rowe, E., Russell, J., Simon-Brown, V., Slinski, M., Snider, B.A. and Thurston, F., 1995. Collaboration Framework: Addressing Community Capacity [online]. Available from: [www.uvm.edu/extension/community/nncollab/framework.html](http://www.uvm.edu/extension/community/nncollab/framework.html) [Cited 20 Apr 2013].
- Dadkhahi., 2013. 4th 5 years economical, social and cultural national development plan of I.R.Iran. [online]. Dadkhahi. Available from: [http://www.dadkhahi.Net/law/hoghoogh/h\\_edari\\_estekhdami/g\\_hanoon\\_barbameh\\_4.htm](http://www.dadkhahi.Net/law/hoghoogh/h_edari_estekhdami/g_hanoon_barbameh_4.htm) [cited 30 Apr 2013].
- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A. and Salarianzadeh, H., 2012. Three years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in I.R. Iran: the way forward. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*; **10**(2), pp. 21-28 [In Persian].
- Damari, B., Zeinaloo A.A. and Mahram, M., 2009. *A path to healthy development of province*. Tehran, Teb and Society Pub.
- Damari, B., Heidarnia M. and Rahbari-Bonab M., 2012. Role and performance of nongovernmental organization in seuring and improving community health. *Payesh*; **11**(3), pp. 309-315 [In Persian].
- David, V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C.M. and Davies, M., 2012. *Intersectoral Governance for Health in All Policies Structures, actions and experiences* [online]. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available form: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for->

- health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences [Cited 20 Apr 2013].
- Gholami S. and Azimi, M., 2009. *Pathology of Economical development plans after Islamic revolution of Iran*. Tehran: Researches deputy of Islamic Azad University.
- James, F., Neiger, B.L. and Thackeray, R., 2005. *Planning implementing and evaluating health promotion programs*. Washington: Person Education.
- L and RPIRI., 2013. Laws and Regulations Portal of Islamic Republic of Iran. 5<sup>th</sup> 5-years economical, social and cultural development plan act of Iran. L and RPIRI. Available from: [http:// law.dotic.ir/AIPLaw/lawview.do?reqCode=lawView&lawId=176762&isLaw=1](http://law.dotic.ir/AIPLaw/lawview.do?reqCode=lawView&lawId=176762&isLaw=1) [Cited 30 Apr 2013].
- Mahoney, M., Simpson, S., Harris, H., Aldrich, R. and Williams, J.S., 2004. *Equity Focused Health Impact Assessment Framework* [online]. Australia: the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). Available from: [conferenciapesmexico2012.com/...IMPACTO.../EFHIA\\_Framework](http://conferenciapesmexico2012.com/...IMPACTO.../EFHIA_Framework) [Cited 20 Apr 2013].
- Marmot, M. and Wilkinson, G.R., 2005. *Social determinants of health inequalities*. New York: Oxford university press. P. 365.
- Public Health Agency of Canada., 2007. *Crossing Sectors-experiences in Intersectoral Action, Public Health Policy and Health* [online]. Canada: Public Health Agency. Available from: [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_e.pdf) [Cited 30 Apr 2013].
- RCICP., 2013. Research Center for Islamic Consultancy Parliament. *Instruction of forming Health and Food Security High Council*. RCICP. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/126527>
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. and Leppo, K., 2006. *Health in All Policies: Prospects and potentials* [online]. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Available from: [http:// www. euro. who. int/\\_ data/assets/pdf\\_file/0003/109146/E89260pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260pdf) [Cited 30 Apr 2013].
- Start, D. and Hovland, I., 2004. *Tools for Policy Impact: A hand book for researchers* [online]. Overseas Development Institute. Available from: [www.odi.org.uk/resources/docs/194.pdf](http://www.odi.org.uk/resources/docs/194.pdf) [Cited 30 Apr 2013].
- Vosoogh Moghaddam, A., Damari, B., Salarianzadeh, M.H. and Rostamigooran, N., 2011. *Designing a framework for provincial 5<sup>th</sup> health development plan*. Tehran. Health policy council of Ministry of Health and Medical Education.
- Vosoogh Moghaddam, A., Damari, B., Alikhani, S., Salarianzadeh, MH., Rostamigooran, N., Delavari, AR. and Larijani, B., 2013. Health in the 5th 5-years Development Plan of the I.R. of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. *Iranian J Publ Health*; **42**(1), pp. 41-49.
- WHO., 2013. Social determinants of health 5 key questions and answers. [online]. WHO. Available from: [http:// www. who. int/social\\_determinants/thecommission/keyquestions/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/keyquestions/en/index.html) [Cited 30 Apr 2013].
- WHO., 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [online]. WHO. Available from: [www. who. int/](http://www.who.int/)

sdhconference/declaration/Rio\_political\_declaration.pdf [Cited 30 Apr 2013].  
Wikipedia., 2013. Syndemic [online].  
Wikipedia. Available form: [http:// en.wikipedia.org/wiki/Syndemic](http://en.wikipedia.org/wiki/Syndemic) [Cited 30 Apr 2013].

Wikipedia., 2013. Health Impact assessment [online].  
Wikipedia. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_impact\\_assessment](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_impact_assessment) [Cited 30 Apr 2013].

## Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran

**Damari, B., MD, MFPH.** Assistant professor, Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Science, 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/ NCD Research Center, Endocrine and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: a\_vosoogh@yahoo.com

**Bonakdar, Sh., MD.** National Technical Officer, Secretariat of Health and Food Security High Council, In charge of Minister for Policy making Affairs Bureau, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: May 13, 2013

Accepted: Aug 20, 2013

### Abstract

**Background and Aim:** Intersectoral collaboration and community participation are the two main strategies for sustaining equity in health. Based on the Fourth 5-year National Development Plan, the National High Council of Health and Food Security (HC) were formed as a strategy for developing intersectoral collaboration. Reviewing the HC permanent commission members' opinions may pave the way for improving intersectoral collaboration for health promotion of the population for high-ranking officials of the Ministry of Health and Medical Education.

**Materials and Methods:** This was a descriptive and qualitative study. Data were gathered through structured interviews with the HC permanent commission members and content analysis of the documents and records related to the initiation and performance of the HC since its formation. Results of the interviews were analyzed and summarized after defining the main domains

**Results:** Most of the HC permanent commission members believed that the HC effectiveness was low or very low. It was suggested that the first step to improve effectiveness should be defining health priorities and then responsibilities of various organization and the HC's expectations of them. The proposed strategies included having a permanent representative from all organizations; creating task forces for in-deep discussion of issues; holding regular meetings in the secretariat and regular information-sharing with the members; strengthening subordinate, corresponding structures in the provinces and entrusting them with the necessary powers and authority; and, finally, having a permanent scientific committee with membership from health experts and the elite to advise the HC.

**Conclusion:** There is a gap between the performance of the High Council of Health and Food Security and the law-makers' expectations. Establishment of a secretariat with competent expertise and a special working mechanism for *intersectoral collaboration* will greatly overcome weaknesses. Defining the National High Council of Health and Food Security's expectations of organizations and their periodical roles, empowering health collaborators of the relevant ministries and organizations, and incentivizing organizations which have had effective contribution will result in stronger and longer-lasting collaboration.

**Key words:** High Council of Health and Food Security, intersectoral collaboration, promotive approaches