

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان مستند: ساختار و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه‌های آن

نوع مستند: دستور عمل

هدف از تهیه مستند: آشنایی با ساختار، تشکیلات و فرآیندهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه‌های آن

واحد سفارش‌دهنده: دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

مرجع تهیه‌کننده: دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

نویسندگان: دکتر نرگس رستمی‌گوران، شیوا مافی‌مرادی، دکتر عباس وثوق‌مقدم، دکتر محمدحسین سالاریان‌زاده، دکتر علیرضا دلآوری

با نظارت: دکتر علیرضا دلآوری، دکتر سید محمدهادی ایازی و دکتر علی‌اصغر فرشاد

همکاران: دکتر حمیدرضا صافی‌خانی، دکتر عزیزاله معماریانی، مهندس حمید اسماعیل‌زاده، دکتر بهزاد دهماری، حمیده جوادی‌نسب، فهیمه دوست‌نیکچه، دکتر مریم حاجیان

کاربران اصلی: دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

توصیف مستند: در این مستند تلاش شده است تا طبق آخرین اصلاحات به عمل آمده در نظام کاری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، به‌منظور آشنایی دستگاه‌ها و سازمان‌های ذینفع در حوزه سلامت و امنیت غذایی، ضمن توصیف ساختار و ارکان زیرمجموعه آن، چرخه سیاست‌گذاری فرابخشی، منطبق بر چارچوب نظری خطی‌مشی‌گذاری مرحله‌ای، تشریح شود.

اقدام لازم: مطالعه مستند از سوی کاربران اصلی به‌منظور آشنایی با جایگاه، ساختار، تشکیلات و گردش امور در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و ارکان زیرمجموعه آن

سطح دسترسی: عادی - قابل انتشار

مشخصات ظاهری: دارای جدول و شکل

کلیدواژه: شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ساختار، تشکیلات

نسخه ویرایش: نهایی

شناسه اثر: MOH-SD-SCHFS-INS 001/1395

مکاتبه و تماس برای جزئیات بیشتر: تهران، میدان صنعت، خیابان سیمای ایران، ساختمان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه ۱۴،

معاونت اجتماعی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، تلفن: ۸۱۴۵۲۹۷۸

ساختار و تشکیلات شورای  
عالی سلامت و امنیت  
غذایی وزیرمجموعه آن



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت اجتماعی

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

## فهرست مطالب

فصل ۱. مفاهیم و تعاریف .....	۱۱
۱-۱. مقدمه .....	۱۱
۲-۱. تعاریف .....	۱۲
فصل ۲. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی .....	۱۵
۱-۲. پیشینه و مبانی نظری و ضرورت شکل‌گیری همکاری بین‌بخشی .....	۱۵
۲-۲. پیشینه و مبانی قانونی تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور .....	۱۶
۳-۲. مأموریت شورای عالی .....	۱۷
۴-۲. ترکیب اعضای شورای عالی .....	۱۷
۵-۲. شرح وظایف شورای عالی .....	۱۸
۱-۵-۲. تدوین و تصویب سیاست‌ها .....	۱۸
۲-۵-۲. پایش و نظارت بر اجرای سیاست‌ها .....	۱۹
۶-۲. ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی .....	۱۹
۷-۲. فرآیند انجام کار و نحوه تصمیم‌گیری .....	۲۰
فصل ۳. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی .....	۲۳
۱-۳. مأموریت دبیرخانه شورای عالی .....	۲۳
۲-۳. ساختار دبیرخانه شورای عالی .....	۲۳
۳-۳. شرح وظایف دبیرخانه شورای عالی .....	۲۴
۱-۳-۳. تهیه و تنظیم پیش‌نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی) .....	۲۵
۲-۳-۳. نظارت بر استقرار سیاست‌ها .....	۲۵
۳-۳-۳. نمودار جریان کار .....	۲۵
۴-۳. فرآیند انجام کار .....	۲۷
۱-۴-۳. تعیین موضوع .....	۲۸
۲-۴-۳. تدوین پیش‌نویس سیاست .....	۲۸
۳-۴-۳. انتخاب و تصویب سیاست‌های اجرایی .....	۳۰
۴-۴-۳. مدیریت استقرار و پایش سیاست .....	۳۰
۵-۴-۳. ارزشیابی آثار سیاست مصوب .....	۳۱

۳۳	فصل ۴. کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۳۳	۱-۴. مأموریت کمیسیون
۳۳	۲-۴. ترکیب اعضا (پیشنهادی)
۳۴	۳-۴. شرح وظایف اعضای کمیسیون دائمی
۳۴	۱-۳-۴. تدوین و پیشنهاد سیاست‌ها
۳۴	۲-۳-۴. نظارت بر استقرار سیاست‌های مصوب شورای عالی
۳۵	۴-۴. فرآیند کار
۳۷	فصل ۵. کارگروه‌های تخصصی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۳۷	۱-۵. مأموریت کارگروه‌های تخصصی شورای عالی
۳۷	۲-۵. ترکیب اعضا (پیشنهادی)
۳۷	۱-۲-۵. ترکیب اعضای کارگروه «کاهش تهدیدکننده‌های سلامت»
۳۸	۲-۲-۵. ترکیب اعضای کارگروه «امنیت غذا و تغذیه»
۳۹	۳-۵. شرح وظایف کارگروه‌های تخصصی
۳۹	۱-۳-۵. بررسی و اصلاح سیاست‌های اجرایی پیشنهادی
۳۹	۲-۳-۵. پایش استقرار سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی
۳۹	۴-۵. فرآیند انجام کار
۴۱	فصل ۶. کمیته‌های فنی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۴۱	۱-۶. مأموریت کمیته‌های فنی
۴۱	۲-۶. ترکیب اعضا
۴۱	۳-۶. شرح وظایف کمیته‌های فنی
۴۱	۱-۳-۶. تدوین پیش‌نویس اسناد (توصیف و تحلیل موضوع، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی)
۴۲	۲-۳-۶. هماهنگی استقرار و پایش برنامه‌های اجرایی
۴۳	فصل ۷. کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
۴۳	۱-۷. مأموریت کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
۴۳	۲-۷. ترکیب اعضا
۴۴	۳-۷. شرح وظایف کارگروه
۴۵	۴-۷. فرآیند کار کارگروه

۴۶	فصل ۸. پیوست ها
۴۷	پیوست ۱. آیین‌نامه شورای عالی بهداشت (قانون شماره ۶۱۹۹).....
۵۱	پیوست ۲. تشکیل شورای غذا و تغذیه به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مقرره شماره ۱۱۸۰۵) .....
۵۲	پیوست ۳. تشکیل شورای عالی سلامت و برنامه اصلاحات در نظام سلامت به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....
۵۶	پیوست ۴. آیین‌نامه تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (مقرره شماره ۳۲۸۶۱).....
۵۸	پیوست ۵. آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.....
۶۱	پیوست ۶. فرم کاربرد بیان مسئله.....
۶۲	پیوست ۷. شاخص‌های امتیازدهی موضوعات در شورای ارزیابی.....
۶۷	پیوست ۸. فرمت سیاست‌نامه.....
۷۰	پیوست ۹. چارچوب ارزیابی سیاست‌نامه.....
۷۵	پیوست ۱۰. فرمت چکیده شواهد.....
۷۸	پیوست ۱۱. راهنمای تدوین متن مصوبات پیشنهادی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.....
۸۱	پیوست ۱۲. راهنمای برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی.....
۹۱	پیوست ۱۳. فرمت گزارش پایش برنامه‌های زیر مجموعه سیاست‌های اجرایی مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.....
۱۰۹	فصل ۹. منابع و مآخذ.....

## فهرست اشکال و جداول

- شکل ۱-۲. ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه آن ..... ۱۹
- شکل ۳-۱. جایگاه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت ..... ۲۴
- شکل ۲-۳. مسیر جریان کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ..... ۲۶
- شکل ۳-۳. چرخه انجام کار در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ..... ۲۸
- شکل ۴-۳. روشها و ابزارهای مورد استفاده در هر یک از مراحل چرخه سیاستگذاری ..... ۲۸
- جدول ۳-۱. شواهد مورد استفاده در تصمیم سازی بر اساس فوریت موضوع و وجود شواهد معتبر ..... ۳۰

## سخن قائم مقام معاون اجتماعی و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است و برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت؛ توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی و ارزشی فرابخشی شمرده می‌شود و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان و مراقبت‌های پزشکی را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود برای تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد کشور بسیج کند. در راستای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم از طریق نهادینه‌سازی رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم (مورد تأکید مقام معظم رهبری در بند (۲) سیاست‌های کلی سلامت) و مدیریت بهینه مخاطرات و تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت در کشور، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان تنها مرجع اصلی سیاست‌گذاری اجرایی سلامت همه‌جانبه در سطح فرابخشی، بر اساس ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه کماکان به فعالیت خود ادامه می‌دهد. بر پایه بند (۶) آیین‌نامه مصوب شورا، مورخ ۳۰/۱۱/۹۰ در هیئت محترم دولت وقت، دبیرخانه شورا مکلف به تدوین شیوه‌نامه تشکیل و نحوه کارشناسی موضوعات در کارگروه‌های تخصصی ذیل شورا شده است.

از این رو نوشتار حاضر با هدف توصیف ساختار و ارکان زیر مجموعه آن و چرخه سیاست‌گذاری فرابخشی منطبق بر چارچوب نظری خطی‌مشی‌گذاری مرحله‌ای تدوین شده است. گفتنی است که مجموعه حاضر حاصل تلاشی است که از آذرماه سال ۱۳۹۲، با استناد به بند (۶) آیین‌نامه مصوب شورا و درخواست دبیر محترم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، آغاز شد و با همکاری مستمر و صادقانه مشاور وزیر و رئیس وقت دبیرخانه شورا، همکاران محترم دبیرخانه و بهره‌مندی از نظرات کارشناسی و تخصصی مشاوران محترم دبیرخانه و اعضای محترم کارگروه‌های تخصصی در دی ماه سال ۱۳۹۴ به ثمر رسید. لازم



به ذکر است که با توجه به قرار گرفتن موضوع شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در دستور کار مجلس شورای اسلامی برای تبدیل شدن به قانون دائمی، ساختار و تشکیلات پیشنهادی در این کتاب بعد از تغییر ساختار و تشکیلات شورا به قانون دائمی، مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفته و به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (هیئت وزیران) خواهد رسید. لذا محتوای این کتاب صرفاً با استناد به بند (الف) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و بند (۶) آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور طراحی و پیشنهاد شده است.

فرصت را غنیمت شمرده و از زحمات بی‌شائبه و حمایت‌های بی‌دریغ جناب آقای دکتر علی‌رضا دلاوری که در زمان ریاستشان در دبیرخانه شورا در تدوین و به ثمر نشاندن این مجموعه نقش بسزایی داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنم. همچنین از تمامی همکاران و عزیزانی که در طول ۳ سال گذشته در بازبینی ساختار و تشکیلات شورا و زیرمجموعه آن و مدون کردن نتایج زحمات خود تلاش کردند کمال تشکر را دارم.

امید دارم که ضمن مقبول نظر واقع شدن این مجموعه، به پشتوانه همکاری و همراهی تمامی دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های ذینفع و دست‌اندرکار در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و امنیت غذایی کشور بتوانیم در مسیر تعالی جایگاه و مأموریت شورا در سال‌های آتی گام برداریم. در پایان از تمامی مخاطبان محترم این مجموعه انتظار داریم پس از مطالعه، ما را از نظرات و پیشنهادهای خود، در مسیر اصلاح و یادگیری مستمر، مطلع نمایند.

**دکتر علی اصغر فرشاد**

قائم‌مقام معاونت اجتماعی و

رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

### تقدیر و تشکر

پر واضح است که انجام و نگارش این مستند بدون پشتیبانی و حمایت بی دریغ اعضای دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و همکاران و مشاوران آن ممکن نبوده است. در ابتدا از جناب آقای دکتر سید محمدهادی ایازی (معاون محترم اجتماعی) و جناب آقای دکتر علی اصغر فرشاد (قائم مقام معاونت اجتماعی و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) به خاطر حمایت از انتشار این مجموعه صمیمانه تشکر می‌کنیم. همچنین از تمامی صاحب‌نظران و مشاوران محترم دبیرخانه، آقایان دکتر حمیدرضا صفی‌خانی، دکتر عزیزاله معماریانی، مهندس حمید اسماعیل‌زاده و دکتر بهزاد دمازی که زحمت مطالعه پیش‌نویس این مستند را بر عهده داشته‌اند قدردانی می‌کنیم. به‌علاوه از همکاری صمیمانه و فعالانه نمایندگان محترم دستگاه‌ها و سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که فهرست آن‌ها در فصل اول آمده است و همچنین تمامی انجمن‌های علمی و صنفی که در طول سه سال اخیر با حضور فعال در جلسات کمیته‌های فنی و کارگروه‌های تخصصی و مشارکت داوطلبانه خود در تدوین و آماده‌سازی مستندات پشتیبان و مصوبات شورا ما را در استقرار چرخه و بهبود مستمر کیفیت فرآیندهای کاری دبیرخانه یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می‌کنیم.

## فصل ۱. مفاهیم و تعاریف

### ۱-۱. مقدمه

مقوله سیاست‌گذاری در معنای کلان آن مبتنی بر اتخاذ تدابیر مناسب در راستای حل یک مشکل عمومی است و جزء مقولاتی است که به دلیل اهمیت و حساسیت عوامل تأثیرگذار بر فرآیند تصمیم‌گیری، همواره و در طول تاریخ، به ویژه از اواسط قرن ۱۹ میلادی به بعد، توجه صاحب‌نظران بسیاری را در حوزه مدیریت دولتی به خود جلب کرده است؛ به گونه‌ای که از آن زمان تاکنون مطالعات گسترده‌ای با هدف شناسایی، تبیین و بهبود کیفیت فرآیند سیاست‌گذاری، عقلایی‌تر نمودن و ایجاد قابلیت پیش‌بینی در سیاست‌ها توسط اندیشمندان و نظریه‌پردازان صاحب‌نام در حوزه مذکور صورت پذیرفته است.

آنچه بیش از همه مورد اذعان و توافق صاحب‌نظران مختلف است، پیچیدگی و ماهیت پویای چرخه سیاست‌گذاری است. به گونه‌ای که شاید نتوان هیچ مدل و پروتکل واحد و منسجمی را در سطوح مختلف نظام تصمیم‌گیری برای آن جستجو نمود؛ اما با وجود رویکردهای متعدد به مقوله سیاست‌گذاری، در دوره‌ای تلاش صاحب‌نظران این حوزه بر آن بوده تا از طریق تبیین مراحل و ارکان اساسی چرخه سیاست‌گذاری، بر جنبه عقلانی آن بیفزایند. اگرچه واقعیت اجتماعی در اکثر مواقع نشان‌دهنده غلبه چارچوب‌های نظری غیرخطی و پویاتر در تبیین تغییرات به وقوع پیوسته در داخل زیرسیستم‌های مختلف سیاستی بوده است. به گونه‌ای که شاید نتوان در عرصه عمل، مراحل عمده چرخه سیاست‌گذاری را به وضوح مشاهده کرده و از یکدیگر تمیز داد.

با وجود این، تلاش در راستای نظم‌دهی و سازمان‌بخشیدن به چرخه سیاست‌گذاری از طریق شناسایی، توصیف و مشروعیت‌بخشی به مراحل چرخه، متناسب با شرایط محیطی و مقتضیات حاکم، به ویژه در سطح سیاست‌های اجرایی و تدبیری می‌تواند گام مؤثری در راستای استقرار و نهادینه کردن نظام سیاست‌گذاری، به ویژه در سطح فرابخشی سلامت، به شمار آید. به علاوه استقرار چنین نظامی می‌تواند

ضمن ایجاد ذهنیت و زبان مشترک و مورد توافق در رابطه با ساختار و محتوای کارکردی چرخه سیاست گذاری فرابخشی میان ذینفعان دست اندرکار در این حوزه، بر کارایی و اثربخشی فرآیند سیاست گذاری و نیز کیفیت مصوبات، به عنوان خروجی چرخه، بیفزاید.

از این رو دست اندرکاران و کارشناسان دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بر آن شدند تا به منظور شفاف سازی فرآیند سیاست گذاری فرابخشی سلامت و کمک به ارتقاء کیفیت مصوبات و تضمین اجرای آن ها، نسبت به استقرار نظام سیاست گذاری فرابخشی در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اقدام نمایند.

در این مستند ضمن معرفی ساختار و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به طور خلاصه فرآیند کار در این ساختار با رویکردی هنجاری<sup>۱</sup> توضیح داده شده است.

## ۱-۲. تعاریف

**مسئله-** منظور از مسئله در دستور عمل پیش رو، آن دسته از مسائلی هستند که در وهله اول توسط کارشناسان و خبرگان دستگاه ها، نهادها و مراجع مختلف تشخیص داده شده و از راه های مختلف به جهت قرار گرفتن در دستور کار شورای عالی سلامت پیشنهاد می شوند.

**موضوع-** منظور از موضوع، آن دسته از مسائلی هستند که پس از بحث و بررسی در کمیته های تخصصی و شورای ارزیابی، به عنوان موضوعات کلیدی در دستور کار شورای عالی سلامت قرار می گیرند.

**کاربرگ بیان مسئله-** منظور از کاربرگ بیان مسئله، چارچوبی است که برای بررسی تمامی جنبه های یک مسئله کارشناسی شده توسط مراجع درخواست کننده، طراحی شده است. در واقع تکمیل اصولی کاربرگ مذکور سنگ بنای فرآیند دستور کارگذاری تلقی شده و نقش بسیار مؤثری در ارتقاء کیفیت شناسایی موضوعاتی دارد که در دستور کار قرار می گیرند.

**مرجع درخواست کننده-** منظور از مرجع درخواست کننده، تمامی دستگاه ها، نهادها و سازمان های ذینفع و دست اندرکار در حوزه سلامت و امنیت غذایی کشور هستند که از کانال های مختلف نسبت به طرح مسائل پیشنهادی خود به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به جهت قرار گرفتن در دستور کار نهایی شورا اقدام می نمایند.

**دستگاه ها و نهادهای ذینفع در حوزه فرابخشی سلامت-** منظور از دستگاه ها و نهادهای ذینفع در حوزه فرابخشی، تمامی دستگاه ها و نهادهایی هستند که به لحاظ کارکردی و نهادی دارای مأموریت و اهداف تعریف شده و مشخصی در حوزه سلامت و امنیت غذایی کشور بوده و از این رو در تعیین و تبیین مسائل، چاره جویی، تحلیل راهکارهای پیشنهادی برای مسائل مطروحه و نیز اجرای آن ها پس از تصویب در شورای عالی ذینفع و دست اندرکار هستند.

۱. منظور از هنجاری بودن رویکرد ارائه مطالب در این کتاب، معرفی فرآیندهای کاری شورا آن طور که انتظار می رود باشد، است و نه الزاماً آن طور که هست. (رویکرد توصیفی)

**بانک اطلاعاتی** - منظور از بانک اطلاعاتی، سامانه‌ای است که اطلاعات مربوط به تمامی مسائل مطرح شده از سوی مراجع درخواست کننده، به صورت مستمر و نظام مند، در آن ثبت شده و مستند می گردد؛ به گونه‌ای که همواره با افزوده شدن بر محتوای اطلاعاتی آن امکان گزارش گیری‌های تحلیلی از آن در هر زمان وجود خواهد داشت. در واقع این بانک در نقش حافظه موضوعی دبیرخانه عمل می کند.

**شاخص‌های ارزیابی مسائل** - منظور از شاخص‌های ارزیابی مسائل، مجموعه شاخص‌هایی هستند که به عنوان ابزار تصمیم‌گیری شورای ارزیابی، امکان تعیین موضوعات اولویت دار برای قرار گرفتن در دستور کار شورای عالی سلامت را فراهم می‌آورند.

**کانون سیاست‌گذار** - مرجع تصویب کننده سیاست‌های اجرایی در حوزه فرابخشی است. به طور کلی این مرجع شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و هیئت دولت است؛ اما در برخی شرایط خاص سیاست‌های اجرایی می‌تواند در قالب تفاهم‌نامه به امضای دو یا چند وزیر برسد.

**اجماع** - اجماع یک روش تصمیم‌گیری گروهی است که هدف آن نه تنها مشارکت حداکثری افراد بلکه توجه به مخالفت‌های گروه اقلیت است. تصمیم‌گیری اجماعی نوعی تفاهم همگانی است که در آن باید:

۱. حداکثر افراد عضو شرکت کنند.
  ۲. اعضای تصمیم گیرنده مشارکت فعال داشته باشند.
  ۳. همه باید همکاری کنند تا به بهترین جواب مورد پسند برسند.
  ۴. همه اعضا باید حق ارائه نظر یا مخالفت و یا رد پیشنهادها را داشته باشند. رسیدن به اجماع نیازمند توجه جدی به نظرات هر یک از اعضای گروه است.
- پورتفولیو** - مجموعه‌ای از طرح‌ها، برنامه‌ها و یا پروژه‌هایی است که به منظور تسهیل مدیریت و اطمینان از تحقق اهداف راهبردی در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.



## فصل ۲. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

### ۲-۱. پیشینه و مبانی نظری و ضرورت شکل‌گیری همکاری بین‌بخشی

با توسعه دانش در حوزه سلامت و در بخش‌های دیگر توسعه، نشان داده شد که سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن فراتر از جنبه‌های پزشکی-زیستی بوده و تعامل انسان با محیط و عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را نیز شامل می‌شود (Borrell-Carrió et al., 2004). تغییر بار بیماری‌ها<sup>۱</sup> به سمت بیماری‌های غیر واگیر در کل دنیا و از جمله در کشورهای در حال توسعه و پیچیده و چند عاملی بودن مکانیسم ایجاد این گروه از بیماری‌ها سبب شده تا اهمیت انجام مداخلات سلامت‌محور در سایر بخش‌ها بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.<sup>۲</sup>

همکاری بین‌بخشی یک رابطه شفاف بین بخش سلامت با بخش‌های دیگر در زمینه تشریح اطلاعات، منابع و اختیارات و لازمه تدوین سیاست‌های مشترک و یکپارچه برای پیشگیری و حل مشکلات پیچیده سلامت جامعه است، به طوری که نتیجه نهایی از تنها عمل کردن بخش سلامت مؤثرتر، کاراتر و پایدارتر باشد.<sup>۳</sup>

از اواسط دهه ۸۰ میلادی به بعد، همکاری‌های بین‌بخشی با هدف ارتقاء سلامت و عدالت در سلامت، مورد توجه و اذعان عمومی دولت‌ها قرار گرفت.<sup>۴</sup>

در گزارش سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت با در عنوان «کار با یکدیگر برای سلامت» نیز بر همکاری درون و بین‌بخشی و همچنین نیازهای کمی و کیفی نیروی انسانی، مجدداً تأکید شده

۱. منظور از بار بیماری (Buredn of Disease and Injury) سال‌های از دست رفته عمر به علت مرگ زودرس و ناتوانی ناشی از بیماری و جراحات‌ها است.

2. Axelsson and Axelsson, 2006, Steenbakkers et al., 2012.

3. Brown and Ashman, 1996, Hendriks et al., 2015, Damari and Vosoogh Moghaddam, 2014, Spiegel et al., 2012.

4. Hendriks et al., 2015, Damari and Vosoogh Moghaddam, 2014.

است. در رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» که برای اولین بار در کنفرانس جهانی ارتقای سلامت (اوتاوا) در سال ۱۹۸۶ مطرح شد، فرآیند همکاری بین‌بخشی به‌گونه‌ای تعریف شده است که سلامت جامعه در کل چرخه سیاست‌گذاری سایر بخش‌ها و در تمامی سطوح، مدنظر قرار گیرد.<sup>۱</sup> در برنامه عملیاتی سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در بازه زمانی ۲۰۲۰-۲۰۱۳ و نیز سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران، توسعه همکاری‌های بین‌بخشی، به‌عنوان یکی از راهبردهای مهم جهت رسیدن به اهداف، در نظر گرفته شده است. به‌طوری‌که دستیابی به اهداف این سند تنها با مشارکت و تعامل نزدیک با سایر بخش‌ها امکان‌پذیر خواهد بود. از سوی دیگر در مدل‌های تحلیل نظام سلامت، دو هدف ارتقاء سلامت جامعه و عدالت در سلامت از جمله اهداف غایی برای نظام‌های سلامت به حساب می‌آیند.<sup>۲</sup>

از آنجا که بی‌عدالتی در سلامت، ریشه در نابرابری‌های اجتماعی داشته و هر دوی این نابرابری‌ها تحت تأثیر سیاست‌ها و خطی‌های عمومی تعیین‌کننده نحوه و کیفیت توزیع مؤلفه‌های اجتماعی قرار دارند، لذا کاهش این نابرابری‌ها نیازمند مداخلاتی در کلیه بخش‌ها و سطوح جامعه است.<sup>۳</sup> بنابراین نظام‌های سلامت برای دستیابی به دو هدف اصلی خود یعنی ارتقاء سلامت جامعه و نیز کاهش نابرابری‌های سلامت، به همکاری با سایر بخش‌ها نیاز دارند. همکاری بین‌بخشی برای سلامت و امنیت غذایی و تغذیه به هماهنگی و ساختاری مشارکتی در جهت ارائه شواهد علمی، بهره‌گیری از تجارب خبرگان در هر بخش، حمایت‌طلبی و در نهایت تصمیم‌گیری شورایی در سطوح ستادی کشور نیاز دارد.<sup>۴</sup>

## ۲-۲. پیشینه و مبانی قانونی تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

پیشینه تاریخی شکل‌گیری بستر اولیه همکاری بین‌بخشی در حوزه سلامت به سال ۱۳۲۹ باز می‌گردد که برای اولین بار شورایی تحت عنوان «شورای عالی بهداشت» با هدف اظهار نظر در امور مربوط به بهداشت عمومی کشور با تصویب مجلس شورای ملی شکل گرفت. (پیوست ۱) سپس به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی، در سال ۱۳۷۰، «شورای غذا و تغذیه» برای هماهنگ نمودن فعالیت‌های تحقیقاتی، آموزشی، برنامه‌ریزی و اجرایی در امر غذا و تغذیه کشور (پیوست ۲) و در سال ۱۳۸۲ «شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت» به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم ایران به‌عنوان یکی از اولویت‌های دولت، گسترش همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردمی و حمایت از طرح‌های جدید

1. Storm et al., 2011, Pinto et al., 2015

2. Borrell et al., 2013, De Savigny and Adam, 2009

3. Marmot and Health, 2007, Pons-Vigués et al., 2014, Ndumbe-Eyoh and Moffatt, 2013, Raphael and Bryant, 2015

4. Hendriks et al., 2015, Majdzadeh et al., 2012



به‌عنوان مرجع سیاست‌گذاری در زمینه نظام سلامت کشور تشکیل شدند. (پیوست ۳) بر اساس ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۰-۱۳۸۴) دو شورای مذکور ادغام شده و «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور» شکل گرفت. (پیوست ۴) به استناد بند (الف) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۰) فعالیت شورا در طول سال‌های اجرای قانون مذکور ادامه می‌یابد. آیین‌نامه اجرایی این شورا در سال ۱۳۹۰ به تصویب هیئت وزیران رسیده است. (پیوست ۵) به موازات تشکیل ساختارهای متعدد و ادغام آن‌ها ذیل شورایی واحد در سطح ملی، ساختارهای مشابهی در سطح استان‌ها نیز شکل گرفته و به موازات تشکیلات ملی به فعالیت خود ادامه داده‌اند؛ به‌طوری که طبق ماده (۱۶) آیین‌نامه شورای عالی بهداشت، مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها به‌منظور مطالعه و بررسی در مسائل بهداشتی موظف به تشکیل شوراهای بهداشتی شدند. (پیوست ۱) همچنین به استناد ماده (۱۰) آیین‌نامه شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت، استان‌ها ملزم به تشکیل «شورای سلامت استان» با ساختار و شرح وظایف مشابه شورای عالی شدند. (پیوست ۳) بر اساس ماده ۷۰ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور «شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان» در سال ۱۳۸۲ شکل می‌گیرد<sup>۱</sup>. بر پایه آیین‌نامه اجرایی بازبینی شده این شورا، در سال ۱۳۸۷ «کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی» به ریاست استاندار تشکیل می‌شود<sup>۲</sup>.

## ۲-۳. مأموریت شورای عالی

مطابق آیین‌نامه تشکیلات، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان مرجع اصلی سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در خصوص سلامت و امنیت غذایی مأموریت دارد در راستای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم نمودن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم نسبت به تصویب سیاست‌های اجرایی بین‌بخشی سلامت اقدام کند.

## ۲-۴. ترکیب اعضای شورای عالی

مطابق آیین‌نامه تشکیلات، اعضای شورای عالی به شرح زیر می‌باشند:

۱. رئیس‌جمهور (رئیس شورا)
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر شورا)
۳. معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور (در حال حاضر رئیس سازمان برنامه و بودجه کشور)
۴. وزیر کشور

۱. در ماده ۷۰ قانون برنامه سوم توسعه این‌گونه آمده است که: به‌منظور تصمیم‌گیری، تصویب، هدایت، هماهنگی و نظارت در امور برنامه‌ریزی و توسعه و عمران استان‌ها، در چارچوب برنامه‌ها و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان کشور، شورای برنامه‌ریزی و توسعه هر استان به ریاست استاندار تشکیل می‌شود.

۲. جزئیات مربوط در فصل مربوط به کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان به تفصیل آورده شده است.

۵. وزیر صنعت، معدن و تجارت
  ۶. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
  ۷. وزیر آموزش و پرورش
  ۸. وزیر جهاد کشاورزی
  ۹. وزیر ورزش و جوانان
  ۱۰. رئیس سازمان حفاظت از محیط زیست
  ۱۱. رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
  ۱۲. رؤسای کمیسیون‌های بهداشت و درمان، امور اجتماعی و برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به‌عنوان ناظر<sup>۱</sup>
  ۱۳. سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)
  ۱۴. رئیس سازمان ملی استاندارد ایران
  ۱۵. یک نفر به‌عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه سلامت بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید رئیس شورای عالی
  ۱۶. دو نفر به‌عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه، بنا به پیشنهاد وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی و تأیید رئیس شورای عالی.
- تبصره ۱- جلسات شورای عالی در غیاب «رئیس جمهور» به ریاست «معاون اول رئیس جمهور» تشکیل می‌شود.
- تبصره ۲- دبیر شورای عالی می‌تواند از سایر وزرای ذی‌ربط، حسب مورد جهت شرکت در جلسات شورای عالی، با حق رأی، دعوت به عمل آورد.
- لازم به ذکر است که بر اساس تصویب‌نامه هیئت وزیران به شماره ۱۴۷۰۱۲/ت/۵۱۵۰۷ ه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۰۴، وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و معاون رئیس جمهور در امور زنان و خانواده به ترکیب اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور اضافه شدند.

## ۲-۵. شرح وظایف شورای عالی

### ۲-۵-۱. تدوین و تصویب سیاست‌ها

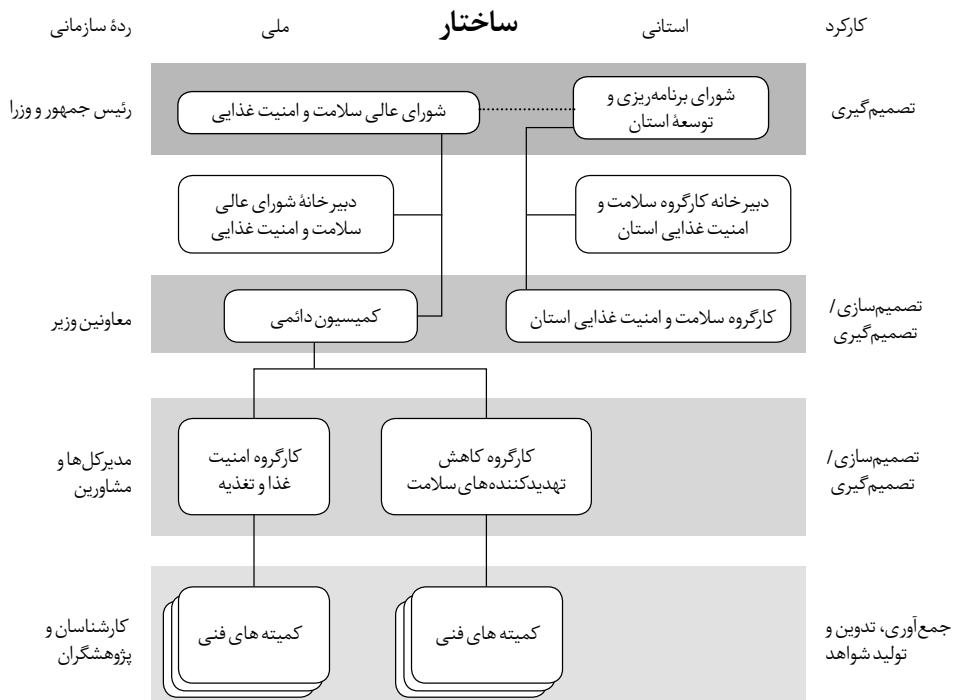
- سیاست‌گذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی
- بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
- تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای

۱. با استناد به مفاد جزء (۴) بند ب ماده ۱ قانون عضویت و لغو عضویت نمایندگان مجلس شورای اسلامی در برخی از شوراهای عالی، شوراها، مجامع و سایر هیئت‌ها، مصوب ۱۳۹۳/۶/۱۵ در حال حاضر نمایندگان ناظر دو نفر بوده و پس از معرفی کمیسیون بهداشت و درمان و با رأی مجلس شورای اسلامی تعیین می‌شوند.

- تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع همگانی سلامت و امنیت غذایی» به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲-۵-۲. پایش و نظارت بر اجرای سیاست‌ها
- شاخص‌گذاری و پایش اجرای سیاست‌های اجرایی مصوب
- تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی
- ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی ذینفع و دست‌اندرکار اجرای سیاست‌ها

## ۲-۶. ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی<sup>۱</sup>

باتوجه به رویه تاریخی ذکر شده در قسمت قبل و بر اساس آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مصوبه مورخ ۱۳۹۰/۰۸/۰۱ هیئت وزیران [آیین‌نامه تشکیلات] (پیوست ۵)، برای تسهیل در تصمیم‌گیری، ساختار پیشنهادی زیر با عنایت به اختیارات و وظایف تصمیم‌گیری در سطوح اداری تهیه و مبنای کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی [از این به بعد شورای عالی] کشور قرار گرفته است:



شکل ۲-۱. ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه آن

۱. در لایحه ارسالی هیئت محترم دولت، تحت عنوان «قانون تنظیم برخی از احکام برنامه‌های توسعه کشور» پیشنهاد شده است که تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به قانون دائمی تبدیل شود.

همان طور که در شکل ۲-۱ نشان داده شده است، ساختار کلی شورای عالی از چهار لایه کمیته‌های فنی، کارگروه‌های تخصصی، کمیسیون دائمی و شورای عالی تشکیل شده است. به این ترتیب که در لایه کمیته فنی که در سطح کارشناسان و پژوهشگران دستگاه‌ها و سازمان‌های عضو شورا و به صورت موقت تشکیل می‌شوند، مسئولیت جمع‌آوری، تدوین و تولید شواهد موردنیاز تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیرندگان در لایه‌های بالاتر و همچنین تدوین پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی (مصوبات) را بر عهده دارند. لایه دوم، لایه کارگروه‌های تخصصی است که در رده مدیران کل و مشاوران عالی دستگاه‌ها/ سازمان‌های عضو تشکیل شده و در خصوص پیش‌نویس مصوبات و اعتبار شواهد پشتیبان آن‌ها به بحث، تبادل نظر، تصمیم‌سازی و در برخی شرایط خاص بر پایه اختیارات خود به تصمیم‌گیری می‌پردازند. در لایه سوم نیز که مربوط به جلسات کمیسیون دائمی است، معاونین وزیر در خصوص مصوبات پیشنهادی که در کارگروه‌ها در مورد آن‌ها اجماع حاصل نشده، به تصمیم‌سازی و در صورت حصول اجماع بر روی پیش‌نویس‌های ارجاعی به تصمیم‌گیری می‌پردازند. نهایتاً در لایه آخر، در جلسات شورای عالی که با حضور رئیس‌جمهور و وزرا تشکیل می‌گردد، مصوبات پیشنهادی باقی‌مانده که در دو لایه کارگروه و کمیسیون دائمی در مورد آن‌ها اجماع و توافق صورت نگرفته، در جلسه‌ای با حضور وزراء (شورای معین) و سپس جلسه اصلی شورا (با حضور رئیس‌جمهور) مطرح و در خصوص آن‌ها تصمیم‌گیری نهایی به عمل می‌آید.

## ۲-۷. فرآیند انجام کار و نحوه تصمیم‌گیری

دبیرخانه شورا به منظور ایجاد ذهنیت مشترک در رابطه با نحوه و فرآیند تصمیم‌گیری در شورا و شفاف‌سازی مسیر تصویب سیاست‌های تدوین شده، مراحل انجام کار و تصمیم‌گیری را در نظر گرفته است:

۱. به منظور بررسی پیش‌نویس مصوبات ارجاعی به شورای عالی، شورایی تحت عنوان «شورای معین»<sup>۱</sup>، متشکل از اعضای اصلی شورای عالی، قبل از تشریف‌فرمایی رئیس‌جمهور (حداقل دو ساعت پیش از برگزاری جلسه شورای عالی) تشکیل می‌گردد. رئیس و دبیر کمیسیون دائمی بدون حق رأی می‌توانند در جلسات شورای معین شرکت کنند.
۲. پیش‌نویس مصوبات در جلسه شورای معین، به وسیله دبیر شورای عالی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) خوانده شده و نظر اعضا اخذ و پس از توافق به‌طور همزمان در متن پیش‌نویس اعمال می‌گردد.
۳. صورت جلسه شورای معین در همان جلسه تهیه شده و موارد مورد توافق مشخص می‌گردد و موارد مورد اختلاف، با ذکر علت عدم توافق و با ذکر اسامی طرفین موافق و مخالف، ثبت می‌گردد.
۴. دبیر شورای عالی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) بر اساس صورت جلسه شورای معین،

۱. به استناد بند (۴) مصوبات سیزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۰۷ کلیه مصوبات پیشنهادی پیش از طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (در حضور مقام محترم رئیس‌جمهور)، ابتدا در شورای معین با حضور کلیه اعضا مطرح می‌شوند.

- پیش از برگزاری جلسه شورای عالی، نسبت به تعیین دستور کار جلسه اقدام می‌کند.
۵. در ابتدای جلسه، دستور کار شورای عالی بند به بند توسط دبیر شورا قرائت می‌شود. سپس یک نفر موافق و یک نفر مخالف در رابطه با هر بند به بیان نظرات خود می‌پردازند. بعد از آن فرصت در اختیار رئیس جمهور قرار می‌گیرد تا با توجه به نظرات موافق و مخالف، نظر خود را بیان نمایند. در انتها پس از اتمام صحبت‌های رئیس جمهور با حضور حداقل سه چهارم اعضای شورا، رأی‌گیری به عمل می‌آید. در نهایت مصوبات نهایی شورا، بر اساس نتایج رأی‌گیری، تعیین می‌شوند. (لازم به ذکر است که همه اعضای رسمی و ثابت شورای عالی، به استثنای ناظرین، دارای حق رأی هستند.)
۶. دبیرخانه شورای عالی موظف است حداکثر ظرف مدت یک هفته نسبت به تجمیع نظرات شورا و تهیه متن مصوبات نهایی، به منظور ارسال به دفتر ریاست جمهوری به جهت تصویب در هیئت وزیران و طی مراحل ابلاغ به دستگاه‌های اجرایی، اقدام نماید.
۷. محل تشکیل جلسات شورای عالی و شورای معین دفتر ریاست جمهوری و مدت زمان هر جلسه حداکثر ۲ ساعت است.



### فصل ۳. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

بر اساس ماده (۲) آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، تصویب‌نامه شماره ۴۷۴۳۹/ت/۲۳۵۳۵۵ مورخ ۳۰/۱۱/۱۳۹۰؛ دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر بوده (پیوست ۵) و به‌عنوان بازوی تسهیل‌گر و هماهنگ‌کننده امور شورای عالی، در راستای تحقق مأموریت خود، وظایف مهمی چون برگزاری جلسات کارگروه‌ها، برقراری ارتباطات با اشخاص حقیقی و حقوقی، مشاوره و راهبری کارشناسان دستگاه‌های دست‌اندرکار چرخه سیاست‌گذاری را بر عهده دارد.

#### ۳-۱. مأموریت دبیرخانه شورای عالی

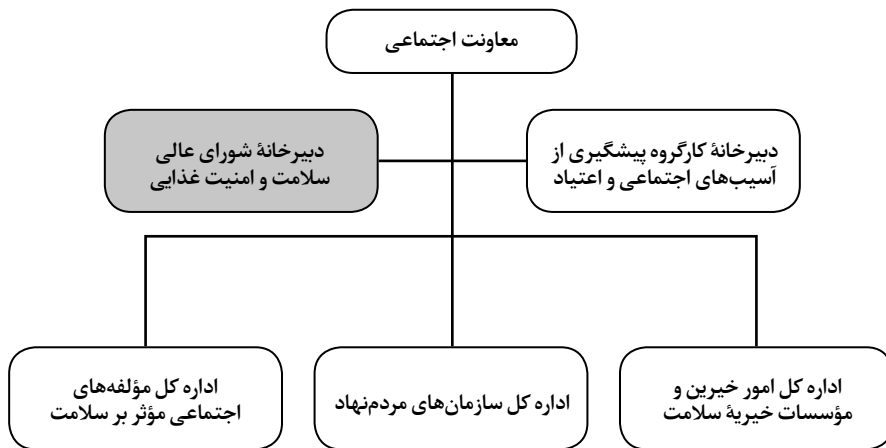
مدیریت فرآیند تنظیم متن پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی در حوزه فرابخشی سلامت، تصویب و ابلاغ آن‌ها و پایش و ارزیابی استقرار برنامه‌های فرابخشی سلامت در راستای سیاست‌های اجرایی مصوب.

#### ۳-۲. ساختار دبیرخانه شورای عالی

دبیرخانه شورای عالی، متشکل از رئیس دبیرخانه شورای عالی، هیئت علمی و کارشناسان است. در حال حاضر رئیس دبیرخانه قائم‌مقام معاون اجتماعی بوده و با حکم معاون اجتماعی منصوب می‌شود. جایگاه دبیرخانه در ساختار و تشکیلات معاونت اجتماعی با استناد به نامه معاون محترم توسعه و مدیریت منابع به شماره ۲۸۴۴/۲۱۲/د مورخ ۱۸/۰۲/۱۳۹۵ مبنی بر الحاق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به معاونت اجتماعی در شکل ۳-۱ نشان داده شده است.

به‌منظور هماهنگی با سایر سازمان‌های عضو شورا، در هر دستگاه یک نفر از مدیران ارشد، با معرفی ریاست دستگاه مربوطه به همراه یک کارشناس، برای همکاری با دبیرخانه شورای عالی مستقر در وزارت

بهداشت تعیین می‌شود<sup>۱</sup>. این فرد وظیفه دارد تا هماهنگی لازم بین دبیرخانه، واحدهای ذینفع زیرمجموعه و عضو کمیسیون دائمی از دستگاه متبوع و بالاترین مقام آن دستگاه را ایجاد کرده و ارتباطات درون و میان دستگاهی را تسهیل نماید. این هماهنگی شامل تسهیل حضور فعال وزارت بهداشت در سایر شوراها و جلسات فرابخشی نیز می‌گردد.



شکل ۳-۱: جایگاه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### ۳-۳. شرح وظایف دبیرخانه شورای عالی

بر اساس ماده ۵ آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، تصویب‌نامه شماره ۲۳۵۳۵۵/ت/۴۷۴۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۳۰ (پیوست ۵)، وظایف دبیرخانه به شرح زیر است:

۱. ارسال دعوت‌نامه و دستور جلسات برای اعضای شورای عالی
۲. تنظیم صورتجلسات
۳. تهیه و تنظیم مصوبات شورای عالی و ارسال به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ
۴. دریافت گزارش‌های نظارتی از دستگاه‌های ذی‌ربط جهت تنظیم و ارائه به شورای عالی
۵. پیگیری تصمیمات شورای عالی
۶. ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد و اطلاعات و مذاکرات و مصوبات شورای عالی
۷. تنظیم گزارش‌های کارگروه‌های تخصصی برای طرح در شورای عالی
۸. آماده‌سازی درخواست‌ها و پیشنهادات دریافتی برای طرح در شورای عالی

۱. در تفاهم‌نامه‌های اجرایی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در وزارتخانه‌ها و سایر سازمان‌ها، دبیرخانه ارتباط با سلامت پیش‌بینی شده است که این دبیرخانه نقش رابط با دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را نیز ایفا می‌کند.



## ۹. انجام سایر امور محوله

برای اجرای وظایف فوق، دبیرخانه بر اساس نمودار جریان کار و اقدامات طبقه بندی شده ذیل را انجام می‌دهد.

### ۱-۳-۳. تهیه و تنظیم پیش‌نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی)

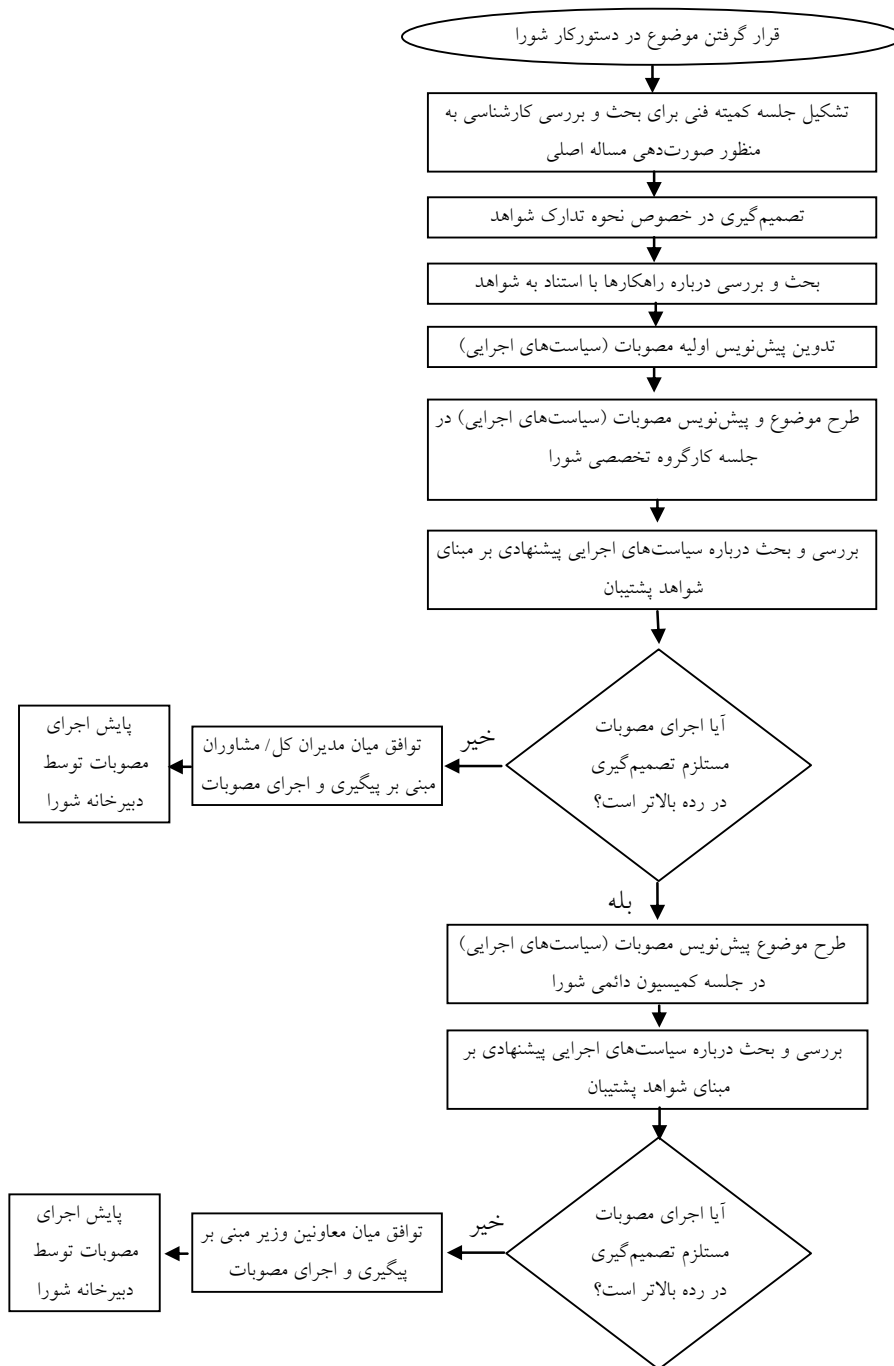
- بررسی مسائل و پیشنهادهای دریافتی و مدیریت فرآیند تهیه و تنظیم پیش‌نویس مصوبات برای طرح در کارگروه‌های تخصصی، کمیسیون دائمی و شورای عالی (شامل دریافت کاربرگ مسئله، اولویت‌بندی، سفارش سیاست‌نامه یا چکیده شواهد، برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی و کمیسیون دائمی)
- ارسال دعوت‌نامه و دستور جلسات برای اعضای کارگروه‌های تخصصی، کمیسیون دائمی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تنظیم صورتجلسات کارگروه‌های تخصصی، کمیسیون دائمی و شورای عالی، شورای معین و...
- ارسال متن مصوبات نهایی به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ.

### ۲-۳-۳. نظارت بر استقرار سیاست‌ها

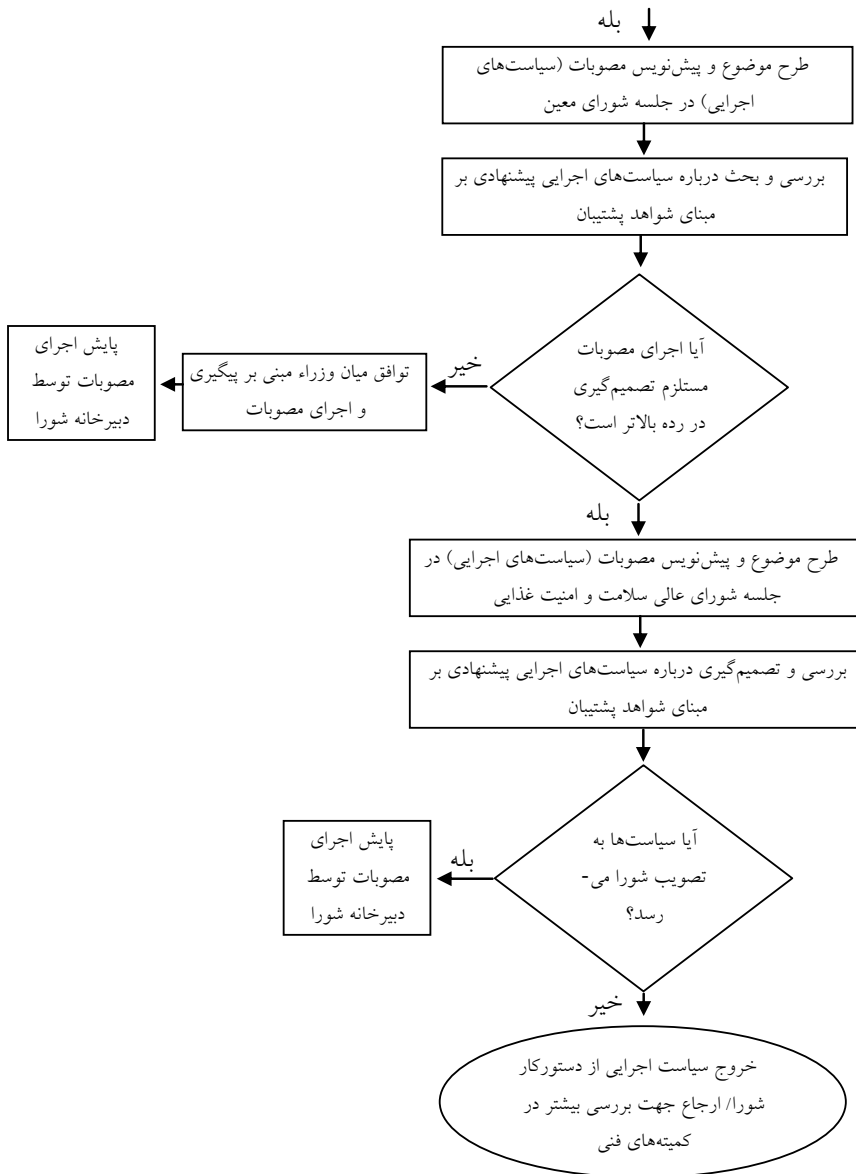
- پیگیری تصمیمات کارگروه‌های تخصصی، کمیسیون دائمی و شورای عالی طبق گانت چارت‌های برنامه عملیاتی مصوبات
- دریافت گزارش‌های نظارتی از دستگاه‌های ذی‌ربط، بر اساس مجموعه مشخصی از شاخص‌های پایش و ارزیابی از پیش تعیین شده، جهت ارائه به شورای عالی
- ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد، اطلاعات، مذاکرات و مصوبات کارگروه‌های تخصصی و کمیسیون دائمی شورای عالی

### ۳-۳-۳. نمودار جریان کار

همان‌طور که در فصل دوم توضیح داده شد، مسیر گردش اطلاعات از مرحله تولید تا تدوین و تصویب مصوبات از چهار لایه تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری عبور می‌کند. در این قسمت مسیر جریان کار شورای عالی در شکل ۲-۳ نشان داده شده است:



(ادامه)



شکل ۲-۳: مسیر جریان کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

### ۳-۴. فرآیند انجام کار

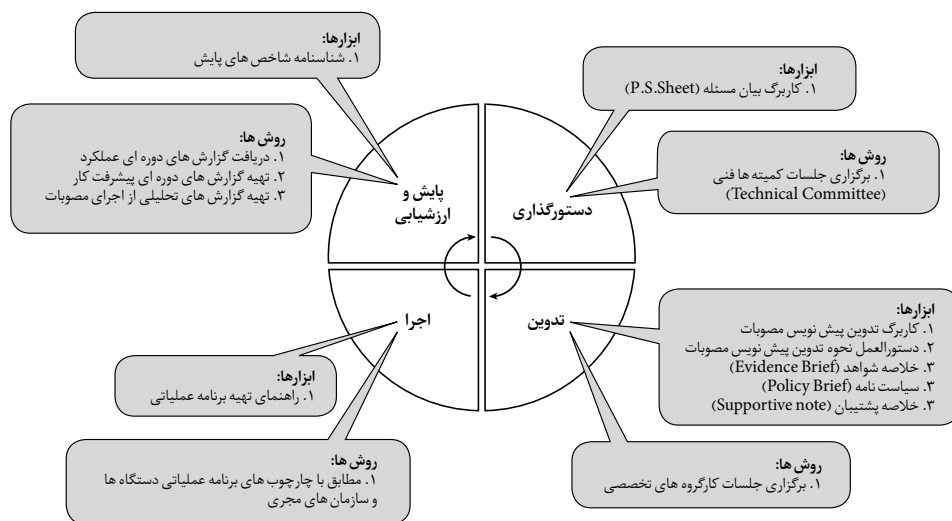
دبیرخانه شورای عالی در روال منطقی باید مطابق شکل ۳-۳ زیر، چرخه سیاست گذاری سلامت را از تعیین موضوع شروع کرده و مدیریت نماید. انتظار می رود هر مرحله از این چرخه به ترتیب به محصولی مشخص به شرح زیر منتهی شود:

۱. موضوع مصوب
۲. سند سیاستی پشتیبان (سیاست نامه، خلاصه شواهد...)
۳. سیاست مصوب
۴. برنامه استقرار و گزارش های پایش
۵. گزارش ارزشیابی



شکل ۳-۳. چرخه انجام کار در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

روش و ابزارهای مورد استفاده در هر یک از مراحل فوق الذکر در شکل ۳-۴ به نمایش درآمده است.



شکل ۳-۴. روش ها و ابزارهای مورد استفاده در هر یک از مراحل چرخه سیاست گذاری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

روش و ابزارهای مورد استفاده در هر یک از مراحل فوق الذکر در شکل ۳-۴ به نمایش درآمده است.

### ۳-۴-۱. تعیین موضوع

دبیرخانه برای تهیه موضوعاتی که در دستور کار سیاست گذاری سلامت قرار می گیرند به دور روش فعال و غیرفعال عمل می کند:

الف - در شکل فعال، «دبیرخانه» هر ۳ تا ۵ سال یک بار از ظرفیت خود برای ارزیابی و تحلیل دوره ای وضعیت سلامت و امنیت غذایی و عملکرد دستگاه های فرابخش استفاده می کند و سالانه نیز با تحلیل گزارش های کارشناسان و مدیریت ها به صورت فعال موضوعاتی را در دستور کار دبیرخانه قرار می دهد.

ب - در شکل غیرفعال، گزارش های رسیده از دستگاه های اجرایی عضو و سایر ذینفعان، اعلام نظر مردم یا رسانه ها، نتیجه طرح های تحقیقاتی یا نظر ارائه کنندگان خدمات و... مبنای ورود مسائل به دستور کار قرار می گیرند.

ج - اولویت مسائل شناسایی شده به شرح زیر تعیین می شود:

۱. برای مستند نمودن روند مسائل اعلام شده، فرمی تحت عنوان «کاربرگ بیان مسئله» در نظر گرفته شده است. از آنجا که امکان اعلام مسائل مرتبط با سلامت و امنیت غذایی از سوی گروه های مختلفی از داخل یا خارج نظام سلامت و یا وزارت بهداشت وجود دارد، کاربرگ مذکور به شیوه ای ساده طراحی شده است؛ به گونه ای که تنها شامل توصیف ساده ای از مسئله، از دیدگاه «مرجع پیشنهاد دهنده» و ترسیم درخت مسائل با هدف صورت دهی به مسائل اصلی است. به منظور سازماندهی مسائل کارشناسی شده، لازم است تمامی مسائل در درون یک بانک اطلاعاتی ثبت شود.

۲. تعیین اولویت در «شورای ارزیابی» انجام می شود. اعضای شورای ارزیابی متشکل از رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، یک نفر خبره نظام سلامت، یک نفر پژوهشگر سلامت و یک نفر نماینده از سازمان های خارج از نظام سلامت (یکی از اعضای فرابخشی کارگروه مرتبط، به تشخیص رئیس دبیرخانه) است که مسئولیت ارزیابی و امتیازدهی به مسائل شناسایی شده را بر اساس شاخص های تعیین شده (پیوست ۷) عهده دار خواهند بود. این شورا به طور دوره ای و بنا بر تشخیص رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می شود. نتیجه ارزیابی در کارگروه های تخصصی و کمیسیون دائمی ارائه و نهایی می گردد.

### ۳-۴-۲. تدوین پیش نویس سیاست

پس از تعیین موضوعات و قرار گرفتن آن هادر دستور کار دبیرخانه شورا، بسته به فوریت موضوع و وجود راهکارهای اجرایی موفق با پشتوانه شواهد معتبر و قوی در رابطه با هر موضوع، دبیرخانه شورای عالی نسبت به سفارش تدوین «سیاست نامه» و یا تدوین «خلاصه شواهد» (مسیر سریع) اقدام می کند. نحوه اقدام دبیرخانه شورای عالی بر اساس دو متغیر «میزان فوریت» و «میزان وجود شواهد» در چهار موقعیت متفاوت در جدول ۳-۱ نشان داده شده است.

شواهد فوریت	شواهد معتبر برای راه حل مشخص وجود دارد	شواهد معتبر برای راه حل مشخص وجود ندارد
فوریت دارد	خلاصه شواهد	اجماع نظرات
فوریت ندارد	سیاست‌نامه	پژوهش

جدول ۳-۱. شواهد مورد استفاده در تصمیم‌سازی بر اساس فوریت موضوع و وجود شواهد معتبر

### الف- تدوین سیاست‌نامه

سیاست‌نامه در رابطه با موضوعاتی تدوین می‌شود که شواهد کافی برای اثبات اثربخشی یک راهکار مشخص و مورد توافق همه ذینفعان وجود نداشته و لازم است با مراجعه به دانش و تجربه جهانی و با استناد به مطالعات متا آنالیز موجود و در دسترس، گستره راهکارهای اثربخش و البته متناسب با ویژگی‌های زمینه‌ای کشور شناسایی و در چارچوب سیاست‌نامه تنظیم شوند. هدف از تدوین سیاست‌نامه کمک به سیاست‌گذاران و ذینفعان دست‌اندرکار تدوین مصوبات در انتخاب متناسب‌ترین سیاست اجرایی، از میان راهکارهای موجود به پشتوانه شواهد و مستندات معتبر و موثق است.

در سیاست‌نامه به سه سؤال اصلی پاسخ داده می‌شود:

۱. موضوع چیست؟
  ۲. گزینه‌های سیاستی پیشنهادی برای حل موضوع کدام است؟
  ۳. شیوه اجرای راه حل‌ها کدام است؟ (در اجرای راه حل‌ها به چه نکاتی باید توجه کرد؟)
- ذیل هر سؤال اصلی، سؤالات دیگری نیز مطرح می‌شود که پاسخ به این مجموعه سؤالات، تصویری از موضوع، راهکارهای آن و شیوه اجرا و استقرار مداخلات را ارائه می‌دهد. (پیوست ۸)

**نکته مهم:** لازم است در پاسخ به تمامی سؤالات از شواهد علمی متقن موجود به شیوه‌ای شفاف و تکرارپذیر استفاده و روش جستجوی شواهد در پیوست ارائه شود.

مراحل تدوین سیاست‌نامه به شرح زیر است:

۱. بستن قرارداد/ تفاهم‌نامه با تدوین‌کننده سیاست‌نامه (سفارش تدوین سیاست‌نامه)
۲. توجیه و آموزش تدوین‌کننده سیاست‌نامه و تیم همکار، توسط واحد/ کمیته فنی مربوطه و در صورت ضرورت دبیرخانه شورای عالی
۳. تدوین و ارائه پیش‌نویس سند سیاست توسط طرف قرارداد
۴. بررسی پیش‌نویس سیاست‌نامه تدوین شده در واحد/ کمیته فنی مربوطه و دبیرخانه
۵. بررسی سیاست‌نامه و راهکارهای پیشنهادی در کارگروه تخصصی مرتبط، جمع‌بندی و اعمال نظرات ذینفعان در خصوص راه‌حل‌های پیشنهاد شده در سیاست‌نامه، آماده کردن پیش‌نویس

سیاست‌های اجرایی توسط کمیته فنی مربوطه با کمک و نظارت دبیرخانه برای طرح در کانون‌های سیاست‌گذار<sup>۱</sup> (پیوست ۹)  
۶. قرار دادن پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی به انضمام سیاست‌نامه نهایی در دستور جلسه کانون‌های سیاست‌گذار توسط دبیرخانه.

#### ب- تدوین خلاصه شواهد

در مواردی که راه‌حل‌های موضوع مشخص بوده و لازم است به‌سرعت در مورد موضوعی تصمیم‌گیری شود و یا نهادهای حاکمیتی بین‌المللی، مانند سازمان جهانی بهداشت، شواهد معتبری در این خصوص منتشر کرده‌اند، به‌جای سیاست‌نامه از فرمت خلاصه شواهد استفاده می‌شود. نکته مهم دیگر که تدوین خلاصه شواهد را الزامی می‌نماید، وجود شواهد جهانی مبنی بر اثربخش بودن راه‌حل‌های مورد توافق است (پیوست ۱۰).

#### پ- بررسی شواهد و پیشنهاد سیاست‌ها

پس از تدوین سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد، کمیته فنی یا واحد فنی مسئول وظیفه دارد نظر کارشناسی خود را در مورد مستندات و راه‌حل‌های پیشنهادی اعلام و متن سیاست‌های اجرایی را مطابق دستور عمل (پیوست ۱۱) تدوین نماید.

سیاست‌های اجرایی و مستندات آن (سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد) در جلسات کارگروه‌های تخصصی بررسی می‌شوند.

جلسات کارگروه، به‌منظور بررسی سیاست‌نامه و پیش‌نویس مصوبات پیشنهادی، حداقل ۲ بار در ماه در محل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، طبق دستور عمل مربوطه (پیوست ۱۲) تشکیل می‌شود. ضمن آنکه برگزاری جلسات فوق‌العاده (به علت فوریت تصمیم‌گیری در رابطه با موضوعی خاص) نیز مجاز خواهد بود. تصمیم‌گیری در جلسات با اجماع آرای اعضای حاضر اتخاذ می‌شود.

#### ۳-۴-۳. انتخاب و تصویب سیاست‌های اجرایی

کانون‌های سیاست‌گذار، پس از بررسی سیاست‌نامه نهایی و متن پیش‌نویس ابلاغیه سیاست‌های اجرایی ارائه شده، نظر خود را مبنی بر تصویب، رد و یا اصلاح متن مصوبات اعلام می‌دارد. «دبیرخانه شورای عالی» مسئول پیگیری اقدامات بعدی، متناسب با نظر اعلام شده خواهد بود.

#### ۳-۴-۴. مدیریت استقرار و پایش سیاست

الف) کمیته / واحد فنی دستگاه متولی اجرای مصوبه (سیاست اجرایی)، برنامه زمان‌بندی شده برای اجرای سیاست مصوب را در قالب راهنمای استقرار سیاستی که دبیرخانه ابلاغ می‌کند، در چارچوب نظام برنامه‌ریزی عملیاتی خود تنظیم کرده و پس از تأیید بالاترین مقام آن دستگاه به

۱. اصلی‌ترین کانون سیاست‌گذار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است. به‌علاوه اینکه در حدود اختیارات و در صورت اجماع اعضا، تصمیمات کارگروه‌های تخصصی و کمیسیون دائمی لازم‌الاجرا خواهد بود؛ اما در پاره‌ای موارد پیش‌نویس مصوبات جهت تفاهم‌نامه بین دو وزیر یا وزیر بهداشت و ریاست یک دستگاه تنظیم می‌گردد.

«دبیرخانه شورای عالی» ارسال می کند.

برای پیگیری اجرای مصوبات، اقدامات زیر از طریق دبیرخانه صورت می گیرد:

۱. اعلام برنامه عملیاتی به دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی پس از تأیید در کارگروه تخصصی و کمیسیون دائمی (پیوست ۱۳)
  ۲. تهیه برنامه پایش مصوبات شورا با همکاری کمیته / واحد فنی (پیوست ۱۴)
  ۳. دریافت گزارش های دوره ای و منظم پایش برنامه ها از مجریان ملی / استانی / دانشگاهی و ارائه در کارگروه مربوطه و کمیسیون دائمی (پیوست ۱۵)
  ۴. ارسال بازخورد بهنگام و یاری دهنده به مجریان ملی / استانی / دانشگاهی بر اساس نظر و پیشنهادهای ارائه شده در کارگروه تخصصی / کمیسیون دائمی
  ۵. تدوین گزارش دوره ای پیشرفت اجرای سیاست های مصوب (گزارش پیشرفت کار) و اعلام آن به دبیر شورا (ب) با توجه به اینکه پایش در سطوح مختلف ستاد و صف انجام می شود «دبیرخانه شورا» در پایش اجرای سیاست های مصوب، مسئولیت پایش پورتفولیو (سبد برنامه های ملی مختلف دستگاه های اجرایی اصلی و همکار در خصوص یک سیاست مصوب) را بر عهده دارد.
- تبصره ۱:** «دبیرخانه شورا» حداقل هر ۶ ماه یکبار گزارش پیشرفت اجرای هر مصوبه (شامل مجموع برنامه های مصوب شورا، ذیل یک موضوع مشخص) را از واحد (های) فنی مجری دریافت و بر اساس آن مراتب را به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی گزارش می دهد.
- تبصره ۲:** «دبیرخانه شورای عالی» پایش استان ها و دانشگاه ها را از طریق اخذ گزارش کتبی از دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان ها انجام می دهد.

### ۳-۴-۵. ارزشیابی آثار سیاست مصوب

«دبیرخانه شورا» در مقطعی که در متن سیاست مصوب تعیین شده است یا برحسب ضرورت در کارگروه تخصصی یا کمیسیون دائمی تعیین شده، نتیجه ارزشیابی دستاورد/های سیاست های مصوب را، بر پایه گزارش پژوهشی که توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران یا انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور و یا سایر مراکز تحقیقاتی مشخص شده، درباره فرایندها، برون داد و پیامدها تهیه می شود، به شورای عالی اعلام می کند تا تکلیف از نظر تداوم سیاست یا تنقیح و تغییر آن روشن شود.



## فصل ۴. کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

کمیسیون دائمی در ساختار تشکیلاتی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مسئولیت برقراری و تضمین استمرار تعاملات دو / چند جانبه میان دستگاه‌های عضو شورای عالی و دبیرخانه شورا و برقراری همکاری و هماهنگی کامل میان آن‌ها در طول فرآیند سیاست‌گذاری (تعیین موضوع، تدوین سیاست، استقرار و ارزشیابی سیاست مصوب) را بر عهده خواهد داشت.

### ۴-۱. مأموریت کمیسیون

به‌منظور جلوگیری از بروز هرگونه ابهام و اعلام بی‌اطلاعی در ارتباط با پیشنهادها و مصوبات از سوی بالاترین مقام دستگاه‌ها / سازمان‌های عضو شورا در زمان تشکیل جلسات شورای عالی، کلیه نمایندگان معرفی شده دستگاه‌ها و نهادهای عضو کمیسیون (که در جایگاه رابط ارشد سلامت در دستگاه خود به ایفای نقش می‌پردازند)، موظف هستند امور مربوط به پیگیری، هماهنگی و ارائه گزارش به مقامات مذکور را به‌طور شایسته و به‌درستی انجام داده و آن‌ها را در جریان کامل امور کارشناسی صورت گرفته در کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی شورا قرار دهند. مسئولیت هماهنگی درون سازمانی برای اجرای مصوبات و ارائه گزارش عملکرد هر دستگاه اجرایی به دبیرخانه شورای عالی نیز، بر عهده نماینده عضو کمیسیون دائمی آن دستگاه است.

### ۴-۲. ترکیب اعضا (پیشنهادی)

اعضای کمیسیون با پیشنهاد ریاست دستگاه مربوطه و ابلاغ دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) برای مدت دو سال انتخاب می‌شوند. لازم است افراد پیشنهاد شده قائم‌مقام یا معاون وزیر (یا رئیس) دستگاهی باشند که در حوزه سیاست‌گذاری و یا برنامه‌ریزی دستگاه مربوطه فعالیت می‌کند.

۱. قائم مقام وزیر و معاون کل وزارت بهداشت (رئیس کمیسیون)
۲. معاون اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر کمیسیون)
۳. معاون محترم محیط زیست انسانی سازمان حفاظت محیط زیست
۴. معاون محترم نظارت بر اجرای استاندارد، سازمان ملی استاندارد ایران
۵. معاون اجتماعی و امور عمومی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
۶. مدیر محترم شبکه سلامت سیما، سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
۷. معاون محترم برنامه ریزی وزارت صنعت، معدن، تجارت
۸. معاون محترم برنامه ریزی و اقتصادی وزارت جهاد کشاورزی
۹. معاون محترم عمران و توسعه امور شهری و روستایی وزارت کشور
۱۰. قائم مقام محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۱. معاون محترم تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش
۱۲. معاون فرهنگی، آموزشی و پژوهشی وزارت ورزش و جوانان
۱۳. معاون محترم رئیس جمهور در امور زنان و خانواده
۱۴. معاون محترم حقوقی و امور مجلس وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
۱۵. قائم مقام محترم کمیته امداد امام خمینی (ره)

**تبصره:** اعضای کمیسیون شخصاً باید در جلسات حضور داشته باشند. حضور سایر مدیران دستگاه با اطلاع قبلی و بدون حق رأی بلامانع است. غیبت بیش از ۳ جلسه متوالی و یا ۴ جلسه غیر متوالی سبب ابطال حکم اعضا خواهد شد.

### ۳-۴. شرح وظایف اعضای کمیسیون دائمی

#### ۱-۳-۴. تدوین و پیشنهاد سیاستها

- تأیید یا اصلاح پیش نویس سیاستهای اجرایی ارجاع شده از کارگروههای تخصصی به جهت بررسی و تصویب و یا ارائه در شورای معین / شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (یا تفاهم نامهها)
- توجیه ریاست دستگاه مربوطه درباره سیاستهای اجرایی مصوب در کمیسیون یا موارد مطروحه در شورای عالی
- هماهنگی درون دستگاهی

#### ۲-۳-۴. نظارت بر استقرار سیاستهای مصوب شورای عالی

- بررسی و تأیید یا اصلاح برنامههای اجرایی دستگاههای مربوطه در راستای اجرای سیاستهای مصوب شورای عالی

- مرور گزارش‌های پایش و ارائه راهکارهایی برای رفع چالش‌های اجرایی (مواردی که در کارگروه‌های تخصصی لاینحل مانده است).
- هماهنگی درون دستگاه مربوطه برای رفع موانع اجرایی سیاست‌های ابلاغ شده از سوی شورا یا تفاهم‌نامه‌های منعقد شده بین دستگاه‌ها

#### ۴-۴. فرآیند کار

۱. دعوت‌نامه و دستور کار به همراه پیش‌نویس مصوبات یا تفاهم‌نامه‌ها و مستندات پشتیبان در کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی حداقل ۳ هفته پیش از جلسه کمیسیون از طریق دبیرخانه شورا برای اعضا ارسال می‌شود.
۲. شیوه تصمیم‌گیری در جلسات کمیسیون دائمی، رأی‌گیری پس از استماع نظر حداکثر دو موافق و دو مخالف بوده و موارد تصویب نشده با تأیید کمیسیون به جهت بحث و بررسی‌های بیشتر به کارگروه‌های تخصصی مربوطه و یا طرح و تصمیم‌گیری نهایی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارجاع می‌گردد.
۳. کلیه تصمیمات و مباحث در کمیسیون دائمی طی صورت‌جلسه‌ای که به امضای حاضرین می‌رسد تنظیم و ضمیمه مصوبات پیشنهادی، از طریق دبیرخانه شورای عالی، به بالاترین مقام دستگاه‌های اجرایی عضو شورای عالی ارسال می‌شود.



## فصل ۵. کارگروه‌های تخصصی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت، مصوب هیئت وزیران، در تاریخ ۹۰/۰۸/۱ (پیوست ۵)، در زیر مجموعه شورای عالی، دو کارگروه «امنیت غذا و تغذیه» و «کاهش تهدیدکننده‌های سلامت» تشکیل می‌شود. در صورت لزوم کارگروه‌های دیگر با نظر کمیسیون دائمی تشکیل خواهد شد.

### ۵-۱. مأموریت کارگروه‌های تخصصی شورای عالی

کارگروه‌های تخصصی بازوی کارشناسی شورای عالی بوده و وظیفه دارند تا در هر مرحله از چرخه سیاست‌گذاری ضمن مرور شواهد معتبر با در نظر گرفتن سایر عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر موضوع و بهره‌گیری از تجارب خود، نظر کارشناسی خود را در خصوص پیش‌نویس سیاست‌ها و برنامه‌های فرابخشی سلامت و امنیت غذایی، اجرا و پایش برنامه‌ها و ارزشیابی سیاست‌ها اعلام نمایند. تصمیمات این کارگروه‌ها در حدود اختیارات و اجماع اعضا، در حکم مصوبه بوده و لازم الاجرا خواهد بود.

### ۵-۲. ترکیب اعضا (پیشنهادی)

#### ۵-۲-۱. ترکیب اعضای کارگروه «کاهش تهدیدکننده‌های سلامت»

۱. معاون اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
۲. رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (دبیر کارگروه)
۳. نمایندگان وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های مرتبط در سطح مدیرکل (عضو ثابت)
۴. نماینده شورای عالی استان‌ها (عضو ثابت)
۵. رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (عضو ثابت)
۶. نماینده یکی از انجمن‌های علوم بهداشتی / پزشکی (عضو ثابت)

۷. نمایندگانی از مراکز تحقیقاتی / انجمن‌های صنفی / سازمان‌های مردم‌نهاد و فعالان بخش خصوصی مرتبط با موضوع تخصصی کارگروه، حسب مورد (عضو مدعو)

۸. بنا به پیشنهاد دبیر کارگروه تخصصی و با تأیید رئیس، شرکت افرادی غیر از اعضای فوق، حسب مورد در جلسات با موضوع مرتبط مجاز خواهد بود.

#### ۵-۲-۲. ترکیب اعضای کارگروه «امنیت غذا و تغذیه»

۹. معاون اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)

۱۰. رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (دبیر کارگروه)

۱۱. نمایندگان وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های مرتبط در سطح مدیرکل (عضو ثابت)

۱۲. نماینده شورای عالی استان‌ها (عضو ثابت)

۱۳. رئیس انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور (عضو ثابت)

۱۴. نماینده حداقل یکی از انجمن‌های علوم تغذیه و صنایع غذایی (عضو ثابت)

۱۵. نماینده اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی ایران (عضو ثابت)

۱۶. نمایندگانی از مراکز تحقیقاتی / انجمن‌های صنفی / سازمان‌های مردم‌نهاد و فعالان بخش خصوصی مرتبط با موضوع تخصصی کارگروه، حسب مورد (عضو مدعو)

۱۷. بنا به پیشنهاد دبیر کارگروه تخصصی و با تأیید رئیس، شرکت افرادی غیر از اعضای فوق، حسب مورد، در جلسات با موضوع مرتبط مجاز خواهد بود.

**تبصره ۱:** احکام اعضای کارگروه‌های تخصصی با تفویض اختیار از سوی دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (وزیر بهداشت)، توسط رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی صادر می‌شود.

**تبصره ۲:** اعضای کارگروه باید شخصاً در جلسات شرکت نمایند، اما همراهی کارشناس مسئول با اطلاع قبلی بلامانع خواهد بود. غیبت بیش از ۳ جلسه متوالی و یا ۴ جلسه غیرمتوالی سبب ابطال حکم اعضا خواهد شد.

**تبصره ۳:** شیوه تصمیم‌گیری در جلسات کارگروه تخصصی، جمع‌بندی رئیس جلسه پس از استماع نظرات حداکثر دو موافق و دو مخالف بوده و موارد تصویب نشده به جهت بحث و بررسی‌های بیشتر به کمیته فنی مربوطه و یا طرح و تصمیم‌گیری در کمیسیون دائمی ارجاع می‌گردد.

**تبصره ۴:** تصمیمات و مباحث در کارگروه تخصصی طی صورت‌جلسه‌ای که به امضای حاضرین می‌رسد تنظیم و ضمیمه مصوبات پیشنهادی، از طریق دبیرخانه شورای عالی به بالاترین مقام دستگاه‌های اجرایی عضو شورای عالی ارسال می‌شود.

### ۵-۳. شرح وظایف کارگروه‌های تخصصی

#### ۵-۳-۱. بررسی و اصلاح سیاست‌های اجرایی پیشنهادی

۱. نهایی کردن دستور کار سالانه دبیرخانه شورای عالی
۲. تعیین کمیته فنی و ریاست و اعضای آن‌ها برای کارشناسی موضوع در صورت ضرورت
۳. بررسی و اظهار نظر درباره گزارش توصیف، تحلیل و صورت‌دهی به مسائل اصلی
۴. بررسی و اظهار نظر درباره سیاست‌نامه‌های<sup>۱</sup> تدوین شده در قالب جلسات گفتگوی سیاستی<sup>۲</sup> (پیوست ۱۲)

۵. تصمیم‌گیری در حدود اختیارات بر اساس پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی در حوزه موضوع مربوطه و ارجاع موارد اختلاف و مواردی که نیاز به تصمیم‌گیری در سطوح بالاتر دارد به کمیسیون دائمی

#### ۵-۳-۲. پایش استقرار سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی

۱. بررسی و اصلاح پیش‌نویس برنامه اجرایی (راهبردی و عملیاتی) و بودجه پیشنهادی دستگاه‌ها برای اجرای سیاست‌های مصوب شورای عالی
۲. بررسی و اصلاح پیش‌نویس تفاهم‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی
۳. بررسی گزارش پایش<sup>۲</sup> مصوبات شورای عالی

### ۵-۴. فرآیند انجام کار

۱. دعوت برای جلسات از سوی دبیرخانه شورای عالی انجام می‌شود. دعوت از افراد حقیقی و حقوقی به صورت موردی با پیشنهاد دبیر و تأیید رئیس کارگروه انجام می‌گیرد.
۲. موضوعات جدید برای طرح در کارگروه باید در قالب کاربرگ‌های بیان مسئله (پیوست ۶) به دبیرخانه شورای عالی ارسال شود.

۳. دبیرخانه شورای عالی موظف است پس از بررسی و انجام کار کارشناسی بر روی مسائل اعلام شده از سوی مراجع ذی‌ربط (مطابق پروتکل‌های از پیش تعیین شده) و با نظر به سیاست‌های کلی مرتبط، قوانین و برنامه‌های بالادستی و موازی (شامل قانون برنامه پنج‌ساله توسعه، سیاست‌های مصوب و برنامه عملیاتی و همچنین نتایج گزارش‌های پایش و ارزشیابی)، نسبت به تعیین موضوعات دستور کار شورا جهت طرح و بررسی در کارگروه‌های تخصصی اقدام نماید.

۴. حسب مورد، در رابطه با آن دسته از موضوعاتی که نیاز به کار کارشناسی تخصصی و دقیق‌تر داشته و تبیین مسئله مستلزم تأمل و انجام کار کارشناسی بیشتر باشد، دبیرخانه شورای عالی

---

۱. سیاست‌نامه از سوی دبیرخانه و پس از طی فرآیند تعیین موضوع به یکی از مؤسسات تحقیقاتی (ترجیحاً مؤسسات ملی تحقیقات سلامت) سفارش داده می‌شود.

#### 2. policy dialogue

۳. گزارش پایش مصوبات به‌وسیله دبیرخانه شورای عالی و با جمع‌بندی گزارش‌های ارائه شده از سوی دستگاه‌های مسئول تدوین می‌شود.

- می‌تواند جلسات کارشناسی را پیش از طرح موضوع در کارگروه، در قالب «کمیته‌های فنی» برگزار نماید. لازم است صورت جلسات کمیته فنی پیش از جلسه کارگروه برای تمام اعضا ارسال شود.
۵. جلسات کارگروه به‌منظور بررسی سیاست‌نامه و پیش‌نویس مصوبات پیشنهادی و گزارش‌های پایش، حداقل ۲ بار در ماه در محل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود. ضمن آنکه برگزاری جلسات فوق‌العاده (به علت فوریت تصمیم‌گیری در رابطه با موضوعی خاص) نیز مجاز خواهد بود.
۶. جلسات «نظارتی» کارگروه به‌منظور پیگیری، اجرا و پایش سیاست‌ها، حداقل در هر فصل ۳ مرتبه برگزار می‌شود. هماهنگی برگزاری جلسات بر عهده دبیرخانه شورای عالی است. لازم است گزارش‌های پایش با هدف رفع چالش‌های احتمالی در اجرای مصوبات بررسی شده و در جلسات پایش درباره راه‌حل‌های پیشنهادی تصمیم‌گیری شود.
۷. صورت جلسه کارگروه پس از تأیید رئیس کارگروه به‌صورت پیوست با دعوت‌نامه جلسه آتی برای همه اعضا / مدعوین ارسال می‌شود.
۸. پس از نهایی شدن پیش‌نویس مصوبات / گزارش‌های پایش در کارگروه، دبیرخانه شورای عالی موظف است حداقل ۳ هفته پیش از برگزاری جلسه کمیسیون دائمی، پیش‌نویس مصوبات ارجاع شده به همراه مستندات پیوست را برای اعضای کمیسیون دائمی، ترجیحاً به‌صورت الکترونیک، ارسال نماید.
۹. در صورت تغییرات ساختاری در هر قسمت وظایف فوق بر عهده واحد جایگزین است.



## فصل ۶. کمیته های فنی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

کمیته های فنی به عنوان بازوی کارشناسی و عملیاتی کارگروه های تخصصی، به صورت موردی و موقتی، با نظر اعضای کارگروه تخصصی و به منظور بحث و بررسی کارشناسی و تخصصی درباره یک مسئله خاص و تولید شواهد مربوطه تشکیل شده و پس از اتمام مأموریت خود منحل می شوند و یا در فرآیند استقرار سیاست های اجرایی مصوب به کار خود ادامه می دهند. لازم به ذکر است بنا به تشخیص رئیس دبیرخانه، می توان نسبت به تشکیل کمیته های فنی دائمی، حول برخی موضوعات تخصصی اقدام کرد.

### ۶-۱. مأموریت کمیته های فنی

کمیته های فنی مسئولیت بررسی اولیه شواهد و مستندات تهیه شده با کمک مراکز تحقیقاتی، تدوین مستندات پشتیبان و پیش نویس مصوبات، برنامه های اجرایی و تهیه گزارش های پایش را بر عهده دارند.

### ۶-۲. ترکیب اعضا

رئیس و اعضای کمیته های فنی با نظر اعضای کارگروه های تخصصی و ابلاغ رئیس دبیرخانه شورای عالی تعیین می شوند.

### ۶-۳. شرح وظایف کمیته های فنی

۶-۳-۱. تدوین پیش نویس اسناد (توصیف و تحلیل موضوع، سیاست ها و برنامه های اجرایی)

۱. مشارکت در صورت دهی به مسائل اصلی جهت تعیین موضوعات دستور کار شورا

۲. مشارکت در تهیه شرح خدمات<sup>۱</sup> برای سفارش سیاست نامه ها یا خلاصه شواهد

۳. تدوین سیاست نامه یا خلاصه شواهد و یا همکاری با مراکز تحقیقاتی در تدوین سیاست نامه و

یا خلاصه شواهد حسب مورد

۴. ارزیابی محتوایی سیاست‌نامه‌های تدوین شده جهت رفع اشکالات وارده پیش از ارائه سیاست‌نامه در جلسات کارشناسی کارگروه‌ها
۵. تدوین متن تفاهم‌نامه‌های همکاری بین‌بخشی حسب مورد
۶. تدوین برنامه اجرایی سیاست‌های مصوب بر اساس راهنمای ابلاغی دبیرخانه
۷. برآورد منابع مورد نیاز مالی و غیرمالی (اطلاعات، انسانی، تسهیلات فیزیکی و تجهیزات)، زمان‌بندی و شیوه تأمین آن‌ها با مشارکت ذینفعان
- ۶-۳-۲. هماهنگی استقرار و پایش برنامه‌های اجرایی
  ۱. تدارک منابع مالی و غیرمالی
  ۲. تعیین شاخص‌های پایش برنامه‌ها و زمان‌بندی پایش برنامه عملیاتی (پیوست ۱۴)
  ۳. تهیه گزارش‌های پایش
  ۴. هماهنگی در تلفیق برنامه عملیاتی سیاست‌های فرابخشی سلامت در برنامه عملیاتی سالانه دستگاه‌ها

## فصل ۷. کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان

۷-۱. بر اساس ماده (۵) آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، ابلاغ شده از سوی هیئت محترم وزیران، در تاریخ ۹۰/۸/۱۴ به شماره ۱۶۲۱۷۸/ت/۴۷۲۲۱ ه، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان یکی از سیزده کارگروه مشورتی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان تشکیل می‌شود.<sup>۱</sup>

### ۷-۲. مأموریت کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان

بر اساس آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، ابلاغ شده از سوی هیئت وزیران در تاریخ ۱۳۹۰/۸/۱۴ به شماره ۱۶۲۱۷۸/ت/۴۷۲۲۱ ه، کارگروه مشورتی سلامت و امنیت غذایی استان در راستای پیشبرد اهداف و انجام وظایف شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، تشکیل شده است. (پیوست ۱۷) این کارگروه به همراه بازوی تصمیم‌ساز خود، دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی، پس از بررسی، تصویب و ابلاغ سیاست‌های بخش سلامت استان، نظارت بر اجرا و ارزشیابی نتایج برآمده از آن را بر عهده دارد.

### ۷-۳. ترکیب اعضا

اعضا و وظایف کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان [از این به بعد کارگروه] بر اساس ماده ۱۶ و ۱۷ آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، ابلاغ شده از سوی هیئت وزیران، در

۱. لازم به ذکر است که آیین‌نامه مذکور به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و به استناد بند (ه) ماده (۱۷۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران طی تصویب‌نامه‌ای به شماره ۵۱۵۵۱/ت/۵۰۹۶۱ ه، مورخ ۱۳۹۴/۰۴/۲۴ اصلاح شده است. ضمناً مطابق اولین آیین‌نامه شورای مذکور، در سال ۱۳۸۷ کارگروه به ریاست استاندار تشکیل شد؛ اما در بازنگری سال ۱۳۹۰ ریاست کارگروه به معاون امنیتی، سیاسی استاندار واگذار شد.

تاریخ ۹۰/۸/۱۴ به شماره ۱۶۲۱۷۸ / ت ۴۷۲۲۱ ه، به شرح زیر است:

۱. معاون سیاسی و امنیتی استانداری (رئیس کارگروه)
۲. رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان (دبیر کارگروه)
۳. رئیس سازمان برنامه و بودجه استان
۴. مدیرکل دفتر امور زنان و خانواده استانداری
۵. مدیرکل تعزیرات حکومتی استان
۶. مدیرکل استاندارد استان
۷. مدیرکل سازمان صدا و سیما مرکز استان
۸. مدیرکل حفاظت محیط زیست استان
۹. رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
۱۰. مدیرکل دامپزشکی استان
۱۱. رئیس واحد استانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۲. مدیرعامل شرکت آب و فاضلاب استان
۱۳. مدیرعامل شرکت آب و فاضلاب روستایی
۱۴. دادستان مرکز استان
۱۵. مدیرکل استاندارد و تحقیقات صنعتی استان
۱۶. رئیس واحد استانی وزارت ورزش و جوانان
۱۷. رئیس واحد استانی وزارت آموزش و پرورش
۱۸. رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت

#### ۴-۷. شرح وظایف کارگروه

- اجرایی کردن تصمیمات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- رفع مشکلات استانی مربوط به سلامت و امنیت غذایی و انعکاس پیشنهادهای مربوط به دبیرخانه شورا
- ارتقای خدمات سلامت و امنیت غذایی در سطح استان
- بررسی وضعیت سلامت جسمی در گروه سنی کودکان و نوجوان، به ویژه دختران و راههای بهبود آن
- پیشگیری از عفونت و بیماری ایدز و کنترل آن
- تهیه بسته‌های تربیت بدنی در جهت سلامت عمومی

## ۵-۷. فرآیند کار کارگروه

با استناد به شیوه‌نامه‌های «تشکیل و استقرار دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان» و «شیوه‌نامه مدیریت جلسات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان»، مندرج در نظام‌نامه استانی مدیریت سلامت همه‌جانبه (ابلاغیه مشترک وزرای وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کشور، مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ به شماره ۱۰۱/۹۶۰؛ پیوست ۱۸) و نیز بند (ع) ماده ۳ آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، فرآیند کار در کارگروه به قرار زیر است:

۱. هنگام طرح مباحث مربوط به هر یک از دستگاه‌های اجرایی و سایر کارگروه‌های تخصصی از نماینده واحد استانی آن دستگاه و رئیس کارگروه‌های سیزده‌گانه، حسب موضوع برای شرکت در جلسه کارگروه، بدون حق رأی، دعوت به عمل می‌آید.
۲. اعضای کارگروه تخصصی شخصاً در جلسات کارگروه تخصصی شرکت می‌کنند. در صورت عدم امکان حضور اعضای کارگروه‌ها در جلسه کارگروه نماینده تام‌الاختیار آن‌ها با هماهنگی رئیس یا دبیر کارگروه با معرفی نامه کتبی در جلسه مذکور حضور می‌یابد.
۳. رئیس کارگروه می‌تواند حسب مورد از افراد صاحب‌نظر، بدون حق رأی، دعوت به عمل آورد.
۴. شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان موظف است از محل اعتبارات استانی برای اجرای مصوبات شورای عالی در سطح استان اعتبارات لازم را از محل اعتبارات استانی اختصاص دهد. (بند ع ماده ۳ آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان)
۵. دبیرخانه کارگروه در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی مرکز استان و زیر نظر رئیس دانشگاه است.

لازم به ذکر است شرح کامل مأموریت، وظایف، ساختار و فرآیند کاری دبیرخانه کارگروه در نظام‌نامه استانی مدیریت سلامت همه‌جانبه آمده است.

## فصل ۸. پیوست ها

---

## پیوست شماره ۱

## آیین‌نامه شورا عالی بهداشت (قانون شماره ۶۱۹۹)

(سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران به آدرس <http://law.dotic.ir>)

## فصل اول - سازمان

ماده اول - شورای عالی بهداشت برای بحث و اظهار نظر در امور مربوط به بهداشت عمومی کشور تشکیل می‌شود.

ماده دوم - شورای عالی بهداشت دارای ۲۱ نفر عضو می‌باشد به این قرار:

- ۱ - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۲ - معاون وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۳ - مدیران کل بهداشت و معاونت عمومی
  - ۴ - رئیس اداره مبارزه با مالاریا و انستیتوی مالاریالوژی
  - ۵ - رئیس اداره مبارزه با بیماری‌های واگیر
  - ۶ - رئیس یا کفیل بنگاه پاستور
  - ۷ - رئیس دانشکده پزشکی
  - ۸ - هفت نفر استاد کرسی‌های بهداشت، بیماری عفونی، میکروب‌شناسی، - انگل‌شناسی، بیماری‌های چشم، بیماری‌های اطفال و بیماری‌های آمیزشی
  - ۹ - رئیس بنگاه مایه‌سازی حصارک (بنگاه رازی) به نمایندگی از طرف وزارت کشاورزی
  - ۱۰ - رئیس بهداری ارتش (به نمایندگی از طرف وزارت جنگ)
  - ۱۱ - رئیس بهداری شهرداری تهران
  - ۱۲ - سه نفر پزشک دیپلمه و دکتر در طب به نمایندگی از طرف جامعه قانونی پزشکان و تا موقعی که جامعه تشکیل نشده، از طرف کلیه پزشکان
- ماده سوم - اعضای شورای عالی بهداشت با امضای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب می‌شوند.

ماده چهارم - ریاست شورای عالی بهداشت همیشه بر عهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در غیاب ایشان بر عهده معاون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

ماده پنجم - دبیر شورا به‌وسیله خود شورا و از بین کارمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که عضو شورا هستند انتخاب می‌شود.

ماده ششم - علاوه بر اعضای رسمی شورا، در صورت لزوم می‌توان از متخصصان دیگری، اعم از پزشک یا غیر پزشک، دعوت کرد که به‌عنوان مشاور در جلسات شورا یا در کمیون‌های آن از اطلاعات تخصصی آن‌ها استفاده شود.

ماده هفتم - شورای عالی بهداشت دارای يك کمیسیون دائمی ۷ نفره خواهد بود که اولاً طرح‌های لازم را برای تصویب شورا حاضر کرده و ثانیاً در موقع بروز بیماری‌های ساری برای مبارزه با آن‌ها همکاری می‌کند.

### اعضای این کمیسیون عبارت‌اند از:

- ۱ - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۲ - معاون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۳ - مدیرکل بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۴ - رئیس یا کفیل بنگاه پاستور
  - ۵ - رئیس دانشکده پزشکی
  - ۶ - استادان کرسی‌های بهداشت و بیماری‌های عفونی دانشکده پزشکی
- تبصره -** ریاست کمیسیون دائم بر عهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در غیاب ایشان بر عهده معاون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
- مدیرکل بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منشی این کمیسیون خواهد بود.
- ماده هشتم - عضویت شورای عالی بهداشت افتخاری است.
- ماده نهم - علاوه بر کمیسیون دائمی نامبرده، شورا می‌تواند در هر موقع کمیسیون‌های فرعی، جهت مطالعه و اظهار نظر در مسائل مخصوص برای گزارش به شورا تشکیل دهد.
- ماده دهم - در صورت فوت یا استعفای هر يك از اعضا، جانشین او بر حسب مقررات انتخاب اعضا تعیین خواهد شد.

ماده یازدهم - شورای عالی بهداشت هر ماه يك مرتبه تشکیل می‌شود و در موقع لزوم رئیس شورا می‌تواند جلسات فوق‌العاده تشکیل دهد.

کمیسیون دائمی لااقل هفته‌ای یکبار تشکیل می‌شود.

ماده دوازدهم - جلسات شورای عالی بهداشت و کمیسیون دائمی با حضور نصف به علاوه یکی از اعضای رسمی خود رسمیت یافته و کلیه تصمیمات با رأی نصف به علاوه یکی از اعضای رسمی حاضر به تصویب می‌رسد.

اعضای شورا و کمیسیون‌ها، در مواقع غیبت حق واگذاری رأی خود را به دیگری ندارند.

**تبصره -** در صورت تساوی آراء، رئیس شورا یا کمیسیون به نفع هر طرف رأی دهد اکثریت با آن طرف خواهد بود.

### فصل دوم - وظایف

ماده سیزدهم - وظیفه شورای عالی بهداشت عبارت است از: مطالعه و اظهار نظر در کلیه امور مهم مربوط به بهداشت عمومی از قبیل:



۱. مطالعه در طرح قوانین و آیین‌نامه‌های بهداشتی، مخصوصاً در مسائل ذیل:
  - الف - قوانین و آیین‌نامه‌های مربوط به مبارزه با بیماری‌های واگیر مانند مالاریا، تراخم، آفات اجتماعی و اعتیادات مضر و...
  - ب - قوانین و آیین‌نامه‌های مربوط به بهداشت کودکان، کارخانجات و کارگران و زندان و...
  - د - قوانین و آیین‌نامه‌های راجع به بهداشت ساختمان‌ها، اعم از منازل مسکونی و اماکن عمومی
  - هـ - قوانین و آیین‌نامه‌های مربوط به جلوگیری از تقلبات دارویی و غذایی
  - و - آیین‌نامه‌های داروهای مخدر و ادویه‌ی انحصاری
  - ز - تصویب برنامه‌ی عملیات و تعلیمات مأمورین بهداشتی و کارمندان فنی آزمایشگاه‌ها
۲. مطالعه و اظهار نظر راجع به اقداماتی که در موقع بروز آپیدمی‌های سخت باید انجام شود.
۳. مطالعه و اظهار نظر در مسائل بهداشت عمومی، از قبیل: آب آشامیدنی، طرز استخراج و استعمال آب‌های معدنی و مجاری فاضلاب و...
۴. مطالعه و اظهار نظر در خصوص کلیه‌ی مقررات مربوط به رفع مزاحمت‌های بهداشتی و سایر مسائلی که با بهداشت عمومی ارتباط دارد.
۵. تشویق و تمجید پزشکان دانشمند کشور به وسیله‌ی مدد مالی برای طبع و نشر کتب و رسالات بهداشتی آن‌ها از طرف وزارت بهداری و اظهار نظر در خصوص صلاحیت کسانی که تألیف و ترجمه و یا تصحیح کتب بهداشتی به آن‌ها واگذار می‌شود.
۶. بررسی و تهیه‌ی مقالات و گفتارهای بهداشتی به منظور روشن نمودن اذهان عامه
۷. اظهار نظر نسبت به اعطای نشان‌ها و مدال‌های بهداشتی، مطابق آیین‌نامه‌ی مخصوصی که به تصویب شورای عالی بهداشت خواهد رسید.
۸. بررسی و اظهار نظر در خصوص پیشنهاد استخدام متخصص بهداشتی خارجی برای وزارت بهداری به مجلس شورای ملی.
۹. اظهار نظر در خصوص صلاحیت نمایندگان بهداشتی که بایستی از طرف وزارت بهداری به انجمن‌ها و کنگره‌های پزشکی فرستاده شوند.
۱۰. تعیین حدود و شرایط لازم برای اعزام پزشکان و کارمندان فنی وزارت بهداری که از طرف دولت، جهت مطالعه‌ی بهداشتی، به خارج اعزام می‌شوند و یا از طرف دولت یا بنگاه‌های داخلی و یا خارجی رسماً دعوت می‌شوند.
۱۱. بررسی و اظهار نظر در کلیه‌ی لوایح بهداشتی که از طرف وزارت بهداری به مجلس تقدیم می‌گردد.
۱۲. معاونت فکری وزیر بهداری در هر امری که به آن هیئت رجوع نماید.

ماده‌ی چهاردهم - مسائلی در شورا مطرح می‌شود که از طرف وزارت بهداری به آن هیئت رجوع شود؛ چنانچه کارمند شورا بخواهد مسائلی را برای بحث در شورا پیشنهاد نماید باید طرح خود را کتباً برای رئیس شورا بفرستد که قبلاً در کمیسیون دائمی بررسی شده و بعد جزء دستور مذاکرات

شورا قرار گیرد.

ماده پانزدهم - آیین نامه داخلی شورای عالی بهداشت و کمیسیون ها و دبیرخانه آن از طرف شورا تدوین و پس از تصویب شورا اجرایی خواهد شد.

ماده شانزدهم - در مرکز استان ها و شهرستان ها نیز شوراهای بهداشتی به منظور مطالعه و بررسی در مسائل بهداشتی تشکیل می شود.

ماده هفدهم - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مأمور اجرای این آیین نامه است. آیین نامه بالا، که مشتمل بر هفده ماده است و در تاریخ ۲۹.۹.۲۹ به تصویب کمیسیون بهداشتی مجلس شورای ملی رسیده به موجب ماده ۶ قانون سازمان وزارت بهداشتی، مصوب آذر ماه ۱۳۲۴، قابل اجرا می باشد.

م ۸۹۰۸ رئیس مجلس شورای ملی

## پیوست شماره ۲

تشکیل شورای غذا و تغذیه به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مقرره شماره ۱۱۸۰۵)  
(سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران به آدرس <http://law.dotic.ir>)

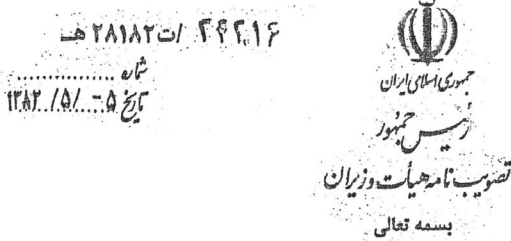
تصویب‌نامه راجع به تشکیل شورای غذا و تغذیه کشور

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۸/۳/۱۳۷۰، بنا به پیشنهاد شماره ۲۱ مورخ ۷/۲/۱۳۷۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب نمود که: «شورای غذا و تغذیه کشور» مرکب از وزرای کشاورزی، جهاد سازندگی، صنایع و بازرگانی و رئیس سازمان برنامه و بودجه یا معاونان ایشان به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای هماهنگ نمودن فعالیت‌های تحقیقاتی، آموزشی، برنامه‌ریزی و اجرایی در امر غذا و تغذیه کشور، تشکیل گردد.

معاون اول رئیس جمهور - حسن حبیبی

پیوست شماره ۳

تشکیل شورای عالی سلامت و برنامه اصلاحات در نظام سلامت به ریاست وزیر بهداشت،  
درمان و آموزش پزشکی (مقرره شماره ۱۱۸۰۵)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

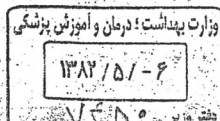
هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۴/۴ بنا به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آیین نامه شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت را به شرح زیر تصویب نمود:

آیین نامه شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت

ماده ۱- به منظور تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مردم ایران به عنوان یکی از اولویتهای دولت، گسترش همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردمی و حمایت از طرحهای جدید "شورای عالی سلامت کشور که در این آیین نامه به اختصار "شورای عالی" نامیده می شود به عنوان مرجع سیاستگذاری در زمینه نظام سلامت کشور، تأسیس می گردد.

ماده ۲- ارکان اصلی شورای عالی عبارتند از:

- ۱- رئیس
- ۲- دبیر شورا
- ۳- اعضاء شورا
- ۴- دبیرخانه
- ماده ۳- ریاست شورای عالی را رئیس جمهور بر عهده دارد.
- ماده ۴- اعضاء شورای عالی عبارتند از:
  - ۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۲- رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
  - ۳- وزیر آموزش و پرورش
  - ۴- وزیر کشور
  - ۵- رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
  - ۶- رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی (به عنوان ناظر)
  - ۷- رئیس کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی (به عنوان ناظر)
  - ۸- رئیس سازمان حفاظت محیط زیست



۱۳۸۲/۵/۰۵

۱۲۹۰۱۲۱۲ / ۲۸۱۸۲۲

شماره  
پنج ۵ - ۱۳۸۲ / ۵۱



تصویب نامه هیات وزیران

- ۹- رئیس سازمان تربیت بدنی
  - ۱۰- معاونان سلامت و دارو و غذای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۱۱- رئیس سازمان نظام پزشکی کشور
  - ۱۲- مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی
  - ۱۳- مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی
  - ۱۴- رئیس سازمان بهزیستی کشور
  - ۱۵- وزرا و رؤسای سازمانهای مربوط حسب موضوع به دعوت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رئیس شورا می تواند در موارد لزوم، صاحب نظران دیگری را نیز برای حضور در جلسه دعوت نماید.
- ماده ۵- شورای عالی حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد و با حضور اکثریت اعضا رسمیت می یابد.
- ماده ۶- پیشنهادهای ارائه شده به شورای عالی با رأی اکثریت اعضای حاضر شورا به تصویب می رسد و پس از تأیید رئیس جمهور لازم الاجرا می باشد.
- ماده ۷- وظایف شورای عالی عبارتند از:
- ۱- سیاستگذاری کلان در زمینه گسترش همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردمی و حمایت از طرحهای جدید
  - ۲- تصویب پیشنهادهای و برنامه های راهبردی ویا کاربردی ارائه شده به وسیله دبیرخانه شورای عالی
  - ۳- نظارت عالیه بر پیشرفت مصوبات شورا
- ماده ۸- دبیر شورای عالی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.
- ماده ۹- دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر می گردد.
- ماده ۱۰- در کلیه استانهای کشور شورای سلامت استان به ریاست استاندار تشکیل می شود.
- ماده ۱۱- اعضای شورای سلامت استان عبارتند از:
- ۱- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان و در استانهای دارای بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۲- رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
  - ۳- رئیس مجمع نمایندگان استان (به عنوان ناظر)

۲۴۲۱۶ / ت ۲۸۱۸۲ هـ

شماره  
۵ - ۳۸۲ / ۵۱



- ۴- شهردار شهر مرکز استان
  - ۵- رئیس شورای شهر مرکز استان
  - ۶- رئیس سازمان آموزش و پرورش استان
  - ۷- مدیرکل حفاظت محیط زیست استان
  - ۸- مدیرکل تربیت بدنی استان
  - ۹- رئیس سازمان نظام پزشکی استان
  - ۱۰- مدیر درمان سازمان تأمین اجتماعی استان
  - ۱۱- مدیرکل سازمان بیمه خدمات درمانی استان
  - ۱۲- رئیس سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح در استان
  - ۱۳- رئیس سازمان بیمه خدمات درمانی کمیته امداد امام خمینی در استان
  - ۱۴- مدیرکل سازمان بهزیستی استان
  - ۱۵- فرمانده ناحیه انتظامی استان
  - ۱۶- مدیرکل صدا و سیما مرکز استان
  - ۱۷- فرماندار شهرستان مرکز استان
- رئیس شورا می تواند در مواردی که لازم بداند، صاحب نظران دیگری را نیز برای حضور در جلسه دعوت نماید.
- ماده ۱۲- وظایف و ساختار شورای سلامت استان همانند شورای عالی در حیطه استان است.
- ماده ۱۳- یکی از معاونین دانشگاه به پیشنهاد رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان، موضوع بند (۱) ماده (۱۴) این آیین نامه و حکم استاندار به عنوان دبیر شورا منصوب می گردد.
- ماده ۱۴- به منظور ارتقای کیفیت، افزایش عدالت و کارایی نظام سلامت کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود برنامه اصلاحات در نظام سلامت را در استانهای آذربایجان شرقی، خراسان، چهارمحال و بختیاری و بوشهر به طور آزمایشی اجرا نماید.
- ماده ۱۵- به منظور حمایت از برنامه اصلاحات در استانهای یادشده شورای اصلاحات در نظام سلامت به ریاست استاندار تشکیل می شود.
- ماده ۱۶- اعضای شورای اصلاحات در نظام سلامت استان متشکل از اعضای شورای سلامت استان موضوع ماده (۱۴) این تصویب نامه خواهند بود.
- رئیس شورا می تواند در مواردی که لازم بداند، صاحب نظران دیگری را نیز برای حضور در جلسه دعوت نماید.

۲۴۴۱۶ / ت ۲۸۱۸۲ هـ

شماره .....  
تاریخ ۱۳۸۲ / ۵ / ۵



جمهوری اسلامی ایران  
رئیس جمهور

تصویب نامه هیأت وزیران

ماده ۱۷- کلیه دستگاههای اجرایی در چهار استان یادشده مکلفند همکاریهای لازم را در جهت تسهیل اجرای برنامه اصلاحات با دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی به عمل آورند. ماده ۱۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است سرانه، تعرفه و شمول خدمات را در بخشهای بهداشت، درمان در چهار استان یادشده پس از تصویب در هیئت دولت، به نحوی تغییر دهد که سبب افزایش بهره وری و پویای نظام آرایه خدمات گردد. ماده ۱۹- کلیه دستگاههای بیمه دولتی کشور موظفند سیاستهای تصویبی شورای عالی بیمه را در جهت انجام اصلاحات در چهار استان یادشده اجرا نمایند.

محمد رضا عارف

معاون اول رئیس جمهور  
گرفته شد

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری ، دفتر رئیس جمهور، دفتر ریاست قوه قضاییه ، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دفتر معاون حقوقی و امور مجلس رئیس جمهور، دفتر رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی، سازمان بازرسی کل کشور، اداره کل حقوقی ، اداره کل قوانین و مقررات کشور، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، استانداریهای سراسر کشور و دفتر هیئت دولت ابلاغ

## پیوست شماره ۴

آیین‌نامه تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (مقرره شماره ۳۲۸۶۱)

(سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران به آدرس <http://law.dotic.ir>)

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۵/۷/۳۰ بنا به پیشنهاد شماره ۱۹۰۹۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۸/۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (الف) ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران؛ مصوب ۱۳۸۳، آیین‌نامه تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را به شرح زیر تصویب نمود:

آیین‌نامه تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ماده ۱- در این آیین‌نامه، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف - قانون: قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ -

ب - شورای عالی: شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ماده ۲- به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برای گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی در موارد یاد شده تشکیل می‌شود و مصوبات آن پس از تأیید هیئت وزیران لازم الاجرا می‌باشد.

ماده ۳- اعضای شورای عالی عبارت‌اند از:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس)
- ۱۰- وزیر دادگستری
- ۲- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر)
- ۱۱- وزیر نیرو
- ۳- رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
- ۱۲- وزیر ذی‌ربط حسب مورد
- ۴- وزیر آموزش و پرورش
- ۱۳- رئیس سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
- ۵- وزیر جهاد کشاورزی
- ۶- وزیر بازرگانی
- ۱۴- رئیس سازمان حفاظت محیط زیست
- ۷- وزیر صنایع و معادن
- ۱۵- رئیس سازمان تربیت بدنی
- ۸- وزیر رفاه و تأمین اجتماعی
- ۱۶- رئیس سازمان نظام پزشکی کشور
- ۹- وزیر کشور
- ۱۷- سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)

تبصره ۱- دعوت از سایر افراد متخصص برای شرکت در جلسات شورا بدون حق رأی توسط دبیر شورای عالی مجاز است.

تبصره ۲- از رؤسای کمیسیون‌های بهداشت و آموزش و تحقیقات و امور اجتماعی مجلس شورای



اسلامی برای شرکت در جلسات شورای عالی دعوت به عمل می‌آید.  
تبصره ۳- در صورت عدم حضور رئیس جمهور در جلسه شورای عالی، ریاست جلسه با معاون اول رئیس جمهور خواهد بود.

ماده ۴- وظایف شورای عالی عبارت است از:

۱- ایجاد هماهنگی و سیاست‌گذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت غذایی و تغذیه  
۲- بررسی پیشنهادها و برنامه‌های راهبردی ارائه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط در خصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی  
۳- بررسی آیین‌نامه‌های 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 آیین‌نامه‌های مصوب و ارائه گزارش سالانه

ماده ۵- شورای عالی حداقل هر سه ماه یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد.

تبصره ۱- در صورت نیاز، جلسات اضطراری با پیشنهاد دبیر و موافقت رئیس شورای عالی برگزار خواهد شد.

تبصره ۲- جلسات شورای عالی با حضور رئیس شورا (نایب رئیس) و نصف به‌علاوه یکی از اعضا رسمیت می‌یابد.

تبصره ۳- تصمیمات شورای عالی با رأی اکثریت اعضای حاضر اتخاذ می‌شود.

تبصره ۴- شورای عالی دارای دبیرخانه‌ای است که محل استقرار آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

تبصره ۵- مصوبات شورای عالی پس از تأیید هیئت وزیران به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ و از زمان ابلاغ برای کلیه دستگاه‌های دولتی لازم‌الاجرا می‌باشد.

ماده ۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند حسب مورد نسبت به ایجاد کارگروه‌های تخصصی برای پشتیبانی امور شورای عالی اقدام نماید.

پرویز داودی - معاون اول رئیس جمهور

بیوست شماره ۵

۲۴۵۲۵۵  
تاریخ: ۱۳۹۰/۱۱/۲۰  
شماره: ۴۷۴۴۹



بسمه تعالی  
"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

آیین نامه تشکيلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۸/۱ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد به بند (الف) ماده (۳۲) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۸۹، «آیین نامه تشکيلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- به منظور تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم، «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» که در این آیین نامه به اختصار «شورای عالی» نامیده می شود، به عنوان مرجع اصلی سیاست گذاری و تصمیم گیری در خصوص سلامت و امنیت غذایی تشکیل می شود.

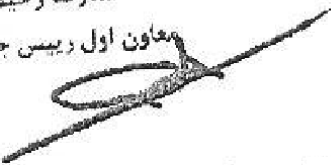
ماده ۲- اعضای شورای عالی به شرح زیر است:

۱. رئیس جمهور (رئیس)
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر)
۳. معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
۴. وزیر کشور
۵. وزیر صنعت، معدن و تجارت
۶. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۷. وزیر آموزش و پرورش
۸. وزیر جهاد کشاورزی
۹. وزیر ورزش و جوانان
۱۰. رئیس سازمان حفاظت محیط زیست
۱۱. رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
۱۲. رؤسای کمیسیون‌های بهداشت و درمان، امور اجتماعی و برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به‌عنوان ناظر
۱۳. سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)
۱۴. رئیس سازمان ملی استاندارد ایران
۱۵. یک نفر به‌عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه سلامت، بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید رئیس شورای عالی
۱۶. دو نفر به‌عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه، بنا به پیشنهاد وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی و تأیید رئیس شورای عالی
- تبصره ۱ - جلسات شورای عالی در غیاب رئیس جمهور به ریاست معاون اول رئیس جمهور تشکیل می‌شود.
- تبصره ۲ - دبیر شورای عالی می‌تواند از سایر وزرای ذی‌ربط، حسب مورد، جهت شرکت در جلسات شورای عالی با حق رأی دعوت به عمل آورد.
- ماده ۳ - وظایف شورای عالی به شرح زیر می‌باشد:
۱. سیاست‌گذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی
۲. بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
۳. تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی
۴. تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
۵. تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی» به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. تصویب ساز و کارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی
۷. ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی مربوط
- ماده ۴ - دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر می‌باشد و مصوبات شورا با امضای رئیس شورای عالی به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ می‌شود.
- ماده ۵ - وظایف دبیرخانه به شرح زیر است:
۱. ارسال دعوت‌نامه و دستور جلسات برای اعضای شورای عالی
۲. تنظیم صورت‌جلسات
۳. تهیه و تنظیم مصوبات شورای عالی و ارسال به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ

۴. دریافت گزارش‌های نظارتی از دستگاه‌های ذی‌ربط جهت تنظیم و ارائه به شورای عالی
  ۵. پیگیری تصمیمات شورای عالی
  ۶. ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد، اطلاعات، مذاکرات و مصوبات شورای عالی
  ۷. تنظیم گزارش‌های کارگروه‌های تخصصی برای طرح در شورای عالی
  ۸. آماده‌سازی درخواست‌ها و پیشنهادات دریافتی برای طرح در شورای عالی
  ۹. انجام سایر امور محوله
- ماده ۶- به‌منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف، شورای عالی می‌تواند کارگروه‌های تخصصی مورد نیاز را تشکیل دهد.
- تبصره - ترکیب اعضا و وظایف و نحوه فعالیت کارگروه‌های تخصصی بر اساس دستور عملی می‌باشد که به پیشنهاد دبیرخانه به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

معاون اول رئیس‌جمهور  
 معاون اول رئیس‌جمهور



رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس‌جمهور، دفتر رئیس قوه قضائیه، دفتر معاون اول رئیس‌جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس‌جمهور، معاونت حقوقی رئیس‌جمهور، معاونت امور مجلس رئیس‌جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی، اداره کل قوانین و مقررات کشور، اداره کل حقوقی، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، استانداری‌های سراسر کشور، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می‌شود.

پیوست شماره ۶

فرم کاربرگ بیان مسئله

تاریخ: / /	عنوان مرجع پیشنهاد دهنده:	سمت و سازمان:
اسامی همکاران		
عنوان مسئله		
توصیف مسئله		
<p>۰۱ ۰۲ ۰۳</p>	<p>علل ایجادکننده مسئله کلیدی</p>	
<p>۰۱ ۰۲ ۰۳</p>	<p>عوارض ایجادشده به دلیل وجود مسئله کلیدی</p>	
<p>درخت مسائل:</p> <pre> graph TD     A[عنوان مسئله] --&gt; B[عارضه]     A --&gt; C[عارضه]     A --&gt; D[عارضه]     E[علت] --&gt; A     F[علت] --&gt; A     G[علت] --&gt; A             </pre>		
		منابع

## پیوست شماره ۷

### شاخص‌های امتیازدهی موضوعات در شورای ارزیابی

اعضای شورای ارزیابی که مسئولیت ارزیابی و امتیازدهی به مسائل شناسایی شده را عهده دار خواهند بود، شامل رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، یک نفر خبره نظام سلامت، یک نفر پژوهشگر سلامت و یک نفر نماینده سازمان‌های خارج از نظام سلامت (یکی از اعضای فرابخشی کارگروه مرتبط، به تشخیص رئیس دبیرخانه) هستند. شورای مذکور حسب مورد و بنا بر تشخیص رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود. پنج شاخص کلیدی، به ترتیبی که در زیر آمده است، مبنای ارزیابی قرار می‌گیرند. اعضای شورای ارزیابی موظف‌اند بر اساس شاخص‌های پنج‌گانه مذکور نسبت به اولویت‌گذاری موضوعات از طریق تکمیل ماتریس امتیازات اقدام نمایند:

### شاخص اول - مطلوبیت سیاسی

منظور از مطلوبیت سیاسی، خواست سیاست‌گذار برای اقدام در مورد مسأله‌ای خاص است که معمولاً تحت تأثیر وقایع سیاسی، مانند انتخابات و تغییر دولت، جهت‌گیری افکار عمومی، فشار رسانه‌ها و کمپین‌های برپا شده از سوی ذینفعان، ایجاد شده باشد.

۱	اکثریت اعضای شورای عالی سلامت یا رئیس جمهور مخالف انجام اقدام خاصی در رابطه با این مسئله هستند.
۲	برخی از اعضای شورای عالی سلامت مخالف انجام اقدام خاصی در رابطه با این مسئله هستند. (به جز رئیس جمهور)
۳	هیچ یک از اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (از جمله رئیس جمهور) جهت‌گیری خاصی در رابطه با مسئله ندارند.
۴	اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (از جمله رئیس جمهور) جهت‌گیری خاصی در رابطه با مسئله ندارند اما موضوع از سوی وزیر بهداشت یا حداقل یکی از معاونت‌های وزارت بهداشت مطرح شده و پیگیری می‌شود.
۵	سیاست‌گذار بخشی و فرابخشی مرتبط با مسئله پیشنهادی (مقام معظم رهبری، نمایندگان مجمع تشخیص مصلحت نظام، شامل رؤسای سه قوه، نمایندگان مجلس، اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزیر بهداشت و معاونین ایشان) خواست خود را مبنی بر اقدام در خصوص مسئله اعلام کرده‌اند و یا موضوع از سوی ایشان به دبیرخانه پیشنهاد شده است.

## شاخص دوم- اهمیت مسئله

منظور از اهمیت مسئله، اهمیت و وسعت مسئله بر اساس شاخص‌های کمی و کیفی موجود (یا نظر خبرگان) است.

<p>وضعیت کلی کشور در رابطه با مسئله بر اساس شاخص‌های اعلام شده یا نظر خبرگان در سطح بین‌المللی و در کلیه استان‌ها مطابق با اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر، یا جلوتر از آن اهداف و یا بهتر از وضعیت کشورهای مشابه است.</p>	۱
<p>بر اساس شاخص‌های اعلام شده یا نظر خبرگان، وضعیت کشور در رابطه با مسئله مورد نظر نزدیک به اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر یا نظیر کشورهای مشابه است.</p>	۲
<p>بر اساس شاخص‌های اعلام شده، وضعیت کلی کشور مناسب اما در برخی استان‌ها نامطلوب است.</p>	۳
<p>هیچ اطلاع دقیقی از وضعیت کشور در رابطه با مسئله مورد نظر در دسترس نیست و یا برای مسئله اعلام شده هیچ هدف تعریف شده‌ای وجود ندارد.</p>	۴
<p>بر اساس شاخص‌های اعلام شده وضعیت کلی کشور ما در جهان یا منطقه، با چشم انداز اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر، یا در مقایسه با کشورهای مشابه، فاصله قابل توجهی دارد.</p>	۵

### شاخص سوم- انجام‌پذیری

منظور از انجام‌پذیری، وجود مجموعه‌ای از راه‌حل‌های عملی است که از سوی مراجع علمی، خبرگان، سیاست‌گذاران، کارشناسان و گروه‌های ذینفع در رابطه با کاهش اثرات و یا حل کامل مسئله موردنظر ارائه شده و یا قابل ارائه است.

۱	تاکنون راه حلی برای مشکل در سطح بین‌المللی و در سطح ملی توصیه نشده است.
۲	در منابع علمی راه‌حلی برای مشکل پیشنهاد شده است اما اجماع بین‌المللی در مورد آن‌ها وجود ندارد.
۳	راه‌حل‌های توصیه شده در سطح بین‌المللی برای حل مشکل وجود دارد، اما در سطح ملی قابل قبول نیست یا سیاست‌گذاران داخلی در مورد راه حل به اجماع نرسیده‌اند.
۴	راه‌حل‌های توصیه شده در سطح بین‌المللی و ملی برای حل مشکل وجود دارد، سیاست‌گذاران داخلی در مورد راه حل به توافق رسیده‌اند، اما الزامات آن محقق نشده است.
۵	راه‌حل‌های توصیه شده‌ای در سطح بین‌المللی و ملی برای حل مشکل وجود دارد و اجماع سیاست‌گذاران داخلی در مورد راه حل اصلی و الزامات آن حاصل شده است.

### شاخص چهارم- فوریت اجرا

منظور از فوریت، فوریت زمانی برای تصمیم‌گیری در خصوص مسئله‌ای خاص است.

۱	بین یک تا سه سال
۲	کمتر از یکسال
۳	کمتر از شش ماه
۴	کمتر از سه ماه
۵	کمتر از یک ماه



### شاخص پنجم - مطابقت با برنامه پنجم توسعه

منظور از مطابقت با برنامه پنجم توسعه آن است که موضوع اعلام شده در راستای اهداف، برنامه‌ها و اقدامات مشخص شده در برنامه پنجم توسعه باشد.

۱	مسئله مورد نظر، ذیل هیچ یک از سیاست‌ها، اهداف و یا بسته‌های اجرایی برنامه پنجم مطرح نشده است.
۲	حداقل یکی از برنامه‌ها یا اقدامات برنامه پنجم در بسته اجرایی به مسئله مورد نظر پرداخته است.
۳	حداقل در یکی از اهداف کمی برنامه پنجم (در بسته اجرایی) مسئله مورد نظر مورد تأکید است.
۴	یکی از اهداف کلان برنامه پنجم توسعه در رابطه با مسئله مورد نظر می‌باشد.
۵	مسئله مورد نظر در سیاست‌های برنامه توسعه ۵ ساله، به وضوح مورد تأکید است.

روند امتیازدهی به این صورت خواهد بود که شاخص‌ها در مقیاس پنج‌تایی (لیکرت) امتیازدهی می‌شوند. به‌گونه‌ای که به اولین گزینه، در رابطه با هر شاخص، امتیاز ۱ و پنجمین گزینه امتیاز ۵ تعلق می‌گیرد. امتیاز گزینه‌های چهار و پنج شاخص مطلوبیت سیاسی در ۲ ضرب شده و سپس وارد می‌گردد؛ سپس نتایج به دست آمده از جداول تکمیل شده، در جدولی با عنوان «جدول امتیازات تجمیع شده» وارد می‌گردد.

### جدول امتیازات تجمیع شده

عنوان موضوع:						
شاخص‌ها	رئیس دبیرخانه	خبره نظام سلامت	پژوهشگر	نماینده فرابخشی	میانگین امتیازات	وزن شاخص‌ها
مطلوبیت سیاسی						
اهمیت موضوع						
انجام پذیری						
فوریت						
مطابقت با برنامه پنجم توسعه						
جمع کل						

پس از ورود امتیازات، در دو ستون آخر جدول امتیازات تجمیع شده، برای هر موضوع میانگین امتیاز کلی، میانگین امتیاز در هر شاخص و وزن شاخص (حاصل تقسیم میانگین امتیاز هر شاخص، بخش بر میانگین امتیاز کل، بر حسب درصد) محاسبه می‌شود. پس از مشخص شدن امتیازات مربوط به هر موضوع، در رابطه با نوع حمایت مورد نیاز موضوعات باقی مانده و با اولویت بالا تصمیم‌گیری می‌شود. اولویت موضوعات بر اساس میانگین امتیاز کلی به قرار زیر تعیین می‌شود:

اولویت کم	امتیاز کلی زیر ۱۰
اولویت متوسط	بیشتر از ۱۰ و یا مساوی ۱۰ و کمتر از ۲۰
اولویت بالا	مساوی با ۲۰ و یا بیشتر از ۲۰ و کمتر از ۳۰ و یا مساوی ۳۰

## فرمت سیاست‌نامه

۱. صفحه اول: عنوان، نهاد تهیه‌کننده و سفارش دهنده سیاست‌نامه، تاریخ
۲. صفحه دوم: الف- لیست نویسندگان و افراد مطلع و کارشناس همکار در تدوین سیاست‌نامه و سمت آن‌ها / ب- لیست حمایت‌کنندگان مالی
۳. خلاصه اجرایی  
در این قسمت سعی می‌شود اهمیت پرداختن به مسئله نشان داده شود. خلاصه اجرایی می‌تواند ۱ تا ۲ پاراگراف باشد، شامل: (۱) شرحی از مسئله و جمله‌ای مبنی بر اینکه چرا سیاست‌های کنونی باید دستخوش تغییر شوند (یا نشوند).  
- خلاصه‌ای از راهکارهای پیشنهادی  
- خلاصه الزامات اجرایی
۴. فهرست مطالب
۵. توصیف مسئله

## تعریف مسئله و حدود آن

یک مسئله می‌تواند در ارتباط با عوامل خطر، بیماری یا یک برنامه سلامت، یا خدمت مرتبط با یک عامل خطر و یا بیماری باشد. حدود مسئله (محدوده بررسی و تعیین مداخلات برای حل مسئله) می‌تواند با توجه به یک یا چند مورد از موارد زیر تعریف شود:

نوع عوامل خطر، شدت عامل خطر، گروه آسیب‌پذیر، ابعاد جنسیتی، زمانی، گروه سنی جغرافیایی و.....

شدت و بزرگی مسئله (با استفاده از شاخص‌ها و مقایسه روندهای زمانی، مقایسه بین کشورها، مقایسه با یک هدف بین‌المللی یا مقایسه با خواسته‌ها و انتظارات سیاست‌گذاران و یا ذینفعان) باید نشان داد که چرا این مسئله از اهمیت خاصی برای مخاطبین برخوردار است. می‌توان از شاخص‌ها برای انتقال این حس استفاده کرد. اگر داده‌ها کافی نیستند، این خود نشان‌دهنده ضعف بیشتری برای مسئله است. در این بخش بهتر است توصیفی از اینکه مشکل چگونه در گذر زمان ایجاد و تغییر یافته است و چه تأثیری بر گروه‌های خاص یا مناطق خاص می‌گذارد، ارائه شود.

- علل و عوامل ایجاد کننده مسئله و یا تأثیرگذار بر آن (مدل تحلیل مسئله)

- شناسایی و تحلیل ذینفعان

- پیامد تداوم مسئله

- ارزیابی عملکرد سیاست‌های گذشته (در صورت وجود سیاست)

لازم است دستاورد تلاش‌های قبلی برای حل مسئله بیان شده و دلایل عدم موفقیت سیاست‌ها

و برنامه‌ها، به‌طور مستدل ذکر شود.

۶. گزینه‌های سیاستی

### توصیف گزینه‌های پیشنهادی

توصیف پیامدهای هر گزینه بر اساس شواهد معتبر موجود؛ سؤالات زیر می‌تواند کمک کننده باشد:

۱. مزایا (اثرات مثبت): چه مزایایی برای افراد متأثر از موضوع اهمیت دارد و گزینه مورد نظر ما چه مزایای احتمالی برای ایشان می‌تواند داشته باشد؟ (گروهی که مداخله بر آن‌ها تأثیر مثبت می‌گذارد، مقایسه با وضعیت معمول یا سایر گزینه‌ها در زمینه اثربخشی، نتایج بر اساس شاخص‌های فرآیندی و شاخص‌های پیامدی)
۲. مضرات (اثرات منفی): چه ضررهایی برای افراد متأثر از موضوع اهمیت دارد و گزینه مورد نظر ما چه ضررهایی احتمالی برای ایشان می‌تواند داشته باشد؟ (گروهی که مداخله بر آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد، مقایسه با وضعیت معمول یا سایر گزینه‌ها در زمینه اثرات منفی، نتایج بر اساس شاخص‌های فرآیندی و شاخص‌های پیامدی)
۳. هزینه و هزینه اثربخشی: در شرایط موجود گزینه‌های پیش‌رو هر یک چه هزینه‌هایی دارند و آیا شواهد محلی در خصوص هزینه اثربخشی گزینه‌ها وجود دارد؟ بهتر است هزینه اثربخشی از منظر جامعه انجام شود.
۴. نظر ذینفعان: دیدگاه‌ها و تجربیات ذینفعان در خصوص گزینه پیشنهادی چیست؟  
به‌منظور توجه به نکات فوق جدول زیر کامل می‌شود:
۷. الزامات و موانع استقرار گزینه‌های سیاستی

گزینه ۴	گزینه ۳	گزینه ۲	گزینه ۱	
				مزایا
				مضرات
				هزینه و هزینه اثربخشی
				نظر ذینفعان

در ابتدا باید الزامات و سپس موانع استقرار گزینه‌های سیاستی مشخص شوند و سپس برای فراهم شدن الزامات و رفع موانع راهکارهایی تدبیر شود. سؤالات زیر در این مرحله کمک کننده است:

۱. الزامات اساسی برای استقرار موفق سیاست جدید، بر اساس گروه هدف مداخله، ارائه دهندگان مداخله، مدیران و سیاست‌گذاران و سازمان‌های مرتبط کدامند؟
۲. موانع بالقوه برای استقرار موفق سیاست جدید، بر اساس گروه هدف مداخله، ارائه دهندگان مداخله، مدیران و سیاست‌گذاران و سازمان‌های مرتبط کدامند؟
۳. در برنامه‌ریزی برای استقرار سیاست جدید در جهت تسهیل تغییرات رفتاری لازم در میان گروه هدف مداخله، تغییرات رفتاری لازم در میان ارائه‌دهندگان مداخله، تغییرات رفتاری لازم در میان مدیران و سیاست‌گذاران و تسهیل تغییرات سازمانی چه راهبردهایی باید مورد بررسی قرار گیرد؟

به‌منظور توجه به نکات فوق جدول زیر برای هر گزینه پیشنهادی کامل می‌شود:

۸. پیوست‌ها

راهکارها	موانع	الزامات	
			گروه هدف
			ارائه دهندگان
			مدیران و سیاست‌گذاران
			سازمان‌های مرتبط

روش‌های استفاده شده در شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد علمی سنتز شده (مشمول بر کیفیت ارزیابی، کاربرد محلی و ملاحظات عدالت)

صورتجلسات کارگروه

۹. معرفی منابع برای مطالعه

لیست کاملی از تمامی مرورهای نظام‌مند، مطالعات، شواهد سیاستی و... برای افراد علاقمند به مطالعه منابعی بیش از آن چه که در سیاست‌نامه آمده است.

۱۰. منابع مورد استفاده

لیست کاملی از تمامی مرورهای نظام‌مند، مطالعات، شواهد سیاستی و... که در سیاست‌نامه مورد استفاده قرار گرفته است.

## پیوست شماره ۹

### چارچوب ارزیابی سیاست‌نامه

بر اساس توافق انجام شده میان دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت و معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مبنی بر تهیه سیاست‌نامه‌های سفارش داده شده از سوی شورای سیاست‌گذاری توسط مراکز تحقیقاتی زیرمجموعه دانشگاه، مفاد چارچوب ارزیابی مورد نظر دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت به قرار زیر اعلام می‌شود:

۱. ضرورت ارزیابی سیاست‌نامه‌های سفارش داده شده

نظر به راه‌اندازی نظام سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت، بهره‌گیری از شواهد علمی متقن و معتبر به‌عنوان مبنایی جهت تعیین متناسب‌ترین گزینه سیاستی از میان گزینه‌های متعدد پیش روی سیاست‌گذاران، جزء اصول تصمیم‌گیری در نظام مذکور به شمار می‌آید. از این رو انتظار می‌رود که سیاست‌نامه‌های تدوین شده بتوانند با فراهم نمودن شواهد مکفی در رابطه با هر یک از راهکارهای پیشنهادی حل مسئله و تحلیل الزامات و چالش‌های اجرایی پیش روی هر یک از آنها، جنبه‌های آشکار و پنهان مسائل را به سیاست‌گذاران نمایانده و آن‌ها را در مسیر اتخاذ شایسته‌ترین تصمیم یاری نمایند.

۲. مخاطبان سیاست‌نامه

مخاطبان اصلی سیاست‌نامه را چهار گروه عمده از تصمیم‌گیرندگان و دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری در بخش سلامت کشور تشکیل می‌دهند. این چهار گروه عبارت‌اند از:

- اعضای کمیته‌های فنی، متشکل از کارشناسان خبره دستگاه‌های اجرایی
- اعضای کارگروه‌های تخصصی، متشکل از مدیران کل دستگاه‌های اجرایی
- اعضای کمیسیون دائمی، متشکل از معاونین وزرای دستگاه‌های ذینفع، به‌عنوان نمایندگان تام‌الاختیار وزارت متبوع
- اعضای شورای معین، متشکل از وزرای دستگاه‌های ذینفع
- اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، متشکل از رئیس‌جمهور و وزرای دستگاه‌های اجرایی کشور

هر یک از ذینفعان نامبرده در سطح مشخصی از سلسله مراتب برنامه‌ریزی از شواهد مندرج در سیاست‌نامه‌ها، به‌منظور اتخاذ تصمیمات مربوط به خود بهره می‌برند.

۳. هدف ارزیابی

هدف اصلی از ارزیابی سیاست‌نامه، حصول اطمینان از اثربخشی و کارایی و کیفیت سیاست‌نامه تدوین شده است. در این راستا سیاست‌های تدوین شده هم به لحاظ ساختاری و هم به لحاظ محتوایی توسط کارشناسان مربوطه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. به‌طور کلی اهداف مورد نظر تیم

ارزیابی به‌قرار زیر است:

- رعایت استانداردهای ساختاری و محتوایی سیاست‌نامه، به‌لحاظ رعایت چارچوب نگارشی ۱:۳:۲۵، بیان مسئله، توصیف راهکارهای موجود، تحلیل و ارائه‌ی پیامدها و الزامات اجرایی مربوط به هر یک از راهکارهای پیشنهادی با استناد به شواهد و مستندات موجود و در دسترس
  - لحاظ نمودن ویژگی‌های شرایط زمینه‌ای (ویژگی‌های نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کلان) در تبیین و توصیف مسئله
  - به‌کارگیری متدولوژی علمی، شفاف و نظام‌مند در راستای شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد تحلیل‌شده در فرآیند پژوهش
  - قابلیت‌کار بست راهکارهای پیشنهادی به‌لحاظ مطابقت با شرایط بومی کشور
  - لحاظ نمودن شاخص عدالت در سلامت در راهکارهای پیشنهادی و تحلیل‌های ارائه‌شده
  - تناسب راهکارها و تحلیل‌های ارائه‌شده با ماهیت مسئله اصلی
۴. نحوه ارزیابی
- ارزیابی سیاست‌نامه‌ها بر اساس چک‌لیست زیر صورت می‌گیرد:

توضیحات	نتیجه ارزیابی			شاخص / معیار	ردیف
	مورد تأیید نیست.	به اصلاح احتیاج دارد.	کاملاً مورد تأیید است.		
				صفحات اول و دوم سیاست‌نامه مطابق با چارچوب استاندارد آن تکمیل شده است.	۱
				در بخش پیام‌های مهم (چکیده ۱ صفحه‌ای)، به بیان مسئله، راهکارهای پیشنهادی و الزامات اجرایی در سه بند جداگانه پرداخته شده است.	۲
				در بخش خلاصه اجرایی (خلاصه سه صفحه‌ای)، به بیان خلاصه‌ای از مسئله، ضرورت تغییر در سیاست‌های کنونی، راهکارهای پیشنهادی و الزامات اجرایی راهکارها پرداخته شده است.	۳
				در بخش مشروح گزارش، در سه بخش مجزا (مطابق چارچوب استاندارد ارائه‌شده) به توصیف مسئله، بیان گزینه‌های سیاستی و بیان الزامات و موانع استقرار گزینه‌های سیاستی پرداخته شده است.	۴
				در بخش پیوست‌ها، روش‌های استفاده‌شده در شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد علمی سنتز شده به‌صورت کاملاً مستند و نظام‌مند آورده شده است.	۵
				در بخش معرفی منابع برای مطالعه، فهرست کاملی از سایر منابع مرتبط با حوزه پژوهش جهت علاقه‌مندان به مطالعه بیشتر، پیرامون موضوع مربوطه آورده شده است.	۶
				در بخش منابع، فهرست کاملی از منابع و مآخذ مورد استفاده آورده شده است.	۷

استانداردهای ساختاری



توضیحات	نتیجه ارزیابی			شاخص / معیار	ردیف
	مورد تأیید نیست.	به اصلاح احتیاج دارد.	کاملاً مورد تأیید است.		
				در توصیف مسئله مورد نظر ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی حاکم بر بخش سلامت کشور به خوبی لحاظ شده است، به گونه‌ای که مخاطبان درک مشابهی از مسئله و موارد جانبی مرتبط با آن خواهند داشت.	۸
				در تبیین و توصیف قسمت‌های مختلف (بیان مسئله، ارائه راهکارها و الزامات اجرایی مربوط به هر راهکار) از رویکردی علمی <sup>۱</sup> تبعیت شده است.	۹
				شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد تحلیل‌شده در فرآیند پژوهش با بهره‌گیری از یک متدولوژی کاملاً علمی، شفاف و نظام‌مند صورت پذیرفته است.	۱۰
				راهکارهای پیشنهادی به لحاظ مطابقت با شرایط بومی حاکم بر فضای بخش سلامت کشور از قابلیت اجرایی بالایی برخوردار هستند.	۱۱
				راهکارهای پیشنهادی با توجه به شاخص‌های عدالت در سلامت ارائه شده‌اند.	۱۲
				رابطه متناظری میان ماهیت مسئله و راهکارهای پیشنهادی برقرار است.	۱۳

استانداردهای محتوایی

۱. منظور از رویکرد علمی، دارا بودن ساختار پژوهشی شفاف و به کار بردن یک متدولوژی مناسب با استناد به شواهد و مستندات متقن و موثق علمی است.

## ۵. هیئت ارزیابی

هیئت ارزیابی با توجه به ماهیت مسأله‌ای که برای آن سیاست‌نامه سفارش داده شده است و نیز درجه اهمیت و گستره مسئله، به صورت موردی و از میان خبرگان و متخصصان حوزه سلامت کشور با پیشنهاد کارشناسان دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تأیید رئیس دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت انتخاب می‌شوند.

۶. زمان تعیین شده برای تدوین هر سیاست‌نامه

حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای تدوین هر سیاست‌نامه ۳ ماه است.

۷. زمان تعیین شده برای ارزیابی هر سیاست‌نامه

حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای ارزیابی هر سیاست‌نامه ۱۰ روز است.

۸. منابع مورد نیاز برای ارزیابی

۵٪ از کل مبلغ سیاست‌نامه به ارزیابی سیاست‌نامه اختصاص داده می‌شود.

## پیوست شماره ۱۰

## فرمت چکیده شواهد

## ۱- عنوان مسئله:

[ عنوان مسئله در این قسمت نوشته می‌شود. ]

## ۲- تنظیم کنندگان:

[ اسامی دست‌اندرکاران تهیه و تنظیم مستند در این قسمت نوشته می‌شود. ]

## ۳- پیام‌های اصلی

[ ذیل ۵-۱۰ بولت، نکات اساسی در خصوص مسئله (درب‌گیرنده اهمیت موضوع / علل و راهکارها در این قسمت نوشته می‌شود. ]

## ۳- توصیف مسئله:

[ در این قسمت ابعاد جامع مسئله که قرار است شواهد و مستندات پشتیبان برای اثبات آن‌ها ارائه گردد، بیان می‌شود. ]

## ۴- شواهد چه می‌گویند؟

[ در این قسمت مجموعه شواهد موجود، دال بر وجود مسئله که شرح آن در قسمت پیش آورده شد، به صورت نظام‌مند همراه با درج رفرنس، بیان می‌شود. ]

## ۵- اسناد بالادستی

[ در این قسمت مواردی از اسناد بالادستی که ناظر بر مسئله است، آورده می‌شود. ]

## ۶- سیاست‌های اجرایی موجود

[ در این قسمت سیاست‌های اجرایی کنونی دستگاه / سازمان متبوع آورده می‌شود. ]

## ۷- سیاست‌های اجرایی تکمیلی (راهکارهای پیشنهادی)

[ در این قسمت سیاست‌های اجرایی، تکمیلی پیشنهادی جهت تخفیف و یا رفع مسئله آورده می‌شود. ]

## ۸- منابع مورد استفاده

[ در این قسمت فهرست منابع مورد استفاده با جزئیات و به صورت کامل آورده می‌شود. ]

## راهنمای تکمیل فرم

### عنوان مسئله

در این قسمت، عنوان مسئله مورد نظر باید به گونه‌ای انتخاب شود که مبهم نبوده و به اندازه کافی شفاف باشد، به لحاظ امکانات مورد نیاز حل مسئله، عملی بوده و نیز مرجع پیشنهاد دهنده، فارغ از هرگونه سوگیری و پیشینه ذهنی و بدون داشتن قصد اثبات مسئله و تنها با نیت چاره جویی، نسبت به بیان مسئله اقدام نموده باشد.

### تنظیم کنندگان

در این قسمت، مشخصات مربوط به دست‌اندرکاران تکمیل فرم به قرار زیر نوشته می‌شود:  
(عنوان مسئله و تنظیم کنندگان در ۱ صفحه)

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	سمت سازمانی	تلفن تماس	آدرس پست الکترونیک

### پیام‌های اصلی

در این قسمت که معمولاً در آخر کار نوشته می‌شود، ذیل ۵-۱۰ بولت، نکات اساسی در خصوص مسئله (دربگیرنده اهمیت موضوع / علل و راه کارها) نوشته می‌شود. (۱ صفحه)

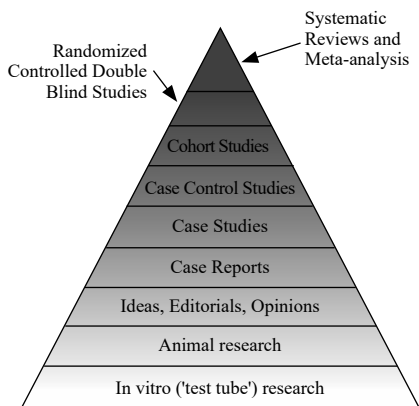
### توصیف مسئله

در قسمت مربوط به «توصیف مسئله» نیز شرح مختصری در رابطه با علل و عوامل پدیدآورنده مسئله و پیامدهای حاصل از اقدام یا عدم اقدام در رابطه با مسئله مورد نظر ارائه می‌گردد. به علاوه حوزه زمانی و مکانی مسئله مورد نظر نیز باید در حین توصیف مسئله لحاظ شود. دقت شود که توصیف مسئله طوری صورت پذیرد که خلاء میان وضعیت مطلوب و وضعیت موجود که به دلیل وجود مسئله مورد نظر ایجاد شده است، برای مخاطب قابل فهم و درک باشد. (حداکثر ۲ صفحه)

### شواهد چه می‌گویند؟

در این قسمت باید برای تمامی ادعاهای صورت گرفته در قسمت توصیف مسئله، شواهد معتبر با درج رفرنس موثق ارائه گردد.

شواهد طیف گسترده‌ای از منابع اطلاعاتی را شامل می‌شود. در هرم روبرو نوع و اعتبار شواهد مورد استناد که در تدوین این قسمت باید به یکی از آنها ارجاع داده شود، آورده شده است. همان طور که در هرم به خوبی نشان داده شده است از پایین به بالا بر درجه اعتبار شواهد، جهت استناد



در متون علمی افزوده می‌شود. لازم به ذکر است که شواهد مورد استناد می‌تواند داخلی (مبتنی بر اسناد و مدارک و منابع علمی داخلی) و یا خارجی باشد. (حداکثر ۳ صفحه)

### اسناد بالادستی ناظر بر مسئله

منظور از اسناد به ترتیب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی ابلاغی، برنامه‌های توسعه ۵ ساله و سایر قوانین مرتبط با مسئله مورد نظر است.

در این قسمت باید مواردی از قوانین مذکور که ناظر بر مسئله هستند، آورده شود. (۱ صفحه)

### سیاست‌های اجرایی موجود

در این قسمت باید فهرستی از سیاست‌های اجرایی دستگاهی یا سازمانی که به نوعی مرتبط با مسئله مورد نظر است، آورده شود. منظور از سیاست اجرایی آن دسته از سیاست‌هایی است که ذیل مجموعه وظایف و اختیارات دستگاه / سازمان متبوع قرار گرفته و آن دستگاه / سازمان به لحاظ قانونی موظف به اجرای آن هاست. (۱ صفحه)

### سیاست‌های اجرایی تکمیلی (راهکارهای پیشنهادی)

در این قسمت باید با توجه به ابعاد مسئله توصیف شده و سیاست‌های اجرایی کنونی، آن دسته از سیاست‌ها که جنبه تکمیلی داشته و عمدتاً اجرای آن‌ها مستلزم همکاری چندین دستگاه / سازمان است، آورده شوند. در واقع این سیاست‌ها، سیاست‌هایی هستند که مبنای بحث و تصمیم‌گیری در کمیته فنی محصولات پروتئینی و کارگروه تغذیه و امنیت غذا قرار می‌گیرند. (۱ صفحه)

### منابع مورد استفاده

در این قسمت فهرست منابع مورد استفاده در تکمیل فرم نوشته می‌شود. (۱ صفحه)

## پیوست شماره ۱۱

### راهنمای تدوین متن مصوبات پیشنهادی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

در این بخش، مجموعه اصول راهنمای تدوین متن مصوبات پیشنهادی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در دو قسمت اصول فنی - نگارشی و اصول محتوایی آمده است:

#### اصول فنی - نگارشی

##### ۱. سادگی، شفافیت و رعایت اختصار

یکی از اصول مهمی که در تدوین متن مصوبات باید مورد توجه قرار گیرد، رعایت اصل ساده‌نویسی و روان‌نویسی است. به طوری که متن مصوبه فارغ از بار محتوای تخصصی آن، برای مخاطبان قابل درک باشد. اصل دیگر رعایت آن الزامی است، نگارش متن به نحوی است که هیچ‌گونه اجمال و ابهامی در متن وجود نداشته و کاملاً شفاف باشد. به طوری که بتوان از یک متن، یک برداشت یکسان به عمل آورد. نکته دیگر رعایت اختصار به هنگام تدوین مصوبه است. تا جایی که امکان دارد بایستی از بلندنویسی و طولانی شدن جملات متن مصوبه جلوگیری شود.

##### ۲. عدم استفاده از کلمات اختصاری در متن مصوبه

استفاده از کلمات اختصاری در متن مصوبات توصیه نمی‌شود؛ بنابراین تا جایی که امکان دارد باید از به کار بردن کلمات و اصطلاحات اختصاری (به فارسی و انگلیسی) خودداری شود.

##### ۳. عدم استفاده از واژگان / اصطلاحات که تاریخ انقضا دارند.

با توجه به اینکه بازه زمانی در نظر گرفته شده برای اجرای مصوبات معمولاً بین ۱ تا ۳ سال لحاظ می‌شود، نباید از واژگان و اصطلاحاتی که اعتبار و دوام آن‌ها کمتر از بازه زمانی در نظر گرفته شده برای اجرای مصوبات است، استفاده نمود. مثلاً به جای استفاده از نام اشخاص حقیقی می‌توان از عنوان پست سازمانی ایشان استفاده کرد.

##### ۴. استفاده از واژگان دستوری در صورت لزوم

در مواردی که تصمیم اتخاذ شده در رابطه با موضوعی خاص، با خود الزام اجرایی به همراه دارد، باید از اصطلاحات و واژگان دستوری در متن مصوبات استفاده شود.

#### اصول محتوایی

##### ۱. عدم تعارض / موازی کاری محتوایی با سایر سیاست‌های اجرایی (تعارض / موازی کاری افقی)

یکی از اصول مهمی که حین تدوین متن مصوبات باید مورد توجه قرار گیرد، توجه به مفاد سایر سیاست‌های اجرایی مصوب هم‌ردیف / رتبه‌سیاستی است که قرار است برای آن متن مصوبه پیشنهادی تنظیم شود. به ویژه سیاست‌هایی که به لحاظ ویژگی‌های زمینه‌ای و گستره موضوعی

با موضوع مصوبه، مشابهت دارند. هدف از این کار جلوگیری از بروز تعارض محتوایی و یا موازی کاری در تدوین مصوبات است که باید همواره مورد توجه دست‌اندرکاران تدوین مصوبات قرار گیرد.

**۲. عدم تعارض / موازی کاری محتوایی با قوانین و سیاست‌های بالادستی (تعارض / موازی کاری عمودی)**  
یکی از مواردی که همواره باید در حین تدوین متن مصوبات مورد توجه صاحب‌نظران و کارشناسان دستگاه‌های ذینفع قرار گیرد، لحاظ نمودن الزامات قانونی سطحی از نظام سیاست‌گذاری است که در آن به اتخاذ تصمیم می‌پردازند. در نظام برنامه‌ریزی کشور، برای دست‌اندرکاران هر سطح از تصمیم‌گیری، طبق قانون، سقف مجازی از اختیارات در نظر گرفته شده است که خارج از آن مجاز به تصمیم‌گیری راجع به موضوعات نیستند. لذا توجه به گستره اختیارات دست‌اندرکاران در سطحی که در آن تصمیم‌گیری می‌کنند، در حین تدوین متن مصوبات الزامی است. این امر از خلط اختیارات سطوح تصمیم‌گیری و پرداختن به موضوعاتی که تصمیم‌گیری درباره آن‌ها فراتر از سطح اختیارات قانونی سیاست‌گذاران اجرایی کشور است، جلوگیری می‌کند.

نکته دیگر توجه به محتوای قوانین و سیاست‌های فرادستی در رابطه با زمینه موضوعی است که قرار است برای آن متن مصوبه تنظیم شود. این امر ضمن شناسایی الزامات ناظر بر موضوع مصوبه در اسناد فرادستی، بر اثربخشی و کارایی نظام برنامه‌ریزی کشور می‌افزاید.

### ۳. اتخاذ رویکرد واقع‌گرایانه در تدوین مصوبات

مصوبات زمانی از ضمانت اجرایی بالایی برخوردارند که با رویکردی نزدیک به واقعیت تدوین شده باشند. لذا در نظر گرفتن ابعاد اجرایی (شامل ابزارها و منابع لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز مصوبه) حین تدوین متن مصوبه الزامی است.

### ۴. اشاره صریح به دستگاه / سازمان متولی در متن مصوبات

یکی از مواردی که بر ضمانت اجرای مصوبات می‌افزاید، تعیین سازمان / دستگاه متولی و سایر دست‌اندرکاران اجرایی در متن مصوبات است. این کار در مراحل بعد امکان‌پذیر است. مصوبات را فراهم آورده و اجرای آن را تسهیل می‌کند.

### ۵. لحاظ نمودن بار مالی و منبع تأمین آن

از دیگر اصول مهم در تدوین متن مصوبات توجه به بار مالی اقدامات و فعالیت‌های مورد توافق و حتی‌الامکان مشخص نمودن منابع تأمین آن با توافق نمایندگان دستگاه‌های ذینفع است. چرا که بدون تعیین تکلیف نهایی در رابطه با محل تأمین منابع مورد نیاز و برآورد هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم آن، اجرای مصوبه امکان‌پذیر نخواهد بود.

### بخش سوم - شاخص‌ها

در این بخش، به‌منظور ارزیابی متون پیش‌نویس مصوبات، مجموعه‌ای از شاخص‌ها در قالب یک چک‌لیست عمومی آورده شده‌اند:

ردیف	شاخص‌ها	بلی	خیر
۱	متن مصوبه ساده نوشته شده است.		
۲	متن مصوبه روان نوشته شده است.		
۳	متن مصوبه به اندازه کافی شفاف نوشته شده است.		
۴	متن مصوبه تا حد امکان به اختصار نوشته شده است.		
۵	در متن مصوبه از واژگان / اصطلاحات اختصاری استفاده نشده است.		
۶	در متن مصوبه از واژگان / اصطلاحاتی که تاریخ انقضا دارند، استفاده نشده است.		
۷	از واژگان و اصطلاحات الزام‌آور و دستوری در محل مناسب استفاده شده است.		
۸	موضوع سیاست به خوبی قابل تبیین است.		
۹	هدف سیاست به خوبی قابل تبیین است.		
۱۰	اقدامات اجرایی سیاست به خوبی قابل تبیین است.		
۱۱	ابزارها و منابع اجرایی به هنگام تدوین مصوبه لحاظ شده‌اند.		
۱۲	مصوبه تدوین شده، به لحاظ هر یک از ارکان مصوبه (شامل موضوع، اهداف، اقدامات اجرایی، ابزارها و منابع اجرایی) با سایر سیاست‌های اجرایی هم سطح خود در تعارض / موازی نمی‌باشد.		
۱۳	مصوبه تدوین شده، به لحاظ هر یک از ارکان مصوبه (شامل موضوع، اهداف، اقدامات اجرایی، ابزارها و منابع اجرایی) با قوانین فرادست خود در تعارض / موازی نمی‌باشد.		
۱۴	متن مصوبات با رویکردی واقع‌گرایانه تدوین شده است.		
۱۵	سازمان / دستگاه متولی اجرای مصوبه به خوبی مشخص شده است.		
۱۶	بار مالی مصوبه پیشنهادی محاسبه و منبع تأمین آن دیده شده است.		
۱۷	مصوبه تدوین شده به لحاظ ابعاد قانونی و منابع مورد نیاز قابل اجرا است.		



### راهنمای برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی

هدف از تدوین این راهنما، بهره‌گیری از شیوه‌گفتمان سیاستی در برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی است. فرآیند گفتمان سیاسی مکانیسمی برای مبادله و ترکیب ایده‌ها و اطلاعات و گفتگوی آگاهانه و نظام‌مند بین دو گروه و یا بیشتر در زمینه تخصیص ارزش‌ها است که نتیجه آن سیاست‌های جدید یا تغییر سیاست‌های موجود است.<sup>۱</sup>

اما در شکل کلی دیالوگ یک تجربه گروهی هدایت شده است که یک یا چندین بار در طی زمان تکرار شده و با این هدف طراحی می‌شود تا افراد در فضایی امن و سازمان یافته دیدگاه‌های خود را در مورد موضوعات اجتماعی بیان کنند. در طول این فرآیند از افراد خواسته می‌شود فرضیات قبلی خود را کنار گذاشته و مشتاقانه همکاری کنند و از تجربیات خود سخن بگویند؛ به حقوق سایر شرکت‌کنندگان قائل بوده و برای پذیرش سایر احتمالات آمادگی داشته باشند. چنین فضایی از عواملی چون ایجاد ارتباط و تسهیل گفتگو بین شرکت‌کنندگان، موضوع بحث، طراحی هوشمندانه و هدایت بحث‌ها به شدت تأثیر می‌پذیرد.

### قدم‌های برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی

۱. ارکان برگزاری جلسه
۲. موضوع جلسه
۳. مستندات جهت ارائه در جلسه
۴. انتخاب افراد جهت حضور در جلسه
۵. دعوت از افراد
۶. آمادگی جهت برگزاری جلسه
۷. برگزاری جلسه
۸. مستندات تهیه شده بعد از جلسه

### ۱- ارکان برگزاری جلسه

ارکان برگزاری جلسه که مستقیماً در برگزاری نشست‌ها و هماهنگی امور مسئولیت دارند، شامل رئیس، مدیر، کارشناسان و مسئول امور اداری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی هستند که مسئولیت هر یک در برگزاری جلسات نشست به شرح جدول زیر می‌باشد:

1. AusAID. Review of literature and international practice in Policy Dialogue 2011

شرح وظیفه	مسئول
اعلام دستور جلسات، مدیریت جلسات، تأمین منابع، بازخورد کارگروه در مورد نتایج جلسات، نظارت بر حسن اجرای کار	رئیس / قائم مقام کارگروه
اعلام مسائل و اولویت‌ها، پیشنهاد اعضا برای حضور در جلسات، بیان مسئله در جلسه، پیگیری تشکیل کمیته‌های فنی، سفارش یا تهیه مستندات مرتبط	دبیر کارگروه
هماهنگی برای ارسال دعوت‌نامه‌ها و مستندات، نت‌برداری از جلسات، به روز رسانی سایت، تهیه صورت جلسات	کارشناس کارگروه
ارسال دعوت‌نامه‌ها و مستندات، هماهنگی رزرو و پذیرایی جلسات، هدایت افراد برای نشستن در مکان مناسب، نظارت بر امور ضبط و پخش در جلسه، توزیع مستندات، پاسخ به درخواست‌های شرکت‌کنندگان	مسئول سالن / مسئول امور اداری

شایان ذکر است که مسئولیت افراد صرفاً در برگزاری و تشکیل جلسه ذکر شده است. نقش هر یک از افراد در فرآیند دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سایر بخش‌ها توضیح داده شده است.

## ۲- دستور کار جلسه

برای تعیین مسائل و اولویت‌بندی موضوعات پروتکل مشخص و مدونی در دبیرخانه شورای عالی تعریف شده است که در پیوست‌های پیشین به آن اشاره شد.

## ۳- مستندات جهت ارائه در جلسه

مستندات جهت ارائه در جلسه که لازم است همراه با دعوت‌نامه ارسال شده و در جلسه توزیع شود عبارت‌اند از:

۱. صورت جلسه پیشین

۲. کاربرگ بیان مسئله و اولویت‌بندی مسائل

۳. سند سیاست یا خلاصه شواهد

۴. پیش‌نویس مصوبات

هر یک از مستندات فوق در بخش‌های دیگر این مستند به تفصیل توضیح داده شده است. متناسب با دستور جلسه مستند مربوطه، همراه با دعوت‌نامه برای مدعوین ارسال خواهد شد.

## ۴- انتخاب افراد جهت حضور در جلسه

اعضای ثابت کارگروه‌های تخصصی، نمایندگان وزارتخانه و سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی هستند. همچنین نمایندگان از مراکز تحقیقاتی، انجمن‌های صنفی و صنایع و نهادهای مردمی به‌عنوان عضو ثابت کارگروه خواهند بود. بنا به تشخیص اعضای کارگروه،

رئیس کارگروه تخصصی یا ریاست دبیرخانه سیاست گذاری سلامت، شرکت افرادی غیر از اعضای فوق الذکر در برخی جلسات کارگروه مجاز خواهد بود. بهتر است جهت این امر از شیوه تحلیل ذینفعان استفاده شود.

### ۵- دعوت از افراد

به منظور سازماندهی اقدامات مربوط به هماهنگی قبل از جلسه و جلوگیری از بروز هر نوع قصور، موارد زیر مطابق چارچوب زمانی تعریف شده است:

عنوان اقدام	نام مسئول مربوطه	زمان تحویل کار	توضیحات
تهیه دعوت نامه جلسه		قبل از ساعت ۱۲ ظهر یک هفته قبل	
تنظیم صورت جلسه قبل		قبل از ساعت ۱۲ ظهر یک هفته قبل	
ارسال مستندات مربوط به هر جلسه (دعوت نامه، صورت جلسه قبلی و...)		قبل از ساعت ۱۲ ۵ روز قبل	
ارسال مستندات مربوط به هر جلسه به صورت ایمیل (دعوت نامه، صورت جلسه قبلی و...)		قبل از ساعت ۱۲ ظهر ۵ روز قبل	
تکمیل فرم گزارش دهی تماس ها		قبل از ساعت ۱۲ یک روز قبل	الزامی است تا فرم گزارش دهی مطابق آنچه در جدول تعریف شده تکمیل گردد.
تکثیر مستندات مورد نیاز جلسه به تعداد اعضای جلسه (متن مصوبه پیشنهادی،...)		تا پایان ساعت اداری روز قبل	

چنانچه فرد یا افرادی قرار است پیش از بحث گروهی در جلسه سخنرانی کنند یا مستندی از موارد فوق را در جلسه ارائه کنند لازم است دعوت نامه ایشان حداقل ۳ هفته زودتر از زمان جلسه ارسال شده و مواردی چون مدت زمان سخنرانی، فرمت مستندی که باید ارائه شود و فرمت اسلایدها و سایر نکات لازم الذکر همراه با دعوت نامه یادآوری و یا ارسال شود.

همچنین به منظور اطلاع از ارسال نامه ها و حضور مدعوین در جلسه فرم گزارش دهی تماس ها به شرح زیر تکمیل می گردد. این فرم جهت اطلاع ریاست جلسه پیش از جلسه در اختیار ایشان قرار می گیرد.

فرم گزارش‌دهی تماس‌ها							
					شماره جلسه:		
					روز جلسه:		
					تاریخ جلسه:	/ /	
					ساعت جلسه:		
نتیجه تماس***	تماس**		فکس*		شماره فکس	نام و نام خانوادگی	ردیف
	تماس گرفته نشد	تماس گرفته شد	اتمام نشد	ب. موفقیت انجام شد			
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰

\* پس از ارسال مستندات از طریق فکس در قسمت مربوطه علامت (√) گذاشته شود.

\*\* پس از ارسال مستندات از طریق فکس، ضروری است بلافاصله با مدعوین تماس حاصل گردد و متعاقباً در قسمت مربوطه در جدول زیر علامت (√) گذاشته شود.

\*\*\* پس از ارسال فکس لازم است تا به منظور حصول اطمینان از ۱- ارسال موفقیت آمیز فکس‌ها و ۲- حضور شخص مدعو/ نماینده او با یکی از شماره‌های تماس ثابت و یا همراه افراد دعوت شده تماس حاصل گردد و نتایج آن در قسمت مربوطه در جدول زیر درج شود.

## ۶- آمادگی جهت برگزاری جلسه

به منظور آمادگی برای برگزاری جلسه چک لیست زیر به وسیله کارشناس دبیرخانه سیاست‌گذاری، پیش از جلسه تکمیل شده و به ریاست جلسه ارائه می‌گردد.

چک لیست آمادگی برگزاری جلسه			
موضوع	بله	خیر	توضیحات
سالن رزرو شده و با مسئول سالن هماهنگ شده است.			
پذیرایی جلسه متناسب با افراد شرکت کننده هماهنگ شده است.			
فهرست مدعوین و اعلام دریافت دعوت‌نامه و حضور در جلسه تهیه شده است.			
بلندگوها و وسایل صوتی جلسه کنترل شده است.			
امکانات جهت نت برداری یا ضبط صدا کنترل شده است.			
مستندات جلسه جهت توزیع به تعداد لازم تهیه شده است.			
برنامه جلسه و کاغذ و قلم به تعداد آماده شده است.			
برگه ثبت نام شرکت کنندگان آماده شده است.			
اسلایدهای سخنران دریافت شده و برای نمایش آماده شده است.			
عنوان جلسه بعدی و زمان و مکان آن مشخص بوده و ریاست جلسه برای اعلام به شرکت کنندگان از آن مطلع می‌باشد.			
در صورت لزوم با روابط عمومی جهت تهیه خبر از جلسه هماهنگ شده است.			

## ۷- برگزاری جلسه

مدیریت جلسه بر عهده رئیس کارگروه و یا قائم مقام وی می‌باشد. در هر جلسه در ابتدا سخنران در طی ۱۰ - ۲۰ دقیقه در راستای دستور جلسه موضوع بحث را مطرح می‌نماید. سپس از شرکت کنندگان درخواست می‌شود نظرات خود را پیرامون موضوع مورد بحث بیان کرده و در رابطه با نظرات یکدیگر به گفتگو بپردازند. در انتهای جلسه سخنران یا ریاست جلسه در پاسخ به سؤالات مطروحه

توضیحات خود را ارائه داده و در نهایت جمع‌بندی نظرات توسط رئیس جلسه با روش اجماع<sup>۱</sup> انجام می‌گیرد و ایشان دستور جلسه بعدی، تقسیم وظایف برای جلسه بعدی و یا تشکیل کمیته فنی با مسئولیت یکی از اعضا را اعلام می‌کند. یک نفر به‌عنوان مسئول امور اداری در برگزاری جلسه، مسئول نظارت بر امور ضبط و پخش می‌باشد. در صورت عدم ارسال مستندات همراه با دعوت‌نامه، مستندات لازم در جلسه توزیع می‌شود.

ریاست جلسه مسئولیت دارد تا فرصت مناسب برای بیان نظرات را برای همگان فراهم آورده و جو جلسه را به‌گونه‌ای آماده کند که افراد بدون هیچ‌گونه نگرانی نظرات خود را بیان نمایند. سایر نکات مهم در برگزاری جلسه به شرح زیر است:

- ارائه برنامه جلسه و اهداف آن و شیوه هدایت جلسه
- هدایت افراد به بحث درباره جنبه‌های عملی و اجرایی نمودن راهکارها در شرایط بومی
- استفاده از رویکرد حل مسئله در هدایت جلسه (تبادل اطلاعات، بارش افکار، عدم برخورد شخصی، لزوم تصور خود در جایگاه دیگران، توجه به منافع دیگران، توجه به اجزای منطقی بحث‌های سایر افراد)
- تذکر برای رعایت کامل این قانون: «افراد می‌توانند از بیانات دیگران استفاده کنند اما ذکر هویت و محل کار آن‌ها و یا هر یک از شرکت‌کنندگان در جلسه جایز نیست.»
- توجه یکسان به تمامی حاضران در جلسه و فراهم نمودن فرصت یکسان برای بیان دیدگاه‌ها
- ایجاد تعامل بین افراد و پیشگیری از بروز تعارض و برخوردهای شخصی بین آن‌ها
- توجه به زمان بندی جلسه
- مشورت با حاضران در زمینه به کارگیری نتایج پیشین
- ارزیابی جلسات به‌وسیله توزیع پرسشنامه بین حاضران

#### ۸- مستندات تهیه شده بعد از جلسه

لازم است پس از پایان هر جلسه موارد زیر در بانک اطلاعات دبیرخانه در فضایی مختص هر جلسه ذخیره گردد:

- اسامی شرکت‌کنندگان
  - صورت جلسه
  - اسلایدهای ارائه شده
  - مستندات ارائه شده
  - فایل صوتی، تصویری شامل فیلم و عکس (در صورت وجود)
  - خبر تهیه شده از جلسه (در صورت وجود)
- فرم ثبت مشخصات شرکت‌کنندگان و صورت جلسه به شرح زیر می‌باشد:

۱. تصمیم‌گیری به روش اجماع در بخش تعاریف توضیح داده شده است.



کد سند: MOHME KMC-FSSSC-1394-0000		 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی		فرم صورت جلسه
تاریخ جلسه:	شماره جلسه:	گروه برگزارکننده:		مشخصات جلسه
ساعت جلسه:	مکان جلسه:	دبیر جلسه:		
تنظیم کننده صورت جلسه:		دبیر جلسه:		
		آقایان:		حاضران
		خانم‌ها:		
				غایبان
<b>خلاصه مذاکرات مطرح شده در جلسه</b>				
<b>مصوبات</b>				
ردیف	شرح مصوبه	بازه زمانی انجام	مسئول انجام	
۱				
۲				
۳				





## جدول پایش برنامه‌های زیر مجموعه سیاست‌های اجرایی مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

موضوع مصوبه:					
مجری اصلی:					
دستگاه‌های همکار:					
تواتر زمانی	مرجع دریافت داده‌ها	زمان تحقق هدف تا پایان.....	هدف	نشانگر (شاخص)	
				نام نشانگر	نوع نشانگر
					درون داد
					فرایند
					برون داد
					پیامد

فرمت گزارش پایش برنامه‌های زیر مجموعه سیاست‌های اجرایی مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی  
 صفحه اول: عنوان برنامه، عنوان سیاست، دستگاه و واحد تهیه کننده گزارش پایش، تاریخ  
 صفحه دوم: اسامی گردآوردندگان گزارش

### خلاصه اجرایی

خلاصه اجرایی شامل توصیف مختصر برنامه و اهداف آن، شیوه پایش، درصد تحقق اهداف بر اساس برنامه پایش، دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای آن می‌باشد و حجم آن از ۱۰۰۰ کلمه تجاوز نمی‌کند.

### فهرست مطالب

#### مقدمه

توصیف سیاست، برنامه مورد پایش، اهداف برنامه و پروژه‌های آن، زمان بندی اجرای برنامه

#### شیوه انجام پایش و ارزیابی

نظام پایش برنامه، شامل شاخص‌های پایش برنامه، شیوه گردآوری داده‌ها (درون داده‌ها، فرایند، دستاوردهای میانی، برون داده‌ها)، منابع مورد استفاده برای پایش برنامه، شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

#### نتایج پایش و ارزیابی برنامه

شامل مقادیر شاخص‌ها و دستاوردهای برنامه (deliverable) و مقایسه با برنامه پایش، چالش‌ها (در تدارک و درون داد، فرایند و برون داده‌ها)

#### تحلیل نتایج

نقاط قوت و ضعف برنامه، راه‌حلهایی برای رفع چالش‌ها و شیوه اجرایی کردن راه حل‌ها

#### نتیجه‌گیری

خلاصه وضعیت برنامه، محور اصلی رفع چالش‌ها، چگونگی ادامه برنامه در مراحل بعدی

## آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان

شماره: ۱۶۳۱۷۸ / ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ: ۱۳۹۰ / ۸ / ۱۴



بسمه تعالی  
"با صلوات بر محمد و آل محمد"

### معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۷/۲۰ بنا به پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (هـ) ماده (۱۷۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب سال ۱۳۸۹ - "آیین نامه اجرایی شورای برنامه ریزی و توسعه استان" را به شرح زیر تصویب نمود:

### آیین نامه اجرایی شورای برنامه ریزی و توسعه استان

#### فصل اول - تعاریف

ماده ۱- در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف- قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ -

ب- معاونت: معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

ج - وزارت: وزارت کشور

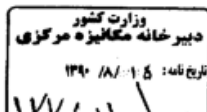
د- شورا: شورای برنامه ریزی و توسعه استان و کارگروه‌های تخصصی

هـ- دبیرخانه: دبیرخانه شورای برنامه ریزی و توسعه استان

و- کارگروه: کارگروه‌های تخصصی شورای برنامه ریزی و توسعه استان

#### فصل دوم - ترکیب و وظایف شورا

ماده ۲- به منظور تصمیم گیری، تصویب، هدایت، هماهنگی و نظارت در امور برنامه ریزی و بودجه استانها در چارچوب برنامه ها و سیاستها و خط مشی های کلان کشور، شورا با اعضای مندرج در قانون به ریاست استاندار تشکیل می شود.



شماره ۱۶۲۱۷۸ / ات ۴۷۲۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۴ / ۸ / ۱۳۹۰



تصویب نامه هیئت وزیران

تبصره ۱- هنگام طرح مباحث مربوط به هر یک از دستگاههای اجرایی و کارگروه های تخصصی از مسئول آن دستگاه و رئیس کارگروه مربوط برای شرکت در جلسه شورا بدون حق رای دعوت به عمل می آید.

تبصره ۲- اعضای شورا و کارگروه های تخصصی شخصا در جلسات شورا و کارگروه های تخصصی شرکت می نمایند. در صورت عدم امکان حضور اعضای کارگروه ها در جلسه، نماینده تام الاختیار آنها با هماهنگی رئیس یا دبیر کارگروه با معرفی نامه کتبی در جلسه مذکور حضور می یابند.  
تبصره ۳- رؤسای شورا و کارگروه می توانند حسب مورد از افراد صاحب نظر بدون حق رای دعوت به عمل آورند.

ماده ۳- وظایف شورا با رعایت قانون به شرح زیر تعیین می شود:

- الف - بررسی و تایید برنامه های توسعه استان شامل جهت گیری های توسعه بلند مدت استان، در چارچوب نظام برنامه ریزی کشور و در راستای جهت گیری های آمایش سرزمین.
- ب - بررسی و تصویب برنامه های میان مدت توسعه استان و شهرستان شامل هدفها، سیاست ها و خط مشی های توسعه استان و نظارت بر آنها.
- ج - بررسی و تصویب سند توسعه اشتغال استان و شهرستان.
- د- پیشنهاد برنامه های توسعه مشارکت زنان و جوانان به ویژه بسیجان در فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاستهای اجرایی مربوطه.
- هـ - تهیه، تدوین و نظارت بر برنامه عملیاتی پنجساله استان و شهرستان.
- و- تصویب طرحهای توسعه و عمران و سلسله مراتب خدمات شهری و روستایی در قالب برنامه های توسعه استان، با رعایت سیاست های مصوب شورای عالی شهرسازی و معماری ایران.
- ز - اتخاذ تدابیر لازم برای تحقق درآمدهای عمومی و اختصاصی دولت در استان و پیشنهاد کسب منابع جدید درآمدی جهت درج در لوایح بودجه سنواتی.
- ح - بررسی و تایید بودجه پیشنهادی سالانه استان، در چارچوب بخشنامه ها و دستورالعملهای تهیه و تنظیم بودجه کل کشور و ارایه به معاونت.
- ط - بررسی و توزیع سرجمع اعتبارات تملک دارایی های سرمایه ای استان به تفکیک شهرستان بر اساس پیشنهاد دبیر شورا.
- ی - بررسی، تصویب و ابلاغ ضوابط توزیع اعتبارات تملک دارایی های سرمایه ای شهرستان.

۱۷۸/۱۶۳/ت۴۷۲۲۱ هـ  
 شماره  
 تاریخ  
 ۱۳۹۰/۸/۱۴



- ک - بررسی و توزیع اعتبارات هزینه ای دستگاههای اجرایی استانی به تفکیک "دستگاه - برنامه" براساس پیشنهاد دبیر شورا، به گونه ای که توزیع نهایی منجر به عدم تعادل در پرداخت های دستگاههای اجرایی نگردد.
- ل - بررسی و تصمیم گیری در مورد توسعه صادرات غیر نفتی استان و در صورت لزوم خط مشی های اجرایی مبادلات مرزی اعم از بازارچه ها، تعاونیهای مرز نشینی در چارچوب سیاست های کلی تجارت خارجی کشور.
- م - پیشنهاد برنامه های استقرار نظام تامین اجتماعی ملی در سطح استان به مراجع ذی ربط و تنظیم سیاست های اجرایی مربوط.
- ن - بررسی راههای تجهیز و جذب پس اندازهای بخش غیر دولتی و نیز توسعه مشارکتهای مردمی در امور استان.
- س - پیشنهاد برنامه های اجرایی توسعه منابع انسانی به مراجع ذی ربط و تنظیم و ابلاغ سیاست های اجرایی مربوط.
- ع - طرح و تصویب اختصاص اعتبار از محل اعتبارات استانی برای مصوبات شوراایی که به حکم مقررات قانونی ایجاد گردیده و یا می گردند.
- ف - ارایه یک نسخه از قرارداد سند بودجه سالانه استان موضوع بند (ب) ماده (۱۷۹) قانون و برنامه های مصوب استانی و شهرستانی و گزارش عملکرد برنامه و پیشرفت سه ماهه بودجه به معاونت و وزارت.
- ص - تعامل فعال با شورای هماهنگی توسعه منطقه.
- ق - اتخاذ تدابیر لازم در خصوص سایر وظایف مرتبط با شورا.
- ماده ۴ - دبیرخانه شورا در حوزه معاونت برنامه ریزی استانداری مستقر می باشد و وظایف آن به شرح زیر تعیین می شود:
- الف - تهیه دستور کار جلسه های شورا، یک هفته قبل از برگزاری جلسه با هماهنگی رئیس شورا و ارسال مستندات به همراه دعوتنامه برای اعضا.
- ب - ارسال تصمیمات شورا، ظرف یک هفته پس از تشکیل جلسه، برای اعضا و دستگاههای اجرایی ذی ربط.
- ج - پیگیری مصوبات شورا.
- د - ارسال یک نسخه از صورتجلسه تصمیمات شورا به معاونتهای ذی ربط در معاونت و وزارت.

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ت ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰ / ۸ / ۱۴



ه - تهیه برنامه زمانبندی تشکیل جلسات شورا و کارگروههای تخصصی آن و ارسال یک نسخه از آن به معاونتهای ذی ربط در معاونت و وزارت.  
و - بررسی پیشنهادهای رسیده از کارگروهها، کمیته برنامه ریزی شهرستانها و دستگاه های اجرایی استان به منظور تطبیق با قوانین و مقررات و اسناد بالادستی.  
ز - آماده سازی پیشنهادهای کارگروههای تخصصی جهت طرح و تصویب در شورا.

#### فصل سوم - کارگروههای تخصصی

ماده ۵- به منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف شورا، هشت کارگروه تخصصی مشورتی به شرح زیر در همه استانهای کشور تشکیل می شود:  
الف - کارگروه تخصصی امور اقتصادی  
ب - کارگروه تخصصی امور زیربنایی و شهرسازی  
ج - کارگروه تخصصی امور اجتماعی، فرهنگی و خانواده  
د - کارگروه تخصصی آمایش سرزمین، محیط زیست و توسعه پایدار  
ه - کارگروه تخصصی پژوهش، فناوری و تحول اداری  
و - کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی  
ز - کارگروه تخصصی درآمدها و تجهیز منابع استانی  
ح - کارگروه تخصصی اشتغال  
تبصره - دبیرخانه کارگروههای تخصصی بندهای (ب) و (ج) به ترتیب در واحدهای استانی وزارتخانه های راه و شهرسازی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی خواهد بود.

ماده ۶- اعضای کارگروه تخصصی امور اقتصادی به شرح زیر تعیین می شوند:

- الف - معاون برنامه ریزی استانداری (رئیس)
- ب - مدیر کل دفتر هماهنگی امور اقتصادی استانداری (دبیر)
- ج - رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
- د - رئیس واحد استانی وزارت امور اقتصادی و دارایی
- ه - رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۸/۱۴



- و - رئیس واحد استانی وزارت راه و شهرسازی
- ز - رئیس سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
- ح - رئیس واحد استانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ط - مدیر کل منابع طبیعی استان (بدون حق رأی)
- ک - نماینده وزیر نیرو در استان به انتخاب وزیر
- ل - مدیر عامل شرکت شهرکهای صنعتی استان (بدون حق رأی)
- م - مدیر کل گمرک استان (بدون حق رأی)
- ن - سرپرست یکی از بانکهای استان به انتخاب و معرفی شورای هماهنگی بانکها (در استان تهران به پیشنهاد استاندار و تأیید وزیر امور اقتصادی و دارایی)
- س - دو نفر از کارآفرینان برتر استان یا افراد صاحب نظر به پیشنهاد رئیس اتاق بازرگانی و صنایع و معادن و رئیس اتاق تعاون استان و تأیید رئیس کارگروه

ماده ۷ - وظایف کارگروه تخصصی امور اقتصادی، بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:

- الف - جذب و تأمین منابع مالی از بازار سرمایه
- ب - سیاست های ترجیحی، جذب سرمایه و سرمایه در گردش واحدهای تولیدی
- ج - منابع و مصارف شبکه بانکی استان و اظهار نظر در خصوص اولویت اعطای تسهیلات و اعتبارات بانکی
- د - شیوه های حمایت از تولید کنندگان بخشهای مختلف اقتصادی
- هـ - نحوه اجرای قانون هدفمند کردن پارانه ها در استان و ارایه گزارش در مقاطع سه ماهه به شورا

- و - توسعه و پوشش بیمه ای محصولات کشاورزی و دامی
- ز - تنظیم خط مشی های صادرات استان و رفع مشکلات و موانع موجود
- ح - ارتقای بهره وری از منابع و نهاده های بخش های ذی ربط
- ط - استفاده از ظرفیت های قانونی و اجرایی مناطق آزاد تجاری، ویژه اقتصادی و بازارچه های مرزی در راستای سیاست های توسعه استان
- ک - جذب سرمایه گذاری خارجی در استان



۱۶۲۱۷۸ / ۴۷۲۲۲۱ هـ  
شماره .....  
تاریخ .....  
۱۳۹۰ / ۸ / ۱۴



ل- شناسایی قابلیت ها و مزیت های نسبی گردشگری استان  
م- توسعه صنایع دستی و روستایی، تکمیلی و تبدیلی کشاورزی  
ن- اجرای قانون اجرای سیاست های کلی اصل چهارم (۴۴) قانون اساسی در استان

ماده ۸- اعضای کارگروه تخصصی امور زیربنایی و شهرسازی به شرح زیر تعیین می شوند:

- الف- معاون هماهنگی امور عمرانی استانداری (رییس)
- ب- رییس واحد استانی وزارت راه و شهرسازی (دبیر)
- ج- نماینده معاون برنامه ریزی استانداری (در سطح مدیر کل)
- د- مدیر کل مدیریت بحران استان
- هـ- رییس واحد استانی وزارت جهادکشاورزی
- و- رییس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت
- ز- نماینده وزیر نیرو در استان به انتخاب وزیر
- ح- مدیر عامل شرکت مخابرات استان
- ط- مدیر کل بنیاد مسکن انقلاب اسلامی استان
- ی- مدیر کل حفاظت محیط زیست استان
- ک- یکی از شهرداران به انتخاب شهرداران استان
- ل- رییس سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
- م- مدیر عامل شرکت ملی گاز استان
- ن- مدیر کل ثبت اسناد و املاک استان

ماده ۹- وظایف کارگروه تخصصی امور زیربنایی و شهرسازی بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر

تعیین می شود:

- الف- طرح های توسعه عمران شهری، مجموعه های شهری، طرح های جامع ناحیه ای، طرح های بهسازی، نوسازی و مرمت بافت های قدیمی و فرسوده استان به استثنای وظایف کمیسیون ماده (۵) قانون تاسیس شورای عالی شهرسازی و معماری ایران
- ب- وظایف مرتبط با اجرای آیین نامه مربوط به استفاده از اراضی و احداث بنا و تاسیسات در خارج از محدوده قانونی و حریم شهرها
- ج- طرح های هادی و جامع شهرها، طرح های فضاهای شهری (طراحی شهری) و روستایی

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ات ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰ / ۸ / ۱۴



د- برنامه های بهینه سازی مصرف انرژی در استان  
ه- برنامه های توسعه حمل و نقل استان، کنترل و نظارت بر حمل کالا و مسافر و ارتقای بهره وری و افزایش ایمنی در فعالیت های مختلف حمل و نقل  
و- توسعه سیستم های انتقال در زمینه گاز طبیعی، آب، برق و فرآورده های نفتی  
ز- محافظت از بناها و فضاهای با ارزش فرهنگی و تاریخی در استان  
ح- طرح های پدافند غیر عامل در استان  
ط- برنامه های توسعه کمی و کیفی مسکن استان  
ی- ساماندهی فضاها و سکونتگاه های روستایی و پروژه های بزرگ عمرانی

ماده ۱۰- اعضای کارگروه تخصصی امور اجتماعی، فرهنگی و خانواده به شرح زیر تعیین می شوند:

- الف- معاون سیاسی و امنیتی استانداری (رئیس)
- ب- مدیر کل دفتر امور اجتماعی استانداری (دبیر)
- ج- نماینده معاون برنامه ریزی استاندار (در سطح مدیر کل)
- د- مدیر کل دفتر امور بانوان و خانواده
- ه- رئیس واحد استانی وزارت آموزش و پرورش
- و- مدیر کل صدا و سیما مرکز استان
- ز- رئیس واحد استانی وزارت اطلاعات
- ح- دادستان مرکز استان
- ط- فرمانده ناحیه انتظامی استان یا نماینده تام الاختیار وی
- ی- رئیس واحد استانی وزارت ورزش و جوانان
- ک- رئیس واحد استانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ل- مدیر کل سازمان زنداتنها و اقدامات تأمینی و تربیتی
- م- رئیس واحد استانی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- ن- رئیس واحد استانی بنیاد شهید و امور ایثارگران
- س- رئیس سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
- ع- مدیر کل کمیته امداد امام خمینی (ره)

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ۴۷۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۸/۲۴



ف - مدیر کل سازمان تبلیغات اسلامی  
ص - فرمانده منطقه مقاومت بسیج استان  
ق - مدیر کل ثبت احوال کشور  
ر - مدیر کل اوقاف و امور خیریه

ماده ۱۱- وظایف کارگروه تخصصی اموراجتماعی، فرهنگی و خانواده، بررسی و رایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:

- الف- مسایل، مشکلات و نیازهای باتوان، ایثارگران و جوانان استان در ابعاد اجتماعی، فرهنگی و آموزشی و بهبود شاخص های ذی ربط
- ب- کانونهای آسیب پذیر اجتماعی و رایه راهکارهای مناسب جهت بهبود شاخص های مرتبط به ویژه شاخص های زیر میانگین کشوری
- ج- کاهش اثرات ناشی از آسیب های اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، خودکشی، سرقت، فرار از خانه
- د- کمک به اقشار آسیب پذیر
- ه- هماهنگی نهادهای متولی امور فرهنگی در استان
- و- باز یابی هویت و ارتقای خودباوری در نسل جوان
- ز- تحکیم بنیاد نهاد خانواده
- ح- ارتقای شاخص های فرهنگی استان
- ط- طرحی و ساماندهی مراکز فرهنگی و گلزار شهدا

ماده ۱۲- اعضای کارگروه تخصصی آمایش سرزمین، محیط زیست و توسعه پایدار به شرح زیر تعیین می شوند:

- الف- معاون برنامه ریزی استانداری (رئیس)
- ب- مدیر کل دفتر برنامه ریزی و بودجه استانداری (مدیر)

شماره ۱۶۴۱۷۸ / ت ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۱۸/۰۱



- ج- مدیر کل دفتر آمار و اطلاعات استانداری
- د- مدیر کل مدیریت بحران استان
- ه- مدیر کل حفاظت محیط زیست استان
- و- نماینده وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح به انتخاب وزیر
- ز- رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت
- ح- رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
- ط- رئیس سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
- ی- رئیس واحد استانی وزارت راه و شهرسازی استان
- ک- نماینده وزارت نیرو به انتخاب وزیر

ماده ۱۳- وظایف کارگروه تخصصی آمایش سرزمین، محیط زیست و توسعه پایدار بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:

- الف- سند چشم انداز توسعه استان
- ب- برنامه آمایش و اجرای آن در استان
- ج- برنامه های توسعه میان مدت استانی و شهرستانی
- د- مکان یابی پروژه های بزرگ عمرانی با توجه به اسناد توسعه استان و ملاحظات زیست محیطی و آمایش سرزمین.
- ه- طرحهای توسعه ناحیه ای
- و- تدابیر لازم جهت نقشه های اصلی (GIS) استان
- ز- طرح های توسعه با ملاحظات زیست محیطی در استان
- ح- سیاستهای مصرف بهینه منابع پایه و محیط زیست برای اجرای برنامه مدیریت سبز در دستگاههای اجرایی استان
- ط- تعامل فعال با شورای هماهنگی توسعه منطقه ای
- ی- انتقال صنایع الاینده و مزاحم به خارج از محدوده های جمعیتی با هماهنگی کارگروه تخصصی امور زیربنایی

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ۴۷۲۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۰۸/۲۴



ماده ۱۴ - اعضای کارگروه تخصصی پژوهش، فناوری و تحول اداری به شرح زیر تعیین می شوند:

- الف - معاون توسعه مدیریت و منابع انسانی استانداری (رئیس)
- ب - مدیر کل دفتر منابع انسانی و تحول اداری استانداری (دبیر)
- ج - نماینده معاون برنامه ریزی استاندار (در سطح مدیر کل)
- د - مدیر کل دفتر آموزش و پژوهش استانداری
- هـ - رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
- و - رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت
- ز - نماینده وزیر علوم، تحقیقات و فناوری در استان به انتخاب وزیر
- ح - نماینده وزیر ارتباطات و فناوری اطلاعات در استان به انتخاب وزیر
- ط - رئیس واحد استانی وزارت آموزش و پرورش
- ی - رئیس واحد استانی وزارت راه و شهرسازی
- ک - رئیس پارک علم و فناوری استان
- ل - رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مرکز استان
- م - رئیس جهاد دانشگاهی استان
- ن - مدیرکل صدا و سیما استان
- س - رئیس دفتر نخبگان استان

ماده ۱۵ - وظایف کارگروه تخصصی پژوهش، فناوری و تحول اداری بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:

- الف - راهکارهای تحول نظام اداری در استان
- ب - فعالیتهای قابل واگذاری دستگاههای اجرایی به بخش غیردولتی
- ج - استانداردهای بانکهای اطلاعاتی موجود و تشکیل بانکهای اطلاعاتی جامع مورد نیاز دستگاههای اجرایی سازمان
- د - آموزشهای شغلی و تخصصی کوتاه مدت کارکنان
- هـ - ارتقای بهره وری در حوزه خدمات عمومی و نظارت بر حسن اجرای آن
- و - ساختار، ترکیب و توزیع بهینه نیروی انسانی دستگاه ها.
- ز - اولویت های تحقیقاتی استان بر مبنای شناسایی نیازها، تواناییها و مزبتهای منطقه ای

شماره ۱۶۲۱۷۸ / ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰ / ۸ / ۱۴



ح- توسعه پارکها و مراکز رشد علم و فناوری.  
ط- برنامه های حمایت از تحقیقات و تولید فناوری و عرضه نوآوری استان جهت ارایه به شورا به منظور تقویت انگیزه پژوهشگران برگزیده استان

ماده ۱۶- اعضای کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی به شرح زیر تعیین می شوند :

- الف- معاون سیاسی و امنیتی استانداری (رئیس)
- ب- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان (دبیر)
- ج- نماینده معاون برنامه ریزی استاندار (در سطح مدیر کل)
- د- مدیر کل صدا و سیما مرکز استان
- ه- مدیر کل حفاظت محیط زیست محیط استان
- و- رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
- ز- مدیر کل دامپزشکی استان
- ح- رئیس واحد استانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ط- مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب استان
- ی- مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب روستایی
- ک- دادستان مرکز استان
- ل- مدیر کل استاندارد و تحقیقات صنعتی استان
- م- رئیس واحد استانی وزارت ورزش و جوانان
- ن- رئیس واحد استانی وزارت آموزش و پرورش
- س- رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت

ماده ۱۷- وظایف کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:

- الف- اجرایی نمودن تصمیمات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ب- مشکلات استانی مربوط به سلامت و امنیت غذایی استان و انعکاس پیشنهادهای مربوط به دبیرخانه شورا
- ج- ارتقای خدمات سلامت و امنیت غذایی در سطح استان

۱۷۸ شماره ۸۶۲۲۱ ت ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۴۰۱/۱۸/۱۳

  
جمهوری اسلامی ایران  
رئیس جمهور  
تصویب نامه هیئت وزیران

- د- وضعیت سلامت جسمی در گروه سنی کودکان و نوجوان به ویژه دختران و راههای بهبود آن  
ه- پیشگیری از عفونت و بیماری ایدز و کنترل آن  
و- بسته های ترتیب بدنی در جهت سلامت عمومی
- ماده ۱۸- اعضای کارگروه تخصصی درآمدها و تجهیز منابع استانی به شرح زیر تعیین می شوند:
- الف- معاون برنامه ریزی استانداری (رییس)  
ب- رییس واحد استانی وزارت امور اقتصادی و دارایی (دبیر)  
ج- دادستان مرکز استان  
د- مدیر کل دفتر برنامه ریزی و بودجه استانداری  
ه- رییس واحد استانی سازمان امور مالیاتی  
و- رییس واحد استانی وزارت اطلاعات  
ز- رییس شورای اسلامی استان  
ح- دو نفر صاحب نظر در امور اقتصادی و مالی ترجیحا در اقتصاد بخش عمومی یا مالیه عمومی  
به انتخاب رییس کارگروه.
- ماده ۱۹- وظایف کارگروه تخصصی درآمدها و تجهیزات منابع استانی بررسی و رایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:
- الف- گزارشهای مربوط به وصول و تجهیز درآمدهای استان  
ب- سیاستهای اجرایی وصول درآمدهای استانی  
ج- نحوه وصول درآمدهای استانی توسط دستگاههای اجرایی وصول کننده و پیگیری رفع مشکلات آنها  
د- تجهیز و بکارگیری سایر منابع در راستای برنامه های توسعه استان از جمله جلب مشارکت عمومی

- ماده ۲۰- اعضای کارگروه تخصصی اشتغال به شرح زیر تعیین می شوند:
- الف- معاون برنامه ریزی استانداری (رییس)  
ب- رییس واحد استانی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر)

شماره ۱۴۲۱۷۸ / ات ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۸/۱۱.ف.ا...



- ج- رئیس واحد استانی وزارت امور اقتصادی و دارایی
- د- رئیس و واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت
- هـ- رئیس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
- و- رئیس واحد استانی وزارت راه و شهرسازی
- ز- رئیس سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان
- ح- رئیس واحد استانی بنیاد شهید و امور ایثارگران
- ط- مدیر کل دفتر هماهنگی امور اقتصادی استانداری
- ی- مدیرعامل سازمان منطقه آزاد (در صورت وجود)
- ک- مدیر کل کمیته امداد امام خمینی (ره) استان
- ل- سرپرست یکی از بانکهای استان به انتخاب و معرفی شورای هماهنگی بانکها

ماده ۲۱- وظایف کارگروه تخصصی اشتغال بررسی و ارایه پیشنهاد در موارد زیر تعیین می شود:  
الف - تعیین فعالیت های اولویت دار از نظر استفاده از تسهیلات بانکی با رعایت تصمیمات شورای عالی اشتغال

- ب - بسترهای مناسب برای سرمایه گذاری بخش غیردولتی در بخش های مختلف اقتصادی با اولویت ایجاد اشتغال در مناطق توسعه نیافته و کمتر توسعه یافته استان
- ج - وضعیت بازار کار و ارایه راه حل جهت کاهش میزان بیکاری در سطح استان
- د - هماهنگی در سیاست ها و خط مشی های اجرایی به منظور هدفمند نمودن آموزش ها و تطبیق آن با نیاز بازار کار
- هـ - شناسایی امکانات و محدودیت های آموزش فنی و حرفه ای استان و تشویق بخش غیردولتی برای ایجاد مراکز آموزشی مورد نیاز

#### فصل سوم - کمیته برنامه ریزی شهرستان

ماده ۲۲ - برای افزایش اختیارات شهرستانها در چارچوب وظایف شورا، کمیته برنامه ریزی شهرستان با عضویت رؤسای ادارات شهرستان (متناظر با ادارات کل استانی عضو شورا)، نمایندگان شهرستان و به ریاست فرماندار تشکیل می شود. نماینده معاونت برنامه ریزی استانداری دبیر کمیته (بدون حق رأی) می باشد.



شماره ۱۶۲۱۷۸ / ت ۴۷۲۲۱ هـ  
تاریخ ۱۳۹۰/۸/۱۴



ماده ۲۳ - کمیته‌های برنامه ریزی شهرستانها موظفند با رعایت دستورالعمل ابلاغی شورا و در چهارچوب سند توسعه استان نسبت به تعیین و اولویت بندی پروژه ها اقدام نمایند.

ماده ۲۴ - کمیته‌های برنامه ریزی شهرستانها موظفند نسبت به تامین اعتبار برای پروژه های ناتمام (به استثنای پروژه های واگذار شده) اقدام نمایند.

تبصره - تصویب پروژه های جدید، مشروط به تامین اعتبار مناسب پروژه به طوری که اعتبار سال اول اجرای آن از نسبت کل اعتبار مورد نیاز به مدت زمان اجرای پروژه (بر حسب سال) کمتر نگردد، مجاز است.

ماده ۲۵ - این تصویب نامه جایگزین تصویب نامه شماره ۱۳۴۸۸۰/ت/۴۷۲۲۱ هـ مورخ ۱۳۹۰/۷/۶ می شود.

محمد رضا رحیمی

معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس قوه قضائیه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور، معاونت حقوقی رئیس جمهور، معاونت امور مجلس رئیس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی، اداره کل قوانین و مقررات کشور، اداره کل حقوقی، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت کشور

شماره:

۱۰۱/۹۶۰

تاریخ:

۱۳۹۲/۰۵/۲۲

پیوست: دارد



استاندار محترم ...

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

سلام علیکم

محوریت سلامت در توسعه پایدار، گفتمان مسلط جهان امروز است. تضمین سلامت بدون توجه به جنس، سن، قومیت و محل زندگی، به عنوان ارزش و حقی همگانی، از جمله وظایف عمده دولت شناخته شده و اصول 3، 29 و 43 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر این موضوع صراحت دارد. حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی محسوب می شود، ولی چون مولفه های اجتماعی - اقتصادی بیشترین تاثیر را بر سلامت دارند، دولت به عنوان پاسدار قانون اساسی و هماهنگ کننده دستگاه های اجرایی کشور، تولیت اصلی سلامت همگانی را بر عهده دارد و از آنجا که سلامت مردم همواره اولویتی ملی تلقی می شود مسئولیت و پاسخگویی دولت نیز در این پاره دائمی خواهد بود. قانون گذار برای ساختارمندی مسئولیت دولت در حوزه سلامت، در بند الف ماده 84 قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، دولت را موظف ساخته برای نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی گسترش سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه در کشور مشورای عالی سلامت و امنیت غذایی را تشکیل دهد. بر اساس مقررات مصوب هیات وزیران، رئیس محترم جمهوری، ریاست و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ذیل شورای برنامه ریزی و توسعه استان به ریاست معاون استاندار و دبیری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و کارگروه سلامت و امنیت غذایی در سطح شهرستان به ریاست فرماندار تشکیل می شود.

**با توجه به الزامات قانونی یاد شده در بالا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از فعال نمودن دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دولت نهم، از سال 1386، ابتکاری را با عنوان «طرح جامع سلامت استان»، بر پایه رویکردهای انسان سالم و سلامت همه جانبه و مولفه های اجتماعی سلامت با همکاری وزارت محترم کشور از طریق راهبردی تحسین پراکنش سه استاندار محترم استان قزوین (که در سال های اجرای این طرح به استانداری استان گمارده شدند)، معاونان و مدیران کل استان و هدایت علمی و اجرایی مشترک گروه تحقیقاتی مولفه های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین با هدف یافتن الگوی کشوری به پوینه آزمایش سپرد.**

تلاش مجدانه، همدلی، پایداری و مشارکت مردم استان و مدیران و کارشناسان گرامی دستگاه های اجرایی و همچنین کمک کارشناسان محترم کشوری در طول 5 سال گذشته، منجر به شواهد علمی، تجربیات و دستاوردهای زیانزد و چشمگیر در جلب همکاری مردمی و برقراری همکاری بین بخشی گردید که مستند و منتشر شده است. عصاره ارزشمند این همکاری با عنوان «نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه» پیش نویس و پس از بکارگیری نظرات کتبی حوزه های استانی وزارت کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهایی شده است و به عنوان الگوی ملی برای استقرار در استان ها ابلاغ می شود.

از استانداران محترم انتظار می رود مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع دستگاه های اجرایی ذی ربط در استان برسانند. برنامه اجرایی مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کشور و شیوه نامه های ذکر شده در نظام نامه، متعاقباً و همزمان با برگزاری کارگاههای آموزشی و توجیهی ارسال خواهد شد. از آنجا که مجلس محترم شورای اسلامی در بند الف ماده 32، ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را در طول برنامه پنجم مصوب نموده است و به فرموده مقام معظم رهبری: مسئله سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرایی در دستگاه های مختلف؛ بی شک قبول مسئولیت اجتماعی مشترک استانداران و روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیز همکاری تگاتنگ روسای دستگاه های اجرایی در استان از طریق خرد جمعی حاصل در نشست های کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، رمز موفقیت گسترش این نظام نامه، دستیابی به توسعه سلامت همه جانبه با استفاده از سایر ظرفیت های قانونی استان داران و الگو و الهام بخش بودن جمهوری اسلامی ایران در منطقه چشم انداز در افق 1404 خواهد بود. در پایان بر خود فرض می دانم از تشریک مساعی کلبه نهادهای مردمی، دستگاه های اجرایی و افرادی که در این الگوسازی همکاری برای سلامت همگانی حضور داشته اند، تشکر و قدردانی کنیم و برای آنان از خداوند تعال سلامت، سعادت و اجر اخروی مسئلت داریم.

مهندس مصطفی محمد نجار  
وزیر کشور

دکتر محمد حسن طریقت منفرد  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نامه ابلاغ نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه، مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ به شماره ۱۰۱/۹۶۰



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت کشور

شماره:

۱۰۱/۹۶۰

تاریخ:

۱۳۹۲/۰۵/۲۲

پیوست: دارد



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استاندار محترم ...

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

سلام علیکم

محوریت سلامت در توسعه پایدار، گفتمان مسلط جهان امروز است. تضمین سلامت بدون توجه به جنس، سن، قومیت و محل زندگی، به عنوان ارزش و حقی همگانی، از جمله وظایف عمده دولت شناخته شده و اصول 3، 29 و 43 قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر این موضوع صراحت دارد. حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی محسوب می شود؛ ولی چون مولفه های اجتماعی - اقتصادی بیشترین تاثیر را بر سلامت دارند، دولت به عنوان پاسدار قانون اساسی و هماهنگ کننده دستگاه های اجرایی کشور، تولید اصلی سلامت همگانی را بر عهده دارد و از آنجا که سلامت مردم همواره اولوی ملی تلقی می شود مسئولیت و پاسخگویی دولت نیز در این باره دانی خواهد بود. قانون گذار برای ساختارمندی مسئولیت دولت در حوزه سلامت، در بند الف ماده 84 قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، دولت را موظف ساخته برای نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی گسترش سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه در کشور «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» را تشکیل دهد. بر اساس مقررات مصوب هیات وزیران، رئیس محترم جمهور، ریاست و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیر شورای عالی را بر عهده دارند. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ذیل شورای برنامه ریزی و توسعه استان به ریاست معاون استاندار و دبیری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و کارگروه سلامت و امنیت غذایی در سطح شهرستان به ریاست فرماندار تشکیل می شود.

با توجه به الزامات قانونی یاد شده در بالا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از فعال نمودن دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دولت نهم، از سال 1386، ابتکاری را با عنوان «طرح جامع سلامت استان»، بر پایه رویکردهای انسان سالم و سلامت همه جانبه و مولفه های اجتماعی سلامت با همکاری وزارت محترم کشور از طریق راهبردی تحسین پراکنج سه استاندار محترم استان قزوین (که در سال های اجرای این طرح به استانداری استان گمارده شدند)، معاونان و مدیران کل استان و هدایت علمی و اجرایی مشترک گروه تحقیقاتی مولفه های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین با هدف یافتن الگویی کشوری به بونه آزمایش سپرد.

تلاش مجدانه، همدلی، پایداری و مشارکت مردم استان و مدیران و کارشناسان گرامی دستگاه های اجرایی و همچنین کمک کارشناسان محترم کشوری در طول 5 سال گذشته، منجر به شواهد علمی، تجربیات و دستاوردهای زاینده و چشمگیر در جلب همکاری مردمی و برقراری همکاری بین بخشی گردید که مستند و منتشر شده است. عصاره ارزشمند این همکاری با عنوان «نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه» پیش نویس و پس از بکارگیری نظرات کتبی حوزه های استانی وزارت کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهایی شده است و به عنوان الگویی ملی برای استقرار در استان ها ابلاغ می شود.

از استاندار محترم انتظار می رود مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع دستگاه های اجرایی ذی ربط در استان برساند. برنامه اجرایی مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کشور و شیوه نامه های ذکر شده در نظام نامه، متعاقباً و همزمان با برگزاری کارگاههای آموزشی و توجیهی ارسال خواهد شد.

از آنجا که مجلس محترم شورای اسلامی در بند الف ماده 32، ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را در طول برنامه پنجم مصوب نموده است و به فرموده مقام معظم رهبری: مسئله سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد؛ هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرایی در دستگاه های مختلف؛ بی شک قبول مسئولیت اجتماعی مشترک استانداران و روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیز همکاری تنگاتنگ روسای دستگاه های اجرایی در استان از طریق خرد جمعی حاصل در نشست های کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، رمز موفقیت گسترش این نظام نامه، دستیابی به توسعه سلامت همه جانبه با استفاده از سایر ظرفیت های قانونی استان داران و الگو و الهام بخش بودن جمهوری اسلامی ایران در منطقه چشم انداز در افق 1404 خواهد بود.

در پایان بر خود فرض می دهم از تشریک ساعی کلیه نهادهای مردمی، دستگاه های اجرایی و افرادی که در این الگوسازی همکاری برای سلامت همگانی حضور داشته اند، تشکر و قدردانی کنم و برای آنان از خداوند تعالی سلامت، سعادت و اجر اخروی مسئلت داریم.

مهندس مصطفی محمد نجار  
وزیر کشور

دکتر محمد حسن طریقت منفرد  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



## فصل ۹. منابع و مأخذ

- دماری، بهزاد؛ وثوقمقدم، عباس، شادپور، کامل و زینالو، علی اکبر (۱۳۹۲). دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان: ساختاری میانجی و هماهنگ کننده برای سلامت همه جانبه. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۱(۴)، ۱۵-۳۶.
- دمار، بهزاد (۱۳۹۴). سهم و نقش دستگاه های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران. پایش، ۱۴(۵)، ۵۱۵-۵۲۵.
- دماری، بهزاد؛ وثوقمقدم، عباس و سالاریان زاده، حسین (۱۳۹۱). مروری بر عملکرد سه ساله شوراهای سلامت و امنیت غذایی استانهای کشور و راه آینده. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۰(۲)، ۲۱-۲۸.
- دماری، بهزاد؛ وثوقمقدم، عباس، منظم، کامبیز و سالاریان زاده، حسین (۱۳۸۹). کجا و چگونه سیاستگذاری خردمندان بکنیم؟ ویژگیهای سامانه سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش. مجله حکیم، ۱۳(۴)، ۲۱۰-۲۱۹.
- دماری، بهزاد؛ وثوق مقدم، عباس، بنکدار اصفهانی، شیرین (۱۳۹۲). رویکردهای ارتقای همکاری بین بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۱(۳)، ۱-۱۶.
- رجبی، فاطمه؛ حسینی، حامد، اسماعیل زاده، حمید، رستمی گوران، نرگس (۱۳۹۰). چکیده سیاستی محتوا، ساختار، شکل، گزارش طرح تحقیقاتی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- واحد سیاستگذاری و اصلاح نظام سلامت (۱۳۸۷). نظام نامه واحد سیاستگذاری و اصلاح نظام سلامت، معاونت هماهنگی.
- یزدی زاده، بهاره؛ نجات، سحرناز، غلامی، ژاله، چنگیزی، نسرين، یاراحمدی، شهین، ناصحی، مهشید، مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۸). بهره برداری از پژوهشها برای تصمیم گیری های نظام سلامت. مجله حکیم، ۱۲(۲)، ۱-۱۰.
- Aldrich, R., & Mooney, G. (2001). Agenda-setting in health reform: the role of community. *Australian Health Review*, 24(1), 161-165.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88.
- Borrell, C., Pons-Vigué, M., Morrison, J., & Díez, È. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of epidemiology and community health*, jech-2012-202014.
- Brown, L. D., & Ashman, D. (1996). Participation, social capital, and intersectoral problem solving: African and Asian cases. *World development*, 24(9), 1467-1479.
- Collaboration, S. (2011). SURE Guides for preparing and using evidence-based policy briefs. *Organizing and running policy dialogues. Kampala*.
- Dattani, N. D. (2010). Setting the Healthcare Agenda.
- De Savigny, D., & Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*: World Health Organization.
- Díez, È. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *381 A sober look at the links between oral and general health*, 389.
- Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E., & O'campo, P. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of epidemiolo-*

- gy and community health*, 67(12), 1068-1072.
- Ghaffar, A. (2009). Setting research priorities by applying the combined approach matrix.
- Hendriks, A.-M., Habraken, J., Jansen, M. W., Gubbels, J. S., De Vries, N. K., van Oers, H., . . . Kremers, S. P. (2014). 'Are we there yet?'. Operationalizing the concept of Integrated Public Health Policies. *Health Policy*, 114(2), 174-182.
- Kingdon, J. W. (2001). A model of agenda-setting, with applications. *L. Rev. MSU-DCL*, 331.
- Larijani, B., Delavari, A., Damari, B., Moghadam, A. V., & Majdzadeh, R. (2009). Health policy making system in Islamic Republic of Iran: review an experience. *Iranian Journal of Public Health*, 38(Suppl. 1), 1-3.
- Lavis, J. N., Oxman, A. D., Lewin, S., & Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 3: Setting priorities for supporting evidence-informed policy-making. *Health Research Policy and Systems*, 7(1), S3.
- Marmot, M., & Health, C. o. S. D. o. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Ndumbe-Eyoh, S., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC public health*, 13(1), 1056.
- Pinto, A. D., Molnar, A., Shankardass, K., O'Campo, P. J., & Bayoumi, A. M. (2015). Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. *BMC public health*, 15(1).
- Pons-Vigués, M., Diez, E., Morrison, J., Salas-Nicás, S., Hoffmann, R., Burstrom, B., . . . Borrell, C. (2014). Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review. *BMC public health*, 14(1), 198.
- Ranson, M. K., & Bennett, S. C. (2009). Priority setting and health policy and systems research. *Health Research Policy and Systems*, 7(1), 27.
- Sabik, L. M., & Lie, R. K. (2008). Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for equity in health*, 7(1), 4.
- Sibbald, S. L., Gibson, J. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K. (2010). Evaluating priority setting success in healthcare: a pilot study. *BMC health services research*, 10(1), 131.
- Steenbakkers, M., Jansen, M., Maarse, H., & de Vries, N. (2012). Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy*, 105(2), 288-295.
- Storm, I., Aarts, M.-J., Harting, J., & Schuit, A. J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level. *Health Policy*, 103(2), 130-140.