

## شیوه نامه استقرار دبیرخانه سلامت در دستگاه های اجرایی و اجرای برنامه های مشترک

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی  
اردیبهشت ۹۷



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت امور اجتماعی

## **شیوه نامه استقرار دبیرخانه سلامت در دستگاه های اجرایی**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| عنوان مستند:            | شیوه نامه استقرار دبیرخانه سلامت در دستگاه های اجرایی  |
| نوع مستند:              | راهنما   |
| هدف از تهیه مستند:      | هدف از تهیه این مستند کمک به استقرار دبیرخانه های سلامت در دستگاه های همکار می باشد.                     |
| مرجع سفارش دهنده:       | معاونت اجتماعی ، وزارت بهداشت  |
| مخاطبان:                | مسولین و کارشناسان دبیرخانه های سلامت در کلیه دستگاه ها  |
| مرجع تهیه کننده:        | دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی  |
| اداره/گروه مربوطه:      | گروه پیگیری اجرای مصوبات شورای عالی سلامت  |
| تنظیم کنندگان:          | دکتر نرگس رستمی گوران  |
| ویرایش کنندگان:         | دکتر سعید سعادت ، دکتر رضا شجیع، دکتر مصطفی محمدی ،آقای محمد حسین کریمی                                  |
| با نظارت:               | دکتر علی اصغر فرشاد ، دکتر سید محمد هادی ایازی   |
| سطح دسترسی:             | عادی   |
| کلیدواژه:               | سلامت ، همکاری بین بخشی ، دبیرخانه   |
| نسخه ویرایش:            | ویرایش سوم   |
| تاریخ تنظیم:            | پاییز ۹۶   |
| شناسه اثر:              |  |
| تماس برای جزییات بیشتر: | وزارت بهداشت ، درمان ، آموزش پزشکی - معاونت اجتماعی - دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی - ۸۱۴۵۳۰۰۵ |

|    |  |
|----|--|
| ۴  | فهرست                                  |
| ۵  | تشکیل دبیرخانه سلامت                   |
| ۵  | مقدمه                                  |
| ۶  | ماموریت دبیرخانه سلامت                 |
| ۷  | ساختار و اعضای دبیرخانه سلامت          |
| ۷  | شرح وظایف دبیرخانه سلامت               |
| ۸  | فرایند کار                             |
| ۹  | تشکیل شبکه دبیرخانه های سلامت          |
| ۱۰ | تعیین شیوه اجرای تفاهم نامه های همکاری |
| ۱۶ | منابع                                  |

## تشکیل دبیرخانه سلامت

### مقدمه

یکی از ویژگی های مهم جوامع توسعه یافته و در حال توسعه امروزی تغییر الگوی بیماری ها از بیماری های واگیر (مانند مالاریا، وبا.....) به سمت بیماری های غیر واگیر و مزمن (مانند بیماری های قلبی - عروقی، سکنه مغزی، دیابت....) است. عوامل خطر بیماری های غیر واگیر یک عامل مشخص و خاص نبوده و معمولاً با الگوی زندگی افراد و نیز شرایطی که در آن زندگی کرده و کار می کنند در ارتباط است. این شرایط که از آن به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت یاد می کنند، به یکباره ظاهر نشده و به یکباره اثر نمی کنند، بلکه در دراز مدت با ایجاد و تشدید عوامل خطری مانند تغذیه نامناسب، کم تحرکی و چاقی زمینه را برای ابتلا به بیماری های غیر واگیر مستعد کرده و در نهایت سلامت فرد را به مخاطره می اندازند.

از این رو در جوامع کنونی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بیش از هر عامل دیگری در ارتقای سلامت جوامع تاثیرگذار هستند. اما تاثیر گذاری بر این عوامل خارج از بخش سلامت بوده و تنها از طریق همکاری بین بخشی با سایر دستگاه ها میتوان شرایط زندگی، تحصیل و کار انسان ها را به شیوه ای تغییر داد که با ارتقای سلامت افراد و جوامع منتهی شود.

همکاری بین بخشی یک رابطه شفاف بین بخش سلامت با بخشهای دیگر در زمینه به اشتراک گذاشتن اطلاعات، منابع و اختیارات است و لازمه تدوین سیاست های مشترک برای پیشگیری و حل مشکلات پیچیده سلامت جامعه است به طوری که نتیجه نهایی از تنها عمل کردن بخش سلامت موثرتر کاراتر و پایدارتر باشد. در همکاری بین بخشی لازم است فعالیت بین بخش های مختلف در راستای اهداف مشخص هماهنگ شود. همچنین همکاری بین بخشی به ساختاری جهت ارائه شواهد علمی، بهره گیری از تجارب خبرگان در هر بخش، حمایت طلبی و در نهایت تصمیم گیری در سطح کلان و با هدف بهبود زیر ساخت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیاز دارد.

فرایند همکاری بین بخشی به گونه ای تعریف شده است که در کل چرخه سیاست گذاری در سایر بخش ها، سلامت جامعه مد نظر قرار گیرد و به ساختارهایی هم در سطح سیاست گذاری و هم در سطح کارشناسی جهت تدوین و اجرای سیاست های سلامت محور نیاز دارد. هر چند هدف از ایجاد این زیر ساخت ها تنها تصویب و اجرای سیاستها و برنامه های نیست، بلکه ایجاد این زیر ساخت ها سبب می شود تا تعاملی نزدیک بین مدیران و کارشناسان در دستگاه های تاثیر گذار بر سلامت ایجاد شود که پیامد آن تنها به اجرای سیاست های مصوب خلاصه نمی شود بلکه با ایجاد فضایی سازنده، مبتنی بر شواهد علمی و درک متقابل سبب می شود تا دستگاه های ذی ربط با استفاده از اختیارات و ظرفیت های خود در جهت سلامت محور نمودن سیاستها و برنامه های حوزه خود اقدام نمایند.

به طور کلی در مورد موضوعات همکاری بین بخشی یا وزارتخانه های همکار و وزرای آنها تفاهم دارند و یا تفاهم نداشته و موضع متعارض یکدیگر اتخاذ کرده اند. ساختارهای بین بخشی در خصوص موضوعات مورد تفاهم که از نظر هر دو دستگاه اهمیت بالایی دارد بسیار خوب می توانند کار کنند. اما در صورت عدم وجود تفاهم، واحدها و کمیته های بین بخشی تنها می توانند موضوع را شفاف کرده و راهکارها را بیان کنند اما حل مسئله

به تعهد سیاسی نیاز دارد، هر چند در این موارد نیز احتمالاً کمیته‌ها و واحد‌های بین‌بخشی تنها ساختارهایی هستند که می‌توانند همکاری بین‌بخشی را تسهیل کنند.

در کشور ما نیز توجه به نقش و اهمیت سایر بخش‌ها در کنترل بیماری‌ها و عوامل خطر آنها از دیرباز مورد توجه بوده است و بخش اعظم بار کنترل بیماری‌های عفونی تنها با توسعه زیرساخت‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کشور میسر شد. هر چند ایجاد زیرساخت‌های رسمی برای همکاری بین‌بخشی به دو دهه اخیر منوط می‌گردد، به ویژه با تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در برنامه چهارم، که متولی سیاست‌های بین‌بخشی سلامت و دستگاه‌های اصلی تاثیرگذار بر سلامت تعیین شدند.

اما شورای عالی تنها نقش سیاست‌گذاری داشته و برای به‌گرددش در آوردن چرخه سیاست‌گذاری، وجود کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی بین‌بخشی نیز ضروری است که در زیرمجموعه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در قالب کارگروه‌های تخصصی تشکیل شده‌اند.

علاوه بر کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی بین‌بخشی، لازم است در وزارت خانه‌ها و سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، واحدی به عنوان هماهنگ‌کننده درون‌سازمانی و به عنوان رابط با شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل شود. دلایل لزوم تشکیل چنین واحدی به شرح زیر می‌باشد:

۱. ایجاد حساسیت در سایر دستگاه‌ها در مورد سلامت مصرف‌کنندگان کالا و خدمات آن دستگاه، سلامت کارکنان و حفظ محیط زیست
۲. تسهیل هماهنگی درون‌سازمانی با توجه به وظایف ذاتی واحدها و ادارات زیرمجموعه هر دستگاه
۳. شناسایی مراکز تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در حوزه مربوطه
۴. آشنایی با فرهنگ سازمانی و روابط غیررسمی در هر دستگاه
۵. تسهیل دسترسی به داده‌ها و اطلاعات مرتبط و تدوین گزارش‌ها

با توجه به موارد فوق تشکیل دبیرخانه سلامت به عنوان یکی از مفاد تفاهم‌نامه‌های همکاری بین‌بخشی در نظر گرفته شد که بر اساس توافق به عمل آمده با هر دستگاه، در حوزه مورد توافق مستقر خواهد شد.

## ماموریت دبیرخانه سلامت

دبیرخانه سلامت در هر دستگاه ماموریت دارد تا با مشارکت در فرایند سیاست‌گذاری درون‌بخشی و بین‌بخشی، تدوین، تصویب و اجرای سیاست‌های تضمین‌کننده سلامت جامعه را تسهیل کرده و با استفاده از ابزارهای قانونی و مقررات موجود خطرات و عوامل تهدیدکننده سلامت در سایر سیاست‌ها و برنامه‌ها را به حداقل برساند.

## ساختار و اعضای دبیرخانه سلامت

دبیرخانه سلامت در حوزه وزارتی که با کلیه واحدهای تصمیم گیری و سیاست گذاری دستگاه در ارتباط است می‌بایست در ذیل بالاترین مقام دستگاه اجرایی یا در یکی از معاونت‌ها که بیشترین ارتباط را با سایر معاونت‌ها و مراکز تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری زیرمجموعه آن دستگاه دارد، تشکیل شود. (مانند معاونت هماهنگی، یا معاونت برنامه‌ریزی ...).

(در برخی وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها یک اداره یا دفتر که از پیش بیشترین ارتباط را با حوزه سلامت داشته است، می‌تواند به عنوان دبیرخانه سلامت معرفی گردد. در این صورت لازم است تضمینی برای تقویت هماهنگی درون سازمانی و توسعه ارتباط دبیرخانه سلامت با مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی آن دستگاه در نظر گرفته شود).

دبیرخانه سلامت ساختاری مجازی است و اعضای آن صرفاً با پست‌انشایی منصوب می‌شوند. مسول دبیرخانه با انتخاب رئیس دستگاه و معرفی آن به دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) تعیین می‌شود.

لازم است مسول دبیرخانه سلامت از شرایط زیر برخوردار باشد:

- دارای پست سازمانی هم‌ردیف مدیر کل
- آشنایی با حوزه‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و بودجه در آن دستگاه
- دارای مهارت بالا در برقراری ارتباط درون سازمانی و برون سازمانی و نیز انجام کار تیمی

لازم است حداقل یک نفر کارشناس به صورت پاره‌وقت برای پیگیری مکاتبات و گزارش‌ها در نظر گرفته شود.

دبیرخانه سلامت در هر دستگاه می‌تواند در زیرمجموعه خود به صورت دائم یا موقت کمیته‌های فنی و اجرایی تشکیل دهد. اعضای این کمیته‌ها بر اساس تفاهم‌نامه‌ها و یا مصوبات شوراها و کمیسیون‌های قانونی و یا برحسب نیاز تعیین و با حکم مسول دبیرخانه تشکیل خواهد شد.

## شرح وظایف دبیرخانه سلامت

- مشارکت در تعیین موضوعات در اولویت برای طرح در شورای‌های تصمیم‌گیری از جمله شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تعیین و معرفی مدیران و کارشناسان مرتبط برای فعالیت در کارگروه‌ها / کمیته‌های مشترک
- گردآوری آمار و اطلاعات و شواهد علمی مرتبط با دستور کار کارگروه‌های مشترک
- تسهیل شناسایی مدیران و کارشناسان مرتبط و هماهنگی جهت حضور ایشان در جلسات مشترک بین‌بخشی
- هماهنگی درون سازمانی برای دریافت نظرات در خصوص موضوعات مطرح شده در کارگروه‌ها و کمیته‌های بین‌بخشی و پیش‌نویس سیاست‌ها
- ارائه مستندات به وزیر / رئیس سازمان و معاونین ایشان در مقاطع تصمیم‌گیری
- هماهنگی با وزیر / رئیس سازمان و معاونین ایشان برای حضور در جلسات.

- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تدوین سیاست‌های درون بخشی با محوریت ارتقای سلامت جامعه.
- تسهیل اجرای مداخلات سلامت محور و پیشگیری از مداخلات مضر سلامت و اجرای قوانین و مقررات مرتبط با پیوست سلامت .
- هماهنگی با حوزه برنامه ریزی وزارت جهت تدوین برنامه های عملیاتی مرتبط با سیاست های مصوب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا سایر کارگروه ها یا کمیته ها و کمیسیون های مشترک
- تامین و جذب منابع مالی مداخلات بر اساس برنامه های عملیاتی مصوب در کارگروه های مشترک .
- همکاری لازم در امر پایش و ارزشیابی برنامه های عملیاتی مرتبط .
- حمایت طلبی درون سازمانی و برون سازمانی برای اجرای مداخلات سلامت محور
- مشارکت در امر آموزش و پژوهش در حوزه های مشترک بین وزارت متبوع و وزارت بهداشت
- تسهیل ارتباط با سازمان های مردم نهاد و نمایندگان مردم و حوزه های مشارکت مردمی در وزارت متبوع به منظور جلب مشارکت مردمی در تدوین و اجرای سیاست های سلامت محور
- استفاده از ظرفیت رسانه های جمعی مرتبط با وزارت متبوع در خصوص ترویج رفتارها و مداخلات سلامت محور
- ایجاد بستر مناسب برای استقرار مداخلات سلامت محور با هدف حفظ سلامت کارکنان وزارت متبوع
- ارسال دعوت نامه و دستور جلسات به اعضا
- تنظیم صورتجلسات
- تهیه و تنظیم مصوبات و انعکاس آن به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- پیگیری اجرایی شدن مصوبات
- دریافت و تنظیم گزارش ها از کمیته ها و کارگروه های تخصصی و انعکاس به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و در صورت نیاز سایر مراجع ذیربط
- آماده سازی درخواست ها و پیشنهادات برای طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- سایر امور محوله

## فرایند کار

### ۱- استقرار اولیه دبیرخانه سلامت

به منظور استقرار دبیرخانه سلامت، لازم است در حوزه وزارتی یا حوزه ای که بر برنامه ریزی و سیاست گذاری در وزارتخانه اشراف داشته و توانایی هماهنگی درون سازمانی را دارا باشد (مانند معاونت برنامه ریزی یا معاونت هماهنگی) با مسولیت یکی از مدیران کل (با ابلاغ بالاترین مقام دستگاه اجرایی) به شکل مجازی تشکیل گردد. مدیر مربوطه باید با حوزه های مختلف وزارتخانه آشنایی کافی داشته و از فرایند سیاست گذاری و برنامه ریزی و تامین مالی مطلع باشد. در صورت امکان بهتر است این افراد با اصول پایه ای سلامت آشنا بوده و تجربه کار در زمینه طراحی و اجرای برنامه های سلامت محور را دارا باشند. انتخاب افراد، ابلاغ شرح وظایف و نیز شیوه جبران خدمات افراد نخستین گام تشکیل دبیرخانه می باشد.



## ۲- توانمند سازی

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است با برگزاری دوره های آموزشی و نیز ارائه بسته های خود آموز ، نسبت به توانمندسازی مدیران و کارشناسان دبیرخانه های سلامت در خصوص آشنایی با اصول سلامت ، سیاست گذاری سلامت ، ساختار و فرایند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اقدام نماید.

## ۳- شناسایی حوزه های مرتبط و تهیه بانک اطلاعاتی مدیران و کارشناسان مسول در هر حوزه

یکی از اقدامات اولیه جهت استقرار دبیرخانه سلامت شناسایی حوزه های مرتبط با سلامت و کارشناسان کلیدی در هر حوزه می باشد. ایجاد بانک اطلاعاتی در این خصوص می تواند روند هماهنگی درون بخشی را تسهیل نماید.

## ۴- تدوین فرایند هماهنگی درون بخشی و بین بخشی و حمایت طلبی

پس از استقرار اولیه لازم است دبیرخانه نحوه فعالیت خود را در محورهای زیر به صورت مکتوب مشخص کرده و در جهت استقرار فرایندهای تعریف شده حرکت نماید:

- ارتباط با حوزه های درون سازمانی برای دریافت اطلاعات ، معرفی مدیران و کارشناسان ، تدوین دستور کار و سیاست های پیشنهادی ، اجرای سیاست ها
- ارتباط با دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ارتباط با سایر سازمان ها و دستگاه ها به منظور تدوین ، اجرا و پیگیری سیاست های سلامت محور
- ارتباط با حوزه های مشارکت مردمی

## ۵- آموزش و پژوهش

یکی از حوزه های فعالیت دبیرخانه های سلامت آموزش و پژوهش با موضوعات بین بخشی است . هرچند انتظار نمی رود دبیرخانه خود در این زمینه مستقیماً فعالیت کند اما می تواند با ایجاد ارتباط بین حوزه های پژوهشی انجام پروژه های مشترک را امکان پذیر نماید .

## تشکیل شبکه دبیرخانه های سلامت

در حال حاضر مسولین دبیرخانه های سلامت عضو کارگروه های دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بوده و با استقرار کامل این دبیرخانه ها به کلیه حوزه های وزارت بهداشت به عنوان رابط سلامت در دستگاه مربوطه معرفی خواهند شد.

همچنین پیش بینی می شود با تشکیل دبیرخانه های سلامت، شبکه همکاری دبیرخانه های سلامت مستقر شده و به عنوان یک واحد زیر مجموعه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تعریف شود.

# تعیین شیوه اجرای تفاهم‌نامه های همکاری

## ساختار اجرایی تفاهم‌نامه

### کمیته اجرایی

پس از امضای تفاهم‌نامه و به منظور تشکیل کمیته اجرایی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به حوزه‌های نامبرده شده در تفاهم‌نامه برای معرفی نماینده نامه زده و از آنها جهت حضور در اولین جلسه کمیته اجرایی دعوت می‌نماید.

### کمیته راهبردی

در برخی موارد امکان دارد کمیته راهبردی به جای کمیته اجرایی تشکیل شده و زیر مجموعه کمیته راهبردی چندین کمیته تخصصی مفاد تفاهم‌نامه را به برنامه اجرایی تبدیل نمایند. به طور معمول اعضای کمیته راهبردی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ارشد دو دستگاه هستند.

### تعیین اعضا، زمان و مکان تشکیل جلسات کمیته اجرایی

اعضای کمیته اجرایی بر اساس تفاهم‌نامه معرفی شده و در خصوص تفاهم‌نامه‌های نوع یک اولین جلسه کمیته اجرایی در دبیرخانه شورای عالی سلامت تشکیل می‌شود. در این جلسه، در مورد شیوه برگزاری جلسات کمیته اجرایی تصمیم‌گیری می‌شود.

### تعیین مجری اصلی و همکاران برای اجرای بندهای تفاهم‌نامه

پس از تعیین اعضا کمیته اجرایی، زمان و مکان تشکیل جلسات، موضوع بعدی که در اولین جلسه تعیین می‌گردد، تعیین مجری و همکاران اصلی برای اجرای مفاد تفاهم‌نامه‌های همکاری است. با توجه به تعدد بندهای تفاهم‌نامه، معمولاً تنها برای تعهدات مشترک مجری و همکار مشخص می‌گردد.

مجری هر بند از مفاد تفاهم‌نامه که نیاز به برنامه‌ریزی دارد، معمولاً از یکی از دستگاه‌ها که بیشترین ارتباط کاری را با موضوع داشته و بیشترین تکلیف را در اجرای بند مورد نظر دارد انتخاب می‌شود.

نحوه انتخاب مجری و همکاران بر اساس اجماع نظرات اعضای جلسه می‌باشد.

برخی از مفاد تفاهم‌نامه موضوعاتی است که لازم است ابتدا در کمیته‌های فنی مطرح شده و پس از تعیین راهکارها، سیاست‌های لازم در آن خصوص، در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا هر مرجع رسمی سیاست‌گذار، مصوب شود. در برخی موارد نیز مفاد تفاهم‌نامه مرتبط با برنامه‌هایی است که در حال اجرا می‌باشد و لازم است در ابتدا گزارش پایش برنامه در کمیته اجرایی بحث شده و سپس در مورد ادامه برنامه یا اصلاح برنامه تصمیم‌گیری شود.

## تعیین اولویت‌های اجرایی برای یک سال

به منظور تعیین برنامه‌هایی که باید در اولویت اجرا قرار گیرند، تعهدات مشترک بر اساس معیارهای زیر اولویت‌بندی می‌شود:

### معیارهای تعیین اولویت:

#### جمعیت تحت تاثیر

منظور از جمعیت تحت تاثیر تعداد افرادی است که از پیامدهای مطلوب برنامه مورد نظر بهره‌مند می‌شوند یا در حال حاضر از پیامدهای سوء عدم اجرای برنامه متضرر می‌گردند. علاوه بر تعداد افراد، آسیب‌پذیر بودن افراد نیز باید مد نظر قرار گیرد. برای مثال کودکان و زنان باردار از اولویت بیشتری برخوردار هستند.

#### تاثیر بر کاهش عوارض نامطلوب،

در تعیین اولویت برنامه‌ها، مداخلاتی که اثر بخشی بالاتری دارند اولویت بیشتری خواهند داشت.

#### قابلیت اجرا

منظور از قابلیت اجرا، 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 مساله مورد نظر ارائه شده و یا قابل ارائه است.

#### فوریت

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

#### هم‌راستایی با برنامه توسعه

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

#### مقبولیت سیاسی

منظور از مقبولیت سیاسی، خواست سیاست‌گذار برای اقدام در مورد مساله‌ای خاص است که معمولاً تحت تاثیر وقایع سیاسی

مانند انتخابات و تغییر دولت، جهت‌گیری افکار عمومی، فشار رسانه‌ها و کمپین‌های برپا شده از سوی ذینفعان ایجاد شده باشد. که در این رابطه باید اولویتهای ملی و مصالح اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مدنظر باشد.

شیوه تعیین اولویت: نحوه تعیین اولویت، امتیاز دهی به موضوعات تعیین شده توسط اعضای جلسه می باشد. برای هر یک از مفاد تعهدات مشترک، هر یک از اعضا نمره‌ای از یک تا ۵ را در مورد هر یک از معیارهای فوق در نظر می‌گیرد. سپس میانگین نمرات جمع زده شده و نمره نهایی هر یک از مفاد تعهد نامه مشخص می‌شود. (جدول ۱)

جدول ۱- تعیین اولویت تعهدات مشترک

| امتیاز | معیارها     |       |                            |               |                 |                             | همکار اصلی | مسئول | تعهدات مشترک |
|--------|-------------|-------|----------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|------------|-------|--------------|
|        | قابلیت اجرا | فوریت | هم راستایی با برنامه توسعه | مقبولیت سیاسی | جمعیت تحت تاثیر | تاثیر بر کاهش عوارض نامطلوب |            |       |              |
|        |             |       |                            |               |                 |                             |            |       | ۱.           |
|        |             |       |                            |               |                 |                             |            |       | ۲.           |
|        |             |       |                            |               |                 |                             |            |       | ۳.           |

### تدوین برنامه برای اولویت‌های تعیین شده

پس از تعیین اولویت تعهدات مشترک، لازم است مسئول برنامه با مشارکت همکاران، برنامه لازم را برای انجام تعهد مورد نظر تهیه کرده و در قالب برنامه میان مدت (کمتر از ۵ سال) و برنامه عملیاتی یک ساله، زمان‌بندی اجرای برنامه را نیز تعیین نماید. (جدول ۲)

جدول ۲- کار برگ تعیین برنامه‌ها و پروژه‌های یک ساله جهت اجرای تفاهم‌نامه همکاری

| واحد اجرا کتنده: |           |          |           |         |  |
|------------------|-----------|----------|-----------|---------|--|
| واحد پایش:       |           |          |           |         |  |
| بازه زمانی       | مجری اصلی | پروژه‌ها | برنامه‌ها | هدف کمی | اولویت‌های منتخب بر اساس مفاد تفاهم‌نامه |
|                  |           |          |           |         |  |
|                  |           |          |           |         |  |
|                  |           |          |           |         |  |

## تعیین منابع لازم و شیوه تامین منابع بر اساس برنامه عملیاتی یک ساله

به طور کلی تفاهم‌نامه‌ها شامل تعهدات مشترک و تعهدات اختصاصی هر یک از طرفین است. در خصوص تعهدات اختصاصی لازم است برنامه‌های عملیاتی از بودجه دستگاه مربوطه تامین شود مگر در مواردی که تامین مالی امکان‌پذیر نبوده و لازم است منابع مالی به شیوه دیگری تامین شود که تدوین یک قرارداد مالی ضروری است. در خصوص تعهدات مشترک نیز تدوین قرارداد در مواردی که منابع مالی به صورت مشترک تامین می‌شود باید مد نظر قرار گیرد. از این رو در جلساتی که در خصوص تامین مالی برنامه‌ها برگزار می‌شود، حضور نماینده امور مالی دستگاه‌ها ضرورت دارد.

### پایش و نظارت بر اجرای تفاهم‌نامه

#### تدوین برنامه پایش

پس از تعیین اولویت برنامه‌ها و تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اولویت‌ها، جدول پایش برنامه‌ها مطابق زیر تکمیل می‌گردد.

| عنوان برنامه | زمان ارائه گزارش پایش | مستندات مورد پایش | استاندارد مورد انتظار | مسئول | نتیجه پایش |          |
|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------|------------|----------|
|              |                       |                   |                       |       | چالش‌ها    | راهکارها |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |
|              |                       |                   |                       |       |            |          |

مستندات مورد پایش باید با توجه به برآمدهای مورد انتظار برای هر پروژه (محصولات حدواسط در هر پروژه که از مجموع آن‌ها برون‌داد پروژه حاصل می‌شود) تعریف شده و استاندارد آن مشخص باشد.

منظور از استاندارد مورد انتظار، ویژگی برآمدهایی است که مستندات آن باید ارائه گردد. برای مثال اگر برآمد مورد انتظار مستندات برگزاری کارگاه آموزشی است، استاندارد آن فهرست شرکت کنندگان، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خواهد بود.

بر این اساس، زمان‌بندی جلسات کمیته اجرایی بر اساس زمان ارائه گزارش پایش برنامه‌ها تنظیم شده و مسئول برگزاری جلسات کمیته اجرایی موظف است حداقل دو هفته پیش از جلسه در خصوص جمع‌آوری مستندات لازم به مسئول مربوطه یادآوری نماید.

به منظور پیگیری چالش‌های موجود در اجرای برنامه‌ها، لازم است مشکلات و راهکارهای پیشنهادی نیز درج شده و در جلسه کمیته اجرایی مورد بحث قرار گیرد.

## گزارش فصلی پایش تفاهم نامه

در انتهای هر فصل لازم است گزارش کتبی اجرای تفاهم نامه هم در تعهدات مشترک و هم در تعهدات هر دستگاه در قالب زیر و حداکثر در سه صفحه توسط کارشناس مربوطه در اداره همکاری بین بخشی تهیه و با امضای معاونت محترم اجتماعی جهت وزیر محترم بهداشت و رئیس دستگاه مقابل ارسال گردد.

فرمت گزارش فصلی در ضمیمه شماره یک ارائه شده است.

در صورت درج تفاهم نامه هر حوزه در سامانه برنامه عملیاتی، امکان ثبت پیشرفت و پایش و ارزیابی در دوره های سه ماهه فراهم خواهد شد.

## تدوین گزارش پیشرفت

در میانه بازه زمانی هر تفاهم نامه، گزارش پیشرفت هر یک از برنامه های اجرا شده در قالب مفاد تدوین شده و جمع بندی کلی پیشرفت تفاهم نامه در قالب گزارش توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وزرا و مسولین در دو دستگاه طرف تفاهم نامه ارسال می شود.

## ضمائم:

ضمیمه یک: فرمت گزارش فصلی اجرای تفاهم‌نامه همکاری

عنوان تفاهم‌نامه :

اعضای کمیته اجرایی:

مقدمه (۱۵۰ کلمه):

اقدامات انجام شده:

پیشرفت‌های حاصله:

موانع موجود:

راهکارهای پیشنهادی:

جمع بندی:

نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه با رویکرد مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، انتشارات طب و جامعه ، تهران ، ۱۳۹۱.

D. R. a. T. Bryant“ ,Power, intersectionality and the life-course: Identifying the political and economic structures of welfare states that support or threaten health ”,*Social Theory & Health* ,pp .(۲۰۱۵) ,۲۲-۱ .

L. D. Brown و D. Ashman“ ,Participation, Social Capital, and Intersectoral Problem Solving. African and Asian Cases ”,*World Development* ,p .جلد ۲۴ ,۱۹۹۶ ,۱۴۷۹-۱۴۶۷ .

A.-M. Hendriks, M. W. Jansen, J. S. Gubbels, N. K. d. Vries, G. Molleman و S. P. Kremers“ ,Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization. A qualitative exploration .(۲۰۱۵) ”,

J. Spiegel, M. Alegret, V. Clair, N. Pagliccia, B. Martinez, M. Bonet و A. Yassi “ ,Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba ”,*International journal of public health* , شماره ۱ , جلد ۵۷ ,p. 15 .۲۰۱۲ ,۲۳-

K. I“ ,.Health in all Policies: the evolution of the concept of horizontal health ”*Implementing Health in all Policies* , .Adelaide, Australia, Government of South Australia; governance ,۲۰۱۰ ,p. 11.۲۵-

S. G. A. Maresso“ ,INTERSECTORAL PROBLEM SOLVING BY INTERDEPARTMENTAL UNITS AND COMMITTEES ”,*Eurohealth incorporating Euro Observer* , شماره ۴ , جلد ۱۸ ,pp. 11-13, 20012.