

گزارش طرح

در سطح ملی

دستگاههای اجرایی

سلامت محوری

طراحی ابزار ارزیابی

همکاری علمی داخل و خارج کشور

بانک اطلاعات ملی سلامت داده ها شواهد تولید شده

دیدگاه بانی سلامت و علوم مرتبط ملی و منطقه ای

بکارگیری شواهد علمی حمایت طلبی و ترویج بکارگیری در سیاست ها

تولید شواهد ملی مورد نیاز سیاستگذاران و برنامه ریزان

توانمندسازی محققان و سیاستگذاران

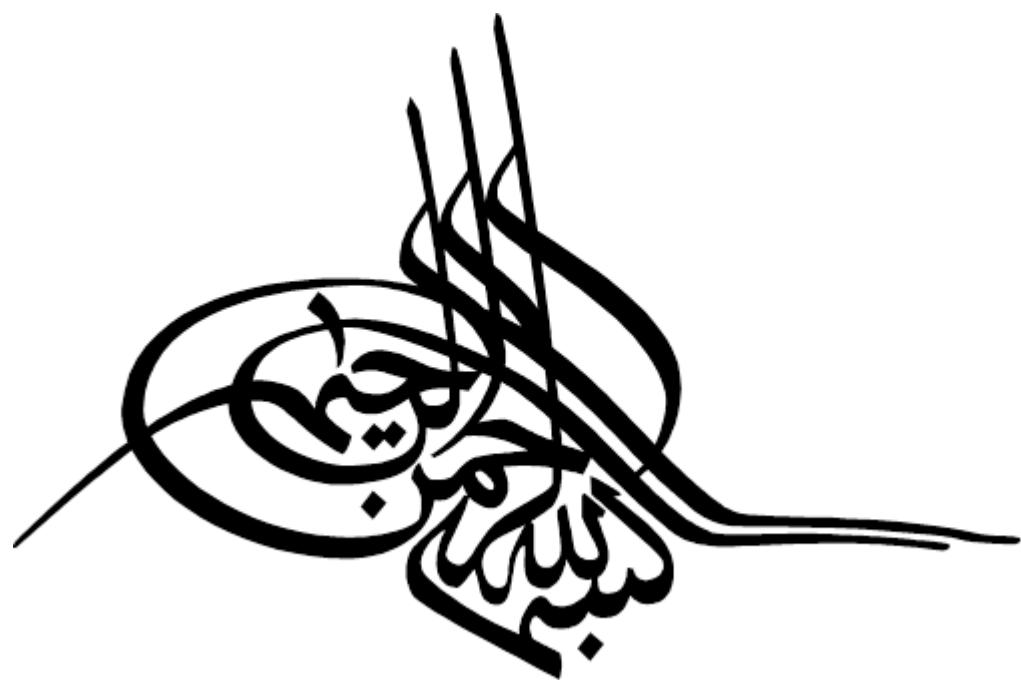
کارکردهای اصلی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

گزارشهای منتشر شده در سال ۱۳۹۴

۱. ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان
۲. بررسی چالش های رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۳. طراحی الگوی رسانه سلامت محور
۴. تعیین اولویت های پژوهشی مدیریت ، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت
۵. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها
۶. هزینه، مطلوبیت عمل جراحی کراتو رفرکتیو از دیدگاه بیماران
۷. مرور جامع روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت



گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

طراحی ابزار ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی
(وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها)
مبتنی بر رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

مجری طرح

دکتر بهزاد دمازی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
گزارش خلاصه طرح.....	۳
فصل اول - ضرورت، تعاریف و مفاهیم و شاخص‌های تعیین کننده رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها.....	۷
پاسخگویی اجتماعی سازمان‌ها.....	۱۹
بررسی دلایل نبود شفافیت و پاسخگویی در ایران.....	۲۲
معیاری برای سنجش مسوولیت پذیری اجتماعی شرکت‌ها.....	۲۳
خلاصه حاصل از بررسی متون.....	۲۵
فصل دوم - روش پژوهش.....	۲۷
بخش اول - مرور منابع داخل کشور.....	۲۷
بخش دوم - انجام مصاحبه‌ها.....	۲۷
بخش سوم - بحث گروهی.....	۲۸
بخش چهارم - نظرخواهی از ذینفعان.....	۲۸
فصل سوم - یافته‌های پژوهش.....	۲۹
شیوه نامه ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی.....	۳۵
فصل چهارم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات.....	۳۹
نتیجه گیری و پیشنهاد.....	۴۰
منابع.....	۴۱

گزارش خلاصه طرح

مقدمه

سلامت فرد و جامعه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را شامل می‌شود و با چنین تعریفی تعیین کننده‌های سلامت برای یک فرد فراتر از رفتارهایی است که متخصصان توصیه می‌کنند و پای عوامل محیطی به میان کشیده می‌شود. مسئولیت کنترل این عوامل صرفاً در عهده وزارت خانه‌های سلامت نیست بنابراین حفظ، تامین و ارتقای سلامت جامعه وظیفه « همه » است. هدف از این مطالعه تدوین و معرفی شاخص‌های سلامت محوری دستگاه‌های ملی است تا برای آگاه سازی، حساس سازی و ارزیابی عملکرد همکاری دستگاه‌ها در ارتقای سلامت مردم استفاده شود.

روش

این مطالعه کیفی است و در مجموع از سه روش مرور منابع، مصاحبه با ده نفر ذینفع اجرایی و بحث گروهی متمرکز با خبرگان استفاده شده است. مرور منابع داخل کشور شامل تجربیات و مداخلات قبلی ارزیابی موفقیت دستگاه‌ها بوده و مرور منابع خارجی بر شواهد و تجربیات شیوه استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها تاکید داشته است.

تحلیل مصاحبه‌ها و بحث گروهی بر اساس روش‌های رایج آنالیز محتوی صورت گرفته و در مجموع در سه قلمرو هدف، روش (شامل شاخص‌ها و شیوه سنجش) و الزامات جمع بندی شده است. رابطان آگاه از موضوع مورد مطالعه از مجلس شورای اسلامی، سازمان بازرسی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، وزارت کشور، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و ستاد مبارزه با مواد مخدر، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی استان، فرهنگستان علوم پزشکی و موسسه ملی تحقیقات سلامت انتخاب شده اند.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که دو دهه تجربه در زمینه ارزیابی دستگاه‌ها در کشور وجود دارد ولی گزارش ارزشیابی از کارایی و اثربخشی این الگوها و تاثیر آنها بر شاخص‌های نهایی کشور در دسترس نیست.

مطالعه اسناد پشتیبان نقشه تحول سلامت کشور نشان داد که فهرستی از معیارها و نشانگرها می‌تواند به عنوان شاخص‌های ارزشیابی همکاری بین بخشی در حوزه سلامت مورد استفاده واقع شود، که در جدول شماره ۱ آمده است:

جدول شماره ۱: شاخص‌های سنجش رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

نتایج	شاخص‌های پیشنهادی (در سطح ملی تعریف شده و به طور عملی در سطح استان و شهرستان نیز قابلیت استفاده دارد)
اثر (Impact)	<input type="checkbox"/> کلیه شاخص‌های هدف گذاری شده در هر همکاری بین بخشی برای کاهش مرگ، بیماری‌ها و آسیب‌ها (از جمله شاخص بار بیماری‌ها) <input type="checkbox"/> بهبود سرمایه اجتماعی، کاهش مسائل اجتماعی، افزایش کیفیت زندگی <input type="checkbox"/> دستیابی به اهداف توسعه هزاره در سلامت
پیامد Outcome	<input type="checkbox"/> بهبود کلیه عوامل خطر بیماری به ویژه تغذیه، سیگار، سوء مصرف مواد، کم تحرکی و... <input type="checkbox"/> بهبود شاخص‌های شیوه زندگی سالم و رفتارهای اجتماعی سالم و مهارت‌های معنوی افراد <input type="checkbox"/> بهبود پوشش، دسترسی، بهره مندی، ایمنی و کیفیت ارائه خدمات سلامت ناشی از همکاری بین بخشی <input type="checkbox"/> مشکلات سلامتی محیطی که از طریق تشکیل کمیته بین بخشی رفع و یا کاهش یافته اس
برون‌ده (Output)	<input type="checkbox"/> نسبت پروژه‌ها و برنامه‌های کلان که پیوست سلامت دارند <input type="checkbox"/> میزان رشد تفاهم نامه‌های بین بخشی و میزان عملیاتی شدن تفاهم نامه‌ها و قراردادهای اجرایی فیما بین بخش‌ها <input type="checkbox"/> میزان رشد برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت محور دستگاه‌ها <input type="checkbox"/> میزان رشد جذب بودجه از سایر بخشها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <input type="checkbox"/> میزان رشد صرف بودجه توسط سایر بخشها برای خدمات، محصولات و سیاست‌های سالم <input type="checkbox"/> میزان رشد پروژه‌های مشترک با وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها (متناظر در استان‌ها) <input type="checkbox"/> مصوبات عملیاتی شده شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (متناظر در استان‌ها) <input type="checkbox"/> تعداد برنامه‌های در دست اجرای دستگاه‌های اجرایی بر اساس سند توسعه بخش سلامت برنامه پنجم توسعه <input type="checkbox"/> میزان رشد تداوم همکاری‌ها (تعداد، ماه و...) در بخش‌های گوناگون (در دوره زمانی مشخص نسبت به دوره زمانی در گذشته) <input type="checkbox"/> نسبت اهداف سلامت محور در برنامه‌های راهبردی کلان بخش‌ها <input type="checkbox"/> نسبت سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت که با همکاری بین بخشی تهیه شده اند <input type="checkbox"/> میزان رشد پیام گزاران سلامت در دستگاه‌ها (رابطین سلامت از خود دستگاه) <input type="checkbox"/> میزان رشد کارشناسان توانمند شده وزارت بهداشت در زمینه اصول و فنون همکاری‌های بین بخشی <input type="checkbox"/> میزان رشد مشاورین سلامت در دستگاه‌ها <input type="checkbox"/> نسبت کمیته‌های مشترک بین بخشی منجر به پیامد مشخص
فرآیند (Process)	<input type="checkbox"/> عضویت وزارت بهداشت در عالی ترین شوراهای وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دیگر <input type="checkbox"/> میزان مشارکت و عضویت کارشناسان دستگاه‌ها در کمیته‌ها و شوراهای اصلی وزارت بهداشت (متناظر در استان‌ها) <input type="checkbox"/> وجود شوراهای عالی و استانی فعال (تعداد مصوبات مرتبط به مشکلات استان و...) <input type="checkbox"/> تعداد کمیته‌های موضوعی که به طور بین بخشی در وزارت بهداشت تشکیل شده است <input type="checkbox"/> میزان رضایت بخش‌ها از مشارکت در بخش سلامت <input type="checkbox"/> تعداد جلسات بین بخشی و تعداد نفر روز جلسات شوراهای بین بخشی <input type="checkbox"/> میزان اعلام تعهد و التزام به همکاری از سوی بالاترین مقام‌های مسوول در بخش‌های مرتبط، برای همکاری با بخش سلامت با هدف کمک به ارتقای سلامت (خود نیازمند تعریف معیار است مانند میزان حمایت از تدوین پیوست سلامت، اعلام التزام سلامت محوری در سخنرانی‌ها و...) <input type="checkbox"/> نسبت دوره‌های آموزشی بین رشته ای برگزار شده برای بهبود سلامت از کل دوره‌های جدید راه اندازی شده <input type="checkbox"/> درصدی از پژوهش‌های سلامت که بین بخشی طراحی و تأمین مالی شده اند
درون داد (Input)	<input type="checkbox"/> تعداد قوانین مدون مجلس که بر همکاری بین بخشی در سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم تأکید دارد <input type="checkbox"/> تعداد و یا وجود سیاست‌های اجرایی همکاری بخش‌های مختلف توسعه و رفاه اجتماعی با بخش سلامت با هدف قبول مسوولیت بودجه‌های نشان دار شده دستگاه‌ها برای سلامت <input type="checkbox"/> سهمی از منابع عمومی بخش‌ها که صرف برنامه‌های سلامت محور شده است <input type="checkbox"/> تعداد رابطین دستگاه‌ها که آشنا به موضوعات و مشکلات سلامت هستند <input type="checkbox"/> کمیت و کیفیت حمایت سازمان‌ها و وزارت خانه‌ها از همکاری نمایندگان آن بخش با بخش سلامت در سطح استان یا شهرستان <input type="checkbox"/> مجوز استخدام مشاور سلامت توسط دستگاه‌ها

الگوی حاصل از این مطالعه حیطه‌های اثر یک بخش (Section) بر سلامت را به دو دسته تقسیم می‌کند: اثرات ناشی از سیاست‌های و برنامه‌های درون بخش بر سلامت (مصرف کنندگان، کارکنان و محیط زیست) و اثرات حاصل از همکاری بخش با محیط بیرونی (شامل همکاری‌های افقی، عمودی و در افق زمان).

در مجموع ۱۴ معیار اصلی و ۸ معیار بستر ساز برای ارزیابی عملکرد سلامت محوری استخراج و وزن دهی شده است. هدف این الگو آگاه‌سازی تصمیم‌گیرندگان از اقدام سلامت محور دستگاه‌ها و ایجاد حساسیت نسبت به تاثیر اقدامات آنها در شاخص‌های توسعه پایدار است. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: معیارهای ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی (وزارت‌خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها)، مبتنی بر رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

امتیاز از ۱۰۰	معیار ارزیابی	حیطه‌های هر مسیر و وزن	مسیر					
			تولی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	همکاری برون بخشی (۴۰٪)				
۶	۱. داشتن سیاست‌های مدون برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت اولویت دار در محدوده کار دستگاه منطبق با چشم انداز ۱۴۰۴، برنامه‌های ۵ ساله و اهداف توسعه پایدار (SDG)	سلامت مصرف کنندگان ۱۵٪	تولی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۱				
	۲. سیاست مدون دستگاه برای توزیع عادلانه منابع و فرصت‌های موجود در محدوده وظایف دستگاه							
	۳. آموزش مخاطبان محصول و خدمات دستگاه در زمینه سلامت محوری (در محدوده دستگاه)							
	۴. داشتن نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست (طراحی، اجرا و ارزشیابی)							
	۵. اجرای قانون پیوست سلامت							
	۶. داشتن برنامه و بودجه مدون ارتقای سلامت در محیط‌های کاری سازمان				سلامت کارکنان و مدیران ۱۰٪			
	۷. تحت پوشش قرار گرفتن کارکنان دستگاه ذیل برنامه پزشک خانواده							
	۴				۸. اجرای قانون پیوست زیست محیطی	محیط زیست ۱۵٪	تولی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۱
	۴				۹. داشتن منشور و ابلاغیه حفاظت از محیط زیست برای مدیران و کارکنان در محدوده کار دستگاه			
	۶				۱۰. انعقاد و اجرای تفاهم نامه‌های دو جانبه یا چند جانبه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*	افقی (۱۵٪)	همکاری برون بخشی (۴۰٪)	۲
۱۱. نقد موثر عملکرد بخش سلامت								
۱۲. ایفای سهم و نقش موثر دستگاه در پورتفولیو**								
۱۳. نشان دادن همکاری عمودی برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت در سطوح شهرستان، استان، ملی، منطقه ای و بین المللی								
۱۴. نشان دادن همکاری بخش در افق زمان (تثبیت و نهادینه شدن اجرای مستمر سیاست‌های دارای اثر مثبت که از طریق ارزشیابی تعیین شده است از جمله اجرای توافقات بین بخشی دولت ماقبل)								
۱۵. در سند چشم انداز دستگاه، سهم و نقش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم به عنوان یک ارزش و سپس هدف کلی اجتماعی مدنظر باشد.		معیارهای بستر ساز (۲۰٪)						
۱۶. داشتن ابلاغیه بالاترین مقام مسئول در مورد معیارهای سلامت محوری به واحدهای تابعه								
۱۷. میزان تخصیص اعتبار خاص به برنامه‌های سلامت محور مشترک با وزارت بهداشت د و آ								
۱۸. گزارش نتایج اقدامات و تاثیر در شاخص‌ها را به طور سالانه به شورای عالی ساغ ارایه دهد								
۱۹. واحدهای تحت امر یا نظارت از نظر سلامت محور کار کردن رتبه‌بندی شده و سالانه اعلام عمومی شود								
۲۰. شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی اصول و فنون سلامت محوری دستگاه (از جمله رفتارهای زیست محیطی)								
۴	۲۱. کمیت و کیفیت همکاری رابطان ارشد و تخصصی دستگاه‌ها با دبیرخانه شورای عالی ساغ							
	۲۲. داشتن دبیرخانه فعال توسعه پایدار در دستگاه							

توضیح معیار ۱: سیاست‌های مذکور بر اساس **برنامه ملی سلامت در همه سیاست‌ها** (که منطبق با سیاست‌های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، اهداف توسعه پایدار و چشم انداز ۱۴۰۴ است) مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تعیین می‌شود، متولی هر یک از مولفه‌های اجتماعی در این برنامه مشخص شده است.

توضیح معیار ۲: دستگاه باید با شواهد نشان دهد که توانسته است توزیع عادلانه ای از منابع و فرصت‌های خود را فراهم کرده و یا در حال فراهم کردن است.

توضیح معیار ۳: کتاب رفتارهای مطلوب بهره مندی از خدمات و محصولات دستگاه تدوین شده باشد و برنامه ترویج آن جاری باشد.

توضیح معیار ۴: دستگاه باید نشان دهد که نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست آنها چه ساز و کاری دارد؟

توضیح معیار ۵ و ۸: دستگاه باید نشان دهد که سازوکاری برای انتخاب و تدوین پیوست‌های سلامت و زیست محیطی برای سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های (سخت و نرم) دارد و نمونه‌های سالانه را ارائه دهد.

توضیح معیار ۶: دستگاه باید نشان دهد که الگوی ارتقای سلامت کارکنان در سه حیطه اصلاحات مدیریت، محیط ایمن و امن برای کارکنان و همچنین استفاده از فرصت محل کار برای کاهش خطرات سلامت کارکنان را طی برنامه مدون و مصوبی در حال اجرا دارد.

توضیح معیار ۱۰: تفاهم نامه‌ها به صورت دوره ای توسط دبیرخانه شورای عالی ساغ تدوین و امضاء می‌شود ولی سالانه گزارش عملکرد در بهمن ماه اخذ می‌گردد.

توضیح معیار ۱۱: مکاتبات وزیر یا معاونان وزیر دستگاه مربوطه ملاک عمل خواهد بود ضمن اینکه نقد به روش اولی یعنی شامل قوت‌ها و فرصت‌های بهبود مطرح گردد.

توضیح معیار ۱۲: پورتفولیو به عنوان سبد برنامه ای اطلاق می‌شود و مجموعه ای از اسناد سیاست، برنامه‌ها و پروژه‌ها است که معطوف به یک هدف کلان و ملی است که از عهده یک دستگاه به تنهایی بر نمی‌آید از جمله شاخص تولید ناخالص ملی و... در این مورد دستگاه باید با شواهد نشان دهد که در شاخص‌های کلان و ملی چه سهم و نقشی را ایفا کرده است.

توضیح معیار ۱۳: دستگاه باید مکتوبات و نامه‌هایی را نشان دهد که الزام همکاری سطوح محیطی و طلب حمایت از سازمان‌های تخصصی بین المللی را برای رفع مشکل در آنها آمده است.

توضیح معیار ۱۴: دستگاه باید اقدامات نهادینه سازی در راستای سیاست‌های کاری بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت و سلامت در همه سیاست‌ها را نشان دهد: ردیف بودجه تضمین شده، ساختار معین و واحد متولی، نیروی انسانی آموزش دیده و یا دوره‌های توانمندسازی کارکنان و مدیران و ردپای مشارکت مردم و افزایش مطالبات مردمی.

توضیح معیار ۲۰: بر اساس دوره آموزشی مصوب شورای عالی اداری کشور برگزاری دوره‌ها نشان داده شود.

توضیح معیار ۲۱: رابط ارشد رئیس دفتر بالاترین مقام مسئول دستگاه است و رابط تخصصی بسته به مولفه اجتماعی مورد نظر مدیرکل دستگاه یا کارشناس خبره معرفی شده با امضای بالاترین مقام مسئول است.

توضیح معیار ۲۲: دبیرخانه توسعه پایدار دستگاه وظیفه رصد همسویی حرکت دستگاه با اهداف توسعه پایدار کشور را بر عهده دارد که مطابق شیوه نامه ابلاغی سازمان مدیریت تشکیل می‌شود.

نتیجه گیری

ادغام معیارهای ارزیابی در نظام ارزیابی عملکرد دستگاه‌های کشور و تشکیل کمیته ممیزی سلامت محوری دستگاه‌ها در شورای عالی اداری پیشنهاد می‌شود. توجه و آموزش دستگاه‌ها برای اقدامات سلامت محور، رتبه‌بندی سالانه و تشویق آنها از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اقدامات نهادینه ساز محسوب می‌شود. ایجاد دبیرخانه توسعه پایدار برای رصد شاخص‌های سبد برنامه‌ها (پورتفولیویی) و شاخص‌های اصلی دستگاه در سه حیطه اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی پیشنهاد می‌شود. به منظور سهولت اجرای قانون تدوین پیوست‌های مختلف از جمله زیست محیطی و سلامت پیشنهاد می‌شود ادغام این ارزیابی‌های در قالب یک ارزیابی جامع با عنوان پیوست توسعه پایدار سیاست، برنامه و پروژه ملی صورت پذیرد.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی عملکرد، رتبه‌بندی، سلامت در همه سیاست‌ها

فصل اول – ضرورت، تعاریف و مفاهیم و شاخص‌های تعیین کننده رویکرد سلامت

در همه سیاست‌ها

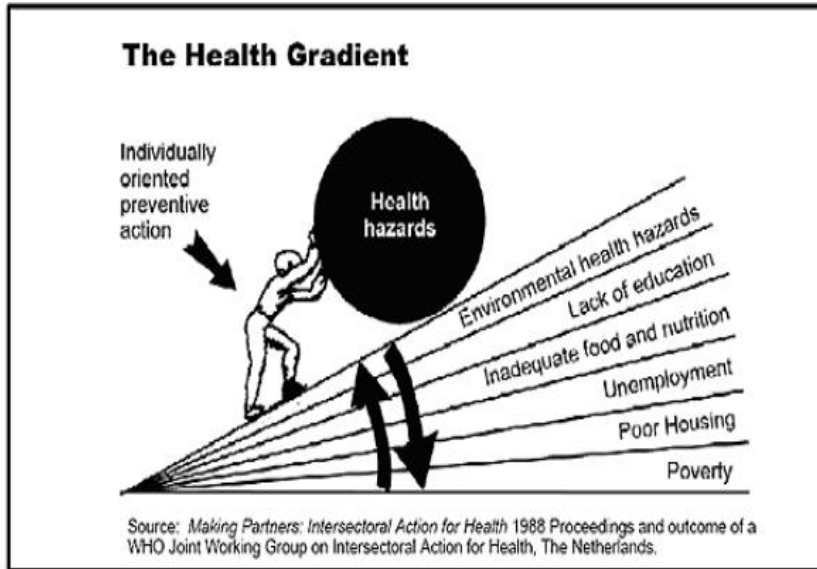
در طول سه دهه گذشته نظام‌های سلامت به این نتیجه رسیده اند که در حل مشکلات سلامت جامعه باید از راهبردهای بالا به پائین و پائین به بالا همزمان استفاده کرد. در گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد، الگوی فندق شکن برای رویارویی با بی عدالتی در سلامت معرفی شد [۱]:

۱. فندق به منزله مشکلات سلامتی و بی عدالتی سلامتی
۲. بازوی مردمی
۳. بازوی حاکمیتی



تعامل این دو بازو به طور هماهنگ و همزمان می تواند مشکلات سلامتی را کاهش و رفع کند، هر گونه ناهماهنگی و غیر همزمانی موجود، رفع ناقص و یا با برگشت مشکل همراه خواهد بود. آن چه که در این الگو اهمیت دارد هماهنگی و همکاری موثر سازمان‌های دولتی و اجرایی با یکدیگر است و در صورتی عملکرد این سازمان‌ها موثر خواهند بود که بر اساس اصول همکاری بین بخشی حرکت کنند. همکاری بین بخشی متولیان دولتی در بهترین شرایط فقط یکی از اهرم‌های اصلی حل معضلات سلامت را تشکیل می دهد و حرکت به سوی تشکیل گروه‌های مشارکت مردمی یکی از اهرم‌های ضروری دیگر است که اتفاقاً زمینه آن را دولت‌ها فراهم می کنند نگاهی به عوامل تعیین کننده سلامت مشخص می سازد که تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه نیازمند مشارکت همگانی است:

۱. شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی جامعه (فقر، بی سواد، آلودگی زیست محیطی، فساد، بیکاری و...)
۲. خدمات بهداشتی و درمانی، کیفیت و نحوه ارائه آن (واکسیناسیون، مراقبت، غربالگری، درمان سرپایی و بستری و...)
۳. شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی جامعه (فرهنگ، باورها، هنجارها و ...)
۴. عوامل ژنتیک



تقریباً در هر چهار عامل فوق نقش سایر سازمانها قابل ردیابی است. از یک سو اغلب سازمانها در شکل گیری وضعیت و شرایط محیطی مشارکت دارند و از سوی دیگر اصلاح شیوه زندگی افراد جامعه نیازمند وجود محیطهای پشتیبان است که در ایجاد آنها نیز سایر سازمانها علاوه بر بخش سلامت نقش و سهم دارند. به عبارت دیگر تعدد و گستردگی عوامل تعیین کننده سلامت این واقعیت را مشخص می سازد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تنهایی قادر به تامین و حفظ سلامت جامعه نیست و می بایست در این مسیر مشارکت سازمانهای دیگر، مردم و تشکل های مردمی را جلب نماید. در این مورد اغلب کنفرانسهای جهانی ارتقای سلامت نیز تاکید داشته اندی [۲]:

- دومین کنفرانس (آدلاید - استرالیا ۱۹۸۸): ارتقای سلامت از طریق ارتباط بین سیاستهای بهداشتی، اجتماعی، و اقتصادی، انتخاب شرکای جدید و اتحاد با آنها برای ارتقای سلامت و تضمین تعهد سیاسی کلیه بخشهای درگیر در توسعه کشورها برای ارتقای سلامت
- سومین کنفرانس (ساندزوال - سوئد ۱۹۹۱) ایجاد محیطهای حمایتی و پشتیبان برای ارتقای سلامت
- چهارمین کنفرانس (جاکارتا - اندونزی ۱۹۹۶) افزایش شرکا و متحدین جدید برای امر سلامت جامعه
- در پنجمین کنفرانس (مکزیکوسیتی - مکزیک ۲۰۰۰) توصیه گردید که کشورهای عضو، سلامت را در راس برنامه های خود قرار دهند.

جدول شماره ۱: حیطه‌های اصلی تولیت و اجزای آن از دیدگاه سازمان جهانی سلامت	
اجزای اصلی	حیطه‌های اصلی تولیت
<input type="checkbox"/> مشارکت ذینفعان <input type="checkbox"/> تولید و مدیریت اطلاعات	جمع آوری و استفاده از خرد (Generation intelligence)
<input type="checkbox"/> دورنما و برنامه مشخص <input type="checkbox"/> نظام‌های سیاست گذاری و برنامه ریزی	شکل دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها (Forming policy)
<input type="checkbox"/> حفاظت از مصرف کنندگان <input type="checkbox"/> تنظیم رفتار ارایه کنندگان (تکلیف ارتباط بخش خصوصی و دولتی) <input type="checkbox"/> ساختار متناسب با برنامه <input type="checkbox"/> نظام پاسخگویی <input type="checkbox"/> مشارکت بین بخشی	اثرگذاری: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم (Regulation)

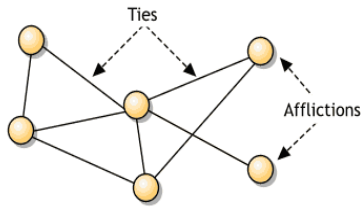
طبق تعریف تولیت (Stewardship) بخشی از کارکرد یک حکومت است که مسئول تندرستی و رفاه جامعه بوده و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند اهمیت می‌دهد [۳] به عبارت دیگر فرایند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت دار نظام سلامت و اطمینان از برآورده شدن کارکردهای اصلی تولیت است و کارکردهای تصمیم‌گیری، تعیین نیازها، اولویت بندی، الزامات (مقررات و استانداردها برای پایش) و ارزشیابی را شامل می‌شود. بنابراین مفهوم همکاری بین بخشی در هر دو حیطه تولیت شامل «جمع آوری و استفاده از خرد» و هم در حیطه «اثرگذاری» مورد تاکید است.

سازمان جهانی بهداشت همکاری بین بخشی را این چنین تعریف می‌کند «یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش‌های سلامتی با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامتی دایر شده‌اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامتی برای کسب این نتایج مؤثرتر، کاراتر و پایدارتر است» منظور از بخش‌ها کلیه سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی است و همکاری بین بخشی باید همه این موارد را شامل شود [۴]

روند تکوین مفهوم همکاری بین بخشی از دهه ۱۹۷۰ وقتی در منشور اوتاوا عبارت «سلامت برای همه» مطرح شد شروع شده و در طول یک دهه برای عملیاتی شدن این عبارت الزام «همه برای سلامت» مطرح شد. تقریباً یک دهه طول کشید تا همه به این باور برسند که یکی از الزامات همه برای سلامت «سلامت در همه سیاست‌ها» است چراکه تنها با افزایش حس مسئولیت پذیری سازمان‌ها می‌توان به یک پایداری در اقدامات ارتقای سلامت رسید. [۵] از آن زمان واژگان متعددی که به مفهوم همکاری بین بخشی نزدیک است شرح داده شده است:

- سلامت در همه سیاست‌ها (Health in All Policy)

- سرمایه گذاری در سلامت (Invest in Health)
- هماهنگی برون بخشی و بین بخشی (Multisectoral/Inter-sectoral coordination)
- سیاست عمومی سالم (Healthy public policy)
- مشارکت بخش عمومی و خصوصی (Public Private Partnership)



- پاسخگویی و مسئولیت پذیری برای اثرات سلامتی
- ارزیابی اثرات سلامت (Health Impact Assessment)
- سلامت اجتماعی (Social health) و سرمایه اجتماعی (Social capital)
- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (Social Determinant of health)

Linked epidemics
Interacting epidemics
connected epidemics
co-occurring epidemics

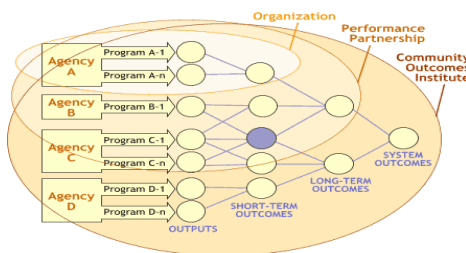
- تعیین کننده‌های سلامت (Determinant of health)
- یکی از مفاهیم نزدیک به موضوع همکاری بین بخشی و سلامت در همه سیاست‌ها که دلایل نظری برای همکاری را تاکید می کند
- الگوی هم افزایی یا سیندمیک** است [۶]

طبق تعریف سیندمیک عبارت است از دو یا چند بیماری یا مشکل سلامتی که در یک جمعیت با یکدیگر تعامل هم افزایی داشته و برای افزایش بار بیماری‌ها با یک دیگر مشارکت می کنند. این تعامل و مشارکت در سه حالت ممکن است: شخص، زمان و مکان.

این اصطلاح اولین بار توسط مریل سینگر (Merrill Singer) در سال ۱۹۹۴ برای هم افزایی سه مشکل سلامتی به نام سیندمیک «SAVA» شرح داده شد: ایدز (AIDS)، خشونت (Violence) و سوء مصرف مواد (Substance Abuse). قبلا نیز مفاهیم نزدیکتر به سیندمیک با اصطلاحات مطرح بوده است.

سه عنصر تشکیل دهنده سیندمیک عبارت است از:

۱. تمایل بیماری‌ها و مشکلات سلامتی به انباشتگی و خوشه ای شدن (Clustering)
۲. کنش و واکنش بین بیماری‌های هم ابتلا و مشکلات سلامتی (Interaction)
۳. شرایط اجتماعی (یا علل دور) موثر در کنترل اپیدمی‌ها (Social condition)



به طور سنتی پروتکل‌های تحقیقاتی، برنامه‌های سلامت، مداخلات سیاست سلامت در یک زمان فقط بر یک مشکل تاکید دارند. بیماری‌ها در انزوا و بدون تداخل با سایر عوامل به وجود نمی آیند و شرایط اجتماعی در انتشار بیماری‌ها، نحوه بروز و تاثیر فردی و جمعیتی اثر دارد بنابراین برای کنترل سیندمیک نه تنها باید خود مشکلات

بلکه باید همزمان نقاط اتصال آنها نیز کنترل شوند، در غیر این صورت تلاش‌های نظام سلامت هزینه اثربخشی پائینی خواهد داشت. سیندمیک‌ها در شرایط نابرابری سلامت زیاد می‌شوند که مسبب آن نیز موارد مهمی مثل فقر، استرس و خشونت‌های سازمان یافته است، مدل سیندمیک چارچوب مفهومی را ایجاد می‌کند تا برای رفع علل نابرابری در سلامت تلاش کنیم. این رویکرد به جای رویکرد تک‌مشکلی به شبکه مشکل می‌پردازد و به جای تعریف بیماری از تعریف جامعه شروع می‌کند. از همین مفهوم شبکه دستاوردها ترسیم و معرفی شده است به طوری که برای دستیابی به یک دستاورد در سطح سیستمیک (مثلا در سطح اثر از زنجیره نتایج مانند کاهش بیماری‌های قلبی عروقی) چندین برنامه توسط چند دستگاه باید انجام شود تا دستاورد مربوطه در طول زمان به دست آید.

فواید به کارگیری رویکرد سیندمیک در نظام‌های سلامت عبارت است از:

- تقویت نگرش هولیستیک
- افزایش مشارکت درون بخشی و برون بخشی
- ارتباط قوی تر رهبران جامعه و دست‌اندرکاران سلامت
- تهیه پایه علمی برای دادخواست حقوقی سلامت جامعه، برقراری عدالت و فعالیتهای حمایت طلبی
- روشی جدید برای تحلیل وضعیت و برنامه ریزی
- تسریع اصلاح زیرساخت‌های اجتماعی
- ایجاد رویکردهای تحقیقاتی جدید
- به کارگیری سنج‌های جدید خلاصه «سلامت جمعیت»
- تسهیل تعیین شرایط برای سلامت آیندگان

به دنبال اتخاذ رویکرد سیندمیک در نظام سلامت، تغییرات در برنامه‌ها، سیاست‌ها و خدمات، زیر ساخت‌های فیزیکی و اجتماعی در محیط و همچنین تغییر هنجارهای اجتماعی و باورها شروع می‌شود. با توجه به نو بودن این رویکرد به نظر می‌رسد که هنوز زوایای پنهانی در کاربردی کردن آن وجود دارد که خود نیازمند تحقیقات بیشتر است که مهمترین آنها به شرح زیر است:

- طبیعت بیولوژیک و اجتماعی عمل سیندمیک‌ها چگونه است ؟
- کدام عوامل اجتماعی مشکلات و بیماری‌های گوناگون را بیشتر از سایر موارد تسریع می‌کند ؟
- سیندمیک سوء تغذیه، خشونت، تبعیض، برچسب زنی، تماس با مواد سمی محیطی با سایر بیماری‌ها چگونه است ؟
- سیندمیک محیط زیست با بیماری‌ها (eco-syndemic) چگونه است ؟
- نظام‌های سلامت چگونه با سیندمیک‌ها باید روبرو شوند ؟
- متدولوژی مداخلات در سیندمیک چگونه خواهد بود ؟
- همکاری بین رشته ای در این مفهوم چگونه خواهد بود ؟

کشورهای اسکانديناوی در دهه اخير مبدع واژه سلامت در همه سياست‌ها (Health in All Policy) بوده اند که اطلاق ديگر آن در دهه‌های گذشته عمدتاً محيط حامی سلامت (Supportive environment for health) بوده است [۵]. در حقيقت اين واژه:

- يك استراتژی افقی و تکمیلی است.
- کنترل تعيين کننده‌های سلامت کلیدی است.
- همان سياست‌های عمومی سالم است.
- همان همکاری و هماهنگی بين بخشی و برون بخشی است.
- همان سرمايه گذاری برای سلامت است
- همان شعار « همه برای سلامت » است.

در اصل دو راهبرد اصلی همکاری بين بخشی وجود دارد: استراتژی اول به اين موضوع تاکيد دارد که ساير بخش‌ها خودشان برای ارتقای سلامت کار کنند و سياست‌های سالم وضع کنند، اما استراتژی دوم تصريح می کند که بخش‌ها با همدیگر برای دستاورد مشخصی همکاری کنند (سلامت، اجتماعی، اقتصادی).

وزارت سلامت کانادا در سال ۲۰۰۷ گزارشی را منتشر کرد که نتیجه یک مطالعه بين المللی با همکاری کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت بود و حداقل ۱۵ کشور تجربیات خود را در اين تحقيق ارايه کرده اند [۷] در اين مستند آمده است که مانند مفهوم سلامتی که طی دهه‌های گذشته دستخوش تحول گردیده است، مفهوم عملکرد بين بخشی برای سلامتی نیز ظاهراً در حال تغيير و تحول می‌باشد. تجارب بررسی شده نشان دهنده برخی موفقیت‌ها در همکاری هم سطح یا عمودی برای دستاوردهای سلامتی است. وجود منابع در اقدامات بين بخشی ضروری است ما ناکافی است و لازم است، ارزیابی مهمی از زمان، مکان، و چگونگی عملکرد همکاری طراحی شود. در حالی که مجموعه‌ای از رویکردها مورد استفاده قرار گرفته‌اند، بنظر نمی‌رسد که یک مدل «همه کاره» در سطوح مختلف وجود داشته باشد. نیازی در حال شکوفایی است مبنی بر اینکه باید از همکاری بين بخشی برای سلامتی به اهداف مشترک اجتماعی تغيير جهت داد. برابری همراه با سلامتی بعنوان یک شاخص مهم، مدخلی برای پايبندی به پیمان را در بسیاری از زمینه‌های سیاسی فراهم می‌نماید. اين تغيير مسیر مستلزم نوعی از عملکرد بخش سلامت است که میان عوامل تعيين کننده‌ای که اهرم‌های سياست را در خود دارند و آنهایی که توسط بخش‌های ديگر هدایت می‌گردند، توازن برقرار نماید. طبق تعريف فعالیت بين بخشی برای سلامتی عبارت است از:

همکاری افقی در سرتاسر بخش‌ها رخ می‌دهد و یا در سرتاسر زیر مجموعه‌ها در یک بخش مجزا صورت می‌پذیرد. بطور کلی اين نوع همکاری، افراد یا گروه‌هایی را در بر دارد که در تصمیم‌گیری یا قضاوت یا کار کردن در یک مجموعه از اهداف تعريف شده، در یک سطح هستند.

همکاری عمودی کار کردن در سرتاسر حا کمیّت برای مورد توجه قرار دادن چالش‌های سیاسی است که نیازمند به تصمیم‌گیری توسط بیش از یک سطح از حکومت است. اين می‌تواند به کار کردن سازمان‌های

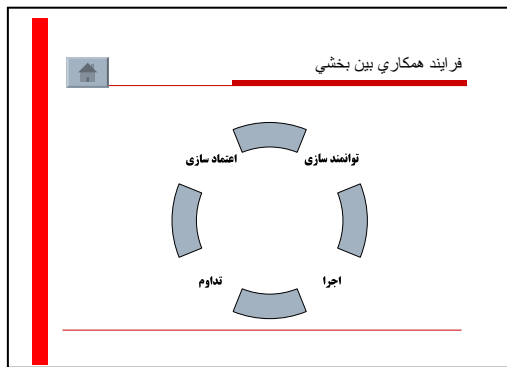
جهانی با مناطق و حکومت‌های ملی یا کارکردن حکومت‌های ملی با ایالت، حکومت‌های داخلی یا استانی برای توجه به چالش‌های پیچیده سیاست اشاره شود. همکاری عمودی «شرکاء را با ویژگی‌های منحصر به فرد و مقتضیات مربوط به نقش (وظیفه) بخش عمومی‌شان آشنا می‌کند. باید به تعهدات حقوقی و مسئولیت‌های شرکاء در سطوح مختلف حکومت مادامی که اهداف، منفعت‌ها و ارزش‌های عمومی مبنا قرار داده می‌شوند، احترام گذاشت».

همکاری بین بخشی زمانی که هم همکاری افقی و هم عمودی را در بر دارد موفق‌ترین حالت است. ترکیب هر دو بعد احتمال تقویت و اثرات هم افزایی را افزایش می‌دهد. تلاقی این عوامل با یکدیگر عکس‌العمل و محصول نهایی پایدار را به بار می‌آورد و مانعی در مقابل بهره ضعیف یا گسیختگی (فروپاشی) فراهم می‌آورد. با این وجود به علت طیف وسیعی از منافع موجود، ممکن است برای رسیدن به یک درک مشترک از اهداف، رویکردها، نقش‌های (وظایف) مربوطه و جوابگویی به نتایج، فعالیت مازاد و مذاکره‌ای مورد نیاز باشد. شرایط فعالیت بین بخشی مؤثر به شرح زیر است:

- **طرفین لزوم کارکردن** با یکدیگر را به منظور دست یابی به اهداف‌شان تشخیص داده‌اند. این نیازمند اهداف سازمانی فردی و نیز اهداف مشترک روشن و واضح است.
- در محیط اجرایی گسترده‌تر، **فرصت‌هایی** وجود دارد که همکاری بین بخشی را ارتقاء می‌بخشد.
- سازمان‌ها برای اقدام کردن دارای **ظرفیت** هستند: دانش، مهارت‌ها و منابع مورد نیاز.
- طرفین روابطی را گسترش داده‌اند که در آن عمل برنامه‌ریزی شده و تعاونی (همیاری) مبنا قرار می‌گیرد. رابطه بطور آشکار تعریف شده و براساس **اعتماد و اقدام** است.
- **اقدام برنامه‌ریزی شده** بخوبی درک می‌شود و می‌تواند اجرا و ارزیابی شود. اقدام واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد. وظایف و مسئولیت‌ها واضح هستند. برنامه‌هایی برای نظارت و پیگیری نتایج وجود دارد.
- تأکید بر اهداف، منافع و ارزش‌های مشترک در میان شرکاء و شرکاء بالقوه: نویسندگان بسیاری بر اهمیت جلب اعتماد و ارزش‌های مشترک تأکید دارند. افراد درگیر در همکاری بین بخشی باید هم ذهن باشند. ارزش‌های شخصی برای افراد نسبت به ارزش‌های سازمانی، شاخص‌های مهم‌تری هستند. ارزش‌های اجتماعی که با اهداف همکاری بین بخشی در یک راستا قرار می‌گیرند نیز می‌توانند مؤثر باشند.
- **تضمین حمایت سیاسی:** اغلب، سیاست مداران اقدامات مترقی همکاری بین بخشی را هم در داخل و هم در خارج از بخش سلامتی اداره و حمایت می‌کنند. ارتباطات قوی با رهبران سیاسی، مدیران و رسانه‌ها برای تضمین حمایت‌شان کلیدی و مهم است. یک بخشنامه واضح و محیط سیاسی حمایتی بطور مساوی در ترویج حس همبستگی، تسهیل عمل گروهی، تقویت شرایط اقتصادی مساعد و اعلام مقتضیات برای سرمایه‌گذاری بلند مدت، مطلوب هستند. در عوض، خود اقدامات بین بخشی ممکن است ایجاد یک محیط سیاست حمایتی تری را بعنوان

- یک هدف ویژه برای آینده تشخیص دهند. این برای مثال به معنی کمک به تصمیم گیرندگان و سیاست گذاران اصلی در تمام بخش‌ها برای درک مزیت‌های همکاری‌های بین بخشی و ترغیب آنها برای رواج فعالیت بین بخشی در تحقیق، سیاست و عمل است.
- **درگیر کردن شرکاء اصلی در ابتدای کار:** درگیر کردن سازمان‌ها و افراد درست و دست یابی به خارج از محدوده حاکمیت برای درگیر کردن (واردگر) جامعه مدنی، بخش خصوصی و داوطلبان مراحل مهم و اساسی هستند.
 - **ایجاد ارتباط افقی مناسب در سرتاسر بخش‌ها و نیز ارتباط عمودی سطوح در داخل بخش‌ها.**
 - **سرمایه گذاری در فرایند ایجاد همکاری از طریق مشارکت در اجرا.** اطمینان یافتن از اینکه عمل بخوبی برنامه‌ریزی شده یا اینکه رابطه خوبی بین شرکاء وجود دارد ضامن موفقیت نیست. درگیر کردن تمام نقش آفرینان در ابتدای کار و در مرحله اجرا سازنده خواهد بود.
 - **توجه به اهداف واقعی و نتایج قابل رؤیت.** عمل تدوین اهداف سلامتی، به سهم خودش، کار اندکی برای ارتقاء فعالیت بین بخشی است. کنترل دستاورد برای چنین اهدافی دشوار است. ضمن این که سودهای کوتاه مدت ممکن است بطور زیاد محرک باشند، اما آنها نیز می‌توانند نتیجه معکوس داشته باشند.
 - **تسهیم رهبری، پاسخگویی و پاداش‌ها در میان شرکاء.** بطور فزاینده، افراد و سازمان‌های بخش سلامتی نقش‌های متفاوتی را در همکاری بین بخشی ایفا می‌کنند. شرکاء باید یاد بگیرند که مؤثر باشند چه بعنوان عوامل شتاب دهنده، چه در مقام رهبران، شرکاء یا حمایت کنندگان. تمام شرکاء در فعالیت بین بخشی باید قادر به درک این موضوع باشند که این فرایند بطور متقابل سودمند است و اینکه وظایف و پاداش‌ها بطور مناسب توزیع می‌شوند.
 - **ایجاد گروه‌های ثابت از افرادی که به همراه سیستم‌های حمایتی مناسب، بخوبی با یکدیگر کار می‌کنند.** باید بین شرکت کنندگان «گروه فرعی» و «گروه اصلی» تفاوت قائل شد. شرکت کنندگان «گروه اصلی» بطور آرمانی به مفهوم همکاری بین بخشی متعهد می‌شوند در حالی که شرکت کنندگان «گروه فرعی» درگیر می‌شوند چرا که این فعالیت به علایق ویژه آنها مرتبط است. این مشاهده اهمیت نقشی را که شرکت کنندگان فردی در فعالیت بین بخشی مؤثر ایفا می‌کنند، برجسته می‌سازد.
 - **توسعه الگوهای عملی، ابزارها و مکانیسم‌ها برای حمایت از اجرای فعالیت بین بخشی.** عدم وجود سازوکارهای حمایتی مناسب می‌تواند بعنوان مانعی در فعالیت بین بخشی باشند. مدل‌های برنامه‌ریزی تشریک مساعی، چهارچوب‌های ارزیابی که شاخص‌های متعدد، الگوهای پاسخگویی مشترک و ساختار جدید حکمرانی و نظارت را ارزیابی می‌کنند، نمونه‌هایی از حمایت محسوس هستند.

- **ایجاد مشارکت عمومی، آموزش عموم مردم و بالا بردن سطح آگاهی در مورد تعیین کنندگان سلامتی و فعالیت بین بخشی.** وجود کانال ارتباطی مشخص بین شهروندان و حکومت لازم است، همان طور که دادن و گرفتن بازخور، ارزیابی درست از میزان موفقیت فعالیت بین بخشی و اقدامات اصلاح گرانه نیز لازم و ضروری است. انجام فعالیت‌های بین بخشی سازوکارهای خاص خود را دارد. تبادل دانش و تجربه و اطلاعات در بین سازمانها و حمایت همه جانبه کلیه شرکاء به ویژه در فراهم آوردن امکانات استمرار همکاری‌ها از اصول اساسی موفقیت استراتژیهای بین بخشی است، که دو مورد اول معمولاً سهل الوصول تر هستند. پایداری و مثمر بودن عملکردهای چند بخشی و چند سازمانی نیازمند ابزارهای دیگری است. در این بین وجود ساختاری که هرچند به صورت غیر رسمی، بتواند همه بخش‌ها را در بر بگیرد از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار است. در کنار آن، حمایت‌های قانونی و مالی از استراتژی‌های بین بخشی و ایجاد زبان مشترک در بین سازمان‌ها در زمینه سلامت نیز از ابزارهای ضروری برای موفقیت برنامه‌ها می باشند. تجربیات دیگر کشورها نشان می دهد هرچا که ساختاری بوده و بخشها توانسته اند اعتماد یکدیگر را جلب نموده و به یک دید مشترک دست یابند موفق تر بوده اند. اما زمانی که به جای آرمانها و اولویتهای مشترک، به دنبال اولویت‌های سازمانی خود بوده اند نتوانسته اند برنامه‌های بین بخشی را پیش ببرند. در عمل نیز کانادایی‌ها معتقدند بخش سلامت در همکاری بین بخشی سه نقش را می تواند بر عهده بگیرد [۷]:



- رهبری (Leader)
 - حمایت طلبی (Advocate)
 - میانجی دانش (Knowledge Broker)
- مراحل همکاری بین بخشی از دیدگاه تجربیات جهانی در ساده ترین وضع چهار مرحله اعتماد ساز ی، توانمندسازی، اجرا و تداوم را شامل می شود. [۸][۹] در هر یک از مراحل چهارگانه، هماهنگ کنندگان همکاری بین بخشی باید فعالیت‌هایی را

انجام دهند تا مرحله مذکور با موفقیت به اتمام برسد. فعالیت‌های اصلی هر مرحله از همکاری بین بخشی به شرح زیر است:

اعتماد سازی: بیان مشکل، راه حل‌های ممکن، تدوین سند حمایت طلبی، ترسیم دورنمای برانگیزاننده، تدوین ارزش‌های همکاری بین بخشی، شناسایی ذینفعان مهم و تاثیر گذار همکاری بین بخشی و حمایت طلبی از آنان

توانمندسازی: شناسایی افراد تاثیر گذار در آموزش، برقراری دوره‌های آموزشی مناسب، تفویض امور به خود سازمان‌ها و...

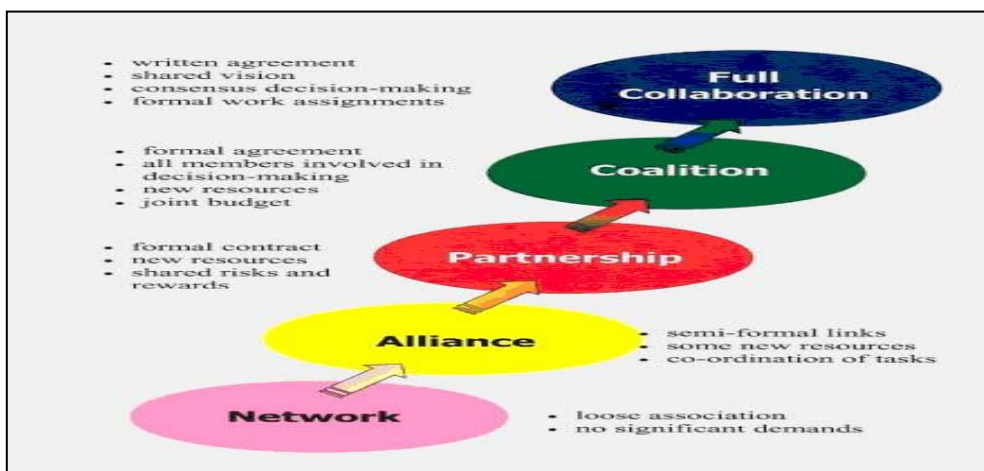
اجرا: پایش، پایش، پایش. تشویق و استفاده از اهرم‌ها و سیاست‌های تشویقی برای بخش‌های همکاری،

تداوم: نشان دادن اثرات همکاری و قدردانی از آنها، تغییر منابع و برقراری پاداش‌های ماندگار، انجام اموری برای نهادینه سازی رفتارهای ایجاد شده از طریق رسانه‌ها، مصوبات سازمانی و تربیت نیروهای انسانی توانمند

عوارض عدم شروع خوب همکاری بین بخشی به شرح زیر است:

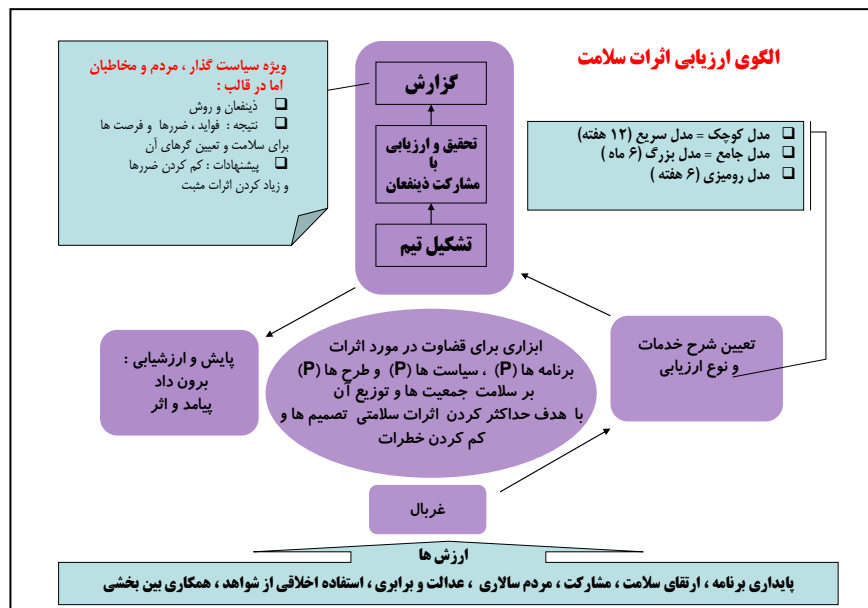
۱. ایجاد کج فهمی‌هایی که با هزینه‌های بالا و در طول مدت زمان دراز قابل رفع شدن خواهد بود
 ۲. از دست دادن زمان
 ۳. تضادهای غیرضروری که بر عملکرد سایر بخش‌ها هم اثر دارد
 ۴. عدم اعتماد و فشارهای بیرونی
- همکاری با اصطلاحات مشابه از قبیل ائتلاف، شراکت، اتحاد، شبکه متفاوت است. همانطور که در نمودار مقابل آمده است شکل کامل با هم بودن «همکاری» است و چهار ویژگی دارد [۹]

۱. تفاهم نامه کتبی
 ۲. دورنمای مشترک
 ۳. تصمیم‌گیری اجماع شده
 ۴. تکالیف کاری رسمی
 ۵. در شکل ائتلاف (Coalition) تفاهم رسمی وجود دارد و همه اعضا در تصمیم‌گیری درگیر بوده و منابع جدید و بودجه مشترکی برای کار وجود دارد.
- در شکل شراکت (Partnership) قرارداد رسمی با خطرات و پاداش تسهیم شده وجود دارد. در اتحادیه‌ها (Alliance) ارتباطات نیمه رسمی وجود داشته و برای تکالیف هماهنگی وجود دارد. شبکه‌ها (Networks) ارتباط سست تر از موارد فوق داشته و تقاضای مهمی از همدیگر ندارند و صرفاً به تبادل اطلاعات می‌پردازند.



با اینکه ابزار و قانون مربوط به ارزیابی اثرات زیست محیطی پروژه‌ها از سال ۱۳۷۶ در کشور عملیاتی شده است [۱۰] اما مفهوم دیگری در سال‌های اخیر در کشور ما رایج شد که پای آن به مواد قانونی برنامه پنجم توسعه کشور کشیده شد [۱۱] و آن موضوع ارزیابی اثرات سلامت یا پیوست سلامت است، طبق تعریف ارزیابی اثرات سلامتی [۱۲] عبارت است از:

«ابزاری برای قضاوت در مورد اثرات برنامه‌ها (P)، سیاست‌ها (P) و طرح‌ها (P) بر سلامت جمعیت‌ها و توزیع آن با هدف حداکثر کردن اثرات سلامتی تصمیم‌ها و کم کردن خطرات»



در یک دهه گذشته مدل‌های مختلفی معرفی شده است که مدل ارایه شده توسط استرالیایی‌ها از حیث جامع بودن و داشتن رویکرد ارزشی که مبتنی بر عدالت است از جمله الگوهای قابل استفاده در کشور است.

در یک جمع بندی از انواع مدل‌ها از تجربیات مختلف کشورها مدل مفهومی به شرح روبرو قابل جمع بندی است به عبارت دیگر مدل ارزیابی اثرات سلامتی چهار مرحله را شامل می شود:

۱. غریبال گری
 ۲. تعیین شرح خدمات ارزیابی
 ۳. اجرای ارزیابی (تشکیل تیم، تحقیق و گزارش دهی)
 ۴. در نهایت ارزشیابی فرایند.
- ارزش‌های مندرج در این روش پایداری برنامه، ارتقای سلامت، مشارکت، مردم سالاری، عدالت و برابری، استفاده اخلاقی از شواهد و مهمتر از همه توسعه و ترویج همکاری بین بخشی است.

مطالعه اسناد پشتیبان نقشه تحول سلامت کشور نشان داد که فهرستی از معیارها و نشانگرها می توان به عنوان شاخص های ارزشیابی همکاری بین بخشی در حوزه سلامت مورد استفاده واقع شود، که در جدول شماره ۲ آمده است [۱۳]:

جدول شماره ۲: شاخص های سنجش رویکرد سلامت در همه سیاستها

نتایج	شاخص های پیشنهادی (در سطح ملی تعریف شده و به طور عملی در سطح استان و شهرستان نیز قابلیت استفاده دارد)
اثر (Impact)	<input type="checkbox"/> کلیه شاخص های هدف گذاری شده در هر همکاری بین بخشی برای کاهش مرگ، بیماری ها و آسیبها (از جمله شاخص بار بیماری ها) <input type="checkbox"/> بهبود سرمایه اجتماعی، کاهش مسائل اجتماعی، افزایش کیفیت زندگی <input type="checkbox"/> دستیابی به اهداف توسعه هزاره در سلامت
پیامد Outcome	<input type="checkbox"/> بهبود کلیه عوامل خطر بیماری به ویژه تغذیه، سیگار، سوء مصرف مواد، کم تحرکی و... <input type="checkbox"/> بهبود شاخص های شیوه زندگی سالم و رفتارهای اجتماعی سالم و مهارت های معنوی افراد <input type="checkbox"/> بهبود پوشش، دسترسی، بهره مندی، ایمنی و کیفیت ارائه خدمات سلامت ناشی از همکاری بین بخشی <input type="checkbox"/> مشکلات سلامتی محیطی که از طریق تشکیل کمیته بین بخشی رفع و یا کاهش یافته اس
برون مد (Output)	<input type="checkbox"/> نسبت پروژه ها و برنامه های کلان که پیوست سلامت دارند <input type="checkbox"/> میزان رشد تفاهم نامه های بین بخشی و میزان عملیاتی شدن تفاهم نامه ها و قراردادهای اجرایی فیما بین بخش ها <input type="checkbox"/> میزان رشد برنامه ها و سیاست های سلامت محور دستگاهها <input type="checkbox"/> میزان رشد جذب بودجه از سایر بخشها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <input type="checkbox"/> میزان رشد صرف بودجه توسط سایر بخشها برای خدمات، محصولات و سیاست های سالم <input type="checkbox"/> میزان رشد پروژه های مشترک با وزارت خانه ها و سازمانها (متناظر در استان ها) <input type="checkbox"/> مصوبات عملیاتی شده شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (متناظر در استان ها) <input type="checkbox"/> تعداد برنامه های در دست اجرای دستگاههای اجرایی بر اساس سند توسعه بخش سلامت برنامه پنجم توسعه <input type="checkbox"/> میزان رشد تداوم همکاریها (تعداد، ماه و...) در بخش های گوناگون (در دوره زمانی مشخص نسبت به دوره زمانی در گذشته) <input type="checkbox"/> نسبت اهداف سلامت محور در برنامه های راهبردی کلان بخشها <input type="checkbox"/> نسبت سیاستها و برنامه های سلامت که با همکاری بین بخشی تهیه شده اند <input type="checkbox"/> میزان رشد پیام گزاران سلامت در دستگاهها (رابطین سلامت از خود دستگاه) <input type="checkbox"/> میزان رشد کارشناسان توانمند شده وزارت بهداشت در زمینه اصول و فنون همکاری های بین بخشی <input type="checkbox"/> میزان رشد مشاورین سلامت در دستگاهها <input type="checkbox"/> نسبت کمیته های مشترک بین بخشی منجر به پیامد مشخص
فرایند (Process)	<input type="checkbox"/> عضویت وزارت بهداشت در عالی ترین شوراهای وزارتخانه ها و سازمان های دیگر <input type="checkbox"/> میزان مشارکت و عضویت کارشناسان دستگاهها در کمیته ها و شوراهای اصلی وزارت بهداشت (متناظر در استان ها) <input type="checkbox"/> وجود شوراهای عالی و استانی فعال (تعداد مصوبات مرتبط به مشکلات استان و...) <input type="checkbox"/> تعداد کمیته های موضوعی که به طور بین بخشی در وزارت بهداشت تشکیل شده است <input type="checkbox"/> میزان رضایت بخشها از مشارکت در بخش سلامت <input type="checkbox"/> تعداد جلسات بین بخشی و تعداد نفر روز جلسات شوراهای بین بخشی <input type="checkbox"/> میزان اعلام تعهد و التزام به همکاری از سوی بالاترین مقام های مسوول در بخش های مرتبط، برای همکاری با بخش سلامت با هدف کمک به ارتقای سلامت (خود نیازمند تعریف معیار است مانند میزان حمایت از تدوین پیوست سلامت، اعلام التزام سلامت محوری در سخنرانی ها و...) <input type="checkbox"/> نسبت دوره های آموزشی بین رشته ای برگزار شده برای بهبود سلامت از کل دوره های جدید راه اندازی شده <input type="checkbox"/> درصدی از پژوهش های سلامت که بین بخشی طراحی و تامین مالی شده اند
درون داد (Input)	<input type="checkbox"/> تعداد قوانین مدون مجلس که بر همکاری بین بخشی در سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم تاکید دارد <input type="checkbox"/> تعداد و یا وجود سیاست های اجرایی همکاری بخش های مختلف توسعه و رفاه اجتماعی با بخش سلامت با هدف قبول مسوولیت بودجه های نشان دار شده دستگاهها برای سلامت <input type="checkbox"/> سهمی از منابع عمومی بخشها که صرف برنامه های سلامت محور شده است <input type="checkbox"/> تعداد رابطین دستگاهها که آشنا به موضوعات و مشکلات سلامت هستند <input type="checkbox"/> کمیت و کیفیت حمایت سازمانها و وزارت خانه ها از همکاری نمایندگان آن بخش با بخش سلامت در سطح استان یا شهرستان <input type="checkbox"/> مجوز استخدام مشاور سلامت توسط دستگاهها

پاسخگویی اجتماعی سازمان‌ها

فرایند ارایه اثرات اجتماعی و محیطی فعالیت‌های اقتصادی سازمان‌ها برای مردم پاسخگویی اجتماعی نامیده می‌شود [۱۴] بانک جهانی در سال ۲۰۰۴ پاسخگویی اجتماعی را رویکرد مشارکت جامعه مدنی می‌داند و مصادیق زیر را معرفی می‌نماید [۱۵]

- آزادی اطلاعات و ژورنالیسم
- کارت امتیاز دهی شهروندان
- پایش خدمات عمومی توسط جامعه
- بودجه ریزی مشارکتی و رصد هزینه کردها
- کمیسیون‌های عمومی
- بوردهای مشاوره شهروندی

پاسخگویی عبارت است از عمل مسئول ساختن فرد یا افراد (در سازمان) مشخص در قبال وظایف محوله یا به عبارتی دیگر، دلیل آوردن و دلیل خواستن برای کارهای انجام شده و وظایف انجام نشده که اصول حاکم بر آن عبارت است از:

- وجود تعریف شفاف از وظایف محوطه
- مشخص بودن مسئول انجام کار
- تفویض ناپذیر بودن مسئولیت پاسخگویی در قبال امور محوله
- مستند و مستدل بودن پاسخها
- اهداف و نتایج
- اطمینان از عملکرد درست و مطابق با برنامه
- تصحیح اشتباهات
- شناخت ضعف‌ها برای جلوگیری از تکرار آنها
- تأثیر گذاشتن در رفتارها
- کاربرد مؤثر منابع فیزیکی، مالی و نیروی انسانی و به دست آوردن بیشترین کارایی
- حفظ روحیه کارگزاران با علم به دیگران از زحمات آنان مطلع اند و به آنان ارج می‌نهند
- به دست آوردن امکانات و منابع با بهترین صرفه‌های اقتصادی
- جلوگیری از سوء کاربرد منابع به صورت عمدی یا سهوی
- ارائه بموقع حقوق و مزایای دولتی
- افزایش اثر کارهای انجام شده
- کسب رضایت ارباب رجوع هر دستگاه
- اجرای صحیح قوانین و مقررات
- احقاق حقوق ارباب رجوع

پاسخگویی به دو نوع سنتی و نوین تقسیم می‌شود. در الگوی پاسخگویی سنتی، شخص حکمران از فرودستان حکومتی سؤال می‌کند. در بهترین حالت اگر با حکمران وارسته و عاقل سروکار داشته باشیم از دیگران خواهد خواست که بنابر احکام عقل برای تأمین مصالح مردم بکوشند اما نکته این است که وی پاسخگویی فکر و عمل و فرمان خویش نیست. از دیدگاه مدیریتی شیوه فائق آمدن بر مشکلات و مسئولیت‌ها ایجاد یک ساختار سلسله مراتبی پاسخگویی است که ماکس وبر آن را طرح کرده است. در این نظام لازمه اداره امور دولتی تفکیک صریح میان کسانی است که دستور می‌دهند و آنهایی که دستور را اجرا می‌کنند و در قبال نتایج آن مسئولیتی ندارند. الگوی سنتی به ارتباطات رسمی حاصل از ساختار سلسله مراتبی متکی است. پاسخگویی دیوان سالارانه معمولاً به معنای پاسخگویی به رهبری سیاسی و سپس پاسخگو بودن سیاستمداران در برابر دیگران است. از این رو به منزله راهی که نظام اداری را برای پاسخگویی مستقیم به شهروندان مرتبط می‌کند در نظر گرفته نشده است.

در الگوی جدید پاسخگویی روابط بین نظام اداری و شهروندان به جای این که از طریق سیاستمداران برقرار شود به طور مستقیم برقرار می‌شود. این الگو دو پیش فرض اساسی دارد انسان‌ها امکان خطا دارند و انسان‌ها در معرض فسادند. حال برای این که از خطا کاسته و از بروز اشتباهات جلوگیری شود باید کاری کرد که پاسخگویی نهادینه شود و از حد میل افراد فراتر رود و تضمین قانونی پیدا کند.

نخستین و مهمترین مبنا و پیش زمینه پاسخگویی **نظارت** است به گونه ای که بدون وجود نظارت پاسخگویی معنا پیدا نمی‌کند و عملاً تا نظارتی نباشد نمی‌توان افراد و نهادها را به پاسخگویی فراخواند. دومین مبنا پاسخگویی، شفافیت است. بدون وجود شفافیت در کلیه امور پاسخگویی نمی‌تواند منشأ آثار و نتایج مثبت باشد. **شفافیت در نظام اداری و مالی** سهمی بزرگ در به وجود آوردن مدیریت صحیح دارد. سومین مبنا پاسخگویی که می‌تواند نظام پاسخگویی را به نتیجه برساند و استمرار، تداوم و صحت آن را تضمین کند **رسیدگی به شکایت** است. پس از تدوین نظام پاسخگویی باید موارد تخلف به طور جدی پیگیری شود و به ارباب رجوع اطمینان داده شود که در صورت تضییع حقوقشان افراد متخلف مجازات خواهند شد.

پاسخگویی در حوزه‌های متفاوت، استانداردهای مجزایی دارد که مربوط به پاسخگویی اجتماعی است. در این استاندارد تطبیق عملکرد شرکت‌ها و سازمان‌ها در خصوص رعایت حقوق انسانی کارکنان با استانداردهای مشخص شده در ۹ حوزه زیر منظور می‌شود.

رعایت حقوق کارکنان و کودکان، تحمیل نکردن شغل به افراد، سلامتی و ایمنی، آزادی مذاکره و در نظر گرفتن حق چانه زنی جمعی برای کارکنان، نبود تبعیض، رعایت نظم و نبود تنبیه بدنی - روحی - رعایت ساعات کاری محدود برای کارکنان، جبران خدمات، نظام‌های مدیریتی مبتنی بر استانداردهای کارآمدی و اثربخشی.

سلسله استاندارد پاسخگویی روشی است که بر مبنای ارزیابی گزارش‌های مرتبط با ۳ حوزه زیر استقرار می‌یابد:

- آیا گزارش‌های مربوط به تحقق اهداف، فعالیت‌های سازمان را در همه حوزه‌هایی که مورد توجه ذی نفعان سازمان است زیر پوشش قرار می‌دهد.
- آیا اطلاعات مربوط به ارزیابی و فهم عملکرد سازمان در همه حوزه‌ها به صورت دقیق و کافی است.
- آیا پاسخگویی کامل در مقابل توقعات، نگرانی‌ها و منابع ذیربط سازمان وجود دارد.

پاسخگویی فراپارادایمی با گذر از الگوی مدیریت سنتی نوعی نگرش نوین یا پارادایم جدید مدیریت دولتی به وجود می‌آید که به جای مدیریت حکومت به حاکمیت مدیریت می‌پردازد. این الگوی جدید که با رفتن نگرش دولت حداکثر همزمان با فروپاشی کشورهای کمونیستی به وجود آمد سعی در واگذاری هرچه بیشتر امور به بخش خصوصی می‌شود که در این رهگذر دچار آسیب‌های جدی و موجب طرح فراپارادایمی به مدیریت دولتی می‌شود.

در الگوی مدیریت دولتی سنتی مدیران نقش دیوان سالارانه دارند و نگرش نسبت به مردم در مقام ارباب رجوع مطرح و ساز و کارهای اجرایی به صورت سازو کارهای دیوان سالارانه تعریف می‌شود، همچنین استخدام مادام العمر، مالکیت به صورت ملی و دولتی و همراه با حداکثر مداخله دولت و حداقل نقش بازار مطرح است. دولت در جایگاه عامل و مجری عمل می‌کند لذا پاسخگویی به صورت سلسله مراتبی و دیوان سالارانه و سطح کلان به صورت پاسخگویی وزیر در مقابل رئیس جمهور و مجلس و پاسخگویی رئیس جمهور و وزیران در مقابل مجلس خواهد بود.

در الگوی پارادایمی که (مدیریت دولتی نوین) و نیز (مدیریت گرایی) نامیده می‌شود. مدیران نقش کارآفرینی دارند و نگرش به مردم در مقام مشتری و سازو کارهای اجرایی به صورت ساز و کار بازار تعریف می‌شود و همچنین استخدام قراردادی و بر مبنای پیمانکاری دادن امور تصدی گری، مالکیت به صورت خصوصی سازی و مقررات زدایی و حداقل مداخله دولت و حداکثر نقش بازار و کاهش اندازه دولت مطرح است. دولت در جایگاه هدایتگر و ناظر عمل می‌کند لذا پاسخگویی مستقیم در مقابل مشتریان وجود خواهد داشت و دولت به سمت دولت پاسخگو سیر خواهد کرد.

در نگرش فراپارادایمی که به (خدمات عمومی نوین) شهرت یافته است دولت در مقام خدمتگزار عمل می‌کند و به توانمندسازی شهروندان و خلق ارزش‌های مشترک میان آنها می‌پردازد. همچنین ساز و کار دستیابی به اهداف، ایجاد ائتلافی از سازمان‌های دولتی خصوصی و غیرانتفاعی برای تأمین نیازهای متقابل است، پاسخگویی به صورت چندجانبه و در قبال رعایت قوانین اساسی و عادی، هنجارهای سیاسی، استانداردهای حرفه ای و احترام به حقوق شهروندان است.

آزادی عمل اداری ضروری اما محدود و توأم با پاسخگویی است. همچنین مرجع پاسخگویی شهروندان است و ساختارهای سازمانی مبتنی بر همکاری و رهبری مشترک است و مبنای انگیزش مدیران دولتی آرزوی کمک به جامعه و خدمت به مردم است.

بررسی دلایل نبود شفافیت و پاسخگویی در ایران

علل و عوامل بسیاری را می‌توان درباره نبود شفافیت و پاسخگویی نام برد، ولی آنچه در ذیل می‌آید با توجه به فرهنگ و ویژگی‌های خاص اجتماعی ایران مهم است. چند نمونه اساسی و تأثیرگذار در این زمینه اشاره می‌شود:

۱. خویشاوندگرایی: یکی از ویژگی‌های بارز فرهنگ در ایران خویشاوندگرایی است که سابقه تاریخی در ایران دارد. این پدیده در ایران موجب تهدید شایسته‌سالاری در نظام اداری می‌شود. اصولاً در کشورهایی که روابط خانوادگی و انواع دیگر مناسبات نیرومند است به ویژه در جایی که آیین‌های اخلاقی یا اجتماعی موجود ایجاب می‌کند که شخص به خانواده و دوستان خود کمک کند. استقرار دیوان‌سالاری ایده آل نوع (وبری) بسیار دشوار خواهد بود.
۲. نبود قانونگرایی: با تمام عنایت و توجهی که بر لزوم ضرورت وجود قانون بوده و هست اما در تمام جوامع مسأله کم‌اعتباری و نبود اجرای صحیح و کامل قوانین کم و بیش وجود دارد. هر چند که کشورها قوانین و مقررات مدون و کامل داشته باشند، موضوع نبود قانونگرایی مسأله‌ای است که می‌تواند ناشی از موانع زیر باشد:
 - الف) موانع فرهنگی: از جمله نهادینه نبودن فرهنگ پاسخگویی، وجود ساختار سلسله‌مراتبی شدید و قوی در گذشته نه چندان دور که موجب بی‌نیازی زبردستان به پاسخگویی شده است.
 - ب) موانع اجتماعی: این موانع شامل انطباق نداشتن با ساختار و شرایط جامعه و ناآشنایی با قوانین و مقررات همچنین ایرادات موجود در ساختار قوانین (از نظر تعدد، تناقض و ابهام در آنها) است.
 - ج) نظام اداری: در گذشته نظام اداری نظام پاسخگویی هماهنگ و مدون نداشته که بتواند به شکایات رسیدگی و کارهای تشویقی و تنبیهی مناسب را اعمال کند.

معیاری برای سنجش مسوولیت پذیری اجتماعی شرکت‌ها

The Corporate Sustainability Assessment Criteria of Dow Jones Sustainability Indexes		
D	Criteria	
Economic	Codes of Conduct / Compliance / Corruption & Bribery Corporate Governance Scorecards / Measurement Systems Strategic Planning	Organisational design
	Customer Relationship Management Investor Relations Risk & Crisis Management	Business Processes
Environment	Environmental Policy / Management Environmental Reporting*	Organisational design
	Environmental Performance (Eco-Efficiency)	Outputs
Social	Labour Practice Indicators Social Reporting* Standards for Suppliers	Organisational design
	Corporate Citizenship/ Philanthropy Stakeholders Engagement Human Capital Development Knowledge Management/ Organizational Learning Talent Attraction & Retention	Business Processes

D: Dimension, W: Weighting Each dimension includes sector specific c

(Corporate Social Responsibility)

در سال‌های اخیر شاهد افزایش اهمیت مسوولیت اجتماعی در میان شرکت‌ها، به خصوص در رابطه با تغییرات آب و هوایی زمین بوده ایم. در این مدت، انتقادهای زیادی از سوی سرمایه داران تجارت آزاد و فعالان ضد جهانی سازی و نیز طرفداران محیط زیست در مورد مسوولیت اجتماعی شرکتی صورت گرفته است. سرمایه داران تجارت آزاد فکر می کنند هر چیزی که مانع کسب سود شود، ایده خوبی نیست و منافع شخصی در نهایت به هر شکل می تواند پیشرفت‌های اجتماعی را هم به دنبال داشته باشد [۱۶].

Five Pillars	Issues	Fiscal 2015 Action Plans
Governance Establish a comprehensive system that encompasses international standards in global corporate activities, work to promote CSR related activities and socially responsible communication, and strengthen and enhance the relationship networks.	<ul style="list-style-type: none"> Non-judgment throughout the Company Internal control Disciplinary measures Factor promotion of Compliance and ethics Strengthen information security Protecting property rights Fair and justice business activities 	<ul style="list-style-type: none"> Promotion of risk management Take steps to promote observance of laws and regulations Strengthen information security Protect and take strategic use of intellectual property right Formulate a business continuity plan
People Considering workplace environment, human rights, and diversity of views in intragroup and human resources	<ul style="list-style-type: none"> Human rights Promotion of diversity Promotion of work-life balance Health and safety Human resources 	<ul style="list-style-type: none"> Promote formulation and implementation of human resource development plans based on a long term perspective Promote diversity development and utilization of local human resources, development and utilization without regard to gender or race Strengthen work-life balance Promote and safety measures Conduct human rights education (good contributing to human rights issues, conduct due diligence)
Quality In order to meet the needs of customers, shareholders, and business partners based on compliance of market rules, and regulations	<ul style="list-style-type: none"> CSR procurement Quality Creation of solutions to meet new social needs 	<ul style="list-style-type: none"> Increase customer satisfaction through quality improvement Strengthen supply chain (promote green procurement and CSR procurement) Promote business in emerging countries based on social priorities and needs; pioneer new applications and develop new products Product safety assessment
Environment Upgrade corporate activities to protect the environment. Strive to meet both environmental and business needs, reducing adverse global environmental problems affecting business	<ul style="list-style-type: none"> Expanding sales of environmentally conscious products Detail training course/measures Chemical substance management Resource conservation — Eco-friendly presentation 	<ul style="list-style-type: none"> Target and Report based on Phase Four of the Incentive Action Plan Implement initiatives to conserve energy and resources In product development, use substitute technology and gather information in anticipation of environmental regulatory trends In product development, use designs that reduce the number of components and the amount of labor in manufacturing materials Use environmentally-responsive products when selecting components and materials Conduct activities that support ethical operations Strengthen chemical substance management
Society Engage widely with society at all levels from local to international, cooperating and coordinating with other groups in contributing to education, culture, welfare, development, and other aspects of society	<ul style="list-style-type: none"> Social contribution activities 	<ul style="list-style-type: none"> Increase corporate value by productively contributing to society Implement community interaction and volunteer activities Promote business that contributes to social issues through links with NGOs and NGOs Promote business in emerging countries

اما مخالفان جهانی سازی و طرفداران محیط زیست فکر می کنند شرکت‌ها از این روش برای احیای وجهه تخریب شده خود و به نمایش گذاشتن چهره خوبی از خودشان سوءاستفاده می کنند، در حالی که به اصول اساسی نمی پردازند.

با این حال، بسیاری از کشورها وقتی مسائل اخلاقی، شرایط محیط کار، پایداری محیط زیست و غیره مطرح می شود، در اتخاذ رفتارهای مسوولانه پیشتاز هستند.

CSR چیست؟

شاخص مسوولیت اجتماعی شرکتی (CSR) نوعی ابزار معیار و مدیریت کسب و کار است که توسط کسب و کارها برای خود کسب و کارها طراحی شده است. شاخص CSR پرسشنامه جامع و نکاتی راهنما را ارائه می دهد که به شرکت‌ها برای سنجش، مدیریت و تهیه گزارش در مورد عملکرد مسوولیت اجتماعی آنها کمک می کند. همچنین شرکت‌های مشارکت کننده از این شاخص به عنوان معیاری برای عملکرد سالانه مسوولیت اجتماعی خود و نیز مقایسه با هم‌تایان خود استفاده می کنند. به طور خلاصه می توان گفت شاخص CSR عبارت است از:

- شاخص عمومی مثبتی که توسط اعضا و شرکت کنندگان در برنامه مسوولیت‌های اجتماعی به وجود آمد

- ابزار مدیریتی قدرتمندی که شرکت‌ها را برای مدیریت مسوولیت اجتماعی به روشی سیستماتیک و جامع به چالش می کشد و به آنها کمک می کند .
- چارچوبی که به عنوان معیار برای مقایسه عملکرد مسوولیت اجتماعی مورد استفاده قرار می گیرد

این شاخص عملکرد کسب و کارهای مسوول را در چهار حوزه زیر اندازه گیری می کند:

۱. استراتژی
۲. تلفیق و اجرای استراتژی
۳. روش مدیریتی با توجه به جامعه، محیط زیست، فضای بازار و مسائل مربوط به محیط کار
۴. عملکرد در محدوده اثرات زیست محیطی و اجتماعی.

در سال‌های اخیر، کشورهای مختلف با در نظر گرفتن شاخص CSR شرکت‌های داخلی خود را از نظر مسوولیت اجتماعی رتبه بندی کرده اند. مثلاً مرکز کالج بوستون در همکاری با موسسه «ریپوتیشن»، از سال ۲۰۰۸ لیست ۵۰ شرکت آمریکایی را که از نظر مسوولیت اجتماعی سازمانی متمایز هستند منتشر می کند. در این رتبه بندی شاخص CSR عملکرد شرکت‌ها را در سه بعد مورد بررسی قرار داده است:

- شهروندی: آیا یک شرکت نسبت به جامعه اطراف خود از نظر اجتماعی و زیست محیطی به طرز مثبتی احساس مسوولیت می کند؟
- اداره شرکت: آیا شرکت به سبکی عادلانه و شفاف مدیریت می شود؟ آیا سهامداران، استانداردهای بالای اخلاقی را برای شرکت در نظر می گیرند؟
- محیط کار: آیا با کارمندان به شکل عادلانه برخورد می شود و آیا حقوق مناسبی به آنها پرداخت می شود؟ آیا شرکت در افزایش مهارت کارمندان و فرصت‌های کاری برای آنها سرمایه گذاری می کند؟

مطالعه سرمایه اجتماعی ایران با ۱۴۰۰۰ نمونه در سراسر کشور در سال ۱۳۹۴ نشان داد که در دو بعد پنداشت از عملکرد نظام در رفع و حل مشکلات نمره ۲۳٫۶۵ زاست که پائین تر از میانگین ۳۰ است و به عبارت دیگر فقط ۲۵ درصد مخاطبان موفقیت متوسطی را برای نظام قائل هستند و ۲۲٪ موفقیت را خیلی کم و ۴۲٪ موفقیت را کم می‌پندارند. بیکاری، تبعیض و نابرابری، گرانی و تورم، ناامنی، فساد مالی و ارتشاء، فقر، اعتیاد، درمان و سلامت، مراقبت از محیط زیست و قانون‌گریزی مشکلات منتخب برای سوال از مردم در زمینه پنداشت آنها از موفقیت نظام بوده است. همانطور که می‌بینید همه موارد فوق به طور مستقیم و غیر مستقیم در سلامت مردم نقش دارند. پنداشت از موفقیت نهادی در اجرای وظایف نهادی نیز بهتر از عملکرد کلی نظام بوده ولی باز هم پائین تر از میانگین است و ۲۹٫۳ است. نهادهای منتخب آموزش و پرورش، سازمان‌های دینی، خانواده، بازار، رسانه‌ها، مراکز دولتی، دادگاه‌ها و مراکز قضایی، حقوق مالکیت، مجلس شورای اسلامی، نهادها و مراکز برنامه ریز است. [۱۷] وضعیت فوق نشان می‌دهد که در صورت تفویض سهم ارتقای سلامت به دستگاه‌های ملی راه طولانی برای ایفای نقش آنها وجود دارد و ارزیابی عملکرد و بازخورد از بخش سلامت ضرورتی اجتناب ناپذیر است.

با اینکه هنوز سازمان‌های متولی در سطح جهان و دولت‌ها از مدیریت بیماری‌های واگیر اطمینان کافی ندارند و با موارد نوپدید و بازپدید مواجه هستند اما در حال حاضر حدود ۵۵٪ بار بیماری‌های کشور ایران مربوط به بیماری‌های غیرواگیر به ویژه سرطان‌ها، دیابت، سکته‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های تنفسی است و حدود ۱۴٪ بار بیماری مرتبط با اختلالات روانی است که در مجموع حدود ۷۰٪ را تشکیل می‌دهد. با کسرسهم علل ژنتیکی و رفتارهای فردی نزدیک ۷۵٪ علل این بیماری‌ها مسائل اجتماعی و محیطی هستند. سازمان جهانی بهداشت نقش هر یک از نهادهای اجتماعی برای کاهش عوامل خطر عمده را تعریف کرده است که می‌تواند مبنای ارزیابی سلامت محوری دستگاه قرار گیرد.

هدف اصلی این طرح طراحی ابزار ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌ها در سطح ملی (وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها) و انتظار می‌رود با استفاده از نتایج این طرح:

- شیوه نامه ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌ها پس از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ابلاغ شود.
 - توجیه و آموزش دستگاه‌ها برای اقدامات سلامت محور انجام شود. (ارتقای آگاهی)
 - از ابزار و معیارهای توصیه شده در این طرح برای شناسایی و تشویق دستگاه‌های سلامت محور و حتی رتبه بندی آنها در سطح جامعه استفاده شود. (ایجاد حساسیت)
- در نهایت انتظار می‌رود با استقرار محصول این پروژه در سال‌های آتی رقابت بین سازمان‌های ملی برای وارد کردن رویکردهای سلامت محور در تصمیمات و عملیات خود در سطوح کلان و میانی بیشتر شده و روند بهبود شاخص‌های سلامت کشور تسریع شود.

خلاصه حاصل از بررسی متون

- رویکرد سلامت محوری یک دستگاه همان رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها است. این رویکرد به اشکال مختلفی توسط متخصصان و مجامع علمی مطرح شده است: پاسخگویی اجتماعی دستگاه، سرمایه گذاری در سلامت، همکاری بین بخشی برای سلامت، سیاست‌های عمومی سالم.
- با توجه به نقش ۷۵٪ عوامل اجتماعی موثر بر سلامت که بخش سلامت به تنهایی ۲۵٪ آن را شامل می‌شود می‌توان ادعا کرد که اگر دستگاه‌ها به وظایف ذاتی خود عمل کنند سلامت محور عمل کرده اند.
- با توجه به مطالعات اپیدمیولوژیک معتبرترین مداخله سلامت همگانی **توزیع عادلانه منابع** است لذا دستگاه‌هایی که بتوانند در این هدف سهیم باشند سلامت محور عمل کرده اند.
- مطالعه سرمایه اجتماعی ایران در سال ۱۳۹۴ نشان داد که در حال حاضر پنداشت مردم از عملکرد نظام در رفع مشکلات حدود ۲۳٫۶ است که از میانگین ۳۰ پائین تر است. ده مشکل بررسی شده در این مطالعه که به ترتیب بیشترین پنداشت منفی نسبت به آنها از طرف مردم ابراز شده عبارت است از بیکاری، گرانی و تورم، فقر، تبعیض و نابرابری، اعتیاد، فساد مالی

و ارتشاء، قانون گریزی، مراقبت از محیط زیست، ناامنی، درمان و سلامت. شواهد نشان داده است که این مسائل تاثیر جدی بر سلامت مردم و ایجاد بیماری دارند لذا از دستگاهها انتظار می رود در راستای سلامت محوری برای بهبود این عوامل کار کنند.

□ با توجه به اینکه تغییر در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (از قبیل شاخص های فوق الذکر) و دستیابی به شاخص های سطح اثر نهایی (Impact) نیازمند زمان و تداوم مداخلات دارد و این زمان معمولا بیش از چهار یا ۵ سال زمان نیاز دارد قاعدتا دستگاههایی که به تداوم و نهادینه سازی سیاست های عادلانه در دولت های متوالی اهمیت داده اند به بهبود شاخص های سلامت توجه کرده اند.

□ سهم و نقش خود بخش بهداشت و درمان کمتر از سایر حوزه ها نیست و چنانکه به اندازه کافی در تولید شواهد اثرات بخش ها بر سلامت و حمایت طلبی در ایجاد تغییرات نقش ایفا نکند منابع بخش سلامت پاسخگوی بار بیماری ها نخواهد بود و در حال حاضر باید این بخش نقش میانجی را بازی کند.

□ انواع پیوست های موجود در کشور شامل پیوست زیست محیطی، پیوست اجتماعی، پیوست فرهنگی، پیوست سلامت زمان آغاز پروژه ها، سیاست ها و برنامه های ملی و دریاقت مجوز را طولانی کرده ضمن اینکه متغیرهای مورد ارزیابی در این پیوست ها اغلب مشابه و تکراری هستند و به کارفرمایان این فرصت را می دهد که قانون را دور بزنند.

فصل دوم - روش پژوهش

این مطالعه کیفی است و در مجموع از سه روش مرور منابع، مصاحبه با خبره - ذینفع اجرایی و بحث گروهی متمرکز با خبرگان استفاده شده است.

بخش اول - مرور منابع داخل کشور

شامل تجربیات و مداخلات قبلی ارزیابی موفقیت دستگاه‌ها بوده است. بانک‌های اطلاعاتی Magiran, Irandoc, مرکز پژوهش‌های مجلس، SID، Google scholar بررسی شدند. کلید واژه‌ها به کار گرفته شده در بانک‌های داخلی عبارت بود از ارزیابی دستگاه‌ها، رتبه‌بندی دستگاه‌های اجرایی، معیارهای ارزیابی پاسخگویی اجتماعی سازمان‌ها [۳۲-۱۸]. مرور منابع خارجی بر شواهد و تجربیات شیوه استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها تاکید داشته است. کلید واژه‌ها شامل موارد زیر بوده است که پس از جستجو مواردی را مرتبط به موضوع مقاله بوده است انتخاب و مطالعه شد [۴۱-۳۳]

Health in All Policy intersectional action evaluation criteria, healthy organization, Ranking criteria, evaluation criteria, Healthy governance, Interministerial or intersectoral cooperation, Integrated governance, Healthy public policy, Intersectoral action, HiAP health lens, Health impact
Healthy performance, Social responsibility, Social performance, Social responsiveness

بخش دوم - انجام مصاحبه‌ها

ابتدا نهادها و واحدهای ذینفع در قوای سه گانه برای ارزیابی عملکرد سلامت محوری دستگاه‌های دولتی انتخاب شدند و با خبرگیری از افراد رابط در نهاد مربوطه (رابطان مورد اعتماد مجری طرح) افرادی از هر کدام انتخاب شدند:

- مجلس شورای اسلامی (ناظر قانون): ۳ نفر
- سازمان بازرسی (به عنوان ارزیابی میزان پیشرفت و رعایت قانون توسط دستگاه‌های دولتی): ۱ نفر
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور: ۲ نفر
- وزارت کشور به عنوان وزارت خانه ای (با بیشترین سهم در مدیریت عوامل اجتماعی سلامت): ۳ نفر
- وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و ستاد مبارزه با مواد مخدر (متولی در کاهش بیکاری و اعتیاد): ۲ نفر
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور: ۳ نفر
- دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی استان: ۱ نفر
- فرهنگستان علوم پزشکی: ۲ نفر
- موسسه ملی تحقیقات سلامت: ۲ نفر

ضمن صحبت تلفنی مجری با هر یک از این افراد ایمیل به همراه سوالات ارسال شده است. در دو مورد به درخواست مصاحبه شونده مصاحبه حضوری صورت گرفته است. دو سوال باز پرسشنامه عبارت بود از:

- به نظر شما برای ارزیابی سلامت محوری یک دستگاه چه معیارهایی باید به کار گرفت ؟

- شیوه ارزیابی سلامت محوری یک دستگاه در سطح ملی شامل متولی، فرایند کار و استفاده از نتایج (شامل رتبه بندی و تشویق) چیست؟
- با روش‌های رایج آنالیز محتوی صورت گرفته و در مجموع در سه قلمرو هدف، روش (شامل شاخص‌ها و شیوه سنجش) و الزامات جمع بندی شده است.

بخش سوم - بحث گروهی

در مجموع ۱۳ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند. جلسات بحث گروهی متشکل از یک نفر متخصص سلامت همگانی، مدیریت سازمانی، نماینده و متولی ارزیابی دستگاه‌ها، اقتصاددان و جامعه شناس صورت گرفته است. مجموعه معیارهای پیشنهاد شده حاصل از مرحله قبلی، دسته بندی شده و گزینه‌های پیشنهادی بر اساس ۴ معیار از نظر اعضای خبره در جلسات بحث گروهی متمایز و انتخاب شده اند، به عبارت دیگر گزینه ای که بیشترین تطابق با معیارهای زیر را داشته است انتخاب شد:

- معیار اول: قابلیت سنجش داشته باشد
 - معیار دوم: برانگیزاننده باشد
 - معیار سوم: بیانگر محصولات ملموس باشد.
 - معیار چهارم: دستیابی به معیار مذکور با منابع موجود دستگاه ممکن باشد.
- در مجموع ۲۲ معیار انتخاب شد که وزن دهی آنها در دو نوبت انجام شده است:
- نوبت اول مسیرهای اثرگذاری
 - نوبت دوم معیارها هر مسیر
- طی سه جلسه متوالی شیوه نامه در سه بخش هدف، روش و الزامات تعریف شده است.

بخش چهارم - نظرخواهی از ذینفعان

مسیر پیش بینی شده برای تصویب و ابلاغ محصول این طرح شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انتخاب شد. این شورا در مجموع دو کارگروه تخصصی دارد:

- کارگروه تخصصی عوامل خطر و ارتقای سلامت
- کارگروه تخصصی امنیت غذایی

شیوه نامه مذکور به درخواست مجری طرح در دستور کار یکی از جلسات کارگروه تخصصی عوامل خطر و ارتقای سلامت دبیرخانه شورای عالی قرار گرفت و پس از ارایه نتایج این طرح به صورت اسلاید از افراد حاضر در جلسه درخواست شد که نظرات اصلاحی خود را در مورد هدف، روش و الزامات مندرج در شیوه نامه ارایه دهند. مجموعه نظرات پس از دسته بندی در شیوه نامه ملحوظ شد، به این ترتیب که مجدداً جلسه بحث گروهی (تعریف شده در بخش سوم) به انضمام نماینده دبیرخانه شورای عالی تشکیل شد و امکان ملحوظ کردن نظرات کارگروه تخصصی بحث و نتیجه گیری شد.

فصل سوم – یافته‌های پژوهش

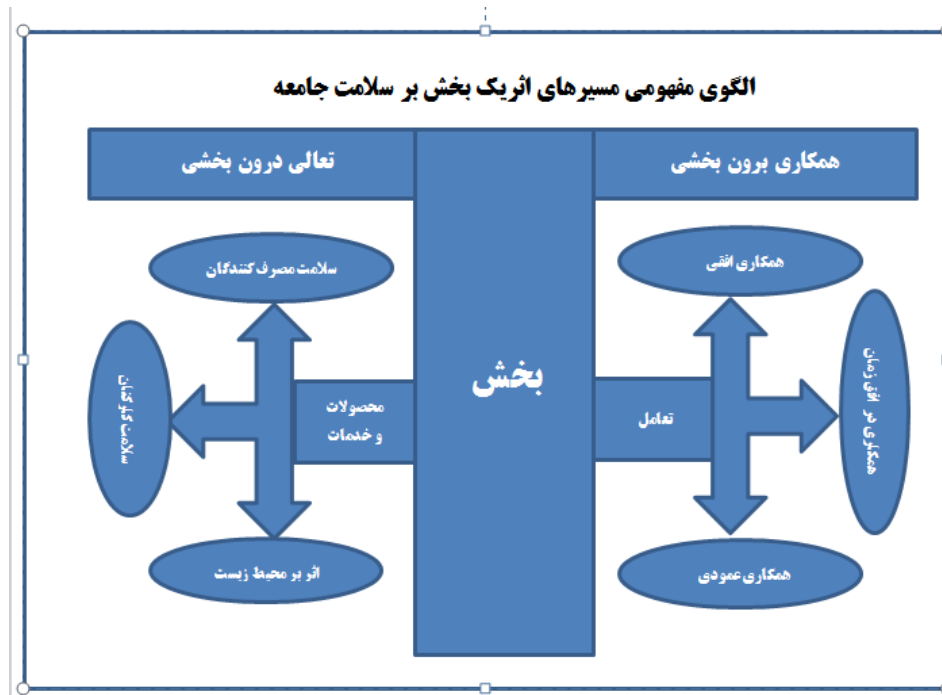
بررسی متون نشان می‌دهد که حیطه‌های اثر بخش‌ها (Sectors) بر سلامت به طور کلی در دو حوزه خلاصه می‌شود که می‌تواند مثبت و یا منفی باشد:

اول) تعالی درون بخشی ؛ که نشأت گرفته از اصول پاسخگویی اجتماعی است و به سه دسته تقسیم می‌شود:

- اثر بر سلامت مصرف کنندگان محصولات و خدمات بخش مذکور که از رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها نتیجه می‌شود
- اثر بر سلامت کارکنان بخش ؛ یکی از جنبه‌های پاسخگویی سازمان این است که توسعه سازمان (توسعه محصولات و خدمات) به قیمت افت سلامت کارکنان نباشد
- اثر بر محیط زیست ؛ دولت‌ها و سازمان‌ها هم تعهد بین المللی و هم تعهدات ملی برای حفظ محیط زیست دارند و باید از اثر محصولات و خدمات بخش خود بر محیط زیست آگاه باشند
- می‌تواند مثبت یا منفی باشد ولی که حیطه‌های اقدام بخش برای تاثیر مثبت و تاثیر منفی مدل مفهومی زیر را نتیجه گیری کرد:

دوم) همکاری برون بخشی ؛ علاوه بر تعالی در درون بخش، دستگاه‌ها می‌توانند با اشتراک گذاشتن ظرفیت‌ها و امکانات خود برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی اقدام کنند این اقدام به منظور کمک به بهبود وضعیت عوامل موثر بر بروز بیماری، مرگ و آسیب انجام می‌شود. این ظرفیت حتی شامل شرکت در یک ائتلاف هم است بدون اینکه از منابع مالی و فیزیکی بخش استفاده شود و صرفاً از اعتبار اجتماعی دستگاه استفاده شود. این همکاری برای یک بخش می‌تواند در سه سطح رخ دهد:

- همکاری افقی: همکاری بخش‌های دارای یک هدف مشابه در یک سطح تصمیم‌گیری از قبیل همکاری در سطح بین المللی، یا سطح استانی یا سطح شهرستانی و..
- همکاری عمودی: همکاری چند سطح بین المللی، ملی، استانی و شهرستانی با هم
- همکاری در افق زمان: همکاری بخش‌ها در افق زمان (با تغییر دولت‌ها سیاست‌ها پایدار باشد)



به عنوان نمونه وزارت ارتباطات و فناوری در ایران سیاست‌ها و برنامه‌های خود مانند توسعه تلفن همراه یا قیمت آن را از نظر تاثیر بر سلامت مصرف کنندگان، کارکنان خود و محیط زیست بررسی می‌کند و سیاست یا برنامه سلامت محور مصوب می‌کند، این نوع اول یا تعالی درون بخشی محسوب می‌شود. اگر از امکانات خود استفاده کند و برای مردم پیامک‌های برای افزایش کیفیت زندگی آنها ارسال کند از نوع دوم یا همکاری برون بخشی محسوب می‌شود.

کاربرد این مدل برای توجیه بخش‌ها در مورد اثراشان بر سلامت، تعیین سهم آنها در تخریب یا حفاظت از سلامت مردم و استفاده در تدوین مداخلات لازم بخشها برای ارتقای سلامت جامعه خواهد بود.

بر اساس داده‌های جمع آوری شده از مصاحبه و متون و دسته بندی آنها در قالب الگوی مفهومی پیشگفت معیارهای ارزیابی به شرح زیر دسته بندی شده است:

دسته اول) معیارهای پیشنهادی تعالی درون سازمانی در سه حیطه سلامت مصرف کنندگان، کارکنان و مدیران و محیط زیست در نه معیار به شرح زیر دسته بندی شد:

الف) سلامت مصرف کنندگان

۱. داشتن سیاست‌های مدون برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت اولویت دار در محدوده کار دستگاه منطبق با چشم انداز ۱۴۰۴، برنامه‌های ۵ ساله و اهداف توسعه پایدار (SDG)
۲. سیاست مدون دستگاه برای توزیع عادلانه منابع و فرصت‌های موجود در محدوده وظایف دستگاه
۳. آموزش مخاطبان محصول و خدمات دستگاه در زمینه سلامت محوری (در محدوده دستگاه)

۴. داشتن نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست (طراحی، اجرا و ارزشیابی)

۵. اجرای قانون پیوست سلامت

ب) سلامت کارکنان و مدیران

۱. داشتن برنامه و بودجه مدون ارتقای سلامت در محیط‌های کاری سازمان

۲. تحت پوشش قرار گرفتن کارکنان دستگاه ذیل برنامه پزشک خانواده

ج) محیط زیست

۱. اجرای قانون پیوست زیست محیطی

۲. داشتن منشور و ابلاغیه حفاظت از محیط زیست برای مدیران و کارکنان در محدوده کار دستگاه

دسته دوم) معیارهای پیشنهادی همکاری برون بخشی در سه حیطه افقی، عمودی و افق زمان و مجموعاً ۵ معیار به شرح زیر دسته بندی شد:

الف) همکاری افقی

۱. انعقاد و اجرای تفاهم نامه‌های دو جانبه یا چند جانبه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲. نقد موثر عملکرد بخش سلامت

۳. ایفای سهم و نقش موثر دستگاه در پورتفولیو

ب) همکاری عمودی

۱. نشان دادن همکاری عمودی برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت در سطوح شهرستان، استان، ملی، منطقه ای و بین المللی

ج) همکاری در افق زمان

۱. نشان دادن همکاری بخش در افق زمان (تثبیت و نهادینه شدن اجرای مستمر سیاست‌های دارای اثر مثبت که از طریق ارزشیابی تعیین شده است از جمله اجرای توافقات بین بخشی دولت ماقبل)

دسته سوم) معیارهای نیز به عنوان الزام یا بستر ساز از مجموعه اطلاعات جمع آوری شده نتیجه گیری شد که در هشت مورد جمع بندی شد:

۱. در سند چشم انداز دستگاه، سهم و نقش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم به عنوان یک ارزش و سپس هدف کلی اجتماعی مدنظر باشد.

۲. داشتن ابلاغیه بالاترین مقام مسئول در مورد معیارهای سلامت محوری به واحدهای تابعه

۳. میزان تخصیص اعتبار خاص به برنامه‌های سلامت محور مشترک با وزارت بهداشت د و آ

۴. گزارش نتایج اقدامات و تاثیر در شاخص‌ها را به طور سالانه به شورای عالی ساغ ارائه دهد

۵. واحدهای تحت امر یا نظارت از نظر سلامت محور کار کردن رتبه‌بندی شده و سالانه اعلام عمومی شود

۶. شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی اصول و فنون سلامت محوری دستگاه (از جمله رفتارهای زیست محیطی)
۷. کمیت و کیفیت همکاری رابطان ارشد و تخصصی دستگاه‌ها با دبیرخانه شورای عالی ساغ
۸. داشتن دبیرخانه فعال توسعه پایدار در دستگاه

معیارهای وزن هر مسیر و حیطه‌های آن در دو نوبت توسط خبرگان وزن داده شد: قبل از معرفی معیارها و پس از معرفی معیارها. نتیجه به شرح جدول شماره ۳ است. امتیاز هر معیار با توجه به سایر معیارها و در مجموع از ۱۰۰ در گروه خبرگان تخصیص داده شد که میزان کمی آنها در جدول شماره ۴ آمده است، میانگین امتیازات گرد شده است.

جدول شماره ۳: وزن مسیرها و حیطه‌های هر مسیر بر اساس گروه خبرگان

مسیر		حیطه‌های هر مسیر و وزن
۱	تعالی درون سازمانی	۱۵٪ سلامت مصرف کنندگان شامل شش معیار ۱۰٪ سلامت کارکنان و مدیران شامل دو معیار ۱۵٪ محیط زیست شامل دو معیار
۲	همکاری برون بخشی	۱۵٪ افقی شامل سه معیار ۱۰٪ عمودی شامل یک معیار ۱۵٪ افقی زمان شامل یک معیار
۳	معیارهای بستر ساز	شامل هشت معیار
		(۴۰٪)
		(۴۰٪)
		(۲۰٪)

جدول شماره ۴: امتیاز هر معیار از ۱۰۰ بر اساس نظر گروه خبرگان

امتیاز از ۱۰۰	معیار ارزیابی
۶	۱. داشتن سیاست‌های مدون برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت اولویت دار در محدوده کار دستگاه منطبق با چشم انداز ۱۴۰۴، برنامه‌های ۵ ساله و اهداف توسعه پایدار (SDG)
۶	۲. سیاست مدون دستگاه برای توزیع عادلانه منابع و فرصت‌های موجود در محدوده وظایف دستگاه
۴	۳. آموزش مخاطبان محصول و خدمات دستگاه در زمینه سلامت محوری (در محدوده دستگاه)
۴	۴. داشتن نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست (طراحی، اجرا و ارزشیابی)
۴	۵. اجرای قانون پیوست سلامت
۵	۶. داشتن برنامه و بودجه مدون ارتقای سلامت در محیط‌های کاری سازمان
۴	۷. تحت پوشش قرار گرفتن کارکنان دستگاه ذیل برنامه پزشک خانواده
۴	۸. اجرای قانون پیوست زیست محیطی
۴	۹. داشتن منشور و ابلاغیه حفاظت از محیط زیست برای مدیران و کارکنان در محدوده کار دستگاه
۶	۱۰. انعقاد و اجرای تفاهم نامه‌های دو جانبه یا چند جانبه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*
۳	۱۱. نقد موثر عملکرد بخش سلامت

امتیاز از ۱۰۰	معیار ارزیابی
۵	۱۲. ایفای سهم و نقش موثر دستگاه در پورتفولیو**
۶	۱۳. نشان دادن همکاری عمودی برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت در سطوح شهرستان، استان، ملی، منطقه ای و بین‌المللی
۶	۱۴. نشان دادن همکاری بخش در افق زمان (تثبیت و نهادینه شدن اجرای مستمر سیاست‌های دارای اثر مثبت که از طریق ارزیابی تعیین شده است از جمله اجرای توافقات بین بخشی دولت ماقبل)
۳	۱۵. در سند چشم‌انداز دستگاه، سهم و نقش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم به عنوان یک ارزش و سپس هدف کلی اجتماعی مدنظر باشد.
۲	۱۶. داشتن ابلاغیه بالاترین مقام مسئول در مورد معیارهای سلامت محوری به واحدهای تابعه
۶	۱۷. میزان تخصیص اعتبار خاص به برنامه‌های سلامت محور مشترک با وزارت بهداشت د و آ
۵	۱۸. گزارش نتایج اقدامات و تاثیر در شاخص‌ها را به طور سالانه به شورای عالی ساغ ارایه دهد
۳	۱۹. واحدهای تحت امر یا نظارت از نظر سلامت محور کار کردن رتبه‌بندی شده و سالانه اعلام عمومی شود
۴	۲۰. شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی اصول و فنون سلامت محوری دستگاه (از جمله رفتارهای زیست محیطی)
۶	۲۱. کمیت و کیفیت همکاری رابطان ارشد و تخصصی دستگاه‌ها با دبیرخانه شورای عالی ساغ
۴	۲۲. داشتن دبیرخانه فعال توسعه پایدار در دستگاه

از دیدگاه پاسخ دهندگان (آگاهان) الزامات اجرایی کردن معیارهای ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌ها به همان دشواری ارزیابی عمومی دستگاه‌ها است و این موضوع نیازمند **فرهنگ سازی** در قوای سه گانه و حتی سطوح فوقانی تر است.

اعتقاد و باور به سلامت محوری در سطح کلان تصمیم‌گیرندگان در کشور باید ترویج شود. مدیریت ارشد دستگاه به سلامت محوری اعتقاد داشته باشد. مهمتر از همه خود وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سلامت محور عمل کند و خود به وظایف ذاتی عمل کند از جمله اینکه به برنامه‌های پیشگیری بیشتر از درمان محوری اهمیت دهد، وقتی نگاه مدیران وزارت بهداشت تربیت بیش از نیاز متخصصان و فوق تخصص‌ها باشد، در عمل وزارت خانه سیاست القای خدمات برای مردم را در پیش گرفته است و این از نظر الگو بودن متولی سلامت برای سایر دستگاه‌ها اشکال و مانع است. کارشناسان ارشد دستگاه‌ها باید خود به سلامت محور سیاست‌ها، برنامه و پروژه‌های پیشنهادی اعتقاد و باور داشته باشند، شرکت کردن آنها در دوره‌های مرتبط به این مسئله کمک می‌کند. مطالبه سلامت به عنوان یک حق از سوی کارکنان این موضوع را تسهیل می‌کند که وجود مکانیسمی برای بیان مطالبه یاد شده از طریق انجمن کارکنان مهم است.

راهکارهایی در حیطه عملیات و ساختار از طرف مصاحبه شونده‌گان پیشنهاد شده است. یکی از این موارد مشارکت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در زمان مبادله موافقتنامه بودجه دستگاه‌ها با

سازمان مدیریت است، به طوری که از ملحوظ شدن جنبه‌های سلامت محوری در ردیف‌های بودجه اطمینان حاصل شود. عضویت ثابت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کمیسیون بودجه و تلفیق هیئت دولت راهکاری پیشنهادی دیگر است. مصوبه شورای عالی اداری کشور در تعیین تکلیف دستگاه‌ها برای عمل به تعهدات مسئولیت اجتماعی راهکار دیگر است. مطلعان دیگر ایجاد واحد/دفتر ارتباط با سلامت در نمودار سازمانی با تشکیلات مناسب در حوزه برنامه ریزی دستگاه اجرایی را پیشنهاد کردند. معرفی و تعیین رابط ارشد دستگاه برای همکاری بین بخشی یکی دیگر از راهکارهای تضمین و اطمینان از سلامت محوری دستگاه‌ها پیشنهاد شده است. رئیس دفتر بالاترین مقام مسئول، مدیرکل بودجه دستگاه، مدیرکل یا معاون برنامه ریزی دستگاه به عنوان رابط ارشد و ثابت پیشنهاد شده است. در هر دو صورت آگاهان تامین نیروی انسانی مجرب، منابع مالی مناسب، امکانات و تجهیزاتی فیزیکی مناسب برای دبیرخانه /رابط ارشد را پیشنهاد کرده اند. ایجاد کتابخانه، مرکز اسناد و اطلاعات برای کمک به ترویج مفاهیم و صیانت از حافظه سازمانی در زمینه اقدامات مشترک پیشنهاد شده است نه برای همکاری با بخش سلامت بلکه برای کلیت سازمان‌ها و دستگاه‌ها. در این زمینه آگاهان معتقدند که با عوض شدن مدیران حافظه سازمانی عموماً بر دوش افراد (کارشناسان مستخدم) است نه یک سیستم مدون و نظام مند مانند مرکز اسناد. دفتر ارتباط با سلامت در عقد قرارداد برای تدوین گزارش‌های ارزشیابی‌ها باید اختیارات کافی مالی داشته باشد. ایجاد پورتال و تهیه نرم افزارهای مناسب برای طراحی مشارکتی برنامه‌ها و پایش اجرا در سطوح مختلف سازمانی و جغرافیایی از دیگر پیشنهادات است. آگاهان در حیطه الزام از طریق قانون و سیاست نیز پیشنهاداتی ارائه کرده اند: احصای قوانین و مقررات متعارض و اصلاح آنها در زمینه سلامت محوری ضروری است. در این زمینه آگاهان معتقدند که وجود پیوست‌های متعدد برای سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های توسعه ای شامل پیوست فرهنگی، پیوست اجتماعی، پیوست زیست محیطی و پیوست سلامت مسیر توسعه کشور را کند می‌کند، ادغام و تسهیل اجرایی شدن این پیوست‌ها توسط کارفرما و مجری در یک قالب راهکار پیشنهادی است. یا نظارت بر بودجه‌های یک درصد و چند درصد رفاهی، ورزش، تحقیق و... و ارزیابی عملکرد دستگاه‌ها لازم است تا از این ظرفیت برای سلامت محوری استفاده شود. آگاهان معتقدند که حتی اگر لازم شد تدوین قوانین و مقررات جدید برای التزام دستگاه‌ها انجام شود.

یکی از آگاهان معتقد بود که اول باید دید که در اسناد بالادستی چگونه از این کار حمایت می‌شود. از مهمترین الزامات اجرایی این کار آن است که دبیرخانه آن در کجا مستقر شود. که طبعاً باید در جایی باشد که بالادست به همه دستگاهها قرار داشته باشد از این نظر شورای عالی ساغ بسیار مناسب است. همچنین الزامات قانونی را هم باید در نظر داشت که چطور همه دستگاهها ترغیب شوند که با این طرح همکاری داشته باشند. یکی دیگر از پیشنهادات و شاید مهمترین منبع و محل دبیرخانه توسعه پایدار باشد اما می‌دانیم که این دبیرخانه به صورت محدود صرفاً در سازمان محیط زیست کشور است، اگر توسعه پایدار متوازن در سه بخش اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی تامین شود، سلامت مردم هم تضمین می‌شود ولی الان شاهد این هستیم که هماهنگی برنامه‌ها و پروژه‌های ملی در این سه جنبه هم راستا

نیست و شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی گویای این وضعیت است، با اینکه این موضوع یک راهکار عملیاتی و ساختاری است اما نیازمند حمایت قانون گذار و نظارت دستگاه‌های مرتبط است.

شیوه نامه ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی (وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها)، مبتنی بر رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

مقدمه

به منظور افزایش پاسخگویی دستگاه‌ها نسبت به سلامت محور بودن سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های خود و به استناد سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه کشور و سیاست‌های پیشنهادی برنامه ششم توسعه کشور شیوه نامه ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سه ماده، ۱۱ بند و یک پیوست در تاریخ (/ /) به تصویب مشترک شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای عالی اداری کشور رسید.

ماده یک (اهداف شیوه نامه)

۱. **تعالی درون بخشی دستگاه‌ها** از طریق اثر بر سلامت مصرف کنندگان محصولات و خدمات دستگاه، اثر بر سلامت کارکنان دستگاه، اثر بر محیط زیست
۲. **توسعه نظام مند همکاری برون بخشی** در سه شکل افقی، عمودی و در افق زمان؛ با به اشتراک گذاشتن ظرفیت‌ها و امکانات خود برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی و بهبود وضعیت عوامل موثر بر بروز بیماری، مرگ و آسیب‌ها

ماده دو: روش اجرا

۱. کمیته ممیزی سه نفره برای ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌ها با حکم دبیر شورای عالی ساغ (وزیر بهداشت) در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تشکیل می‌شود، اعضای اصلی سه نفر شامل نماینده شورای عالی اداری کشور، نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است.
 ۲. گزارش اقدامات دستگاه‌ها در ارتباط با معیارهای ارزیابی به صورت مکتوب تا پایان بهمن ماه هر سال به دبیرخانه ارسال می‌شود، ممیزی عملکرد هر دستگاه توسط کارشناسان دبیرخانه انجام شده و گزارش آماده می‌شود. سپس ارزیابی سلامت محوری عملکرد دستگاه‌ها با تشکیل جلسات مشترک با رابط ارشد دستگاه مربوطه در اسفند ماه برگزار می‌شود. نتایج هر جلسه منطبق با گزارش ممیزی دبیرخانه و دفاعیه شفاهی رابط ارشد جمع بندی شده و در قالب گزارش نهایی به دبیر شورای عالی ساغ و سپس به شورای عالی اداری کشور و رئیس جمهور ارسال می‌شود. در هفته سلامت سه دستگاه ممتاز کشور معرفی می‌شوند.
- تبصره:** در هر موردی که کمیته ارزیابی صلاح بداند از داوران منتخب برای ارزیابی گزارش دستگاه استفاده می‌نماید.

ماده سه: الزامات

۱. معرفی رابط ارشد دستگاه و آموزش مدون آنها در نیازهای آموزشی مرتبط با یکی از مراکز دانشگاهی در اولین سال اجرای این ارزیابی ضروری است
تبصره: این دوره باید بر اساس دوره آموزشی مصوب شورای عالی اداری کشور باشد.
- تبصره:** رابط ارشد رئیس دفتر بالاترین مقام مسئول دستگاه یا مدیرکل بودجه و یا مدیرکل یا معاون برنامه ریزی و سیاست گذاری دستگاه به انتخاب بالاترین مقام مسئول است. رابط تخصصی بسته به مولفه اجتماعی مورد نظر مدیرکل دستگاه یا کارشناس خبره معرفی شده با امضای بالاترین مقام مسئول است.
۱. با تشکیل دبیرخانه توسعه پایدار دستگاه، این دبیرخانه وظیفه رصد همسویی حرکت دستگاه با اهداف توسعه پایدار کشور را بر عهده می‌گیرد که مطابق شیوه نامه ابلاغی سازمان مدیریت تشکیل می‌شود و کلیه انتظارات از دستگاه متناسب با فهرست معیارها [مندرج در پیوست] در این دبیرخانه مدیریت می‌شود.
۲. منابع مالی لازم برای این ارزیابی در اولین سال اجرا توسط دبیرخانه برآورد شده و در ردیف بودجه سالانه وزارت خانه و دبیرخانه مذکور قرار می‌گیرد، منبع مالی عوارض اخذ شده حاصل از اجرای ماده ۳۷ پیش بینی می‌شود.
۳. منابع مالی اجرایی شدن معیارهای سلامت محوری در دستگاهها منطبق با ردیف‌های بودجه دستگاه خواهد بود و هدف بهینه مصرف کردن ردیف‌های موجود است، در صورت نیاز به منابع مالی مازاد، کمیته سه نفره با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مکاتبه می‌نماید.
۴. دبیرخانه شورای عالی ساغ موظف است بانک اطلاعاتی و روش الکترونیکی برای ارسال گزارش فراهم آورد.
۵. دبیرخانه شورای عالی ساغ موظف است برای اعضای دبیرخانه مرتبط در دستگاهها سمینار، دوره‌های آموزشی، سمپوزیوم و ماژول‌های آموزشی متناسب فراهم آورد، این وظیفه از طریق موسسه ملی تحقیقات سلامت تسهیل می‌شود.
۶. موسسه ملی تحقیقات سلامت موظف است با همکاری سازمان آمار کشور دیده بانی شاخص‌های مرتبط در رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها و مولفه‌های اجتماعی سلامت را انجام داده و سالانه گزارش این شاخص‌ها را در اختیار کمیته ممیزی سلامت محوری قرار دهد تا در قضاوت‌ها روند این شاخص‌ها را ملحوظ نماید.
۷. کمیته ممیزی موظف است در اولین سال بخشنامه ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های استان را تدوین و ابلاغ نماید.

جدول شماره ۵: معیارهای ارزیابی سلامت محوری دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی (وزارت‌خانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها)، مبتنی بر رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

امتیاز از ۱۰۰	معیار ارزیابی	حیطه‌های هر مسیر و وزن	مسیر	
			تعالی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	همکاری برون بخشی (۴۰٪)
۶	۲۳. داشتن سیاست‌های مدون برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت اولویت دار در محدوده کار دستگاه منطبق با چشم انداز ۱۴۰۴، برنامه‌های ۵ ساله و اهداف توسعه پایدار (SDG)	سلامت مصرف کنندگان ۱۵٪	تعالی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۱
	۲۴. سیاست مدون دستگاه برای توزیع عادلانه منابع و فرصت‌های موجود در محدوده وظایف دستگاه			
	۲۵. آموزش مخاطبان محصول و خدمات دستگاه در زمینه سلامت محوری (در محدوده دستگاه)			
	۲۶. داشتن نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست (طراحی، اجرا و ارزشیابی)			
	۲۷. اجرای قانون پیوست سلامت			
	۲۸. داشتن برنامه و بودجه مدون ارتقای سلامت در محیط‌های کاری سازمان			
	۲۹. تحت پوشش قرار گرفتن کارکنان دستگاه ذیل برنامه پزشک خانواده			
۴	۳۰. اجرای قانون پیوست زیست محیطی	سلامت کارکنان و مدیران ۱۰٪	تعالی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۱
	۳۱. داشتن منشور و ابلاغیه حفاظت از محیط زیست برای مدیران و کارکنان در محدوده کار دستگاه			
	۳۲. انعقاد و اجرای تفاهم نامه‌های دو جانبه یا چند جانبه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*			
	۳۳. نقد موثر عملکرد بخش سلامت			
۳	۳۴. ایفای سهم و نقش موثر دستگاه در پورتفولیو**	محیط زیست ۱۵٪	تعالی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۱
	۳۵. نشان دادن همکاری عمودی برای بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت در سطوح شهرستان، استان، ملی، منطقه ای و بین المللی			
	۳۶. نشان دادن همکاری بخش در افق زمان (تثبیت و نهادینه شدن اجرای مستمر سیاست‌های دارای اثر مثبت که از طریق ارزشیابی تعیین شده است از جمله اجرای توافقات بین بخشی دولت ماقبل)			
	۳۷. در سند چشم انداز دستگاه، سهم و نقش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم به عنوان یک ارزش و سپس هدف کلی اجتماعی مدنظر باشد.			
۲	۳۸. داشتن ابلاغیه بالاترین مقام مسئول در مورد معیارهای سلامت محوری به واحدهای تابعه	افقی (۱۵٪)	همکاری برون بخشی (۴۰٪)	۲
	۳۹. میزان تخصیص اعتبار خاص به برنامه‌های سلامت محور مشترک با وزارت بهداشت د و آ			
	۴۰. گزارش نتایج اقدامات و تاثیر در شاخص‌ها را به طور سالانه به شورای عالی ساغ ارایه دهد			
	۴۱. واحدهای تحت امر یا نظارت از نظر سلامت محور کار کردن رتبه‌بندی شده و سالانه اعلام عمومی شود			
	۴۲. شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی اصول و فنون سلامت محوری دستگاه (از جمله رفتارهای زیست محیطی)			
	۴۳. کمیته و کیفیت همکاری رابطان ارشد و تخصصی دستگاه‌ها با دبیرخانه شورای عالی ساغ			
	۴۴. داشتن دبیرخانه فعال توسعه پایدار در دستگاه			
	۴			
۳	۳۷. در سند چشم انداز دستگاه، سهم و نقش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم به عنوان یک ارزش و سپس هدف کلی اجتماعی مدنظر باشد.	معیارهای بستر ساز (۲۰٪)	تعالی درون سازمانی از طریق تاثیر گذاری بر (۴۰٪)	۳
	۳۸. داشتن ابلاغیه بالاترین مقام مسئول در مورد معیارهای سلامت محوری به واحدهای تابعه			
	۳۹. میزان تخصیص اعتبار خاص به برنامه‌های سلامت محور مشترک با وزارت بهداشت د و آ			
	۴۰. گزارش نتایج اقدامات و تاثیر در شاخص‌ها را به طور سالانه به شورای عالی ساغ ارایه دهد			
	۴۱. واحدهای تحت امر یا نظارت از نظر سلامت محور کار کردن رتبه‌بندی شده و سالانه اعلام عمومی شود			
	۴۲. شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی اصول و فنون سلامت محوری دستگاه (از جمله رفتارهای زیست محیطی)			
	۴۳. کمیته و کیفیت همکاری رابطان ارشد و تخصصی دستگاه‌ها با دبیرخانه شورای عالی ساغ			
۴۴. داشتن دبیرخانه فعال توسعه پایدار در دستگاه				

توضیح معیار ۱: سیاست‌های مذکور بر اساس برنامه ملی سلامت در همه سیاست‌ها (که منطبق با سیاست‌های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، اهداف توسعه پایدار و چشم انداز ۱۴۰۴ است) مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تعیین می‌شود، متولی هر یک از مولفه‌های اجتماعی در این برنامه مشخص شده است.

توضیح معیار ۲: دستگاه باید با شواهد نشان دهد که توانسته است توزیع عادلانه ای از منابع و فرصت‌های خود را فراهم کرده و یا در حال فراهم کردن است.

توضیح معیار ۳: کتاب رفتارهای مطلوب بهره مندی از خدمات و محصولات دستگاه تدوین شده باشد و برنامه ترویج آن جاری باشد.

توضیح معیار ۴: دستگاه باید نشان دهد که نظام مشارکت خبرگان و مردم در چرخه سیاست آنها چه ساز و کاری دارد ؟

توضیح معیار ۵ و ۸: دستگاه باید نشان دهد که سازوکاری برای انتخاب و تدوین پیوست‌های سلامت و زیست محیطی برای سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های (سخت و نرم) دارد و نمونه‌های سالانه را ارایه دهد

توضیح معیار ۶: دستگاه باید نشان دهد که الگوی ارتقای سلامت کارکنان در سه حیطه اصلاحات مدیریت، محیط ایمن و امن برای کارکنان و همچنین استفاده از فرصت محل کار برای کاهش خطرات سلامت کارکنان را طی برنامه مدون و مصوبی در حال اجرا دارد

توضیح معیار ۱۰: تفاهم نامه‌ها به صورت دوره ای توسط دبیرخانه شورای عالی ساغ تدوین و امضاء می‌شود ولی سالانه گزارش عملکرد در بهمن ماه اخذ می‌گردد.

توضیح معیار ۱۱: مکاتبات وزیر یا معاونان وزیر دستگاه مربوطه ملاک عمل خواهد بود ضمن اینکه نقد به روش اولی یعنی شامل قوت‌ها و فرصت‌های بهبود مطرح گردد.

توضیح معیار ۱۲: پورتفولیو به عنوان سبد برنامه ای اطلاق می‌شود و مجموعه ای از اسناد سیاست، برنامه‌ها و پروژه‌ها است که معطوف به یک هدف کلان و ملی است که از عهده یک دستگاه به تنهایی بر نمی‌آید از جمله شاخص تولید ناخالص ملی و... در این مورد دستگاه باید با شواهد نشان دهد که در شاخص‌های کلان و ملی چه سهم و نقشی را ایفا کرده است

توضیح معیار ۱۳: دستگاه باید مکتوبات و نامه‌هایی را نشان دهد که الزام همکاری سطوح محیطی و طلب حمایت از سازمان‌های تخصصی بین المللی را برای رفع مشکل در آنها آمده است

توضیح معیار ۱۴: دستگاه باید اقدامات نهادینه سازی در راستای سیاست‌های کاری بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت و سلامت در همه سیاست‌ها را نشان دهد: ردیف بودجه تضمین شده، ساختار معین و واحد متولی، نیروی انسانی آموزش دیده و یا دوره‌های توانمندسازی کارکنان و مدیران و ردپای مشارکت مردم و افزایش مطالبات مردمی

توضیح معیار ۲۰: بر اساس دوره آموزشی مصوب شورای عالی اداری کشور برگزاری دوره‌ها نشان داده شود

توضیح معیار ۲۱: رابط ارشد رئیس دفتر بالاترین مقام مسئول دستگاه است و رابط تخصصی بسته به مولفه اجتماعی مورد نظر مدیرکل دستگاه یا کارشناس خبره معرفی شده با امضای بالاترین مقام مسئول است.

توضیح معیار ۲۲: دبیرخانه توسعه پایدار دستگاه وظیفه رصد همسویی حرکت دستگاه با اهداف توسعه پایدار کشور را بر عهده دارد که مطابق شیوه نامه ابلاغی سازمان مدیریت تشکیل می‌شود.

فصل چهارم – بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

به طور خلاصه نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که دو دهه تجربه نظام مند در زمینه تدوین و اجرای الگوهای ارزیابی دستگاه‌ها در کشور وجود دارد ولی گزارش ارزشیابی این الگوها و تاثیر آنها بر شاخص‌های نهایی کشور در دسترس نیست. از نظر تئوریک الگوهای متفاوتی برای استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها پیشنهاد شده است که نوع متکاملی از همکاری بین بخشی و ارزیابی عملکرد سلامت محوری دستگاه‌ها را در کشورهای اسکاندیناوی می‌توان مشاهده کرد. الگوی حاصل از این مطالعه حیطه‌های اثر بخش‌ها (Sectors) بر سلامت را به دو دسته تقسیم می‌کند: اثرات درون بخش بر سلامت (مصرف کنندگان، کارکنان و محیط زیست) و اثرات حاصل از همکاری بخش با محیط بیرونی (شامل همکاری‌های افقی، عمودی و در افق زمان). در مجموع ۱۴ معیار اصلی و ۸ معیار بستر ساز برای ارزیابی عملکرد سلامت محوری استخراج و وزن دهی شده است. هدف این الگو آگاه‌سازی تصمیم‌گیرندگان از اقدام سلامت محور دستگاه‌ها و ایجاد حساسیت نسبت به تاثیر اقدامات آنها در شاخص‌های توسعه پایدار است.

ضرورت ارزیابی عملکرد دستگاه‌ها از نظر همکاری در سلامت در مطالعات قبلی ایرانی نیز نشان داده شده است. [۴۲-۴۵] معیارهای ارزیابی سلامت محوری دستگاه حاصل این مطالعه در مواردی با شاخص‌های ابلاغی شورای عالی اداری همپوشانی دارد [۱۹] و در حقیقت ظهور و بروز دیگری از عملکرد دستگاه در حوزه سلامت محسوب می‌شود به عبارت دیگر اگر دستگاهی به دنبال توزیع عادلانه منابع است در واقع ضمن انجام وظایف سازمانی و اهداف برنامه‌ای، بهترین مداخله سلامت همگانی را نیز دنبال کرده است [۴۶]. معیارهای تدوین شده سعی دارد در فرایندهای جاری دستگاه‌ها خود را ادغام کند و بار جدید مالی و کاری برای سازمان ایجاد نکند.

معیارهای منتشر شده در مطالعه هلمیر در ۲۰۰۳ حاوی شاخص‌های تفکیک شده برای هر یک از مولفه‌های اجتماعی سلامت است به عبارت دیگر در این مطالعه شاخص‌های اقتصادی، سیاسی، آموزش، محیط زیست، مسکن، حمل و نقل، روانشناسی جامعه، رفتارهای اجتماعی و حاکمیت تعیین شده است و دستیابی هر دستگاه به شاخص مذکور به عنوان سلامت محوری تعبیر می‌شود [۴۷] نتایج حاصل از مطالعه حاضر، ضمن تاکید بر شاخص‌های ذاتی هر دستگاه، به میزان همکاری آن دستگاه در دستیابی به شاخص‌های کلان و ملی (مثلا تولید ناخالص ملی، امید زندگی و...) نیز اشاره دارد.

محدودیت‌های این مطالعه نبود فرصت نظرخواهی از دستگاه‌های دولتی است. معیارهای تعیین شده از نوع درون داد، فرایند و برون ده است و کمتر به نشانگرهای سطح دستاوردی و اثر نهایی اشاره دارد. البته این موضوع میتواند جنبه مثبت مطالعه نیز باشد چراکه شاخص‌های سطح اثر نهایی در زمان طولانی تری قابلیت دستیابی دارد و در کوتاه مدت انگیزه‌ای برای مدیران دستگاه‌ها ایجاد نمی‌کند بنابراین معیارهای زود بازده از جمله موفقیت دستگاه در آموزش کارکنان، یا تدوین برنامه‌ها و تخصیص بودجه‌های مرتبط در سال‌های ابتدایی بستر همکاری‌ها و حساسیت نسبت به این موضوع را افزایش می‌دهد.

نتیجه گیری و پیشنهاد

برای استقرار این الگو ادغام آن در نظام ارزیابی عملکرد دستگاه‌های کشور و تشکیل کمیته ممیز سلامت محوری دستگاه‌ها در شورای عالی اداری پیشنهاد می‌شود البته این وظیفه می‌تواند به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (یا دبیرخانه آن) تفویض شود. توجیه و آموزش دستگاه‌ها برای اقدامات سلامت محور، رتبه‌بندی سالانه و تشویق آنها از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اقدامات نهادینه ساز محسوب می‌شود. معیارها پس از یک دوره سه ساله می‌تواند بازبینی شود. ایجاد دبیرخانه توسعه پایدار برای رصد شاخص‌های سبد برنامه‌ها (پورتفولیوی) و شاخص‌های اصلی دستگاه در سه حیطه اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی پیشنهاد می‌شود. به منظور سهولت اجرای قانون تدوین پیوست‌های مختلف از جمله زیست محیطی و سلامت پیشنهاد می‌شود ادغام این ارزیابی‌های در قالب یک ارزیابی جامع با عنوان پیوست توسعه پایدار سیاست، برنامه و پروژه ملی صورت پذیرد.

منابع

1. Closing the gap in a generation - World Health Organization www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
2. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf
3. The world health report 2000 - Health systems: improving performance www.who.int/whr/2000/en/
4. Inter-sectoral action for health: making it work heapro.oxfordjournals.org/content/9/3/143.full.pdf
5. M Wismar M et al. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potes*, Finnish Ministry of Social Affairs and Health,
6. Syndemic Prevention Network: WIP - Home. www2.cdc.gov/syndemics/index.htm
7. CROSSING SECTORS – EXPERIENCES IN INTERSECTORAL ACTION, PUBLIC POLICY AND HEALTH Public Health Agency of Canada.
8. McKenzie J, et al. Planning implementation & evaluation health promotion programs. 2005 Person Education
9. Michael Winer and Karen Ray. *Collaboration Handbook: Creating, Sustaining, and Enjoying the Journey*. 1994 Amherst H. Wilder Foundation
10. ارزیابی اثرات زیست محیطی. سازمان حفاظت از محیط زیست ایران. 1386
11. www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/barnamepanjom.pdf
12. دماری ب و همکاران. گزارش نهایی طراحی مدل ارزیابی اثرات سلامتی سیاست‌ها. طرح مشترک با سازمان جهانی بهداشت. موسسه ملی تحقیقات سلامت. 1389
13. گزارش نقشه تحول سلامت و گزارش مستندات پشتیبان. موسسه ملی تحقیقات سلامت
14. R.H. Gray, D.L. Owen & K.T. Maunders, *Corporate Social Reporting: Accounting and accountability* (Hemel Hempstead: Prentice Hall, 1987) p. IX.
15. Social Accountability Sourcebook - World Bank www.worldbank.org/socialaccountability.../Conceptual%20
16. Social responsibility - Wikipedia, the free encyclopedia https://en.wikipedia.org/wiki/Social_responsibility
17. گزارش کشوری سنجش سرمایه اجتماعی کشور. مرکز ملی رصد اجتماعی وزارت کشور. خرداد 1394
18. سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. تصویب نامه شماره 44642/ت/27701 هـ مورخ 1381/10/28 هیئت محترم وزیران.
19. معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور، معاونت نوسازی و تحول اداری، امور مدیریت عملکرد. شاخص‌های عمومی ارزیابی عملکرد سال 1389 دستگاه‌های اجرایی به

- همراه دستورالعمل امتیازدهی (سطح ملی)، (موضوع بند الف ماده ۳ آیین نامه اجرایی مواد ۸۱ و ۸۲ ق.م.خ.ک به شماره ۴۴۳۷۵/۴۲۲۵ تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱۴)؛ پاییز ۱۳۸۹.
۲۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت توسعه و منابع، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری. شاخص‌های اختصاصی ارزیابی عملکرد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
۲۱. افتخاری حمید. ارزیابی عملکرد دستگاه‌های اجرایی: پیش نیاز توسعه کشور. مجله مدیریت و توسعه. ۱۳۸۱؛ ۱۶ (۴): ۵۵-۶۸
۲۲. هاشمی گیلانی. نگاهی به عملکرد بخش فرهنگ در برنامه اول و دوم. خلاصه مقالات گردهمایی راهبردها و رویکردهای ساماندهی فرهنگی. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. شورای فرهنگ عمومی. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری؛ ۱۳۷۷.
۲۳. بلقیس پرویز. شناخت و طبقه‌بندی مسائل و مشکلات دستگاه‌های اجرایی از دیدگاه سیستم‌ها و روش‌های انجام کار. گزارش طرح پژوهشی. مرکز مطالعات و پژوهش‌های اداری؛ ۱۳۶۶.
۲۴. محرابیان. تاریخچه ارزیابی عملکرد دستگاه‌ها در ایران و جهان. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۲۵. علیرضایی محمدرضا میرحسینی سیدعلی. بررسی ابعاد مختلف ارزیابی به روش تحلیل پوششی داده‌ها: ارزیابی عملکرد، ارزیابی سیاست‌گذاری و الگوهای بهینه در دستگاه‌های اجرایی. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۲۶. میرحسینی سیدعلی علیرضایی محمدرضا. روش‌های نوین ارزیابی عملکرد. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۲۷. ذاکر صالحی غلامرضا. ارزیابی عملکرد سازمان‌ها، رویکردها و روش‌ها. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۲۸. انواری رستمی علی اصغر. بررسی الگوها و روش‌های ارزیابی جامع عملکرد دستگاه‌ها. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۲۹. طبرسا غلامرضا. رویکرد نوین شاخص‌سازی در فرایند ارزیابی عملکرد دستگاه‌های دولتی. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۳۰. طبرسا غلامرضا. بررسی الگوی مطلوب ارزیابی عملکرد دستگاه‌های دولتی. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی؛ آذر ۱۳۸۱.
۳۱. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت پژوهشی. شاخص‌های ارزیابی عملکرد وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های اجرایی کشور (ویرایش اول)؛ آذر ۱۳۸۱.

۳۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات برنامه و بودجه. شاخص‌های ارزیابی عملکرد دستگاه‌های اجرایی؛ دی ۱۳۹۰.
۳۳. Corburn J. Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health. *Am J Public Health*. ۲۰۰۴ Apr;۹۴(۴):۵۴۱-۶.
۳۴. World Health Organization. Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation. Geneva: World Health Organization. ۲۰۱۰.
۳۵. Chomik TA. Lessons learned from Canadian experiences with intersectoral action to address the social determinants of health. Public Health Agency of Canada. ۲۰۰۷.
۳۶. Mittelmark MB. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promot Int*. ۲۰۰۱ Sep;۱۶(۳):۲۶۹-۷۴
۳۷. Epstein MJ, Buhovac AR. Making sustainability work: Best practices in managing and measuring corporate social, environmental, and economic impacts: Berrett-Koehler Publishers; ۲۰۱۴.
۳۸. McKinsey & Company. Public Sector Practice. Organizational Health Index. (OHI). Using 'Organizational Health' to build and sustain performance. June ۲۰۱۱.
۳۹. Victorian Government Department of Human Services. Measuring health promotion impacts: A guide to impact evaluation in integrated health promotion. Melbourne Victoria: Rural and Regional Health and Aged Care Services Division; April ۲۰۰۳ (Reprinted ۲۰۰۸).
۴۰. Cochran P L. The evolution of corporate social responsibility. *Business Horizons* ۲۰۰۷; ۵۰: ۴۴۹-۴۵۴.
۴۱. "A Guide for Political Representatives" Tackling Inequalities and Promoting Wellbeing. June ۲۰۱۱
۴۲. دماری ب. سهم و نقش دستگاه‌های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران. مجله پایش. سال چهاردهم. شماره ۵. مهر و آبان ماه ۱۳۹۴
۴۳. دماری ب و همکاران. دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان: ساختاری میانجی و هماهنگ کننده برای سلامت همه جانبه. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲
۴۴. دماری ب و همکاران. راهکارهای ارتقای همکاری بین بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۱۱ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۲
۴۵. دماری ب و همکاران. ارزشیابی عملکرد شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ده شماره دوم ۱۳۹۰

۴۶. Marmot, Michael; Siegrist, Johannes (۲۰۰۶). *Social Inequalities in Health: new evidence and policy implications*. Oxford New York: Oxford University Press. ISBN ۹۷۸۰۱۹۸۵۶۸۱۶۲.
۴۷. Hillemeier M.M., J. Lynch, S. Harper, and M. Casper. ۲۰۰۳. "Measuring contextual characteristics for community health." *Health Services Research* ۳۸(۶ part ۲):۱۶۴۵-۷۱۷.