

تحلیل همکاری بین بخشی نظام سلامت ایران به منظور پیاده سازی رویکرد سلامت در همه سیاست ها و راه آینده

(دوره زمانی انجام این مطالعه و تحلیل های انجام شده مربوط به به قبل از پاندمی کووید -۱۹ می باشد)

بهزاد دمازی: دانشیار، گروه حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: bdamari@gmail.com

عباس وثوق مقدم: استادیار، گروه سلامت و جامعه، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نرگس رستمی گوران: استادیار، گروه سیاست های بخش سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

محمد حسین سالاریان زاده: پزشک عمومی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

شیدا ملک افضلی: کارشناس ارشد، گروه سیاست حکمرانی برای سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: برای دستیابی به سلامت عادلانه مردم ناگزیر از اجرای رویکرد سلامت در همه سیاست ها هستیم. محوری ترین مداخله در این رویکرد «همکاری بین بخشی» است.

روش کار: این مطالعه کیفی بر اساس الگوی تدوین سیاست نامه انجام شده است. برای جمع آوری اطلاعات از روش های مرور منابع، مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز با ذینفعان استفاده شده است و نتایج در سه بخش شناخت شامل تحلیل وضعیت موجود و عوامل موثر، جهت گیری شامل تدوین اهداف و مداخلات و الزامات جمع بندی شده است.

نتایج: برای استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست ها جایگاه همکاری بین بخشی در بخش سلامت ایران از حیث حمایت صریح در قوانین و اسناد بالادستی و همچنین ساختار سازمانی در سطح مطلوبی قرار دارد اما نیازمند طراحی و نهادینه سازی سازوکارهای اجرایی همکاری و ظرفیت سازی فرهنگی و مهارتی ذینفعان درون و برون بخش سلامت است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه می تواند در برنامه های عملیاتی سالانه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سلامت در همه سیاست ها، همکاری بین بخشی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، نظام سلامت ایران

مقدمه

قواعد مشابه با تعریف سازمان جهانی بهداشت (۴) با همکاری

بین بخشی برای سلامت (۵) و مفهوم سیاست های عمومی سالم یا دستاوردهای کل دولت (۶) پایه گذاری می شوند.

رویکرد سلامت در همه سیاست ها اگرچه در کشورهای پیشرفته به کار گرفته شده است اما این وضعیت در کشورهای در حال توسعه متفاوت است. اینکه چه سیاستی در چه زمانی و چگونه شکل گیرد و چطور می توان سلامت را به عنوان

سیاست ها به زندگی و کار ما شکل می دهند و این شرایط می تواند منتهی به نتایج مثبت یا منفی در سلامت جمعیت و افراد شود (۱). سلامت در همه سیاست ها دربرگیرنده ی کلیه ی استراتژی های حمل و نقل، مسکن، محیط زیست، آموزش، سیاست های مالی، مالیات و اقتصادی می شود (۲،۳). بنابراین این سیاست ها بر اساس ارزش ها و

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (MOHME) کاهش بیماری‌های غیرواگیر و اختلالات روانی را هدف گذاری کرده است. اما به غیر از وزارت بهداشت هفت دستگاه بیش از ۵۰٪ سهم سلامت را در کشور بر عهده دارد (۱۸) و بدین دلیل لزوم همکاری‌های بین بخشی را بیش از پیش لازم است. یکی از ضعف‌های مطالعه تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها، نادیده گرفتن سهم و نقش قوای مقننه و قضائیه در سلامت مردم است. مشارکت سه قوه مجریه، قضائیه و مقننه و همچنین نهادهای زیر مجموعه رهبری با ایجاد هم افزایی در عملکردها بهبود شاخص‌های سلامت را تسریع می‌کند اما دستیابی به این مجموعه‌ها به همان اندازه دسترسی و قانع سازی دستگاه‌های زیر مجموعه قوه مجریه دشوار بوده و نیازمند راهکارهای خلاقانه حمایت طلبی است (۱۹).

تجربیات ایران در دهه شصت هجری شمسی برای بنیان گذاری شبکه بهداشتی درمانی کشور موجب شد که شاخص‌های مرگ مادر باردار، کودک زیر یک سال و زیر پنج سال به میزان زیادی بهبود یابد، این نتایج مدیون همکاری سایر بخش‌ها در تدارک آب آشامیدنی بهداشتی، توسعه جاده‌های روستایی، تسهیل حمل و نقل روستائیان، توسعه مخابرات و پست، سواد آموزی زنان و تقویت تامین مالی روستائیان بوده است و بدون این همکاری‌ها نتایج فوق به دست نمی‌آمد (۲۰). در دو دهه گذشته ساختارهایی برای همکاری بین بخشی در سطح ملی و استانی در ایران ایجاد شده است، اما مطالعه ارزشیابی عملکرد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نشان می‌دهد که اجرایی شدن مصوبات بین بخشی مبهم بوده و بخش مهمی از آنها عملیاتی نشده است (۲۱-۲۲). همچنین مطالعه عملکرد کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها نشان می‌دهد که مصوبات در زمینه مشکلات اصلی سلامت از جمله بیماری‌های غیرواگیر و اختلالات روانی در حداقل موارد بوده است در این مطالعات ضعف‌های متعددی در زمینه همکاری بین بخشی ارایه شده است که ضرورت داشتن برنامه‌ای مدون برای تقویت این رویکرد را یادآوری می‌کند (۲۳-۲۴). با این

هدف اصلی سیاست‌ها گنجانند نیاز به دانستن نقش بازیگران دارد. همکاری‌های بین بخشی به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی، ارتباط بین بازیگران از بخش‌های مختلف را نشان می‌دهد. اگرچه در مطالعات زیادی به نقش همکاری‌های بین بخشی اشاره شده است، (۷-۹) اما مطالعات محدودی وضعیت همکاری بین بخشی، جزئیات همکاری و روش‌های مطلوب را بررسی کرده‌اند (۱۰-۱۳۰).

فعالیت بین بخشی برای سلامت عبارت است از: «یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش‌های سلامت با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامت برقرار شده‌اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامت برای کسب این نتایج مؤثرتر، کاراتر و پایدارتر است» همکاری بین بخشی زمانی که هم همکاری افقی و هم عمودی را در بر دارد موفق‌ترین حالت است. بطورکلی این نوع همکاری افقی، افراد یا گروه‌هایی را در بر دارد که در تصمیم‌گیری یا قضاوت یا کارکردن در یک مجموعه از اهداف تعریف شده، در یک سطح سازمانی هستند. همکاری عمودی کار کردن در سرتاسر حاکمیت برای مورد توجه قرار دادن چالش‌های سیاسی است که نیازمند به تصمیم‌گیری توسط بیش از یک سطح از حکومت است. چرخه همکاری بین بخشی حداقل چهار مرحله دارد که شامل اعتمادسازی، توانمندسازی، اجرا، تداوم و استمرار می‌باشد (۱۴).

با توجه به برنامه ۲۰۲۵ در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و هزینه سنگین این بیماری‌ها راهکار سلامت در همه سیاست‌ها مداخله‌ای اجتناب ناپذیر است. بیماری‌های قرن حاضر در حوزه بیماری‌های غیرواگیر از جمله اختلالات روانی و بیماری‌های واگیر بازپدید و نوپدید متمرکز شده‌اند. سازمان جهانی بهداشت کاهش ۲۵٪ در بیماری‌های غیرواگیر مشخص شده را توصیه می‌کند (۱۵). برای کاهش هر یک از عوامل خطر بیماری‌ها (۱۶) دستگاه‌ها و سازمان‌ها متعددی وظایفی بر عهده دارند (۱۷). در ایران وزارت

شده است. در تحلیل وضعیت همکاری های بین بخشی سلامت از ابزار تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت‌ها (SWOT) استفاده شده است، نقاط قوت و ضعف برای محیط درونی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و فرصت‌ها و تهدیدها برای محیط خارج از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شامل ذینفعان بیرونی و عوامل کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، بین‌المللی و محیط زیست تعیین شده است.

مصاحبه با خبرگان: در انتخاب هدفمند افراد برای نظرخواهی، آشنایی با موضوع همکاری بین بخشی در سلامت، تجربه اجرا یا همکاری در پروژه های مرتبط، داشتن مسئولیت اجرایی در عناوین مورد مطالعه در سازمان‌ها، دسترسی به مجری و داشتن فرصت برای پاسخگویی به پرسشنامه در نظر گرفته شده است. در مجموع ۲۰ نفر در مصاحبه حضور داشته‌اند که به ترتیب از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶ نفر، وزارت کشور ۲ نفر، دانشگاه‌های علوم پزشکی ۵ نفر، وزارت جهاد و کشاورزی ۱ نفر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ۱ نفر، وزارت آموزش و پرورش ۱ نفر، شهرداری ۱ نفر، نماینده مردم ۲ نفر و مرکز پژوهش‌های مجلس ۱ نفر می‌باشد. سوالات پرسشنامه در مصاحبه با خبرگان به شرح زیر بوده است: به منظور استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

۱. همکاری بین بخشی در سلامت را با چه شاخ‌هایی می‌سنجید؟
۲. چالش‌های همکاری بین بخشی برای سلامت در قالب نقاط ضعف و تهدیدهای بیرونی چیست؟
۳. دارایی‌های همکاری بین بخشی برای سلامت در قالب نقاط قوت و فرصت‌های بیرونی چیست؟
۴. نقطه مطلوب در سال ۱۴۰۴ (با توجه به همزمانی اتمام برنامه هفتم توسعه کشور) برای همکاری بین بخشی در حوزه سلامت چیست؟
۵. مداخلات مهم برای دستیابی به این نقطه مطلوب چیست؟

وجود سازمان جهانی بهداشت در گزارش ارزشیابی طرح تحول سلامت عملکرد این شورا را خوب توصیف کرده و تقویت برخی عملکردها از جمله برنامه ریزی مشارکتی، تامین مالی بین بخشی را ضروری دانسته است (۲۵). موفقیت اسناد سیاستی تدوین شده در دهه نود شامل سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، سیاست ارتقای امنیت غذا و تغذیه و برنامه ملی سلامت روان کشور منوط به موفقیت رویکرد همکاری بین بخشی در کشور است (۲۴-۲۱). هدف از انجام این مطالعه شناسایی چالش‌ها و یافتن راهکارهای تقویت همکاری بین بخشی برای استقرار سلامت در همه سیاست‌ها است.

روش کار

این مطالعه از نوع کیفی و توصیفی بوده و بر اساس الگوی تدوین سیاست‌نامه انجام شده است. دوره زمانی انجام این مطالعه و تحلیل‌های انجام شده مربوط به به قبل از پاندمی کووید-۱۹ می‌باشد. از سه روش بررسی متون، مصاحبه و بحث گروهی برای جمع‌آوری اطلاعات به شرح زیر استفاده شد:

بررسی متون: با هدف شناسایی تجربیات مرتبط (مبانی و تعاریف، چالش‌ها و راهکارها) در زمینه همکاری بین بخشی برای رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها منابع در داخل کشور شامل جستجوی پایگاه‌های SID، IranDoc، IranMedex و Magiran انجام شد. منابع مرتبط در کشورهای منتخب کانادا، انگلیس، استرالیا و کشورهای اسکانندیناوی در همین زمینه از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی Proquest, Ovid, PubMed, Google Scholar, Embase با کلمه کلیدی Intersectoral Collaboration و Health in All Policy، واژه‌های هم‌معنی و رایج مرتبط مورد جستجو قرار گرفت. از نتایج این بررسی متون برای تعیین شاخص‌های ارزیابی وضعیت همکاری بین بخشی، چالش‌ها، راهکارها و الزامات استفاده

۶. الزاماتی که موجب شود مداخلات پیشنهادی شما

به مرحله اجرا برسد چیست؟

پرسشنامه ها از طریق نامه مقام رسمی در وزارت متبوع ارسال و سپس با گرفتن وقت مصاحبه و با کسب رضایت آگاهانه انجام شده است و طول مدت مصاحبه به طور متوسط ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بوده است. مصاحبه ها پس از کسب اجازه از خبرگان ضبط شده اند. پاسخ سوالات پس از پیاده سازی متن مصاحبه ها بر اساس تعیین قلمروها تحلیل محتوی شده و گزاره های مرتبط به هر یک از سوالات مشخص شده است. بحث گروهی متمرکز: در این روش اطلاعات حاصل از بررسی متون و مصاحبه ها در قالب سه بخش اصلی زیر پیش نویس شده و طی سه جلسه محتوی سه بخش تکمیل و اصلاح شده است:

- بخش شناخت شامل شاخص ها، تحلیل وضعیت موجود و عوامل موثر
- بخش جهت گیری شامل تدوین دورنمای مطلوب، اهداف راهبردی و مداخلات
- بخش الزامات

این جلسات با حضور هفت نفر از خبرگان آشنا به مباحث سیاست گذاری در حوزه سلامت و آگاه از مبانی همکاری بین بخشی و رویکرد سلامت در همه سیاست ها انجام شده است. مکاتبه یکبار برای دعوت خبرگان انجام شده و هدف از جلسه در متن نامه بیان شده است. در ابتدای هر جلسه هدف و روش کار بیان شده و به مدت دو تا سه ساعت ادامه یافته است، ابتدای هر جلسه پیش نویس آماده شده به صورت مکتوب به اعضاء ارائه شده، توسط خود فرد تکمیل، اصلاح یا حذف گردیده است و سپس نظرات فردی در جمع مطرح و مغایرت ها به بحث گذاشته شده است و مواردی که توافق اکثریت بوده است در متن به شکل نهایی ثبت شده است.

نتایج

بخش اول: شناخت وضع موجود

شاخص های متعددی برای سنجش میزان موفقیت همکاری های بین بخشی وجود دارد که در جدول شماره دو فهرستی از این نشانگرها آمده است. تعیین وضعیت این شاخص ها در قالب این مطالعه امکان پذیر نبوده است اما بر اساس اطلاعات گردآوری شده از مرور منابع و مصاحبه ها وضع موجود همکاری بین بخشی در حوزه سلامت نقاط ضعف و تهدیدهای متعددی دارد: نگاه تمامیت خواهی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیاز به اصلاح دارد. از یک سو کمبود دانش، نگرش و مهارت های همکاری بین بخشی در کارشناسان و مدیران وزارت و دانشگاه ها و از سوی ضعف فرهنگ و رفتار سازمانی می تواند چالشی برای دستیابی به همکاری های بین بخشی باشد، مطابق شواهد تجربی منتشر شده هر دستگاهی ظرفیت ها و توانایی های ویژه ای دارد که سایر دستگاه ها ممکن است در همان زمینه دچار ضعف باشد لذا همکاری موجب یادگیری است، مدیرانی که این حقیقت را قبول ندارند مخالف همکاری هستند و این کار را مزاحم فرایندهای جاری می دانند. وزارت بهداشت درک ناکافی از مسئولیت های خود در قبال مولفه های اجتماعی سلامت دارد: تولید شواهد در مورد اثرات منفی سیاست های سایر دستگاه ها بر سلامت، قانع سازی مسئولان و تصمیم گیرندگان این دستگاه ها و رهبری جریان تغییرات از جمله وظایف وزارت بهداشت است که هنوز در ساختار سازمانی نهادینه نشده است، به طور مثال اولویت های تحقیقاتی کشور هنوز این نوع مطالعات را در اولویت خود نمی داند یا وزارت بهداشت حضور موثری در شوراهای عالی کشور ندارد تا بتواند فرآیندهای قانع سازی در موضوعات اجتماعی را طی کند و یا هنوز در زمینه تولید و حکمرانی وزارت بهداشت واجد ضعف های ساختاری متعدد است از جمله اینکه بین معاونت های تابعه خود سیاست های هماهنگی را دنبال نمی کند و این موضوع از چشم سایر

در چند دهه گذشته وزرای بهداشت درمان و آموزش پزشکی و معاونان آنها و مدیران صاحب اختیار در دانشگاه های علوم پزشکی در زمینه ضرورت همکاری بین بخشی و تسهیم مسئولیت سلامت مردم متفاوت عمل کرده اند، در این زمینه اغلب تفریط شده است و اقدامات دستگاه های همکار نادیده گرفته شده است و موفقیت ها به خود وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی منتسب شده است و در عمل فرهنگ قدردانی از دستگاه با هدف ترویج همکاری توسعه نیافته است. ارتباط بین همکاری بین بخشی و نهادهای مشارکت مردم تعریف شده نیست و این نهادها خود از صلاحیت های جلب همکاری بین بخشی و استفاده از این ظرفیت بالقوه کم بهره اند. یکی دیگر از ضعف ها نبود سامانه ثبت اطلاعات همکاری های بین بخشی در گستره کشور است، نبود اطلاعات ثبت شده، تصمیم گیری و قضاوت در مورد اقدامات آینده را مشکل می کند. از دیگر ضعف های وزارت بهداشت در این زمینه کم توجهی به همکاری متقابل با سایر دستگاه ها است، به عبارت دیگر وزارت بهداشت در ایجاد فقر، بیکاری، آسیب اجتماعی، کم سواد یا بی سواد و به طور کلی مولفه های اجتماعی اثرگذار برای سلامت سهم دارد اما آیا سهم خود را می داند و برای آن برنامه ریزی می کند، به طور مثال آیا در کاهش بیکاری وزارت متبوع حضور فعال در برنامه های ملی دارد، همکاری متقابل موجب افزایش اعتماد سایر دستگاه ها می شود.

تهدیدهای در محیط بیرونی وجود دارد که قطار همکاری بین بخشی سلامت را کند و متوقف می کند. موضوع سلامت در مرکز توجه سیاستمداران قرار ندارد و در نتیجه جایگاه وزارت بهداشت در هیات دولت نیاز به تقویت دارد. دانسته ها و نگرش متولیان، کارگزاران و کارشناسان دیگر بخش ها درباره اثر سیاست ها بر سلامت فرد و جامعه و همکاری های حاصل از آن محدود است. برای تقویت توان همکاری در دستگاه ها ظرفیت فنی برای مشارکت فعال بین بخشی در زمینه پژوهش، مرور منابع، طراحی پروژه و اجرای آن باید افزایش

دستگاه ها و نمایندگان مردم دور نمی ماند و مانعی جدی برای همکاری محسوب می شود. نداشتن انگیزه کافی مدیران و کارکنان به دلیل ساختار یا زیرساخت های نه چندان قوی، عدم وجود چشم انداز مشخص و برنامه جامع همکاری بین بخشی در نظام سلامت باعث شده است که توقعات بخش سلامت از سایر دستگاه ها مشخص نباشد. مطالعات کشوری نشان می دهد که از ظرفیت قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه های متناظر استانی بهره مناسب گرفته نشده است، در عمل مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی یا با تاخیر اجرا شده و یا در صورت اجرا کمتر نتایج آن ارز شیبایی شده است و به نظر می رسد متناسب با فوریت های سلامت همگانی حرکت نمی کند و موضوعی که الان در اولویت هست با سال ها تاخیر تصمیم گیری شده و برای اجرا هم با تاخیر قابل توجه توجه روبرو هستیم. سرفصل اصول و فنون همکاری های بین بخشی هنوز در برنامه درسی رسمی رشته های علوم سلامت خصوصاً رشته های تحصیلی سلامت همگانی از جمله گواهینامه عالی بهداشتی گنجانده نشده است. باور قلبی برای پاسخگویی مسئولان از طریق ارزشیابی سیاست ها و برنامه ها، وجود ندارد و شاید نبود ابزار و مقررات برای انجام این مهم مانع اصلی است، این نقیصه باعث می شود مدیران ارشد بر چالش ها و پیشرفت ها در زمینه همکاری بین بخشی اشراف نداشته باشند. در تجربیات پراکنده ای که برای همکاری بین بخشی وجود داشته است نحوه تامین مالی پروژه های بین بخشی درد سر بزرگی بوده است که همکاری را متوقف کرده است. در هر جلسه بین بخشی مشاهده می شود افراد جدیدی از دستگاه های همکار معرفی می شوند که با جلسه قبل متفاوت است و مجدداً می بایست توجیه افراد صورت گیرد، این دستیابی به نتایج را کند و حتی متوقف می کند. کارشناسان و مدیران برای صرف وقت در امور بین بخشی انگیزش کافی ندارند و در این مورد خلاء پرداخت های متناسب و تشویق وجود دارد.

در این دور نما منظور از اثر دستگاه بر سلامت، تاثیر عملکرد آن بر سه حیطة مدنظر است: خدمات و محصولات، کارکنان، تاثیر بر محیط زیست. به عبارت دیگر هر دستگاهی باید تاثیرات منفی و مثبت خود را در این سه حیطة مشخص کرده و برای بهبود آنها برنامه ریزی کند. عملکرد سلامت محوری دستگاه علاوه بر بهبود اثرگذاری در سه حیطة فوق نیازمند ارتقای مناسب عملیات همکاری افقی، عمودی و در افق زمان است. هم بهبود اثرات دستگاه در سه حیطة، هم ارتقای عملیات همکاری نیازمند باز مهندسی ساختار و فرآیندهای دستگاه برای فراهم کردن بسترهای لازم است، لذا در مجموع سلامت محوری یک دستگاه بر اساس سه سری اقدام در سه حوزه پیشگفت تضمین می شود.

بهبود شاخص های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی طبق تعریف هم عوامل خطر و هم نتایج نهایی را شامل می شود یعنی انتظار می رود همگام یا همزمان با دستیابی به این دورنما ابتدا شاخص های عوامل خطر محیطی و رفتاری بهبود یابد سپس شاهد بهبود نشانگرها مرگ زودرس، بیماری های غیرواگیر، حوادث، اختلالات روانی و آسیب های اجتماعی باشیم لذا رصد وضعیت تحرک فیزیکی، تغذیه سالم، کاهش مصرف دخانیات و الکل، مهارت های زندگی، فرزند پروری و زندگی مشترک، مراجعه برای دریافت مشاوره های سلامت روان و اتخاذ رفتارهای مطلوب اجتماعی همچون رفتار رانندگی و رعایت مقررات از یک سو ضروری است در همین زمینه بهبود نشانگرهای اجتماعی و محیطی از قبیل ترک تحصیل، بیکاری، نا امنی غذایی و فقر، کیفیت آب، هوا، خاک، پرتوهای یونیزان و غیر یونیزان، آلاینده ها و عوامل زیان آور محیط کار و به طور کلی کاهش بی عدالتی ها دستیابی به دورنمای فوق را سرعت می بخشد.

بخش سوم: الزامات

دستیابی به این دورنما در درجه اول نیازمند ساختار مناسب و بهبود عملکرد دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به عنوان واحد تولید همکاری های بین بخشی سلامت است

یابد. مدیریت های کم دوام و تغییر سریع مدیران برنامه ها و همکاری بین بخشی را کند و حتی متوقف می کند. جزایر پراکنده با کارکردهای مشابه در نهاد دولتی، موانع قانونی و بروکراتیک در برقراری رسمی روابط سازمانی و نپذیرفتن نقش های جدید، بی انگیزگی و سلیقه ای بودن همکاری ها، نبود مشوق برای همکاری بین بخشی، رقابت پنهان در سازمان ها از تهدیدهای همکاری بین بخشی در سلامت محسوب می شود. هر چند که ضعف نگرش سیستمیک در حل مشکلات، ضعف یادگیری تیمی برای حل مسائل ریشه در فرهنگ جامعه در همکاری و کارهای گروهی دارد.

در یک دهه گذشته کاهش نرخ رشد اقتصادی، تورم، تحریم های بین المللی، کاهش سرمایه اجتماعی و مشکلات زیست محیطی تهدیدهایی بوده که کیفیت زندگی مردم و سلامت آنها را تحت تاثیر قرار داده است، این موضوعات خود باعث شده که دستگاه ها به اولویت های دیگر بپردازند، هر چند که پرداختن صحیح با همین موضوعات خود اقدامی سلامت محور است و از یک منظر فرصتی برای تقویت همکاری بین بخشی است.

قوت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فرصت های بیرونی برای تقویت همکاری های بین بخشی در جدول ۲ شرح داده شده است.

بخش دوم: جهت گیری

با توجه به تحلیل وضعیت همکاری های بین بخشی نقطه مطلوب در سال ۱۴۰۴ برای توسعه رویکرد همکاری بین بخشی این است که «مدیریت و بدنه ی کارشناسی کلیه دستگاه ها و شبکه های مردمی در سطح ملی، استانی و شهرستان ها با شناخت اثر خود بر سلامت مردم، سهم و نقش خود را برای پذیرش و اجرای تفکر سلامت در همه سیاست ها نشان داده و عملکرد سلامت محوری خود را بر اساس شاخص های معین ارتقاء دهند تا ضمن بهبود شاخص های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، تجربیات ایران در بین کشورهای منطقه قابل الگوبرداری باشد».

۳. شیوه نامه پایش و ارزشیابی مصوبات طراحی و اجرایی گردد و سالانه آخرین وضعیت مصوبات با نشانگرهای کمی اعلام عمومی شود.
۴. برنامه های جامع سلامت استان ها با رویکرد همکاری بین بخشی و بر اساس نیازهای اولویت دار منطقه ای و بومی تدوین و اجرایی گردد.
۵. قانون پیوست سلامت به طور هماهنگ با سایر پیوست های زیست محیطی، اجتماعی و فرهنگی ادغام و اجرا شود، نتایج این مطالعات در معرض عموم قرار گیرد.
۶. برنامه های جلب حمایت از مسوولان ارشد کشور نسبت به اهمیت سلامت تدوین شود و راه هایی برای اثرگذاری در عوامل کلان اثرگذار بر سلامت از جمله کسب آمادگی و حضور موثر در مجموعه شورای های عالی کشور و مراجع تصمیم گیری شناسایی و اجرا شود.
۷. راهکارها و اقدامات حقوقی بر علیه دستگاه های دولتی آسیب زنده به سلامت مردم بررسی و در صورت نیاز برای تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه شود.
۸. نهاد سازی برای سلامت در بخش های مختلف از جمله راه اندازی دبیرخانه های سلامت در دستگاه ها و توسعه دانش فنی سلامت مرتبط با مأموریت بخش های مختلف توسعه در درون این سازمانها تقویت شود.
۹. یکپارچه سازی دبیرخانه های هیات امانا، شورای دانشگاه، هیات رئیسه دانشگاه و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی برای ارتقای کمیت و کیفیت همکاری بین بخشی و هماهنگی درون بخشی در راستای وحدت فرماندهی انجام شود.
۱۰. بازنگری ساختار و سیستم فرآیندی (روال ها و استانداردهای) دبیرخانه شورای عالی سلامت و

از جمله اینکه جایگاه دبیرخانه شورای عالی سلامت به عنوان یکی از ارکان سیاست گذاری به صورت واقعی مورد قبول و پذیرش مدیران ارشد وزارت خانه قرار گیرد. تعهد دستگاه ها برای بهبود عملکرد سلامت محوری با تدوین برنامه جامع سلامت کشور ممکن می شود، در این برنامه دستگاه ها با مشارکت خود مداخلات لازم در هر سه حوزه «سلامت محوری» شامل کارمندان و کارگران، محصولات و خدمات و محیط زیست را معین می کنند و حرکت هماهنگی برای بهبود شاخص های سلامت ایجاد می شود. نکته مهم آن است که باور به همکاری بین بخشی و تعهد به سلامت محوری برای دست اندرکاران در خلاء و کلاس های آموزشی اتفاق نمی افتد و شروع عملیات در این زمینه ضروری است، ایجاد نظام اعتبار بخشی و رتبه بندی برای سلامت محوری دستگاه ها راهکاری عملی برای این تغییر رفتار است.

مداخلات اولویت داری که برای بهبود عملکرد دبیرخانه و ایفای نقش تولیتی آن لازم است توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پیگیری شود عبارت است از :

۱. سهم همکاری بین بخشی در کلیه برنامه های سلامت وزارت بهداشت مشخص گردد و این مهم نیازمند طراحی و ابلاغ شیوه نامه است
۲. توانمند سازی مدیران و کارشناسان نظام سلامت در زمینه همکاری بین بخشی از وزیر تا بهورز روستا و مراقب سلامت در شهر و همچنین مدیران ارشد و کارشناسان مسئول سایر دستگاه ها اجرایی، سازمان ها و نهادها. طرح درس همکاری بین بخشی برای دانشجویان پزشکی، رشته های علوم بهداشتی و مدیریتی و پزشکان خانواده نوشته شده و اجرایی گردد. هر چند که انتظار می رود سیاست جامع آموزش «همکاری و کار تیمی» به عنوان یکی از محوری ترین ارزش ها در نظام نوین آموزش و پرورش مد نظر قرار گیرد.

بخشی در هر دستگاه و انجام اصلاحات از آن جمله است، در عمل هر سه ساختار در دستگاه ها دچار نقصان می باشد، این موضوع به شکل پیشنهاد بازنگری ساختار دولت براساس فرآیند همکاری بین بخشی به ویژه در نهاد ریاست جمهوری قابل پیگیری است. سازو کارهای تامین منابع مالی پایدار برای پروژه‌های بین بخشی توسط سازمان برنامه و بودجه کشور تعیین شود و نظام انگیزشی توسط هیات دولت برای توزیع منابع متناسب با موفقیت های دستگاه ها در تدوین و اجرای سیاست های سالم طراحی و اجرایی گردد. میزان مشارکت و همکاری بخش ها با بخش سلامت، یا اثر سنجش پذیر هر یک از آنها در بهبود شاخص های سلامت فرد و جامعه - به نسبت هایی که باید بر آنها توافق شود - ملاک توزیع منابع قرار گیرد. سهم سلامت محوری قوه قضائیه، قوه مقننه و نهادهای چون خبرگان رهبری، مجمع تشخیص مصلحت نظام و نهادهای تحت نظارت بیت معظم رهبری با مشارکت خود آنها تعیین گردد.

بحث

به طور خلاصه یافته های این مطالعه نشان می دهد که برای استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست ها جایگاه همکاری بین بخشی در بخش سلامت ایران از حیث حمایت صریح در قوانین و اسناد بالادستی و همچنین ساختار سازمانی در سطح مطلوبی قرار دارد اما نیازمند طراحی و نهادینه سازی ساز و کارهای اجرایی همکاری و ظرفیت سازی فرهنگی و مهارتی ذینفعان درون و برون بخش سلامت است. یافته های این مطالعه در مقایسه با نظریه های تحول سازمانی نشان می دهد که هر پنج قلمرو سازمانی نیازمند بهبود است، به عبارت دیگر رویکرد همکاری بین بخشی سلامت در کشور در ساختار، رسالت و برنامه، فرآیند و استاندارد، شیوه مدیریت و منابع (نیروی انسانی، منابع مالی، مدیریت اطلاعات و مجوزها یا امکانات) نیازمند برنامه ریزی و تحول است (۲۶).

امنیت غذایی برای بهبود نظام مند وضعیت ارتباطی درون و برون بخش سلامت از جمله مدیریت نظام مند کارگروه تخصصی امنیت غذایی، کارگروه تخصصی تهدید کننده های محیطی و فردی و کارگروه تخصصی سلامت روان و اجتماعی انجام شود.

۱۱. سازو کار طراحی، تصویب و نظارت تفاهم نامه های بین بخشی سلامت تعیین شود و ارتباط این تفاهم نامه با برنامه جامع سلامت مشخص شود، هر دستگاه شنا سنامه ای داشته باشد که انتظارات سلامت محور در آن مشخص شده و میزان موفقیت در آن رصد شود.

۱۲. تجربیات همکاری بین بخشی در کشور شناسایی شود و تبادل تجربه بین مناطق و استان ها انجام شود.

۱۳. اولویت های تحقیقاتی برای نیازهای تحقیقاتی در جهت ارتقای همکاری بین بخشی انجام شود و ظرفیت های مراکز تحقیقاتی کشور و شبکه های ملی مرتبط استفاده شود.

۱۴. سطوح همکاری بین بخشی از سطح ملی به سطوح استانی، شهرستانی و محله ای در قالب نظام نوین ارائه خدمات پیشگیری و کانون سلامت و رفاه محله یا منطقه شهری گسترش یابد.

۱۵. تدوین و استقرار سامانه ثبت عملکرد همکاری های بین بخشی و رصد میزان موفقیت تفاهم نامه ها و مصوبات و ارایه بازخورد در سطوح ملی تا شهر ستان. وضعیت ارتباطات سازمانی از طریق فضای وب در وزارت بهداشت ارتقاء یابد.

مداخلاتی نیز باید با حمایت نهادهای فرابخشی سلامت پیگیری شود. از جمله این موارد ایجاد بسترهای لازم برای سلامت محوری دستگاه ها است؛ ممیزی ساختارهای همکاری بین بخشی، مشارکت مردم و هماهنگی درون

آموزش پزشکی نشان داد که ابعاد نوآوری، دانش آموزی در سازمان، منصفانه بودن سیستم پاداش، پذیرش تغییر، حمایت مدیران و انتقاد پذیری و روحیه کار تیمی به میزان کم و اختیار و آزادی عمل، روشن بودن اهداف و انتظارات، ارتباطات، هماهنگی و انسجام به میزان متوسط و خود نظارتی و هویت پذیری به میزان زیاد در سازمان وجود دارند لذا نهادینه کردن رویکرد همکاری بین بخشی در شرایط انتقاد پذیری ضعیف مدیران، روحیه ضعیف کار تیمی و پذیرش کم تغییر دشوار خواهد بود (۳۱).

در این مطالعه ارتباط استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها با همکاری های بین بخشی با استفاده از تحلیل SWOT می‌تواند نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید را به صورت شفاف نشان دهد و امکان مداخله مستقیم را فراهم می‌کند. همچنین سایر بخش‌ها علاوه بر بهداشت در این تحلیل مشارکت داشته اند که با استفاده از دیدگاه های آن ها می‌توان اولویت های آتی را برنامه ریزی نمود. اما مشارکت احساسی سیاستگذاران در نشان دادن واقعی علایق به دلیل پژوهشی بودن مطالعه می‌تواند در نتایج ایجاد خطا کند. همچنین تنوع جغرافیایی ایران و تفاوت های فرهنگی حاکی از ضرورت تفاوت در سیاستگذاری های سلامت و نحوه ی همکاری های بین بخشی است.

نتیجه گیری

برای استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست ها و ارتقای سلامت محوری دستگاه های ملی و استانی باید مقررات اجرایی جدیدی در سطح بخش سلامت اصلاح یا وضع شوند، برنامه های جامع سلامت در سطح استان ها به شکل بومی و منطبق با اسناد بالادستی تدوین شود، دستورالعمل های همکاری بین بخشی از جمله شیوه مشارکت مردم و بخش خصوصی در تصمیمات سلامت طراحی و ابلاغ گردد، توانمندسازی سطوح مدیران ارشد و کارشناسان ستادی و استانی و سیاست های تشویقی برای استقرار هر چه بهتر

در تاریخچه بیانیه های بین المللی ارتقای سلامت از قبیل منشور اوتاوا و یا آما آتا Alma Ata Declaration یا Ottawa Charter ضرورت همکاری های بین بخشی تاکید شده و ابعاد سلامت در سیاست های مختلف در نظر گرفته شده است (۲۷) و مکررا حمایت های مدیریتی برای ایجاد تعهد در سطح سازمانی توصیه شده است (۱۹). با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه قوانین حمایتی به اندازه کافی در ایران موجودند اما دلایل مختلفی برای کمبود همکاری های بین بخشی وجود دارد. طبق تعریف همکاری بین بخشی مشارکت هر سه بخش خصوصی، دولتی و مردمی را شامل می‌شود (۲۸). در این مطالعه از دیدگاه خبرگان و ذینفعان نقش بخش خصوصی و مردم نادیده گرفته شده که یکی به دلیل دولتی بودن اکثر سازمان های سلامت محور در کشور و دیگری تاثیر کمتر بخش خصوصی و مردم در فرآیند سیاستگذاری های کلان کشور است. همچنین علاوه بر لزوم همکاری های بین بخشی در رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها باید برای سیاست هایی که همسو با سلامت جامعه نیستند جریمه در نظر گرفته شود (۲۹) اما در این مطالعه به قوانین و مقررات تشویقی به عنوان محرک ایجاد انگیزه اشاره شده است اما در بازنگری قوانین موجود در نظر گرفتن جریمه می‌تواند اهرم بازدارنده باشد. از طرفی در سطح سیاسی تعهدات شامل فاکتورهای متعدد از جمله چشم انداز و معطوف کردن توجهات سایر بخش‌ها به سلامت است تا وضعیت سلامت جامعه ارتقا یابد و به طور مشخص مورد حمایت قرار گیرد همچنین با استفاده از ابزار ارزیابی اثرات سیاست ها (HIA)، نتایج و اثرات رویکرد سلامت در همه سیاست ها ارزیابی شود (۳۰).

یافته‌های این مطالعه در زمینه ضعف‌های درونی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای عملیاتی کردن رضایت بخش رویکرد همکاری بین بخشی با مطالعه فرهنگ سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تطابق دارد. مطالعه فرهنگ سازمانی وزارت بهداشت درمان و

غذایی توصیه می شود، همچنان که شاهد هستیم در دو دهه گذشته زمان مناسبی از طرف وزرای مربوطه برای جلب همکاری بین بخشی صرف نشده و معاونت های وزارت خانه بدون هماهنگی با یکدیگر و با دبیرخانه شورای عالی به شکل سلیقه ای با دستگاه های دیگر ارتباط برقرار کرده اند.

تشکر و قدردانی

این طرح مطابق قرارداد شماره ۳۲۵/م/۲۴۱ مورخ ۹۴/۸/۱ موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است و نویسندگان اظهار میدارند که هیچگونه تضاد منافی وجود نداشته است.

همکاری های بین بخشی در اولویت قرار گیرند. نتایج این مطالعه در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای معاونین وزارت خانه نقد شده و پس از تکمیل و اصلاح در برنامه عملیاتی واحد های تابعه خصوصاً دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی گنجانده شود.

همکاری بین بخشی برای بهبود شاخص های سلامت ضرورتی اجتناب ناپذیر است و مداخله ای تشریفاتی و لوکس نیست لذا صرف زمان توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تقویت دیدگاه شورای معاونان وزارت متبوع برای توسعه روش های همکاری و تبعیت از یک فرماندهی واحد در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت

جدول ۱- فهرست شاخص های ارزیابی همکاری بین بخشی در نظام سلامت ایران به منظور پیاده سازی رویکرد سلامت در همه سیاست ها و راه آینده (مربوط به دوره زمانی قبل از پاندمی کووید-۱۹)

نشانه‌ها	زنجیره نتایج
کاهش مرگ، بیماری ها و آسیب ها (از جمله شاخص بار بیماری ها)	اثر (Impact)
بهبود سرمایه اجتماعی، افزایش کیفیت زندگی، ارتقای شاخص های سلامت اجتماعی (کاهش آسیب های اجتماعی)	
بهبود کلیه عوامل خطر بیماری به ویژه تغذیه، سیگار، سوء مصرف مواد و کم تحرکی	پیامد (Outcome)
بهبود شاخص های شیوه زندگی سالم و رفتارهای اجتماعی سالم و مهارت های معنوی افراد	
بهبود پوشش، دسترسی، بهره مندی، ایمنی و کیفیت ارائه خدمات سلامت ناشی از همکاری بین بخشی	
مشکلات سلامتی محیطی که از طریق تشکیل کمیته بین بخشی رفع و یا کاهش یافته است	

- نسبت پروژه ها و برنامه های کلان که پیوست سلامت دارند
- میزان رشد تفاهم نامه های بین بخشی و میزان عملیاتی شدن تفاهم نامه ها و قرارداد های اجرایی فیما بین بخش ها
- میزان رشد برنامه ها و سیاست های سلامت محور دستگاه ها
- میزان رشد جذب بودجه از سایر بخشها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- میزان رشد صرف بودجه توسط سایر بخشها برای خدمات، محصولات و سیاست های سالم
- میزان رشد پروژه های مشترک با وزارت خانه ها و سازمان ها (متناظر در استان ها)
- مصوبات عملیاتی شده شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (متناظر در استان ها)
- تعداد برنامه های در دست اجرای دستگاههای اجرایی بر اساس سند توسعه بخش سلامت در برنامه توسعه پنج ساله کشور
- میزان رشد تداوم همکاری ها (تعداد و ماه) در بخش های گوناگون (در دوره زمانی مشخص نسبت به دوره زمانی در گذشته)
- نسبت اهداف سلامت محور در برنامه های راهبردی کلان بخش ها
- نسبت سیاست ها و برنامه های سلامت که با همکاری بین بخشی تهیه شده اند
- میزان رشد پیام گزاران سلامت در دستگاه ها (رابطین سلامت از خود دستگاه)
- میزان رشد کارشناسان توانمند شده وزارت بهداشت در زمینه اصول و فنون همکاری های بین بخشی
- میزان رشد مشاورین سلامت در دستگاه ها
- نسبت کمیته های مشترک بین بخشی منجر به پیامد مشخص
- عضویت وزارت بهداشت در عالی ترین شوراهای وزارتخانه ها و سازمان های دیگر
- میزان مشارکت و عضویت کارشناسان دستگاه ها در کمیته ها و شوراهای اصلی وزارت بهداشت (متناظر در استان ها)
- وجود شوراهای عالی و استانی فعال (تعداد مصوبات مرتبط به مشکلات استان)
- تعداد کمیته های موضوعی که به طور بین بخشی در وزارت بهداشت تشکیل شده است
- میزان رضایت بخش ها از مشارکت در بخش سلامت
- تعداد جلسات بین بخشی و تعداد نفر روز جلسات شورا های بین بخشی
- 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
- نسبت دوره های آموزشی بین رشته ای برگزار شده برای بهبود سلامت از کل دوره های جدید راه اندازی شده
- درصدی از پژوهش های سلامت که بین بخشی طراحی و تامین مالی شده اند

برون ده
(Output)

فرایند
(Process)

- تعداد قوانین مدون مجلس که بر همکاری بین بخشی ر سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم تاکید دارد	
- 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 دستگاه ها برای سلامت	درون داد
- سهمی از منابع عمومی بخش ها که صرف برنامه های سلامت محور شده است	(Input)
- تعداد رابطین دستگاه ها که آشنا به موضوعات و مشکلات سلامت هستند	
- کمیت و کیفیت حمایت سازمان ها و وزارت خانه ها از همکاری نمایندگان آن بخش با بخش سلامت در سطح استان یا شهرستان	
- مجوز استخدام مشاور سلامت توسط دستگاه ها	

جدول ۲- تحلیل وضعیت همکاری بین بخشی (نقاط قوت و فرصت) در نظام سلامت ایران به منظور پیاده سازی رویکرد سلامت در همه سیاست ها و راه آینده (مربوط به دوره زمانی قبل از پاندمی کووید-۱۹)

فرصت ها	قوت ها
- قانون اساسی و چشم انداز بیست ساله کشور که بر سلامت و رویکرد کلی انسان سالم تاکید کرده است و بستر توسعه چند وجهی ناشی از چشم انداز ۱۴۰۴ مورد تاکید است	- وجود دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در وزارت بهداشت و مجوز ایجاد دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در دانشگاه های علوم پزشکی
- قانون تشکیل شورای عالی سلامت و کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در برنامه چهارم توسعه و ادامه کار آن در برنامه پنجم و تبدیل آن به قانون دائمی همزمان با تصویب برنامه ششم توسعه	- جدی شدن تشکیل جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با حضور وزیر بهداشت، و شکل گیری کمیسیون دائمی شورای عالی با حضور معاونان وزرای عضو شورای عالی
- رویکرد سلامت همه جانبه و مردم سالم در سیاست های کلان ابلاغی مقام رهبری و قانون برنامه پنجم توسعه و مفاد مرتبط برای کاهش خطرات سلامت	- وجود بیش از ۱۲۰ مصوبه شورای عالی که جنبه بین بخشی در حوزه های سلامت روان، امنیت غذایی، کنترل بیماری های غیرواگیر، سند ارتقا کیفیت آب آشامیدنی.
- رسمیت یافتن ادبیات SDH و موضوعات اجتماعی سلامت در کشور	- مصوبه شاخص های عدالت در سلامت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- لزوم کوچک سازی دولت طبق قانون و فرصت بازنگری در فرصت های همکاری بین بخشی	- افزایش آگاهی و انگیزش نسبی مسئولین و کارشناسان
- افزایش حضور متخصصان سلامت همگانی در سازمان ها و ایجاد نگاه سلامت محور	- از اهمیت همکاری بین بخشی از طریق برگزاری دوره های آموزشی مدون

-
- به راه افتادن بحث عوامل اجتماعی سلامت و تشکیل اداره مربوط در دبیرخانه شورای عالی
 - افزایش حساسیتهای مدیران ارشد در خصوص موضوع سلامت نسبت به دهه گذشته
 - وجود تجربیات کافی در تجربیات بین المللی پیرامون رویکردها، روشها و ارزیابی همکاریهای بین بخشی
 - تجربه بکارگیری این راهبرد در برخی از واحدهای فنی وزارت بهداشت
 - تجربه موفق همکاری بین بخشی در استان قزوین، مشارکت معاونت های بهداشتی سراسر کشور در تبدیل این تجربه به نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه و ابلاغ مشترک وزیر کشور و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 - طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و وظایف مرتبط برای توسعه همکاری بین بخشی
 - وجود تجربیات همکاری بین بخشی در گستره PHC کشور به ویژه در سطح روستاها
 - مشخص شدن نقش و سهم دستگاه ها و طراحی مدل ایفای نقش همکاری بین بخشی در سلامت
 - الگو و دستورالعمل طراحی شده برای تدوین پیوست سلامت
 - تلاش سالهای اخیر برای ظرفیت سازی کار بین بخشی در جهت تامین سلامت مردم (تولید شواهد، زیرساختها و منابع)
 - دوره های آموزشی مولفه های اجتماعی سلامت در دانشکده های بهداشت استان ها و آموزش نیروهای انسانی کارشناس طی ده سال گذشته
 - کارگروه های تخصصی ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی منشاء موفقیت هایی در زمینه امنیت غذایی بوده است.
 - حضور چندین مسئول سلامت در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در دوره فعلی
 - مقبولیت و حضور وجود تحصیلاترشدگان رشته های سلامت در سایر بخشها و گلوگاه های مهم سیاسی
 - وجود بیابانیه های بین المللی متعدد مبنی بر ضرورت همکاری بین بخشی در سه دهه گذشته و تاکید سازمان بهداشت جهانی
 - ضرورت پیوست سلامت برای طرح های توسعه ای بزرگ در قانون برنامه
 - مطرح شدن شاخص های مشارکت بین بخشی در ارزیابی ها
 - گسترش زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات
 - گذار اپیدمیولوژیک به بیماری های غیرواگیر که همکاری بین بخشی را برای مدیریت این بیماری ها می طلبد
-

References

1. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials, 2006.
2. Hoeijmakers M, De Leeuw E, Kenis P, De Vries NK. Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion.

- Health Promotion International. 2007 Jun 1;22(2):112-21.
3. Storm I, Harting J, Stronks K, Schuit AJ. Measuring stages of health in all policies on a local level: the applicability of a maturity model. *Health Policy*. 2014 Feb 1;114(2-3):183-91.
 4. World Health Organization. Glossary of terms used in the "Health for All" series, no. 1-8. 1984.
 5. Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion. Canada [https:// www. who. int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/). 1986
 6. Charter B. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. *An Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education*. 2006 Dec;21(S1):10.
 7. Nilsen P, Ståhl C, Roback K, Cairney P. Never the twain shall meet?-a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation Science*. 2013 Dec 1;8(1):63.
 8. Thow AM, Quested C, Juventin L, Kun R, Khan AN, Swinburn B. Taxing soft drinks in the Pacific: implementation lessons for improving health. *Health Promotion International*. 2011 Mar 1;26(1):55-64.
 9. Thow AM, Swinburn B, Colagiuri S, Diligolevu M, Quested C, Vivili P, Leeder S. Trade and food policy: case studies from three Pacific Island countries. *Food Policy*. 2010 Dec 1;35(6):556-64.
 10. Allender S, Gleeson E, Crammond B, Sacks G, Lawrence M, Peeters A, Loff B, Swinburn B. Policy change to create supportive environments for physical activity and healthy eating: which options are the most realistic for local government?. *Health promotion international*. 2012 Jun 1;27(2):261-74.
 11. Hendriks AM, Jansen MW, Gubbels JS, De Vries NK, Molleman G, Kremers SP. Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization—A qualitative exploration. *Health Policy and Technology*. 2015 Mar 1;4(1):47-57.
 12. Hendriks AM, Kremers SP, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *Journal of Obesity*. 2013 Apr 16;2013.
 13. Steenbakkens M, Jansen M, Hesdahl B, ten Dam J, Maarse H, de Vries N. Stimulating municipal inter-sectoral cooperation: local guidance in the development of an integrated health policy. *Health Sciences Journal*. 2011 Jun 1; 89 (5): 266.
 14. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. 2007
 15. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization; 2011.
 16. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, editors. Disease control priorities in developing countries. The World Bank; 2006 Apr 2.
 17. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
 18. Damari B. Role and share of Iranian governmental organizations in public's health. *Payesh (Health Monitor)*. 2015 Oct 15;14(5):515-24.
 19. Steenbakkens M, Jansen M, Maarse H, de Vries N. Local integrated health policy: intersectoral cooperation from the perspective of municipalities. *TSG*. 2010 Apr 1; 88 (3): 136-43.
 20. Marandi S.A Damari B Zeinaloo A Motlagh E Shadpour K. Review of the thirty years' experience of the Islamic Republic of Iran on Social Determinants of

- Health and Health Equity The future course: roles and orientations of the Islamic Consultative Assembly (Parliament). *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*, VOL. 30, NO. 3, Autumn 2012: 306-313 .
21. Damari B, Vosoogh Moghaddam A. Improving approaches of intersectoral collaboration for health by health and food security high council in IR Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014 Jan 15;11(3):1-6.
22. Damari B, Moghaddam AV, Salarianzadeh H. 3 Years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in IR Iran: the way forward. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2012;10(2):21-8.
23. Hajebi A, Damari B, Moghaddam AV, Nasehi A, Nikfarjam A, Bolhari J. What to do to promote mental health of the society. *Iranian Journal of Public Health*. 2013;42(Supple1):105.
24. Damari B, Abdollahi Z, Hajifaraji M, Reza zadeh A. Nutrition and food security policy in the Islamic Republic of Iran: situation analysis and roadmap towards 2021. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(02):177-88..
25. Rajan D, Ayazi MH, Moradi-Lakeh M, Rosamigooran N, Rahbari M, Damari B, Farshad AA, Majdzadeh R. Public voice and participatory governance in the health sector: status quo and way forward. In: Hsu J, Majdzadeh R, Harirchi I, Soucat A, editors. *Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Dave Higgins, Paul Andrew Bourne. Implementing Change in an Organization: A General Overview. *Sch J Psychol and Behav Sci*. 1(1)-2018.SJPBS.MS.ID.000102. DOI: 10.32474/SJPBS.2018.01.000102
27. Puska P, Ståhl T. Health in all policies—the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual review of public health*. 2010 Apr 21;31:315-28.
28. Olu O, Drameh-Avognon P, Asamoah-Odei E, Kasolo F, Valdez T, Kabaniha G, Karamagi H, Good S, O'Malley H, Yoti Z, Razakazoa N. Community participation and private sector engagement are fundamental to achieving universal health coverage and health security in Africa: reflections from the second Africa health forum. In *BMC proceedings 2019* Nov (Vol. 13, No. 9, pp. 1-11). BioMed Central.
29. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC, Ribeiro KG, Koller TS, Cruz FN, Atun R. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*. 2015 Apr 4;385(9975):1343-51.
30. Storm I, Aarts MJ, Harting J, Schuit AJ. Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level. *Health Policy*. 2011 Dec 1;103(2-3):130-40.
31. Rostamigooran N, Vosoogh-moghaddam A, Salarianzadeh M, Esmailzadeh H, Damari B. Organizational Culture of the Headquarters of the Iranian Ministry of Health and Medical Education. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2016 Dec 15;14(3):1-4

Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward (This Research was Conducted Before the Covoid-19 Pandemic)

Damari B: PhD. Associated Professor, Department of Health and Governance, Institute of Neuroscience, Tehran University Of Medical Science, Tehran, Iran-Corresponding Author: bdamari@gmail.com

Vosough Moggadam A: PhD. Assistant Professor, Department of Health and Society Group, Secretariat of Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Rostamigooran N: PhD. Assistant Professor, , Department of Health Sector Policy Group, Secretariat of Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Salarianzadeh MH: MD. Secretariat of Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Malekafzali Sh: MSc. Department of Health Governance Group, Secretariat of Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: May 24, 2020

Accepted: Jun 8, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: For achievement of equity in the population health the implementation of health in all policies is essential. The most crucial intervention in this approach is inter-sectoral collaboration.

Materials and Methods: This was a qualitative study based on the national policy framework. Data were collected using literature review, in-depth interviews and focus group discussions with the stakeholders. The results were categorized into three sections, namely, situational analysis and factors affecting it, developing goals and objectives, and requirements and interventions.

Results: Currently inter-sectoral collaboration in the Iranian health system potentially allows to have health in all policies policy in terms of explicit legislative support, national macro-policies/upstream documents and organizational structure. It will require proper planning as regards designing and institutionalizing appropriate mechanisms for collaboration, as well as cultural and skills capacity building, for stakeholders within and outside the health sector.

Conclusion: The findings of this study can be used in annual operational planning of the High Council of Health and Food Security secretariat.

Keywords: Health in all Policies, Intersectoral Collaboration, High Council of Health and Food Security, Iranian Health System