

به نام خدا

ساختار و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیر مجموعه های آن

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دی ماه ۹۳

فهرست

۳.....	تدوین کنندگان
۴.....	پیشگفتار
۵.....	مقدمه
۶.....	تعاریف
۸.....	ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه‌های آن
۸.....	الف- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۱۱.....	ب- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۱۶.....	پ- کمیسیون دائمی
۱۸.....	ت- کارگروه‌های تخصصی
۲۰.....	ث- کمیته‌های فنی
۲۱.....	ج- کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
۲۴.....	پیوست‌ها

تدوین کنندگان :

تدوین و گرد آوری:	
سرپرست گروه هماهنگی سیاست های فرابخشی سلامت	دکتر نرگس رستمی گوران
کارشناس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت	دکتر شیوا مافی مرادی
زیر نظر:	
ریاست دبیرخانه سیاست گذاری سلامت	دکتر علی رضا دلاوری
ویراستاران علمی:	
مشاور رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت و سرپرست گروه سیاست های بخشی سلامت	دکتر عباس وثوق مقدم
رئیس گروه برنامه های بین بخشی سلامت	دکتر حسین سالاریان زاده
مشاوران:	
مشاور رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت	دکتر حمید صفی خانی
مشاور رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت	دکتر عزیز اله معماربانی
مشاور رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت	مهندس حمید اسماعیل زاده
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر بهزاد دماری

پیشگفتار

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است و برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت توام با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی شمرده می‌شود و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند. در راستای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم از طریق نهادهای سازنده رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه (مورد تأکید مقام معظم رهبری در بند دوم از سیاست‌های کلی سلامت) و مدیریت بهینه مخاطرات و تعیین‌کننده‌های اقتصادی اجتماعی سلامت در کشور، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به عنوان تنها مرجع اصلی سیاست‌گذاری در بحث سیاست‌های اجرایی فرابخش سلامت بر اساس ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه کماکان به فعالیت خود ادامه می‌دهد. در این راستا و بر اساس بند ۶ آیین‌نامه مصوب شورا در تاریخ ۳۰/۱۱/۹۰ از سوی هیأت محترم دولت وقت، دبیرخانه شورا مکلف به تدوین دستورالعملی جهت نحوه تشکیل و شیوه کارشناسی موضوعات در کارگروه‌های تخصصی می‌باشد. نوشتار پیش‌رو همان‌طور که از نام آن پیداست، با هدف تبیین و شفاف‌سازی ساختار و فرآیند کار در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تدوین شده و تلاش شده‌است تا با بهره‌گیری از یک رویکرد سیستمی و با نظر به اهمیت و دامنه تأثیر عوامل دست‌اندرکار ضمن پیشنهاد ساختاری پویا و انعطاف‌پذیر، هر یک از فرآیندهای چرخه سیاست‌گذاری در حوزه فرابخشی سلامت توصیف شده و به عنوان یک ابزار استاندارد مورد استناد و استفاده دست‌اندرکاران فرآیند تصمیم‌گیری قرار گیرد.

دکتر علیرضا دلآوری

رئیس دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت

مقدمه

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

آنچه که بیش از همه مورد اذعان و توافق صاحب‌نظران مختلف است، پیچیدگی و ماهیت پویای چرخه سیاست‌گذاری است. به گونه‌ای که شاید نتوان هیچ مدل و پروتکل واحد و منسجمی را در سطوح مختلف نظام برنامه‌ریزی برای آن جستجو نمود. اما با وجود رویکردهای متعدد به چرخه سیاست‌گذاری، همواره تلاش صاحب‌نظران این حوزه بر آن بوده تا از طریق تبیین مراحل و ارکان اساسی چرخه مذکور، بر جنبه عقلایی آن بیفزایند. اگرچه واقعیت اجتماعی در اکثر مواقع نشان‌دهنده غلبه رویکردهای غیرعقلایی و تدریجی در هر یک از مراحل اصلی چرخه شامل تشخیص مسائل، گزینه‌یابی و انتخاب مناسب‌ترین گزینه بوده است. به گونه‌ای که شاید نتوان در عرصه عمل مراحل عمده چرخه سیاست‌گذاری را به وضوح مشاهده و از یکدیگر تمیز داد.

با وجود این، تلاش در راستای نظم‌دهی و سازمان‌بخشیدن به چرخه سیاست‌گذاری از طریق شناسایی، تبیین و مشروعیت‌بخشی به مراحل چرخه، متناسب با شرایط محیطی و مقتضیات حاکم، به ویژه در سطح سیاست‌های اجرایی و تدبیری می‌تواند گام مؤثری در راستای استقرار و نهادینه کردن نظام سیاست‌گذاری به ویژه در سطح فرابخشی سلامت به شمار آید. به علاوه استقرار چنین نظامی می‌تواند ضمن ایجاد ذهنیت و زبان مشترک و مورد توافق در رابطه با ساختار و محتوای کارکردی چرخه سیاست‌گذاری میان ذینفعان دست‌اندرکار در حوزه سیاست‌گذاری، بر کارایی و اثربخشی فرآیند سیاست‌گذاری و نیز کیفیت مصوبات به عنوان خروجی چرخه بیفزاید.

از این رو دست‌اندرکاران و کارشناسان دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بر آن شدند تا به منظور شفاف‌سازی فرایند سیاست‌گذاری فرابخشی سلامت و کمک به ارتقاء کیفیت مصوبات و تضمین اجرای آن‌ها، نسبت به استقرار نظام سیاست‌گذاری فرابخشی در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اقدام نمایند. در این مستند ضمن معرفی ساختار و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به طور خلاصه فرآیند کار در این ساختار با رویکردی هنجاری توضیح داده شده است.

تعاریف:

مسأله - منظور از مسأله در دستورالعمل پیش‌رو، آن دسته از مسائلی هستند که در وهله اول توسط کارشناسان و خبرگان دستگاه‌ها، نهادها و مراجع مختلف تشخیص داده شده و از کانال‌های مختلف جهت قرار گرفتن در دستور کار شورای عالی سلامت مطرح می‌شوند.

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

کاربرگ بیان مسأله - منظور از کاربرگ بیان مسأله، چارچوبی است که جهت بررسی تمامی جنبه‌های یک مسأله مبتنی بر شواهد و مستندات علمی و کارشناسی شده توسط مراجع درخواست‌کننده، طراحی شده است. در واقع تکمیل اصولی کاربرگ مذکور سنگ بنای فرآیند دستور کار گذاری بوده و نقش بسیار موثری در کیفیت شناسایی موضوعاتی دارد که در دستور کار قرار می‌گیرند.

مرجع درخواست‌کننده - منظور از مرجع درخواست‌کننده، به تمامی دستگاه‌ها، نهادها و سازمان‌های ذینفع و دست‌اندرکار در حوزه سلامت و امنیت غذایی کشور اطلاق می‌شود که از کانال‌های مختلف نسبت به طرح مسائل پیشنهادی خود به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جهت قرار گرفتن در دستور کار نهایی شورا اقدام می‌نمایند.

دستگاه‌ها و نهادهای ذینفع در حوزه فرابخشی سلامت - منظور از دستگاه‌ها و نهادهای ذینفع در حوزه فرابخشی، تمامی دستگاه‌ها و نهادهایی هستند که به لحاظ کارکردی و نهادی دارای مأموریت و اهداف تعریف شده و مشخصی در حوزه سلامت و امنیت غذایی کشور بوده و از این رو در تعیین و تبیین مسائل، چاره‌جویی، تحلیل راهکارهای پیشنهادی برای مسائل مطروحه و نیز اجرای آن‌ها پس از تصویب در شورای عالی ذینفع و دست‌اندرکار هستند.

بانک اطلاعاتی - منظور از بانک اطلاعاتی، سامانه‌ای است که اطلاعات مربوط به تمامی مسائل مطرح شده از سوی مراجع درخواست‌کننده مختلف به صورت مستمر و نظام‌مند در آن ثبت شده و مستند می‌گردد. به گونه‌ای که همواره با افزوده شدن بر محتوای اطلاعاتی آن امکان گزارش‌گیری‌های تحلیلی از آن در هر زمان وجود خواهد داشت.

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

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

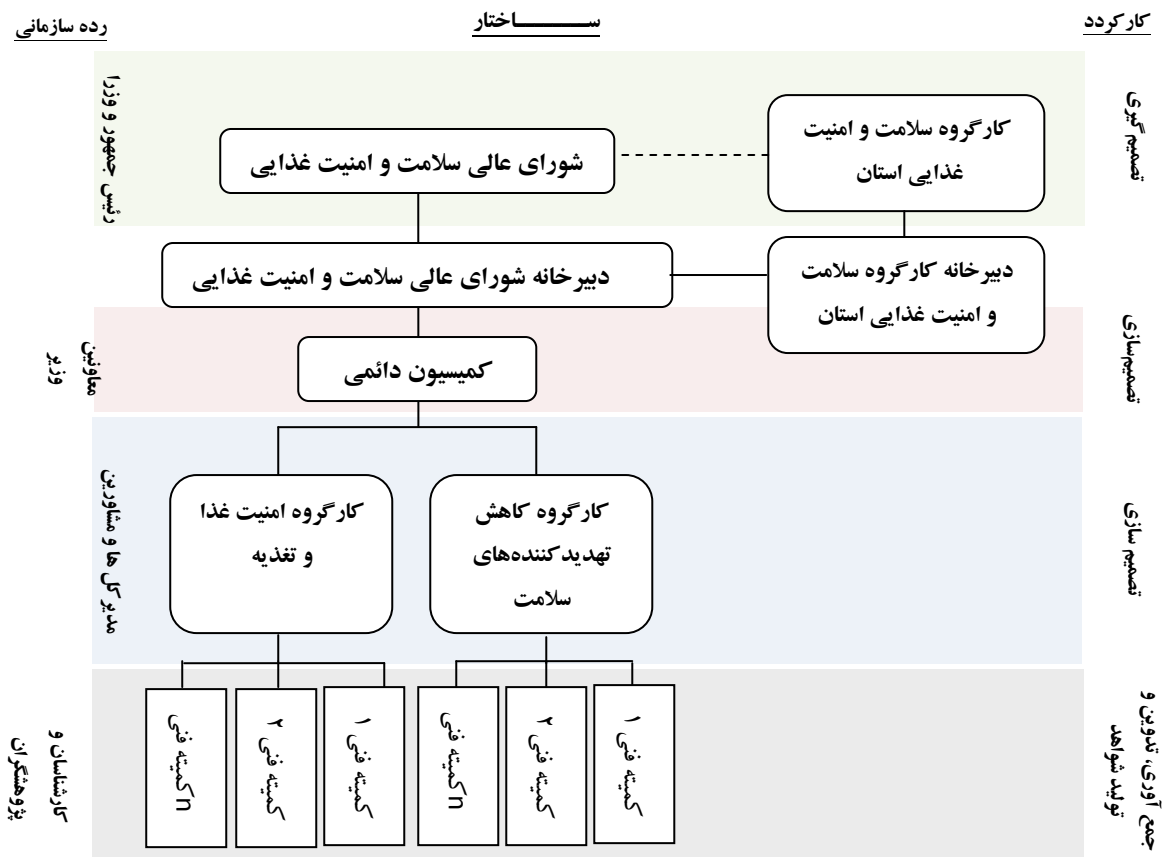
اجماع - اجماع یک روش تصمیم‌گیری گروهی است که هدف آن نه تنها مشارکت حداکثری افراد بلکه توجه به مخالفت‌های گروه اقلیت است. تصمیم‌گیری اجماعی نوعی تفاهم‌همگانی است که در آن باید: ۱- حداکثر افراد عضو شرکت کنند. ۲- اعضا تصمیم‌گیرنده مشارکت فعال داشته باشند ۳- همه باید همکاری کنند تا به بهترین جواب مورد پسند برسند. ۴- همه اعضا باید حق ارائه یا مخالفت یا رد پیشنهادات را داشته باشند. رسیدن به اجماع نیازمند توجه جدی به نظرات هر یک از اعضای گروه است.

اصول - منظور از اصول، مجموعه‌ای از نقاط آگزیوماتیکی هستند که همه دست‌اندرکاران حوزه تصمیم‌گیری بر روی آنها به عنوان پیش‌فرض‌های مشترک توافق داشته و به سان نقاط عزیمت به آنها می‌نگرند.

پورتفولیو - مجموعه‌ای از طرح‌ها، کارها و یا پروژه‌هایی است که به منظور تسهیل مدیریت و اطمینان از تحقق اهداف استراتژیک در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه‌های آن

در شکل زیر نمایی از ساختار شورا به تصویر کشیده شده است.



شکل ۱- ساختار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

الف- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

مطابق بند (الف) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه کشور، «فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی^۱ که برابر بند (الف) ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه با ادغام شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت تشکیل شده است، در مدت اجرای برنامه پنجم ادامه می‌یابد. تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده و پس از تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.»

۱- ماموریت شورای عالی

تصویب سیاست‌های اجرایی بین‌بخشی سلامت در راستای تامین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و بر خورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم.

^۱ از این پس در سراسر این متن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، شورای عالی نامیده می‌شود.

۲- ترکیب اعضای شورای عالی

مطابق آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی پیوست ۱)، مصوبه مورخ ۱۳۹۰/۰۸/۰۱ هیات وزیران- به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (الف) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه مصوب ۱۳۸۹، اعضای شورای عالی به شرح زیر می‌باشند:

۱. رئیس جمهور (رئیس شورا)،
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر شورا)،
۳. معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور،
۴. وزیر کشور،
۵. وزیر صنعت، معدن و تجارت،
۶. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی،
۷. وزیر آموزش و پرورش،
۸. وزیر جهاد کشاورزی،
۹. وزیر ورزش و جوانان،
۱۰. رئیس سازمان حفاظت محیط زیست،
۱۱. رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران،
۱۲. رؤسای کمیسیون‌های بهداشت و درمان، امور اجتماعی و برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر،
۱۳. سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)،
۱۴. رئیس سازمان ملی استاندارد ایران،
۱۵. یک نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه سلامت بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید رئیس شورای عالی،
۱۶. دو نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی و تأیید رئیس شورای عالی.

تبصره ۱- جلسات شورای عالی در غیاب «رئیس جمهور» به ریاست «معاون اول رئیس جمهور» تشکیل می‌شود.
تبصره ۲- دبیر شورای عالی می‌تواند از سایر وزرای ذی‌ربط حسب مورد جهت شرکت در جلسات شورای عالی با حق رای دعوت به عمل آورد.

۳- شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۳-۱- تدوین و تصویب سیاست‌ها

- ⊕ سیاستگذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی
- ⊕ بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی

- ⊕ تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه‌ای
- ⊕ تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع همگانی سلامت و امنیت غذایی» به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۲- پایش و نظارت بر اجرای سیاست ها

- ⊕ شاخص گذاری و پایش اجرای سیاست‌های اجرایی مصوب
- ⊕ تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی
- ⊕ ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی ذینفع و دست اندرکار اجرای سیاست‌ها

۴- فرایند انجام کار و نحوه تصمیم گیری

به منظور ایجاد ذهنیت مشترک در رابطه با نحوه و فرآیند تصمیم‌گیری در شورا و شفاف‌سازی مسیر تصویب سیاست‌های فرموله شده، عمده مراحل انجام کار و تصمیم‌گیری به قرار ذیل در نظر گرفته شده است:

۱. به منظور بررسی اولیه پیش‌نویس مصوبات، شورایی تحت عنوان «شورای معین» متشکل از وزراء دستگاه‌های عضو شورای عالی، قبل از تشریف‌فرمایی رئیس‌جمهور (حداقل دو ساعت پیش از برگزاری جلسه شورای عالی) تشکیل می‌گردد. رئیس و دبیر کمیسیون دائمی بدون حق رأی می‌توانند در جلسات شورای معین شرکت کنند.
۲. پیش‌نویس مصوبات در جلسه شورای معین به وسیله دبیر شورای عالی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) خوانده شده و نظر اعضا اخذ و پس از توافق به طور همزمان در متن پیش‌نویس اعمال می‌گردد.
۳. صورتجلسه شورای معین در همان جلسه تهیه شده و موارد مورد توافق مشخص می‌گردد و موارد مورد اختلاف با ذکر علت عدم توافق با ذکر اسامی طرفین موافق و مخالف ثبت می‌گردد.
۴. دبیر شورای عالی (وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) بر اساس صورتجلسه شورای معین، پیش از برگزاری جلسه شورای عالی، نسبت به تعیین دستورکار جلسه اقدام می‌کند.
۵. در ابتدای جلسه، دستورکار شورای عالی بند به بند توسط دبیر شورا قرائت می‌شود. سپس یک نفر موافق و یک نفر مخالف در رابطه با هر بند به بیان نظرات خود می‌پردازند. بعد از آن فرصت در اختیار رئیس‌جمهور قرار می‌گیرد تا با توجه به نظرات موافق و مخالف، نظر خود را بیان نمایند. در انتها پس از اتمام صحبت‌های رئیس‌جمهور با حضور حداقل سه‌چهارم اعضای شورا، رأی‌گیری به عمل می‌آید. در نهایت مصوبات نهایی شورا بر اساس نتایج رأی‌گیری تعیین می‌شوند. (لازم به ذکر است که همه اعضای رسمی و ثابت شورای عالی به استثنای ناظرین دارای حق رأی می‌باشند)
۶. دبیرخانه شورای عالی موظف است حداکثر ظرف مدت یک هفته نسبت به جمع‌بندی نظرات شورا و تهیه متن مصوبات نهایی به منظور ارسال به دفتر ریاست جمهوری جهت تصویب در هیأت وزیران و طی مراحل ابلاغ به دستگاه‌های اجرایی اقدام نماید.
۷. محل تشکیل جلسات شورای عالی و شورای معین دفتر ریاست جمهوری و مدت زمان هر جلسه حداکثر ۲ ساعت می‌باشد.

ب- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دبیرخانه سیاستگذاری سلامت به عنوان بازوی تسهیل گر و هماهنگ کننده امور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، در راستای تحقق مأموریت خود، وظایف مهمی چون برگزاری جلسات کارگروه‌ها، برقراری ارتباطات با اشخاص حقیقی و حقوقی، مشاوره و راهبری کارشناسان دستگاه‌های دست‌اندرکار چرخه سیاستگذاری را بر عهده دارد.

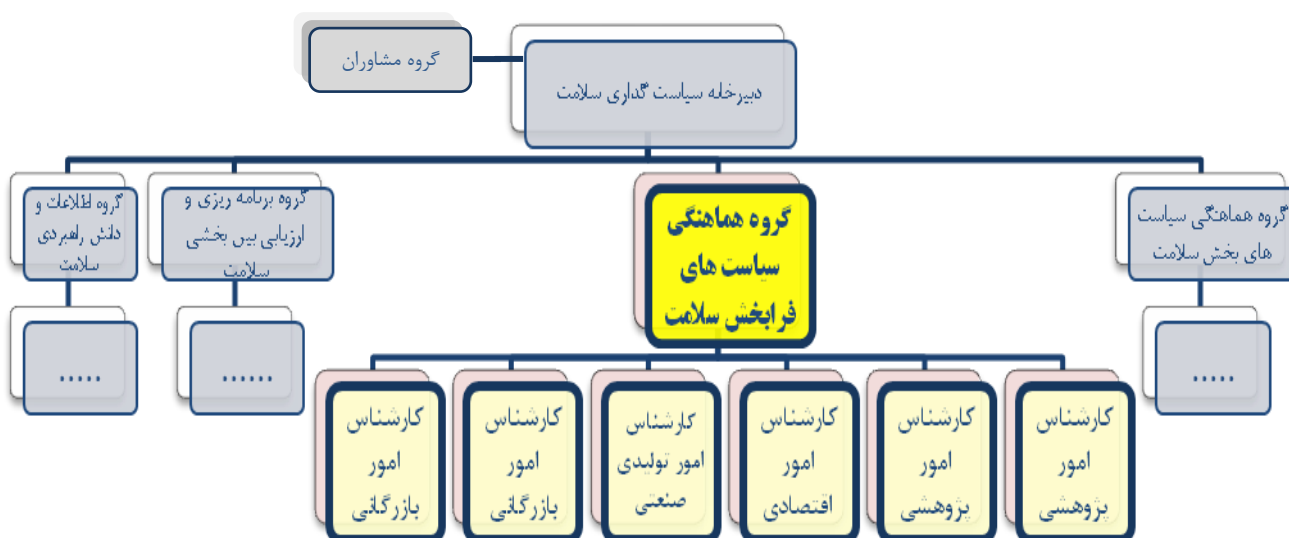
۱- مأموریت دبیرخانه شورای عالی

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

۲- ساختار دبیرخانه شورای عالی

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی زیر مجموعه دبیرخانه سیاستگذاری سلامت در حوزه قائم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و ریاست آن با وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است که می‌تواند به ریاست دبیرخانه سیاست گذاری سلامت یا قائم مقام وزیر تفویض گردد.

به منظور هماهنگی با سایر سازمان‌های عضو شورا، در هر دستگاه یک نفر از مدیران ارشد با معرفی ریاست دستگاه مربوطه به همراه یک کارشناس به عنوان هماهنگ کننده/ مشاور سلامت جهت همکاری با دبیرخانه شورای عالی مستقر در وزارت بهداشت تعیین می‌شوند. مشاور سلامت وظیفه دارد تا هماهنگی لازم بین دبیرخانه و اعضا کارگروه‌ها و عضو کمیسیون دایمی از دستگاه مربوطه را ایجاد کرده و ارتباطات را تسهیل نماید. این هماهنگی شامل تسهیل حضور فعال وزارت بهداشت در سایر شوراها و جلسات فرابخشی نیز می‌باشد.



شکل ۲- جایگاه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دبیرخانه سیاستگذاری سلامت

۳- شرح وظایف دبیرخانه شورای عالی

۳-۱- تهیه و تنظیم پیش نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی)

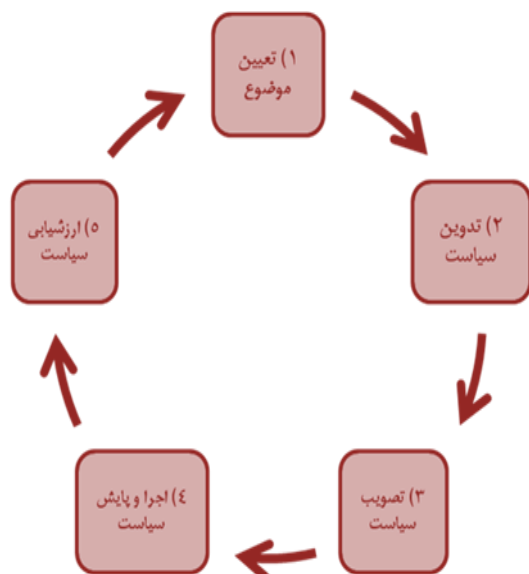
- ⊕ بررسی مسائل و پیشنهادهای دریافتی و مدیریت فرایند تهیه و تنظیم پیش نویس مصوبات برای طرح در شورای عالی (شامل دریافت کاربرگ مساله، اولویت بندی، سفارش سیاست نامه یا چکیده شواهد، برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی و کمیسیون دائمی)،
- ⊕ ارسال دعوت نامه و دستور جلسات برای اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی،
- ⊕ تنظیم صورتجلسات شورای عالی، شورای معین و کمیسیون دائمی،
- ⊕ ارسال متن مصوبات نهایی به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ.

۳-۲- نظارت بر استقرار سیاست‌ها

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

۴- فرایند انجام کار

دبیرخانه شورای عالی در روال منطقی می‌بایست مطابق شکل زیر، چرخه‌ی سیاست‌گذاری سلامت را از تعیین موضوع شروع کرده و مدیریت نماید. انتظار می‌رود هر مرحله از این چرخه به ترتیب به محصولی مشخص به شرح زیر منتهی شود:



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

۴-۱- تعیین موضوع

دبیرخانه برای تهیه موضوعاتی که در دستورکار سیاست گذاری سلامت قرار می‌گیرند به دو روش فعال و غیرفعال عمل می‌کند:

الف - در شکل فعال، «دبیرخانه» هر سه تا پنج سال یک بار از ظرفیت خود برای ارزیابی و تحلیل دوره‌ای وضعیت سلامت و عملکرد دستگاه‌های فرابخش

سلامت استفاده می کند و سالانه نیز با تحلیل گزارش های کارشناسان و مدیریت ها به صورت فعال موضوعاتی را در دستور کار دبیرخانه قرار می دهد.

ب - در شکل غیرفعال، گزارش های رسیده از دستگاه های اجرایی عضو و سایر ذینفعان، اعلام نظر مردم یا رسانه ها، نتیجه طرح های تحقیقاتی یا نظر ارائه کنندگان خدمات و ...، مبنای ورود مساله به دستور کار قرار می گیرد که به شرح زیر اولویت آن تعیین می گردد:

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

۲. تعیین اولویت در شورای ارزیابی انجام می شود. اعضای شورای ارزیابی متشکل از رئیس دبیرخانه سیاستگذاری سلامت، یک نفر خبره نظام سلامت، یک نفر پژوهشگر سلامت و یک نفر نماینده سازمان های خارج از نظام سلامت (یکی از اعضای فرابخشی کارگروه مرتبط به تشخیص رئیس دبیرخانه) است که مسئولیت ارزیابی و امتیازدهی به مسائل شناسایی شده را بر اساس شاخص های تعیین شده (پیوست ۳) عهده دار خواهند بود. این شورا به طور دوره ای و بنا بر تشخیص رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می شود. نتیجه ارزیابی در کارگروه های تخصصی و کمیسیون دائمی ارائه می گردد.

۴-۲- تدوین پیش نویس سیاست

پس از تعیین موضوعات و قرار گرفتن آنها در دستور کار دبیرخانه شورا، بسته به فوریت موضوع و وجود راهکارهای اجرایی موفق با پشتوانه شواهد معتبر و قوی در رابطه با هر موضوع، دبیرخانه شورا نسبت به سفارش تدوین «سیاست نامه» و یا تدوین «خلاصه شواهد» (مسیر سریع) اقدام می کند.

جدول ۱- شواهد مورد استفاده در تصمیم سازی بر اساس فوریت موضوع و وجود شواهد معتبر

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

الف- تدوین سیاست نامه

سیاست نامه در رابطه با موضوعاتی تدوین می شود که شواهد کافی برای اثبات اثربخشی یک راهکار مشخص و مورد توافق همه ذینفعان وجود نداشته و لازم است با مراجعه به دانش و تجربه جهانی و با استناد به مطالعات متا آنالیز موجود و در دسترس، گستره راهکارهای اثربخش و البته متناسب با ویژگی های زمینه ای کشور شناسایی و در چارچوب سیاست نامه تنظیم شوند. هدف از تدوین سیاست نامه کمک به سیاست گذاران و ذینفعان دست اندرکار

تدوین مصوبات در انتخاب متناسب‌ترین راهکار از میان راهکارهای موجود به پشتوانه شواهد و مستندات معتبر و موثق است.

در سیاست‌نامه به سه سوال اصلی پاسخ داده می‌شود:

۱. موضوع چیست؟
 ۲. گزینه‌های سیاستی پیشنهادی برای حل موضوع کدام است؟
 ۳. شیوه اجرای راه حل‌ها کدام است (در اجرای راه حل‌ها به چه نکاتی باید توجه کرد)؟
- ذیل هر سوال اصلی، سوالات دیگری نیز مطرح می‌شود که پاسخ به این مجموعه سوالات تصویری از موضوع، راهکارهای آن و شیوه اجرا و استقرار مداخلات را ارائه می‌دهد. (پیوست ۴- فرم شماره)
- نکته مهم- لازم است در پاسخ به تمامی سوالات از بهترین شواهد موجود به شیوه‌ای شفاف و تکرارپذیر استفاده شده و روش جستجوی شواهد در پیوست ارائه شود.

مراحل تدوین سیاست‌نامه به شرح زیر است:

۱. بستن قرارداد با تدوین‌کننده سیاست نامه (سفارش تدوین سیاست نامه)،
۲. توجیه و آموزش تدوین‌کننده سیاست‌نامه و تیم همکار توسط واحد/کمیته فنی مربوطه و در صورت ضرورت دبیرخانه شورای عالی،
۳. تدوین و ارائه پیش‌نویس سند سیاست توسط طرف قرارداد،
۴. بررسی پیش‌نویس سند سیاست تدوین شده در واحد/کمیته فنی مربوطه،
۵. بررسی سیاست‌نامه و راهکارهای پیشنهادی در کارگروه تخصصی مرتبط و کمیسیون دائمی، جمع‌بندی و اعمال نظرات ذینفعان در خصوص راه حل‌های پیشنهادشده در سیاست‌نامه توسط واحد/کمیته فنی، آماده کردن پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی با نظارت دبیرخانه پیش از ارائه آن به کانون سیاست‌گذار^۲،
۶. قرار دادن پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی به انضمام سیاست‌نامه نهایی در دستور جلسه کانون سیاست‌گذار توسط دبیرخانه.

ب- تدوین خلاصه شواهد

در مواردی که راه حل‌های موضوع مشخص بوده و لازم است به سرعت در مورد موضوعی تصمیم‌گیری شود و یا نهادهای حاکمیتی بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت شواهد معتبری در این خصوص منتشر کرده اند، به جای سیاست‌نامه از فرمت خلاصه شواهد استفاده می‌شود. نکته مهم دیگر که تدوین خلاصه شواهد را الزامی می‌نماید، وجود شواهد جهانی مبنی بر اثربخش بودن راه حل‌های مورد توافق است. (پیوست ۵- فرم شماره)

پ- بررسی شواهد و پیشنهاد سیاست‌ها

^۲ اصلی‌ترین کانون سیاست‌گذار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است اما در پاره‌ای موارد پیش‌نویس مصوبات جهت تفاهم‌نامه بین دو وزیر یا وزیر بهداشت و ریاست یک دستگاه تنظیم می‌گردد.

پس از تدوین سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد کمیته فنی یا واحد فنی مسئول وظیفه دارد نظر کارشناسی خود را در مورد مستندات و راه‌حل‌های پیشنهادی اعلام و متن سیاست‌های اجرایی را مطابق دستورالعمل (پیوست ۶) تدوین نماید. سیاست‌های اجرایی و مستندات آن (سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد) در جلسات کارگروه‌های تخصصی بررسی می‌شوند.

جلسات کارگروه به منظور بررسی سیاست‌نامه و پیش‌نویس مصوبات پیشنهادی حداقل یک بار در ماه در محل دبیرخانه سیاست‌گذاری طبق دستورالعمل (پیوست ۷) تشکیل می‌شود. ضمن آنکه برگزاری جلسات فوق‌العاده (به علت فوریت تصمیم‌گیری در رابطه با موضوعی خاص) نیز مجاز خواهد بود. تصمیم‌گیری در جلسات با اجماع آرای اعضای حاضر اتخاذ می‌شود.

۴-۳- انتخاب و تصویب سیاست

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

۴-۴- مدیریت استقرار و پایش سیاست

الف) کمیته / واحد فنی دستگاه متولی اجرای مصوبه (سیاست اجرایی)، برنامه زمان‌بندی شده برای اجرای سیاست مصوب را در قالب نظام برنامه‌ریزی عملیاتی تنظیم می‌کند و پس از تایید بالاترین مقام آن دستگاه به «دبیرخانه» ارسال می‌دارد.

برای پیگیری استقرار مصوبات اقدامات زیر از طریق دبیرخانه صورت می‌گیرد:

۱. اعلام برنامه عملیاتی به دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی پس از تایید در کارگروه تخصصی و کمیسیون دائمی (پیوست ۸ فرم شماره:)
۲. تهیه برنامه پایش مصوبات شورا با همکاری کمیته فنی/واحد فنی (پیوست ۹ شماره فرم:)
۳. دریافت گزارش‌های دوره‌ای و منظم پایش برنامه‌ها از مجریان ملی/استانی/دانشگاهی و ارائه در کارگروه مربوطه و کمیسیون دائمی (پیوست ۱۰ فرم شماره:)
۴. ارسال بازخورد بهنگام و یاری‌دهنده به مجریان ملی/استانی/دانشگاهی بر اساس نظر و پیشنهادات ارائه شده در کارگروه تخصصی/کمیسیون دائمی
۵. تدوین گزارش دوره‌ای پیشرفت اجرای سیاست‌های مصوب و اعلام آن به دبیرشورا

ب) با توجه به اینکه پایش در سطوح مختلف ستاد و صف انجام می‌شود «دبیرخانه» در پایش اجرای سیاست‌های مصوب، مسئولیت پایش پورتفولیو (سبد برنامه‌های مختلف دستگاه‌های اجرایی در خصوص یک سیاست مصوب) را برعهده دارد.

تبصره ۱: «دبیرخانه» حداقل هر شش ماه یک بار گزارش پیشرفت^۳ اجرای هر مصوبه (شامل مجموع برنامه‌های مصوب شورا ذیل یک موضوع مشخص) را از واحد فنی مجری دریافت و براساس آن مراتب را به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی گزارش می‌کند.

تبصره ۲: «دبیرخانه» پایش استان‌ها و دانشگاه‌ها را از طریق اخذ گزارش کتبی از دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان‌ها انجام می‌دهد.

۴-۵- ارزشیابی آثار سیاست مصوب

«دبیرخانه» در مقاطعی که در متن سیاست مصوب، تعیین شده است یا بر حسب ضرورت تعیین شده در کارگروه تخصصی یا کمیسیون دائمی، نتیجه‌ی ارزشیابی دستاورد/ دستاوردهای سیاست‌های مصوب را، بر پایه گزارش پژوهشی که توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران یا انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور (یا سایر مراکز تحقیقاتی مشخص شده) درباره فرایندها، برونداد و پیامدها تهیه می‌شود، به شورای عالی اعلام می‌کند تا تکلیف از نظر تداوم سیاست یا تنقیح و تغییر آن روشن شود.

پ- کمیسیون دائمی

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

۱- مأموریت کمیسیون

به منظور جلوگیری از بروز هر گونه ابهام و اعلام بی‌اطلاعی در ارتباط با پیشنهادهای و مصوبات از سوی بالاترین مقام دستگاه‌ها/ سازمان‌های عضو شورا در زمان تشکیل جلسات شورای عالی، کلیه نمایندگان دستگاه‌ها و نهادهای عضو کمیسیون، موظف هستند امور مربوط به پیگیری، هماهنگی و ارائه گزارش به مقامات مذکور را به طور شایسته و به درستی انجام داده و آنها را در جریان کامل امور کارشناسی صورت گرفته در کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی شورا قرار دهند. مسئولیت هماهنگی درون سازمانی برای اجرای مصوبات و ارائه گزارش عملکرد هر دستگاه اجرایی به دبیرخانه شورای عالی نیز، برعهده نماینده عضو کمیسیون دائمی آن دستگاه می‌باشد.

۲- ترکیب اعضا (پیشنهادی)

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

۱. قائم مقام وزیر و معاون کل وزارت بهداشت (رئیس کمیسیون)

۲. مشاور وزیر و رئیس دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت (دبیر کمیسیون)

^۳ Implementation report (interim and final)

۳. معاون محترم محیط زیست انسانی، سازمان حفاظت محیط زیست
۴. معاون محترم نظارت بر اجرای استاندارد، سازمان ملی استاندارد ایران
۵. معاون محترم برنامه ریزی در حوزه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
۶. مدیر محترم شبکه سلامت سیما، سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
۷. معاون محترم برنامه ریزی، وزارت صنعت، معدن، تجارت
۸. معاون محترم برنامه ریزی اقتصادی، وزارت جهاد کشاورزی
۹. معاون محترم عمران و توسعه امور شهری و روستایی، وزارت کشور
۱۰. قائم مقام محترم وزیر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۱. معاون محترم تربیت بدنی و سلامت، وزارت آموزش و پرورش
۱۲. معاون محترم امور بانوان و توسعه ورزش همگانی، وزارت ورزش و جوانان
۱۳. معاون محترم ساماندهی امور جوانان، وزارت ورزش و جوانان

تبصره: اعضا کمیسیون خود شخصاً باید در جلسات حضور داشته باشند. حضور سایر مدیران دستگاه با اطلاع قبلی و بدون حق رای بلامانع است. غیبت بیش از سه جلسه متوالی و یا چهار جلسه غیرمتوالی سبب ابطال حکم اعضا خواهد شد.

۳- شرح وظایف اعضای کمیسیون دائمی

۳-۱- تدوین و پیشنهاد سیاست‌ها

- ⊕ تایید یا اصلاح نهایی دستور کار دبیرخانه شورای عالی
- ⊕ تایید یا اصلاح پیش نویس سیاست‌های اجرایی به جهت ارائه در شورای معین / شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (یا تفاهم نامه‌ها)
- ⊕ توجیه ریاست دستگاه مربوطه درباره سیاست‌های اجرایی مطروحه در شورای عالی
- ⊕ هماهنگی درون دستگاهی

۳-۲- نظارت بر استقرار سیاست‌های مصوب شورا

- ⊕ تایید یا اصلاح برنامه دستگاه مربوطه در راستای اجرای سیاست‌های مصوب شورای عالی
- ⊕ مرور گزارش‌های پایش و ارائه راهکارهایی برای رفع چالش‌های اجرایی (مواردی که در کارگروه لاینحل مانده است)
- ⊕ هماهنگی درون دستگاه مربوطه برای رفع موانع اجرایی سیاست‌های ابلاغ شده از سوی شورا یا تفاهم نامه‌های منعقد شده بین دستگاه‌ها.

۴- فرآیند کار

۱. دعوت نامه و دستور کار جلسات به همراه پیش نویس مصوبات یا تفاهم نامه‌ها و مستندات پشتیبان در کار گروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی حداقل سه هفته پیش از جلسه کمیسیون از طریق دبیرخانه شورا برای اعضا ارسال می‌گردد.
۲. شیوه تصویب در جلسات کمیسیون دائمی رأی‌گیری پس از استماع نظر حداکثر دو موافق و دو مخالف بوده و موارد تصویب نشده با تایید کمیسیون جهت بحث و بررسی‌های بیشتر به کار گروه‌های تخصصی مربوطه ارجاع می‌گردد.
۳. کلیه تصمیمات و مباحث در کمیسیون دائمی طی صورتجلسه‌ای که به امضای حاضرین می‌رسد تنظیم و ضمیمه مصوبات پیشنهادی از طریق دبیرخانه شورای عالی به بالاترین مقام دستگاه‌های اجرایی عضو شورای عالی ارسال می‌شود.

ت- کار گروه‌های تخصصی

بر اساس ماده ۶ آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت، مصوب هیات وزیران در تاریخ ۹۰/۰۸/۱ (پیوست ۱)، در زیر مجموعه شورای عالی، دو کارگروه امنیت غذا و تغذیه و کارگروه کاهش تهدید کننده‌های سلامت تشکیل می‌گردد. در صورت لزوم کارگروه‌های دیگر با نظر شورای عالی تشکیل خواهد شد.

۱- مأموریت کارگروه‌های تخصصی

کارگروه‌های تخصصی بازوی کارشناسی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بوده و وظیفه دارند تا در هر مرحله از چرخه سیاست‌گذاری ضمن مرور شواهد معتبر با در نظر گرفتن سایر عوامل زمینه‌ای تاثیر گذار بر موضوع و بهره‌گیری از تجارب خود، نظر کارشناسی خود را در خصوص پیش نویس سیاست‌ها و برنامه‌های فرابخشی سلامت، اجرا و پایش برنامه‌ها و ارزشیابی سیاست‌ها اعلام نمایند.

۲- ترکیب اعضا (پیشنهادی)

۱-۲- ترکیب اعضا کارگروه کاهش تهدید کننده‌های سلامت

۱. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
۲. رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت (قائم مقام کارگروه)
۳. مدیرکل منتخب معاون بهداشت (دبیر کارگروه)
۴. نمایندگان وزارت-خانه‌ها یا سازمان‌های مرتبط در سطح مدیرکل (عضو ثابت)
۵. نماینده حداقل یکی از انجمن‌های علوم بهداشتی / پزشکی (عضو ثابت)
۶. نمایندگانی از مراکز تحقیقاتی مرتبط با موضوع تخصصی کارگروه، حسب مورد (عضو مدعو)

۲-۲- ترکیب اعضا کارگروه امنیت غذا و تغذیه

۱. رئیس سازمان غذا و دارو یا معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس کارگروه)
۲. رئیس دبیرخانه سیاست گذاری سلامت (قائم مقام کارگروه)
۳. مدیرکل منتخب رئیس کارگروه (دبیر کارگروه)

۴. نمایندگان وزارت-خانه‌ها یا سازمان‌های مرتبط در سطح مدیرکل (عضو ثابت)
۵. رئیس موسسه تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور (عضو ثابت)
۶. نماینده حداقل یکی از انجمن‌های علوم بهداشتی/تغذیه/صنایع غذایی (عضو ثابت)
۷. نماینده اتاق بازرگانی (عضو ثابت)
۸. نمایندگانی از مراکز تحقیقاتی مرتبط با موضوع تخصصی کارگروه، حسب مورد (عضو مدعو)
۹. بنا به پیشنهاد دبیر کارگروه تخصصی و با تایید رئیس/قائم مقام کارگروه شرکت افرادی غیر از اعضای فوق، حسب مورد در جلسات با موضوع مرتبط مجاز خواهد بود.

تبصره ۱: حکم رئیس کارگروه توسط وزیر بهداشت به عنوان دبیر شورای عالی صادر می‌شود.

تبصره ۲: احکام اعضای کارگروه‌های تخصصی توسط رئیس کارگروه صادر می‌گردد.

تبصره ۳: در غیاب رئیس کارگروه، ریاست دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت به عنوان قائم مقام کارگروه اداره-کننده جلسه است.

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

۴- شرح وظایف کارگروه‌های تخصصی

۴-۱- بررسی و اصلاح سیاست‌های اجرایی پیشنهادی

۱. بررسی و تعیین دستور کار در حیطه مربوطه
۲. تعیین کمیته فنی و ریاست و اعضای آنها برای کارشناسی موضوع در صورت ضرورت
۳. بررسی و اظهار نظر درباره گزارش توصیف، تحلیل و ریشه‌یابی موضوع
۴. بررسی و اظهار نظر درباره سیاست‌نامه‌های^۴ تدوین شده در قالب جلسات گفتگوی سیاستی^۵ (پیوست ۷)
۵. نهایی‌سازی پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی در حوزه موضوع مربوطه برای ارائه به کمیسیون دائمی

۴-۲- پایش استقرار سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی

۱. بررسی و اصلاح پیش‌نویس برنامه اجرایی (راهبردی و عملیاتی) و بودجه پیشنهادی دستگاه‌ها برای اجرای سیاست‌های مصوب شورای عالی
۲. بررسی و اصلاح پیش‌نویس تفاهم‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی
۳. بررسی گزارش پایش^۶ مصوبات شورای عالی

۵- فرآیند انجام کار

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

^۵ policy dialogue

۶ گزارش پایش مصوبات به وسیله دبیرخانه شورای عالی و از جمع‌بندی گزارش‌های ارائه شده از سوی دستگاه‌های مسول تدوین می‌شود.

۱. دعوت برای جلسات از سوی دبیرخانه شورا انجام می‌شود. دعوت از افراد حقیقی و حقوقی به صورت موردی با پیشنهاد دبیر و تایید رئیس کارگروه یا قائم مقام رئیس انجام می‌گیرد.
۲. موضوعات جدید برای طرح در کارگروه باید در قالب کاربرگ‌های بیان مسأله، به دبیرخانه شورای عالی ارسال گردد.
۳. دبیرخانه شورای عالی وظیفه دارد پس از بررسی و انجام کار کارشناسی روی مسائل اعلام شده از سوی مراجع ذیربط و با نظر به قوانین و برنامه‌های بالادستی و موازی (شامل قانون برنامه پنج ساله توسعه، سیاست‌های مصوب و برنامه عملیاتی و همچنین نتایج گزارش‌های پایش و ارزشیابی)، نسبت به تعیین موضوعات دستورکار شورا جهت طرح و بررسی در کارگروه‌های تخصصی اقدام نماید.
۴. حسب مورد، در رابطه با آن دسته از موضوعاتی که نیاز به کار کارشناسی تخصصی و دقیق‌تر داشته و تبیین مسأله مستلزم تامل و انجام کار کارشناسی بیشتر باشد، دبیرخانه شورا می‌تواند جلسات کارشناسی را پیش از طرح موضوع در کارگروه، در قالب کمیته‌های فنی برگزار نماید. لازم است صورت جلسات کمیته‌های فنی پیش از جلسه کارگروه برای تمام اعضا ارسال گردد.
۵. جلسات کارگروه به منظور بررسی سیاست نامه و پیش‌نویس مصوبات پیشنهادی حداقل یک بار در ماه در محل دبیرخانه سیاست‌گذاری تشکیل می‌شود. ضمن آنکه برگزاری جلسات فوق‌العاده (به علت فوریت تصمیم‌گیری در رابطه با موضوعی خاص) نیز مجاز خواهد بود. تصمیم‌گیری در جلسات با اجماع آرای اعضای حاضر اتخاذ می‌شود.
۶. جلسات «نظارتی» کارگروه به منظور پیگیری اجرا و پایش سیاست‌ها، حداقل در هر فصل چهار مرتبه برگزار می‌شود. هماهنگی برگزاری جلسات بر عهده دبیرخانه شورا می‌باشد. لازم است گزارش‌های پایش با هدف رفع چالش‌های احتمالی در اجرای مصوبات بررسی گردد و در جلسات پایش درباره راه‌حل‌های پیشنهادی تصمیم‌گیری شود.
۷. صورت جلسه کارگروه پس از تایید رئیس کارگروه / قائم مقام رئیس به صورت پیوست با دعوت‌نامه جلسه آتی برای همه اعضا / مدعوین ارسال می‌گردد.
۸. پس از نهایی شدن پیش‌نویس مصوبات / گزارش‌های پایش در کارگروه، دبیرخانه شورای عالی موظف است حداقل سه هفته پیش از برگزاری جلسه کمیسیون دائمی پیش‌نویس مصوبات به همراه مستندات پیوست را برای اعضای کمیسیون دائمی ترجیحاً به صورت الکترونیک ارسال نماید.
۹. در صورت تغییرات ساختاری در هر قسمت وظایف فوق‌بر عهده واحد جایگزین می‌باشد.

ث- کمیته‌های فنی

کمیته‌های فنی به عنوان بازوی عملیاتی کارگروه‌های تخصصی به صورت موردی و موقتی با نظر اعضای کارگروه تخصصی به منظور بحث و بررسی کارشناسی و تخصصی درباره یک مسأله خاص تشکیل شده و پس از اتمام ماموریت خود منحل می‌شوند

۱- ماموریت کمیته‌های فنی

کمیته‌های فنی مسئولیت تدوین پیش‌نویس مصوبات، برنامه‌های اجرایی و تهیه گزارش‌های پایش و بررسی اولیه شواهد و مستندات تهیه شده به وسیله مراکز تحقیقاتی را بر عهده دارند.

۲- ترکیب اعضا

رئیس و اعضای کمیته‌های فنی با نظر اعضای کارگروه‌های تخصصی و ابلاغ رئیس کارگروه تعیین می‌شوند.

۳- شرح وظایف کمیته‌های فنی

۳-۱- تدوین پیش‌نویس اسناد (توصیف و تحلیل موضوع، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی)

۱. مشارکت در تعیین موضوع و اولویت‌بندی مسائل
۲. مشارکت در تهیه شرح خدمات^۷ برای سفارش سیاست‌نامه‌ها یا چکیده شواهد
۳. تدوین سیاست‌نامه یا چکیده شواهد و یا همکاری با مراکز تحقیقاتی در تدوین سیاست‌نامه یا چکیده شواهد
حسب مورد
۴. ارزیابی محتوایی سیاست‌نامه‌های تدوین شده جهت رفع اشکالات وارده پیش از ارائه سیاست‌نامه در جلسات کارشناسی کارگروه‌ها
۵. تدوین متن تفاهم‌نامه‌های همکاری بین‌بخشی حسب مورد
۶. تدوین برنامه اجرایی سیاست‌های مصوب
۷. برآورد منابع مورد نیاز مالی و غیر مالی (اطلاعات، انسانی، تسهیلات فیزیکی و تجهیزات)، زمان‌بندی و شیوه تامین با مشارکت ذینفعان

۳-۲- هماهنگی استقرار و پایش برنامه‌های اجرایی

۱. تدارک منابع مالی و غیر مالی
۲. تعیین شاخص‌های پایش برنامه‌ها و زمان‌بندی پایش برنامه عملیاتی (پیوست ۹ فرم شماره :.....)
۳. تهیه گزارش‌های پایش
۴. هماهنگی در تلفیق برنامه عملیاتی سیاست‌های فرابخشی سلامت در برنامه عملیاتی سالانه دستگاه‌ها

ج- کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان

بر اساس ماده پنج آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، ابلاغ شده از سوی هیات وزیران در تاریخ ۹۰/۸/۱۴ به شماره ۱۶۲۱۷۸ ت/ ۴۷۲۲۱ ه، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی به عنوان یکی از هشت کارگروه مشورتی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان تشکیل می‌گردد.

۱- مأموریت کارگروه‌های تخصصی استانی

بهبود عادلانه شاخص‌های سلامت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و افزایش عوامل حفاظتی و کاهش عوامل خطر بیماری در استان و ارتقا حفاظت مالی و اجتماعی.

^۷ RFP

۲- ترکیب اعضا

اعضا و وظایف کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان بر اساس ماده ۱۶ و ۱۷ آیین نامه شورای برنامه-ریزی و توسعه استان، ابلاغ شده از سوی هیات وزیران در تاریخ ۹۰/۸/۱۴ به شماره ۱۶۲۱۷۸/ت ۴۷۲۲۱ ه، به شرح زیر می باشد:

۱. معاون سیاسی و امنیتی استانداری (رییس کارگروه).
۲. رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان (دبیر کارگروه).
۳. نماینده معاون برنامه ریزی استاندار (در سطح مدیر کل)
۴. مدیر کل سازمان صدا و سیما مرکز استان
۵. مدیر کل حفاظت محیط زیست استان
۶. رییس واحد استانی وزارت جهاد کشاورزی
۷. مدیر کل دامپزشکی استان
۸. رئیس واحد استانی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۹. مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب استان
۱۰. مدیر عامل شرکت آب و فاضلاب روستایی
۱۱. دادستان مرکز استان
۱۲. مدیر کل استاندارد و تحقیقات صنعتی استان
۱۳. رئیس واحد استانی وزارت ورزش و جوانان
۱۴. رئیس واحد استانی وزارت آموزش و پرورش
۱۵. رئیس واحد استانی وزارت صنعت، معدن و تجارت

۳- شرح وظایف

- ⊕ اجرایی نمودن تصمیمات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ⊕ انعکاس مشکلات استانی مربوط به سلامت و امنیت غذایی و پیشنهادهای مربوط به دبیرخانه شورا.
- ⊕ ارتقای خدمات سلامت و امنیت غذایی در سطح استان
- ⊕ وضعیت سلامت جسمی در گروه سنی کودکان و نوجوان به ویژه دختران و راههای بهبود آن
- ⊕ پیشگیری از عفونت و بیماری ایدز و کنترل آن
- ⊕ [تدوین] بسته های تربیت بدنی در جهت سلامت عمومی

۴- فرآیند کار

۱. هنگام طرح مباحث مربوط به هر یک از دستگاه های اجرایی و کارگروه های تخصصی از نماینده واحد استانی آن دستگاه و رئیس کارگروه های هشت گانه، حسب موضوع برای شرکت در جلسه بدون حق رای دعوت به عمل می آید.

۲. اعضای کارگروه تخصصی شخصاً در جلسات کارگروه تخصصی شرکت می نمایند. در صورت عدم امکان حضور اعضای کارگروه‌ها در جلسه نماینده تام‌الاختیار آنها با هماهنگی رییس یا دبیر کارگروه با معرفی نامه کتبی در جلسه مذکور حضور می یابند.
۳. رئیس کارگروه می‌تواند حسب مورد از افراد صاحب نظر بدون حق رای دعوت به عمل آورد.
۴. شورای برنامه‌ریزی استان موظف است از محل اعتبارات استانی برای اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت در سطح استان اعتبارات لازم را از محل اعتبارات استانی اختصاص دهد. (بند ع ماده ۳ آیین نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان)
۵. دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی مرکز استان و زیر نظر رئیس دانشگاه می‌باشد. (بر اساس ابلاغ نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ به شماره ۱۰۱/۹۶۰- پیوست ۱۱)

پیوست‌ها

شماره ۴۷۴۳۹
تاریخ ۲۰/۱۱/۹۰



پیوست شماره ۱- آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

بسمه تعالی
"با صلوات بر محمد و آل محمد"

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

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

«آیین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی»

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

ماده ۲- اعضای شورای عالی به شرح زیر است:

- ۱- رییس جمهور (رییس)
- ۲- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر)
- ۳- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور

از طریق شبکه پیام دریافت نمود

۱۳۹۰/۱۱/۲۰

۴۷۴۳۹
۲۳۵۳۵۵
تاریخ
۲۰/۱۱/۹۰



- ۴- وزیر کشور
- ۵- وزیر صنعت، معدن و تجارت
- ۶- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۷- وزیر آموزش و پرورش
- ۸- وزیر جهاد کشاورزی
- ۹- وزیر ورزش و جوانان
- ۱۰- رییس سازمان حفاظت محیط زیست
- ۱۱- رییس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
- ۱۲- رؤسای کمیسیون های بهداشت و درمان، امور اجتماعی و برنامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر
- ۱۳- سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ۱۴- رییس سازمان ملی استاندارد ایران
- ۱۵- یک نفر به عنوان نماینده انجمن های علمی و تخصصی حوزه سلامت بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید رییس شورای عالی
- ۱۶- دو نفر به عنوان نماینده انجمن های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه بنا به پیشنهاد وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی و تأیید رییس شورای عالی
- تبصره ۱- جلسات شورای عالی در غیاب رییس جمهور به ریاست معاون اول رییس جمهور تشکیل می شود.
- تبصره ۲- دبیر شورای عالی می تواند از سایر وزرای ذی ربط حسب مورد جهت شرکت در جلسات شورای عالی با حق رأی دعوت به عمل آورد.

ماده ۳- وظایف شورای عالی به شرح زیر می باشد:

- ۱- سیاستگذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی
 - ۲- بررسی و تصویب برنامه ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاستهای ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
 - ۳- تعیین و پایش شاخص های اساسی سلامت و امنیت غذایی
 - ۴- تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای
 - ۵- تصویب برنامه اجرایی سامانه « خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی » به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۶- تصویب ساز و کارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش های نظارتی
 - ۷- ایجاد هماهنگی میان دستگاههای اجرایی مربوط
- ماده ۴- دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر می باشد و مصوبات شورا با امضای رییس شورای عالی به دستگاه های اجرایی ابلاغ می شود.

ماده ۵- وظایف دبیرخانه به شرح زیر است:

- ۱- ارسال دعوت نامه و دستورجلسات برای اعضای شورای عالی
- ۲- تنظیم صورتجلسات
- ۳- تهیه و تنظیم مصوبات شورای عالی و ارسال به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ
- ۴- دریافت گزارش های نظارتی از دستگاه های ذی ربط جهت تنظیم و ارایه به شورای عالی
- ۵- پیگیری تصمیمات شورای عالی
- ۶- ضبط و نگهداری گزارش ها، اسناد و اطلاعات و مذاکرات و مصوبات شورای عالی
- ۷- تنظیم گزارشهای کارگروه های تخصصی برای طرح در شورای عالی

۴۷۴۳۹ زت ۲۴۵۳۵۵
تاریخ
۲۰ ۱۱/۱۰

جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور
تصویب نامه هیئت وزیران

۸- آماده سازی درخواست ها و پیشنهادات دریافتی برای طرح در شورای عالی

۹- انجام سایر امور محوله

ماده ۶- به منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف، شورای عالی می تواند کارگروه های تخصصی مورد نیاز را تشکیل دهد.

تبصره - ترکیب اعضاء وظایف و نحوه فعالیت کارگروه های تخصصی براساس دستورالعملی می باشد که به پیشنهاد دبیرخانه به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

محمدرضا رحیمی
معاون اول رئیس جمهور



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

پیوست شماره ۲- فرم کاربرگ بیان مساله (فرم شماره ...)

تاریخ: / /		عنوان مرجع پیشنهاد دهنده:	سمت و سازمان:
اسامی همکاران			
عنوان مساله			
توصیف مساله			
علل ایجادکننده مساله کلیدی	۱. ۲. ۳. ۴.
عوارض ایجادشده به دلیل وجود مساله کلیدی	۱. ۲. ۳. ۴.
تصویر غنی شده درخت مسائل:			
منابع			

پیوست شماره ۳- شاخص‌های امتیازدهی موضوعات در شورای ارزیابی

اعضای شورای ارزیابی که مسئولیت ارزیابی و امتیازدهی به مسائل شناسایی شده را عهده دار خواهند بود، دربرگیرنده رئیس دبیرخانه سیاستگذاری سلامت، یک نفر خبره نظام سلامت، یک نفر پژوهشگر سلامت و یک نفر نماینده سازمان‌های خارج از نظام سلامت (یکی از اعضای فرابخشی کارگروه مرتبط به تشخیص رئیس دبیرخانه) می‌باشند. شورای مذکور حسب مورد و بنا بر تشخیص رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود.

پنج شاخص کلیدی، به ترتیبی که در زیر آورده شده‌اند، مبنای ارزیابی قرار می‌گیرند. اعضای شورای ارزیابی موظف‌اند بر اساس شاخص‌های پنج‌گانه مذکور نسبت به اولویت‌گذاری موضوعات از طریق تکمیل ماتریس امتیازات اقدام نمایند:

شاخص اول- مطلوبیت سیاسی

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

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

شاخص دوم- اهمیت مساله

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

۱	وضعیت کلی کشور در رابطه با مساله بر اساس شاخص‌های اعلام شده یا نظر خبرگان در سطح بین‌المللی و در کلیه استان‌ها مطابق یا جلوتر از اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر یا بهتر از وضعیت کشورهای مشابه است.
۲	بر اساس شاخص‌های اعلام شده یا نظر خبرگان وضعیت کشور در رابطه با مساله مورد نظر نزدیک به اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر یا نظیر کشورهای مشابه است.
۳	بر اساس شاخص‌های اعلام شده، وضعیت کلی کشور مناسب اما در برخی استان‌ها نامطلوب است.
۴	هیچ اطلاع دقیقی از وضعیت کشور در رابطه با مساله مورد نظر در دسترس نیست و یا برای مساله اعلام شده هیچ هدف تعریف شده-ای وجود ندارد.

۵	بر اساس شاخص‌های اعلام شده وضعیت کلی کشور ما در جهان یا منطقه چشم انداز با اهداف تعیین شده برای کشور در زمان حاضر یا در مقایسه با کشورهای مشابه فاصله قابل توجهی دارد.
---	--

شاخص سوم - انجام پذیری

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

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

شاخص چهارم - فوریت اجرا

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

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

شاخص پنجم - مطابقت با برنامه پنجم توسعه

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

۱	مساله موردنظر ذیل هیچ یک از سیاست‌ها، اهداف و یا بسته‌های اجرایی برنامه پنجم مطرح نشده است.
۲	حداقل یکی از برنامه‌ها یا اقدامات برنامه پنجم در بسته اجرایی به مساله موردنظر پرداخته است.

۳	حداقل در یکی از اهداف کمی برنامه پنجم (در بسته اجرایی) مساله موردنظر مورد تاکید است.
۴	یکی از اهداف کلان برنامه پنجم توسعه در رابطه با مساله موردنظر می باشد.
۵	مساله موردنظر در سیاست های برنامه پنجم به وضوح مورد تاکید است.

روند امتیازدهی به این صورت خواهد بود که شاخص ها در مقیاس پنج تایی (لیکرت) امتیازدهی می شوند. به گونه ای که به اولین گزینه در رابطه با هر شاخص امتیاز ۱ و پنجمین گزینه امتیاز ۵ تعلق می گیرد. امتیازگزینه های چهار و پنج شاخص مطلوبیت سیاسی در ۲ ضرب شده و سپس وارد می گردد. سپس نتایج به دست آمده از جداول تکمیل شده، در جدولی با عنوان «جدول امتیازات تجمیع شده» وارد می گردد.

جدول امتیازات تجمیع شده

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

پس از ورود امتیازات، در دو ستون آخر جدول امتیازات تجمیع شده، برای هر موضوع میانگین امتیاز کلی، میانگین امتیاز در هر شاخص و وزن شاخص (حاصل تقسیم میانگین امتیاز هر شاخص بخش بر میانگین امتیاز کل بر حسب درصد) محاسبه می شود.

پس از مشخص شدن امتیازات مربوط به هر موضوع، در رابطه با نوع حمایت موردنیاز موضوعات باقی مانده و با اولویت بالا تصمیم گیری می گردد. اولویت موضوعات بر اساس میانگین امتیاز کلی به قرار زیر تعیین می شود:

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

پیوست شماره ۴- فرمت سیاست نامه (فرم شماره)

فرمت پیشنهادی برای تدوین سیاست نامه به شرح زیر می باشد:

۱. صفحه اول: عنوان، نهاد تهیه کننده و سفارش دهنده سیاست نامه، تاریخ

۲. صفحه دوم: لیست نویسندگان و افراد مطلع و کارشناس همکار در تدوین سیاست نامه و سمت آنها
لیست حمایت کنندگان مالی،

۳. خلاصه اجرایی

در این قسمت سعی می شود اهمیت پرداختن به مساله نشان داده شود. خلاصه ی اجرایی می تواند ۱ تا ۲ پاراگراف باشد شامل:
(۱) شرحی از مسئله، و جمله ای مبنی بر اینکه چرا سیاست های کنونی می بایست دستخوش تغییر شوند (یا نشوند)،
(۲) خلاصه ای از راه کارهای پیشنهادی
(۳) خلاصه الزامات اجرایی

۴. فهرست

۵. توصیف مساله

تعریف مساله و حدود آن

یک مساله می تواند در ارتباط با عوامل خطر، بیماری یا یک برنامه سلامت یا خدمت مرتبط با یک عامل خطر یا بیماری باشد. حدود مسئله (محدوده بررسی و تعیین مداخلات برای حل مساله) می تواند با توجه به یک یا چند مورد از موارد زیر تعریف شود: نوع عوامل خطر، شدت عامل خطر، گروه آسیب پذیر، ابعاد جنسیتی، زمانی، گروه سنی جغرافیایی،.....
شدت و بزرگی مسئله (با استفاده از شاخصها و مقایسه روندهای زمانی، مقایسه بین کشورها، مقایسه با یک هدف بین المللی یا مقایسه با خواسته ها و انتظارات سیاست گذاران یا ذینفعان)

باید نشان داد چرا این مسئله از اهمیت خاصی برای مخاطبین برخوردار است. می توان از شاخص ها برای انتقال این حس استفاده کرد. اگر داده ها کافی نیستند، این خود نشان دهنده ی ضعف بیشتری بر مسئه است. در این بخش بهتر است توصیفی از این که مشکل چگونه در گذر زمان ایجاد و تغییر یافته است و چه تاثیری بر گروه های خاص یا مناطق خاص می گذارد ارائه شود.

علل و عوامل ایجاد کننده یا تاثیر گذار بر مسئله (مدل تحلیل مساله)

شناسایی و تحلیل ذینفعان

پیامد تداوم مساله

ارزیابی عملکرد سیاست های گذشته (در صورت وجود سیاست)

لازم است دستاورد تلاشهای قبلی برای حل مساله بیان شده و دلایل عدم موفقیت سیاست ها و برنامه ها به طور مستدل ذکر شود

۶. گزینه های سیاستی

توصیف گزینه های پیشنهادی

توصیف پیامدهای هر گزینه بر اساس شواهد معتبر موجود : سوالات زیر می تواند کمک کننده باشد :

۱. مزایا (اثرات مثبت) : چه مزایایی برای افراد متاثر از موضوع اهمیت دارد و گزینه مورد نظر ما چه مزایای احتمالی برای ایشان می تواند داشته باشد؟ (گروهی که مداخله بر آنها تاثیر مثبت می گذارد ، مقایسه با وضعیت معمول یا سایر گزینه ها در زمینه اثر بخشی ، نتایج بر اساس شاخص های فرایندی و شاخص های پیامدی)
 ۲. مضرات (اثرات منفی) : چه ضررهایی برای افراد متاثر از موضوع اهمیت دارد و گزینه مورد نظر ما چه ضررهای احتمالی برای ایشان می تواند داشته باشد؟ (گروهی که مداخله بر آنها تاثیر منفی می گذارد ، مقایسه با وضعیت معمول یا سایر گزینه ها در زمینه اثرات منفی ، نتایج بر اساس شاخص های فرایندی و شاخص های پیامدی)
 ۳. هزینه و هزینه اثربخشی : در شرایط موجود گزینه های پیش رو هر یک چه هزینه هایی دارند و آیا شواهد محلی در خصوص هزینه اثربخشی گزینه ها وجود دارد؟ بهتر است هزینه اثربخشی از منظر جامعه انجام شود
 ۴. نظر ذینفعان : دیدگاه ها و تجربیات ذینفعان در خصوص گزینه پیشنهادی چیست ؟
- به منظور توجه به نکات فوق جدول زیر کامل می شود:

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

۷. الزامات و موانع استقرار گزینه های سیاستی

در ابتدا باید الزامات و سپس موانع استقرار گزینه های سیاستی مشخص شوند و سپس برای فراهم شدن الزامات و رفع موانع راهکارهایی تدبیر

شود. سوالات زیر در این مرحله کمک کننده است:

۱. الزامات اساسی برای استقرار موفق سیاست جدید بر اساس گروه هدف مداخله ، ارایه دهندگان مداخله ، مدیران و سیاست گذاران ، سازمان های مرتبط کدامند؟
۲. موانع بالقوه برای استقرار موفق سیاست جدید بر اساس گروه هدف مداخله ، ارایه دهندگان مداخله، مدیران و سیاست گذاران و سازمان های مرتبط کدامند؟
۳. در برنامه ریزی برای استقرار سیاست جدید در جهت تسهیل تغییرات رفتاری لازم در میان گروه هدف مداخله ، تغییرات رفتاری لازم در میان ارایه دهندگان مداخله، تغییرات رفتاری لازم در میان مدیران و سیاست گذاران، تسهیل تغییرات سازمانی چه راهبردهایی باید مورد بررسی قرار گیرد؟

به منظور توجه به نکات فوق جدول زیر برای هر گزینه پیشنهادی کامل می شود:

راهکارها	موانع	الزامات	
			گروه هدف
			ارائه دهندگان
			مدیران و سیاستگذاران
			سازمان های مرتبط

۸. پیوست ها

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

صورت جلسات کارگروه

۹. معرفی منابع برای مطالعه

لیست کاملی از تمامی مرورهای نظام مند، مطالعات، شواهدسیاستی و ... برای افراد علاقمند به مطالعه منابعی بیش از آن چه در سیاست نامه آورده شده است.

۱۰. منابع مورد استفاده

لیست کاملی از تمامی مرور های نظام مند، مطالعات، شواهد سیاستی و ... که در سیاست نامه مورد استفاده قرار گرفته است.

پیوست شماره ۵- فرمت چکیده شواهد (فرم شماره)

۱-عنوان موضوع:

۲-تنظیم کنندگان:

۳-توصیف مساله:

در این قسمت ابعاد جامع مساله و راه کار پیشنهادی، که قرار است شواهد و مستندات پشتیبان برای آنها ارائه گردد، بیان می شود.

۴-شواهد چه می گویند؟

در این بخش متناسب با ابعاد راهکار مساله شواهد پشتیبان با ذکر منبع ارائه می شود.

۵-اعتبار شواهد مورد استفاده

در این بخش بر اساس الگوهای ارزیابی انواع مطالعات علمی اعتبار شواهد تعیین می گردد.

۶-معرفی منابع برای مطالعه

لیست کاملی از تمامی مرورهای نظام مند، مطالعات، شواهدسیاستی و ... برای افراد علاقمند به مطالعه منابعی بیش از آن چه در سیاست نامه آورده شده است

۷-منابع مورد استفاده

لیست کاملی از تمامی مرور های نظام مند، مطالعات، شواهد سیاستی و ... که در سیاست نامه مورد استفاده قرار گرفته است.

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

اصول فنی- نگارشی

۱. سادگی، شفافیت و رعایت اختصار

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

۲. عدم استفاده از کلمات اختصاری در متن مصوبه

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

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

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

۴. استفاده از واژگان دستوری در صورت لزوم

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

اصول محتوایی

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

یکی از اصول مهمی که حین تدوین متن مصوبات باید مورد توجه قرار گیرد، توجه به مفاد سایر سیاست‌های اجرایی مصوب هم‌ردیف / رتبه سیاستی است که قرار است برای آن متن مصوبه پیشنهادی تنظیم شود. به ویژه سیاست‌هایی که به لحاظ ویژگی‌های زمینه‌ای و گستره موضوعی با موضوع مصوبه، مشابهت دارند. هدف از این کار جلوگیری از بروز تعارض محتوایی و یا موازی‌های در تدوین مصوبات است. که باید همواره مورد توجه دست‌اندرکاران تدوین مصوبات قرار بگیرد.

۲. عدم تعارض / موازی کاری محتوایی با قوانین و سیاست‌های بالادستی (تعارض / موازی کاری عمودی)

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

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

۳. اتخاذ رویکرد واقع‌گرایانه در تدوین مصوبات

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

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

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

۵. لحاظ نمودن بار مالی و منبع تامین آن

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

بخش سوم - شاخص‌ها

در این بخش، به منظور ارزیابی متون پیش نویس مصوبات، مجموعه‌ای از شاخص‌ها در قالب یک چک‌لیست عمومی آورده شده‌اند:

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

هدف از تدوین این راهنما، بهره‌گیری از شیوه‌گفتمان سیاستی در برگزاری جلسات کارگروه های تخصصی می باشد. فرایند گفتمان سیاسی مکانیسمی برای مبادله و ترکیب ایده ها و اطلاعات و گفتگوی آگاهانه و نظام مند بین دو گروه یا بیشتر در زمینه تخصیص ارزش ها است که نتیجه آن سیاست‌های جدید یا تغییر سیاست‌های موجود می باشد.^۱

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

قدم های برگزاری جلسات کارگروه های تخصصی

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

۱- ارکان برگزاری جلسه

ارکان برگزاری جلسه که مستقیماً در برگزاری نشست‌ها و هماهنگی امور مسولیت دارند، شامل رئیس، مدیر، کارشناسان و مسول امور اداری دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت می‌باشند که مسولیت هر یک در برگزاری جلسات نشست به شرح جدول زیر می باشد:

^۱ AusAID. Review of literature and international practice in Policy Dialogue ۲۰۱۱

شرح وظیفه	مسئول
اعلام دستور جلسات، مدیریت جلسات، تامین منابع، با زخورد به کارگروه در مورد نتایج جلسات، نظارت بر حسن اجرای کار	رئیس / قائم مقام کارگروه
اعلام مسائل و اولویتهای، پیشنهاد اعضا برای حضور در جلسات، بیان مسئله در جلسه، پیگیری تشکیل کمیته های فنی، سفارش یا تهیه مستندات مرتبط	دبیر کارگروه / سرپرست گروه هماهنگی سیاست های فرابخشی سلامت
هماهنگی برای ارسال دعوت نامه ها و مستندات، هماهنگی رزرو و پذیرایی جلسات، نت برداری از جلسات، به روزرسانی سایت، تهیه صورت جلسات	کارشناس گروه هماهنگی سیاست های فرابخشی سلامت
ارسال دعوت نامه ها و مستندات، هدایت افراد برای نشستن در مکان مناسب، نظارت بر امور ضبط و پخش در جلسه، توزیع مستندات، پاسخ به درخواست های شرکت کنندگان	مسول سالن / مسول امور اداری

شایان ذکر است که مسولیت افراد صرفاً در برگزاری و تشکیل جلسه ذکر شده است. نقش هر یک از افراد در فرآیند دبیرخانه سیاست گذاری سلامت در سایر بخش ها توضیح داده شده است.

۲- دستور کار جلسه

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

۳- مستندات جهت ارائه در جلسه

مستندات جهت ارائه در جلسه که لازم است همراه با دعوت نامه ارسال شده و در جلسه توزیع شود عبارتند از:

۱. صورت جلسه پیشین
۲. کاربرگ بیان مساله و اولویت بندی مسائل
۳. سند سیاست یا خلاصه شواهد
۴. پیش نویس مصوبات

هر یک از مستندات فوق در بخش های دیگر این مستند به تفصیل توضیح داده شده است. متناسب با دستور جلسه مستند مربوطه همراه با دعوت نامه برای مدعوین ارسال خواهد شد.

۴- انتخاب افراد جهت حضور در جلسه

اعضای ثابت کارگروه های تخصصی نمایندگان وزارتخانه و سازمان های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی هستند. همچنین نمایندگانی از مراکز تحقیقاتی، انجمن های صنفی و صنایع و نهادهای مردمی به عنوان عضو ثابت کارگروه خواهند بود. بنا به تشخیص اعضای کارگروه، رئیس کارگروه تخصصی یا ریاست دبیرخانه سیاست گذاری

سلامت، شرکت افرادی غیر از اعضای فوق‌الذکر در برخی جلسات کارگروه مجاز خواهد بود. بهتر است جهت این امر از شیوه تحلیل ذینفعان استفاده شود.

۵- دعوت از افراد

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

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

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

همچنین به منظور اطلاع از ارسال نامه‌ها و حضور مدعوین در جلسه فرم گزارش دهی تماس‌ها به شرح زیر تکمیل می‌گردد. این فرم جهت اطلاع ریاست جلسه پیش از جلسه در اختیار ایشان قرار می‌گیرد.

فرم گزارش دهی تماس‌ها (فرم شماره)

شماره جلسه:

تاریخ جلسه: / / ۱۳۹۳

روز جلسه:

ساعت جلسه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره فکس	فکس *		تماس **		نتیجه تماس ***
			انجام نشد	انجام شد	تماس گرفته نشد	تماس گرفته شد	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

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

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

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

۶- آمادگی جهت برگزاری جلسه

به منظور آمادگی برای برگزاری جلسه چک لیست زیر به وسیله کارشناس دبیرخانه سیاست گذاری پیش از جلسه تکمیل شده و به ریاست جلسه ارائه می گردد.

چک لیست آمادگی برگزاری جلسه (فرم شماره)

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

۷- برگزاری جلسه

مدیریت جلسه بر عهده رئیس کارگروه یا قائم مقام وی می باشد. در هر جلسه در ابتدا سخنران در طی ۱۰ - ۲۰ دقیقه در راستای دستور جلسه موضوع بحث را مطرح می نماید. سپس از شرکت کنندگان درخواست می شود نظرات خود را پیرامون موضوع بحث بیان کرده و در رابطه با نظرات یکدیگر به گفتگو پردازند. در انتهای جلسه سخنران یا ریاست جلسه در پاسخ به سوالات مطروحه توضیحات خود را ارائه داده و در نهایت جمع بندی نظرات توسط رئیس جلسه با روش اجماع^۹ انجام می گیرد و ایشان دستور جلسه بعدی، تقسیم وظایف برای جلسه بعدی و یا تشکیل کمیته فنی با مسئولیت یکی از اعضا را اعلام می کند. یک نفر به عنوان مسئول امور اداری در برگزاری جلسه، مسئول نظارت بر امور ضبط و پخش می باشد. در صورت عدم ارسال مستندات همراه با دعوت نامه، مستندات لازم در جلسه توزیع می گردد

ریاست جلسه مسئولیت دارد تا فرصت مناسب برای بیان نظرات را برای همگان فراهم آورد و جو جلسه به گونه ای باشد که افراد بدون هیچ گونه نگرانی نظرات خود را بیان نمایند. سایر نکات مهم در برگزاری جلسه به شرح زیر می باشد:

- ⊕ ارائه برنامه جلسه و اهداف آن و شیوه هدایت جلسه
- ⊕ هدایت افراد به بحث درباره جنبه های عملی و اجرایی نمودن راهکارها در شرایط بومی
- ⊕ استفاده از رویکرد حل مساله در هدایت جلسه (تبادل اطلاعات، بارش افکار، عدم برخورد شخصی، لزوم تصور خود در جایگاه دیگران، توجه به منافع دیگران، توجه به اجزاء منطقی بحث های سایر افراد)

^۹ تصمیم گیری به روش اجماع در بخش تعاریف توضیح داده شده است.

- ⊕ تذکر برای رعایت کامل این قانون: «افراد می‌توانند از بیانات دیگران استفاده کنند اما ذکر هویت و محل کار آنها و یا هر یک از شرکت کنندگان در جلسه جایز نیست»
- ⊕ توجه یکسان به تمامی حاضرین در جلسه و فراهم نمودن فرصت یکسان برای بیان دیدگاه‌ها
- ⊕ ایجاد تعامل بین افراد و پیشگیری از بروز تعارض و برخوردهای شخصی بین آنها
- ⊕ توجه به زمان بندی جلسه
- ⊕ بازخورد به حاضرین در زمینه بکارگیری نتایج پیشنهادی
- ⊕ ارزیابی جلسات به وسیله پرسشنامه از حاضرین

۲-۸- مستندات تهیه شده بعد از جلسه

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

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

فرم ثبت مشخصات شرکت کنندگان (فرم شماره)

امضا	آدرس ایمیل	تلفن همراه	تلفن	فاکس	سازمان	سمت	نام و نام خانوادگی	
								۱
								۲
								۳
								۴
								۵
								۶
								۷
								۸
								۹
								۱۰

فرم صورت جلسه (فرم شماره)



وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دبیرخانه سیاست گذاری سلامت
کارگروه تخصصی.....

تاریخ :

شماره جلسه :

مکان : دبیرخانه سیاست گذاری

حاضرین:

آقایان

خانمها

غایبین:

دستور جلسه :

خلاصه مذاکرات و پیشنهادات مطرح شده:

مصوبات:

مهلت

مسئول

زمان جلسه بعد :

مکان :

دستور جلسه آینده:

پیوست شماره ۹- جدول پایش برنامه های زیر مجموعه سیاست های اجرایی مصوب
شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (فرم شماره)

جدول پایش برنامه ذیل

سیاست های مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

متن مصوبه (مصوبات):

مرجع تصویب:

تاریخ تصویب:

تاریخ ابلاغ:

شماره ابلاغیه:

عنوان برنامه :

هدف برنامه :

مجری اصلی:

سایر دستگاه های همکار:

شاخص های پایش

نام شاخص	توصیف	هدف	مرجع گرد آوری داده ها
ارائه گزارش	محتوی گزارش	تاریخ	مسئول
گزارش سه ماهه اول			توضیحات
گزارش سه ماهه دوم			
گزارش نیم فصل			
گزارش سه ماه سوم			
گزارش سه ماه چهارم			
گزارش یک ساله			

پیوست شماره ۱۰- فرمت گزارش پایش برنامه های زیر مجموعه سیاست های اجرایی مصوب
شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (فرم شماره)

صفحه اول: عنوان برنامه ، عنوان سیاست ، دستگاه و واحد تهیه کننده گزارش پایش ، تاریخ

صفحه دوم : اسامی گرد آورندگان گزارش ،

خلاصه اجرایی

خلاصه اجرایی شامل توصیف مختصر برنامه و اهداف آن ، شیوه پایش ، درصد تحقق اهداف بر اساس برنامه پایش ، دستاوردها ، چالش ها و راهکارهای آن می باشد و حجم آن از ۱۰۰۰ کلمه تجاوز نمی کند.

فهرست

مقدمه

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

شیوه انجام پایش

نظام پایش برنامه شامل شاخص های پایش برنامه ، شیوه گرد آوری داده ها (درون دادها ، فرایند ، دستاوردهای میانی ، برون دادها) ، منابع مورد استفاده برای پایش برنامه ، شیوه تجزیه و تحلیل داده ها

نتایج پایش برنامه

شامل مقادیر شاخص ها و دستاوردهای برنامه (deliverable) و مقایسه با برنامه پایش ، چالش ها (در تدارک و درون داد ، فرایند و برون دادها)

تحلیل نتایج

نقاط قوت و ضعف برنامه ، راه حل هایی برای رفع چالش ها و شیوه اجرایی کردن راه حل ها

نتیجه گیری

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



جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور

شماره:
۱۰۱/۹۶۰
تاریخ:
۱۳۹۲/۰۵/۲۲
پیوست: دارد



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استاندار محترم ...

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

سلام علیکم

محوریت سلامت در توسعه پایدار، گفتمان مسلط جهان امروز است. تضمین سلامت بدون توجه به جنس، سن، قومیت و محل زندگی، به عنوان ارزش و حقی همگانی، از جمله وظایف عمده دولت شناخته شده و اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر این موضوع صراحت دارد. حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی محسوب می شود، ولی چون مولفه های اجتماعی- اقتصادی بیشترین تاثیر را بر سلامت دارند، دولت به عنوان پاسدار قانون اساسی و هماهنگ کننده دستگاه های اجرایی کشور، تولید اصلی سلامت همگانی را بر عهده دارد و از آنجا که سلامت مردم همواره اولوی ملی تلقی می شود مسئولیت و پاسخگویی دولت نیز در این باره دائمی خواهد بود. قانون گذار برای ساختارمندی مسئولیت دولت در حوزه سلامت، در بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، دولت را موظف ساخته برای نهادهای تخصصی در زمینه سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی گسترش سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه در کشور «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» را تشکیل دهد. بر اساس مقررات مصوب هیات وزیران، رئیس محترم جمهور، ریاست و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیر شورای عالی را بر عهده دارند. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ذیل شورای برنامه ریزی و توسعه استان به ریاست معاون استاندار و دبیری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و کارگروه سلامت و امنیت غذایی در سطح شهرستان به ریاست فرماندار تشکیل می شود.

با توجه به الزامات قانونی یاد شده در بالا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از فعال نمودن دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دولت نهم، از سال ۱۳۸۶، ابتکاری را با عنوان «طرح جامع سلامت استان»، بر پایه رویکردهای انسان سالم و سلامت همه جانبه و مولفه های اجتماعی سلامت با همکاری وزارت محترم کشور از طریق راهبری تحسین پراتگیز سه استاندار محترم استان قزوین (که در سال های اجرای این طرح به استانداری استان گمارده شدند)، معاونان و مدیران کل استان و هدایت علمی و اجرایی مشترک گروه تحقیقاتی مولفه های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین با هدف یافتن الگوی کشوری به بوته آزمایش سپرد.

تلاش مجدانه، همدلی، پایداری و مشارکت مردم استان و مدیران و کارشناسان گرامی دستگاه های اجرایی و همچنین کمک کارشناسان محترم کشوری در طول ۵ سال گذشته، منجر به شواهد علمی، تجربیات و دستاوردهای زیانمند و چشمگیر در جلب همکاری مردمی و برقراری همکاری بین بخشی گردید که مستند و منتشر شده است. عصاره ارزشمند این همکاری با عنوان «نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه» پیش نویس و پس از بکارگیری نظرات کتبی حوزه های استانی وزارت کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهایی شده است و به عنوان الگوی ملی برای استقرار در استان ها ابلاغ می شود.

از استاندار محترم انتظار می رود مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع دستگاه های اجرایی ذی ربط در استان برساند. برنامه اجرایی مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کشور و شیوه نامه های ذکر شده در نظام نامه، متعاقباً و همزمان با برگزاری کارگاههای آموزشی و توجیهی ارسال خواهد شد. از آنجا که مجلس محترم شورای اسلامی در بند الف ماده ۳۲، ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را در طول برنامه پنجم مصوب نموده است و به فرموده مقام معظم رهبری: مسئله سلامت، هم در برنامه پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد، هم در برنامه ریزی های گوناگون اجرائی در دستگاه های مختلف؛ بی شک قبول مسئولیت اجتماعی مشترک استانداران و روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و نیز همکاری تنگاتنگ روسای دستگاه های اجرایی در استان از طریق خرد جمعی حاصل در نشست های کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، رمز موفقیت گسترش این نظام نامه، دستیابی به توسعه سلامت همه جانبه با استفاده از سایر ظرفیت های قانونی استان داران و الگو و الهام بخش بودن جمهوری اسلامی ایران در منطقه چشم انداز در افق ۱۴۰۴ خواهد بود. در پایان بر خود فرض می داتیم از تشریک مساعی کلیه نهادهای مردمی، دستگاه های اجرایی و افرادی که در این الگوسازی همکاری برای سلامت همگانی حضور داشته اند، تشکر و قدردانی کنیم و برای آنان از خداوند متعال سلامت، سعادت و اجر اخروی مسئلت داریم.

مهندس مصطفی محمد نجار
وزیر کشور

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

منابع

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶-۱۳۸۷): نظام نامه واحد سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت، معاونت هماهنگی، واحد سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت.
۲. دکتر رجیبی، فاطمه، دکتر حامد حسینی، مهندس حمید اسماعیل زاده، دکتر نرگس رستمی گوران (۱۳۹۰): چکیده سیاستی: محتوا، ساختار، شکل، گزارش طرح تحقیقاتی، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۰.
۳. Aldrich R and Mooney G (۲۰۰۱). Agenda-setting in health reform; the role of community. *Australian Health Review*, ۲۴ (۱): ۱۶۱-۱۶۵.
۴. Sibbald S.L, Gibson J.L, Singer P.A, Upshur R and Martin D.K (۲۰۱۰). Evaluating priority setting success in healthcare: a pilot study. *Health Services Research*, ۱۰: ۱۳۱-۱۴۵.
۵. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah C.L, Molnar A, Renahy E and O'Campo P (۲۰۱۳). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *City Health*, ۶۷: ۱۰۶۸- ۱۰۷۲.
۶. Lavis J.N, Oxman A.D, Lewin S and Fretheim A (۲۰۰۹). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) ۳: Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*, ۷: ۱-۹.
۷. Sabik L.M and Lie R.K (۲۰۰۸). Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*, ۷ (۴): ۱-۱۳.
۸. Ranson M.K and Bennett S.C (۲۰۰۹). Priority setting and health policy and systems research. *Health Research Policy and Systems*, ۷ (۲۷): ۱-۷.
۹. Ghaffar A (۲۰۰۹). Setting research priorities by applying the combined approach matrix. *Indian J Med Res*, ۱۲۹: ۳۶۸-۳۷۵.
۱۰. Calltorp J (۱۹۹۹). Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*, ۵۰: ۱-۲۲.
۱۱. Kingdon J.W (۲۰۰۱). A model of agenda-setting, with applications. *Law Review*, ۲: ۳۳۱-۳۳۷.
۱۲. Dattani N.D (۲۰۱۰). Setting the Healthcare Agenda. Political Science Publications, paper ۱, ۷ (۱): ۱-۶. (Available at: http://digitalcommons.mcmaster.ca/polsci_coll/1).
۱۳. The SURE Collaboration (۲۰۱۱). SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs ۱. Getting started, ۱-۱۷. (Available at: www.evipnet.org/sure).
۱۴. The SURE Collaboration (۲۰۱۱). SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs ۲. Prioritizing topics for policy briefs, ۱-۱۱. (Available at: www.evipnet.org/sure).