

کتاب جامع

# بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار II / دکتر علی اصغر فرشاد

اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی

وزارت بهداشت

## فهرست مطالب

اهداف درس.....	۲۰۵
۱- آموزش و ارتقای سلامت.....	۲۰۶
۲- برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط.....	۲۰۷
۳- بهداشت حرفه ای.....	۲۰۸
۴- بهداشت محیط.....	۲۱۰
۵- تغذیه.....	۲۱۱
۶- بیماری‌های واگیر.....	۲۱۲
۷- سلامت خانواده.....	۲۱۴
۸- بهداشت دهان و دندان.....	۲۱۶
۹- بهداشت مدارس و جوانان.....	۲۱۷
۱۰- گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی.....	۲۱۷
- برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر.....	۲۱۷
- برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلان‌شهرها.....	۲۱۸
بخش دوم: اجتماعی شدن سلامت بعنوان رویکردی نوین در نظام سلامت کشور.....	۲۱۹
تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت و انحلال آن در اواخر سال ۱۳۹۷.....	۲۲۰
منابع:.....	۲۲۱

## اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی

دکتر علی اصغر فرشاد

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

### اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- حداقل ۲۰ برنامه از برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی را نام ببرد
- هریک از برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی و اجتماعی را به طور مختصر، توضیح دهد
- برنامه کنترل دخانیات را شرح دهد
- برنامه‌های عمده در زمینه تغذیه را توضیح دهد
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به طور کامل توضیح دهد
- اجتماعی شدن سلامت را شرح دهد
- اهمیت بیماری‌های غیر واگیر را توضیح دهد
- کانون‌های سلامت محله و مجمع سلامت در سطوح مختلف محله، شهرستان و استان را شرح دهد
- اهمیت و نقش سایر دستگاهها در ارتقای سلامت را توضیح دهد
- برنامه‌های جاری بهداشت حرفه‌ای را شرح دهد
- برخی برنامه‌های مهم بهداشت محیط را شرح دهد
- فهرستی از برنامه‌های مفیدی که باعث حفظ و ارتقاء سلامتی جامعه می‌شود تهیه کند

این برنامه‌ها شامل: ۱ - آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲ - برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، ۳ - بهداشت حرفه‌ای، ۴ - بهداشت محیط، ۵ - تغذیه، ۶ - بیماری‌های واگیر، ۷ - سلامت خانواده، ۸ - بهداشت دهان و دندان، ۹ - بهداشت مدارس، ۱۰ - گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی.

## ۱ - آموزش و ارتقای سلامت

### برنامه ملی خودمراقبتی

همزمان با گذار بیماری‌ها از واگیر به غیر واگیر و حرکت از درمان قطعی بیماری به مراقبت مادام‌العمر، نقش مردم در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماری‌های مزمن و حاد، روز به روز در حال افزایش است به گونه‌ای که طبق برآوردها ۶۵ تا ۸۵ درصد تمام مراقبت‌ها از جنس خودمراقبتی است.

### خودمراقبتی فردی:

هدف از برنامه خودمراقبتی فردی، تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هرخانوار است. سفیر سلامت، عضوی از اعضای خانواده است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه، مسوولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را بر عهده دارد.

### خودمراقبتی سازمانی:

هدف در این رویکرد، ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه زندگی سالم با همکاری کارکنان و کارفرمایان است.

### خودمراقبتی اجتماعی

هدف در این رویکرد، توانمندسازی جوامع مختلف برای توسعه محیط‌های سالم است. برای تحقق این هدف، شوراهای شهری و روستایی و شورایی‌ها می‌توانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده سلامت داشته باشند

### برنامه تربیت سفیران سلامت دانش آموز

بسیاری از بیماری‌های قلبی و سرطان‌هایی که عامل مرگ‌ومیر بزرگسالان هستند، ناشی از رفتارهای پرخطر نظیر استعمال دخانیات، کم‌تحركی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و رفتارهای جنسی خارج از چارچوب است که معمولاً از دوران کودکی و نوجوانی شروع شده و شکل گرفته‌اند که می‌توانند زمینه را برای بروز این بیماری‌های مرگبار در بزرگسالی فراهم کنند. رفتارهای پرخطر، سلامت را تهدید می‌کنند و می‌توانند موجب آسیب، بیماری و مرگ نابهنگام شوند. بیشتر رفتارهای پرخطر در این ویژگی‌ها اشتراک دارند:

- در دوران نوجوانی شروع می‌شوند؛
- عوارض و عواقب بهداشتی، آموزشی و اجتماعی توامان دارند؛

- قابل پیشگیری هستند؛ و
- در دوران جوانی ادامه پیدا می‌کنند؛

با توجه به شیوع بالای عوامل خطر ساز در بین گروه سنی کودکان و نوجوانان کشورمان و اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها، توانمندسازی دانش آموزان برای مراقبت از سلامت خود و دیگران امری ضروری است. به همین منظور برنامه ملی خودمراقبتی در مدارس سراسر کشور از سال ۱۳۹۳ پیرو تفاهم نامه ارتقای سلامت مدارس منعقد بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش و بر اساس توافق نامه اجرایی برنامه خودمراقبتی در مدارس با همکاری دو وزارت اجرا گردید. در این برنامه علاوه بر تهیه راهنماهای خودمراقبتی متناسب با هر مقطع تحصیلی، از هر ده دانش آموز یک نفر به عنوان سفیر سلامت به طور داوطلب انتخاب و تربیت می‌شود که تاکنون ۱،۲۰۰،۰۰۰ سفیر سلامت دانش آموز در سراسر کشور آموزش دیده اند. این برنامه بر پایه رویکرد آموزش همسانان است و این فرصت را در اختیار دانش آموزان قرار می‌دهد تا آگاهی‌های لازم در موضوعات سلامت و محیط زیست را با استفاده از ارزش‌های تعاملی و مشارکتی کسب و آن را به سایر همسانان منتقل کنند.

## ۲- برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

### برنامه ایران (IraPEN)

پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، آسم و دیابت در این برنامه پیش بینی گردیده است. بسته خدمات ایران شامل دستورالعمل ارایه خدمات، پروتکل آموزشی همگانی ویژه آموزش عموم جامعه و محتوای آموزشی بیماری‌ها و عوامل خطر ویژه بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و دستورالعمل انجام تست‌های تشخیصی و اندازه گیری است.

گروه هدف برای خطر سنجی ده ساله قلبی عروقی، شامل افراد با سن ۳۰ سال و بالاتر دارای یکی از عوامل خطر (ابتلا به دیابت، فشارخون بالا، دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتی متر، مصرف دخانیات، مصرف الکل، سابقه بیماری در افراد درجه یک خانواده (یعنی دیابت، حوادث قلبی عروقی زودرس و سابقه نارسایی کلیه و افراد با سن ۴۰ سال و بیشتر) است.

پیشگیری از بروز سکت‌های قلبی و مغزی و نارسایی کلیوی از طریق مراقبت‌های ادغام یافته با غربالگری گروه هدف، ارزیابی و مدیریت خطر ۱۰ ساله بروز حوادث قلبی و عروقی، آموزش و مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا (بر اساس دستورالعمل‌های کشوری) و پیگیری و مراقبت افراد مبتلا بر اساس دستورالعمل‌های برنامه‌های کشوری انجام می‌شود و ارزیابی مجدد خطر قلبی عروقی طبق تواتر برنامه زمانی میزان خطر قلبی عروقی که برای فرد محاسبه شده است و برحسب دارا بودن عامل خطر- انجام می‌گیرد.

## برنامه ملی جامعه ایمن

مفهوم جامعه ایمن به معنی مشارکت مستمر بخشی سازمان‌ها برای ارتقاء ایمنی و پیشگیری از حوادث است. این مفهوم بیش از دو دهه قبل توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد. مدل جامعه ایمن، الگویی است متکی بر همکاری‌های بین بخشی تمام سازمان‌های دولتی و خصوصی ذیربط، مشارکت مردم و مسئولین محلی و سازمان‌های مردم نهاد در یک شهرستان یا یک جامعه که با همکاری یکدیگر برای پیشگیری از حوادث و ایجاد حفظ و ارتقاء ایمنی تلاش می‌کنند. این برنامه منجر به ایجاد استانداردهای بالای زندگی و حوادث و مرگ‌های کمتر و افزایش احساس ایمنی برای ساکنین جوامع ایمن می‌شود. این برنامه همچنین هزینه‌ها را از چندین جنبه مانند هزینه‌های بیمارستانی، خدمات اجتماعی و پرداخت بیمه‌ها را کاهش می‌دهد. جامعه ایمن می‌تواند یک شهرستان یا یک منطقه شهرداری از یک شهر یا یک روستا باشد.

## شاخص‌های جهانی جامعه ایمن

- ۱- ایجاد تشکیلاتی مبتنی بر مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی که هر کدام از سازمان‌ها مسئولیت اجرای برنامه جامعه ایمن را در حیطه اختیارات خود قبول کنند.
- ۲- وجود برنامه‌ای مستمر و درازمدت که هر دو جنس، تمام گروه‌های سنی و همه محیط‌ها و همه انواع حوادث را تحت پوشش قرار دهد.
- ۳- وجود برنامه‌ای که هدفش ارتقاء ایمنی گروه‌ها و محیط‌های در معرض خطر باشد
- ۴- وجود برنامه‌ای که بر اساس شواهد و مستندات، طراحی شده باشد
- ۵- وجود برنامه‌ای که تعداد مصدومین و علل حوادث را ثبت و مستند سازی کند
- ۶- وجود نظام ارزشیابی که مراحل اجرای برنامه و تاثیر تغییرات آن را مورد بررسی قرار دهد
- ۷- شرکت مستمر در شبکه ملی و جهانی جامعه ایمن.

## ۳- بهداشت حرفه ای

### ارائه مراقبت‌های بهداشتی به کارگران

به منظور دسترسی کارگران به حداقل شرایط بهداشتی و تامین امکانات درمان سرپایی، خانه‌های بهداشت کارگری و ایستگاه به‌رگر در واحدهای تولیدی، مشمول (۵۰ تا ۵۰۰ نفر خانه بهداشت کارگری و ۲۰ تا ۴۵ نفر ایستگاه به‌رگر) تاسیس و راه اندازی می‌شود. شایان ذکر است که بهداشتیاران کار و به‌گران که مسئولین خانه‌های بهداشت کارگری و ایستگاه به‌رگر می‌باشند از واحدهای تولیدی، انتخاب و پس از آموزش توسط مراکز بهداشتی درمانی در سطح کشور در محل کار به انجام خدمات، اقدام می‌نمایند

## برنامه طب کار و معاینات شاغلین

این برنامه با هدف حفظ و ارتقای سلامت کارگران و به منظور شناسایی و بیماریابی بیماری‌های شغلی و ساماندهی نظام ثبت و گزارش دهی، انجام می‌گیرد

### برنامه ارگونومی مدارس

- پیشنهاد، پیگیری و تصویب بندهای قانونی مرتبط با ارگونومی مدارس در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش کشور به عنوان یک سند بالا دستی در شورای عالی آموزش و پرورش و شورای عالی انقلاب فرهنگی به عنوان بستر سازی قانونی این موضوع در کشور انجام شد.
- کمیته فنی "استانداردسازی ارگونومی مبلمان و تجهیزات آموزشی مدارس" با عضویت فعال اعضای هیئت علمی، دستگاه‌های ذیربط و متخصصین برجسته ارگونومی کشور تشکیل شد؛
- کمیته فنی "بهبود سازی وضعیت موجود ارگونومی مدارس کشور" با عضویت فعال اعضای هیئت علمی، دستگاه‌های ذیربط و متخصصین برجسته ارگونومی کشور تشکیل گردید؛
- اجرای پروژه ملی ایجاد بانک اطلاعات آنترپومتریکی (ابعاد بدن) دانش آموزان کشور در مقاطع مختلف تحصیلی و دو جنس پسر و دختر به منظور بهره‌گیری از ابعاد و اندازه‌های دانش آموزان ایرانی در طراحی و اجرای فضاها و تجهیزات آموزشی آنان که برای نخستین بار در کشور اتفاق می‌افتد؛
- همکاری مشترک با سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران جهت استاندارد ملی نمودن بانک اطلاعات آنترپومتریکی دانش آموزان ایرانی.

### برنامه کاهش و کنترل عوامل شیمیایی خطرناک در محیط کار (جیوه، سرب و...)

این برنامه به منظور کاهش و کنترل اثرات زیانبار جیوه و سرب بر سلامت شاغلین از طریق اجرا و پیاده‌سازی استراتژی حذف تدریجی یا کاهش مرحله‌ای این مواد و کلیه محصولات و فرایندهای مربوطه در صناعی که جیوه و سرب را مصرف و یا به نوعی در محیط رها یا منتشر می‌نمایند تدوین و به دانشگاه‌های کشور جهت اجرا ابلاغ شد. پس از پذیرش سند حقوقی جیوه توسط کشور ایران و تصویب آن در هیئت دولت به منظور فراهم سازی مقدمات لازم الاجرا شدن این سند در کشور، اقدامات لازم از جمله: برگزاری نشست‌های تخصصی با سازمان‌های مربوطه جهت توجیه برنامه انجام شد و یک برنامه اقدام ملی جهت کاهش مرحله‌ای آمالگام دندانپزشکی و حذف تدریجی تجهیزات پزشکی وسایل اندازه گیری مانند ترمومترها و فشارسنج‌ها و دفع بهداشتی پسماندهای جیوه، تدوین و در حال پیگیری می‌باشد بعلاوه برای وسایل آرایشی بهداشتی دارای جیوه حدود مجاز تعیین گردید و اطلاع رسانی‌های لازم به ذینفعان از جمله شرکت‌های صادر کننده و وارد کننده این محصولات

انجام شد.

## ۴- بهداشت محیط

### برنامه دفاتر خدمات سلامت و ممیزی بهداشتی از واحدهای صنفی

یکی از وظایف مهم وزارت بهداشت ارائه هرچه بهتر خدمات بهداشتی در سطح جامعه و افزایش نظارت‌های بهداشتی می‌باشد:

- استناد به - تبصره ۳ قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و مواد ۲۴ و ۲۵ و ۴۱ آیین نامه اجرایی ماده ۱۳ قانون اصلاح قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی بر آن شد که بدون افزایش بار مالی بر دولت درصد پوشش بازرسی از مراکز و اماکن عمومی را افزایش داده و ارتقاء وضعیت بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی را ایجاد نماید
- در این راستا مرکز سلامت محیط و کار، در جهت انجام برنامه ممیزی بهداشت محیط از طریق دفاتر خدمات سلامت، برنامه ریزی نمودند.

### برنامه بهداشت آب

آب یکی از نعمات بزرگ پروردگار، منشا حیات و سرآغاز زندگی موجودات زنده است. دسترسی به منابع مطمئن آب از دیدگاه کمی و کیفی برای حیات انسان ضروری است. امروزه با افزایش جمعیت، گسترش صنایع و کشاورزی، مصرف آب افزایش یافته است. از سوی دیگر با توجه به اینکه کشور ما در منطقه خشک و نیمه خشک قرار دارد کمبود منابع آب به عنوان یک چالش جدی مطرح شده و حتی در برخی از مناطق، مانع رشد و پیشرفت کشاورزی، صنعتی و حتی اجتماعی شده است.

از سوی دیگر فقدان آب سالم و دفع غیربهداشتی فاضلاب، به عنوان عامل ۸۰ درصد از بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه بیان می‌شود. دسترسی به آب سالم از حقوق اولیه انسان‌ها است. هر سال بیش از دو میلیون نفر از بیماری‌های اسهالی در کشورهای در حال توسعه که بیشتر آنان کودکان هستند جان خود را از دست می‌دهند. این بیماری‌ها همچنین باعث از بین رفتن میلیون‌ها روز کاری در هر سال برای افراد بزرگسال می‌شوند. لذا با توجه به موارد پیش‌گفت، کاهش منابع آب و عدم کارایی فرایندهای تصفیه رایج در حذف برخی آلاینده‌ها از آب، اهمیت حفاظت از منابع و پیشگیری از تغییر کیفیت آن به عنوان یکی از وظایف جوامع را نمایان می‌کند.

### برنامه بهداشت محیط بیمارستان‌ها

با هدف ارتقای سطح بهداشت محیط بیمارستان‌ها از سال ۱۳۷۶ در سطح کلیه بیمارستان‌های کشور به اجرا درآمده است. این برنامه در اجرای طرح تفکیک زباله‌های بیمارستانی، (زباله‌های عفونی جدا و زباله‌های قابل

بازیافت بهداشتی در فرآیند تعیین و تبدیل) مورد استفاده قرار می‌گیرند.

## برنامه کنترل دخانیات

در اجرای اصل یکصد و بیست و سوم (۱۳۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که با عنوان طرح جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات به مجلس شورای اسلامی تقدیم گردیده بود، در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و تأیید شورای محترم نگهبان به تصویب رسید. طبق ماده ۱ این قانون، به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات، تشکیل گردید.

## ۵- تغذیه

### برنامه امنیت غذا و تغذیه در استان‌های کم برخوردار

عوامل متعددی در ایجاد ناامنی غذایی موثرند که در صورت بی‌توجهی به آنها احتمال گرسنگی، فقر و ناامنی غذایی تشدید می‌شود. به عنوان مثال وضعیت اشتغال در جامعه، هزینه غذا و وضعیت تامین اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده توان اقتصادی افراد جامعه هستند. تنها وجود غذا و یا خوردن غذا برای تامین امنیت غذا و تغذیه، کافی نیست بلکه باید تبدیل غذای خورده شده به مواد مغذی در بدن به طور مطلوب صورت گیرد. با فراهم شدن اینگونه شواهد علمی طی سه دهه اخیر، تعاریف امنیت غذا تغییرات زیادی کرده است که نشان‌دهنده سیر تحولات تفکر رهبران جهان نیز بوده است.

یکی از مهمترین تغییرات، توجه به امنیت تغذیه‌ای (Nutrition Security) به عنوان یک پیامد از امنیت غذایی (Food Security) است که بعد از سال ۱۹۹۶ در تعاریف سازمان خواروبار و کشاورزی (FAO) مطرح شد و امنیت غذا و تغذیه براساس توافق‌های بین‌المللی عبارتست از دسترسی اقتصادی و فیزیکی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی، سالم با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی و بهره‌مندی تمام سلول‌ها از مواد مغذی کافی برای دستیابی به زندگی سالم و فعال. چهار بعد موثر در امنیت غذا و تغذیه عبارتند از: دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی، ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و تامین سلامت. بهبود تغذیه و امنیت غذایی به عنوان هدف اصلی سیاست‌های توسعه و از محورهای اصلی تامین سلامت جامعه به شمار می‌آید و برنامه بین‌بخشی بهبود امنیت غذا و تغذیه با مشارکت کلیه بخش‌های رفاه و توسعه اجتماعی قابل اجرا است. مسئولیت "برنامه بین‌بخشی بهبود تغذیه و امنیت غذایی استان بر عهده استاندار" با تشکیل ۶ کمیته (سلامت، تولید غذای سالم، دسترسی فیزیکی به غذای سالم، توانمندسازی جوامع محلی، ارتقاء فرهنگ و سواد و حمایت تغذیه‌ای) است.

در ۷ استان کم برخوردار شناسایی شده براساس مطالعه سمپات (کرمان، ایلام، سیستان و بلوچستان، بوشهر، کهگیلویه و بویر احمد، خوزستان و هرمزگان)، با حمایت سازمان برنامه و بودجه و با مشارکت کلیه دستگاه‌های مرتبط از سال ۱۳۹۳ اقدام به طراحی و اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقاء سلامت تغذیه‌ای خانوارها و



رفع موانع ناامنی غذایی توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه شده است.

## برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه

آموزش و فرهنگ‌سازی تغذیه صحیح نقش مهمی در ارتقاء سلامت جامعه و پیشگیری و کنترل بیماری‌ها دارد. بر اساس مطالعات انجام شده در دنیا تا ۸۰ درصد موارد ابتلا به دیابت نوع دو، ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی و عروقی و ۳۰ درصد سرطان‌ها با تغذیه صحیح قابل پیشگیری است. از بین عوامل تاثیر گذار در شیوع بیماری‌های غیر واگیر، تغذیه نقش بسیار مهمی در این روند دارد. در واقع سبک زندگی شهرنشینی و افزایش عرضه مواد غذایی آماده و دسترسی آسان به مواد غذایی دارای چربی، قند و نمک بالا روز به روز بر تعداد افراد مبتلا به اضافه وزن و چاق می‌افزاید. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، بیش از ۱٫۹ میلیارد بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر دارای اضافه وزن بوده‌اند که از این تعداد بیش از ۶۵۰ میلیون نفر بزرگسال چاق می‌باشند. استراتژی به کار رفته در ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای عبارتست از آموزش، جلب همکاری‌های درون بخشی و برون بخشی و پایش و ارزشیابی.

برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه به عنوان یکی از ۱۵ برنامه اصلی در برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت در نظر گرفته شده است.

## ۶- بیماری‌های واگیر

### برنامه کنترل سل

#### ۱- فرآیند اجرای برنامه شامل:

- گروه هدف: عموم مردم (شامل عموم مردم، دانش آموزان، سربازان، رابطین بهداشتی)

#### ۰ گروه‌های پرخطر و در معرض خطر

مبتلایان به سرفه مزمن مراجعه کننده به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی

افراد HIV مثبت شناسائی شده، خانواده بیمار

افراد در تماس نزدیک با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت

مبتلایان به دیابت تحت پوشش

بیماری‌های مزمن کلیوی

- دریافت کنندگان پیوند
- مبتلایان به سیلیکوزیس شناخته شده
- زندانیان
- افراد ساکن در آسایشگاه‌های معلولین و سالمندان
- افراد بی خانمان
- ساکنین اردوگاه‌های مهاجرین
- مبتلایان به سل ریوی حساس به دارو (اعم از اسمیر مثبت، اسمیر منفی، خارج ریوی)
- مبتلایان به سل مقاوم به درمان
- 0 جمعیت تحت پوشش: تمامی استان‌های کشور**
- 0 دانشگاه‌های مجری برنامه: تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور**

### برنامه پیشگیری و کنترل HIV/AIDS و بیماری‌های آمیزشی

- ۱- فرآیند اجرای برنامه شامل:
  - گروه هدف: جمعیت عمومی
  - گروه‌های در معرض خطر (جوانان، زندانیان،...)
  - گروه‌های پرخطر (مصرف کنندگان تزریقی مواد، زنان خیابانی، همسران مصرف کنندگان مواد، افرادی که به رفتارهای جنسی پرخطر مبادرت دارند) - مبتلایان به HIV و همسران و فرزندان آنها
  - نوع خدماتی که ارائه می‌شود: آموزش و اطلاع رسانی (جلب مشارکت و توانمندسازی رسانه‌ها، همکاری با وزارت آموزش و پرورش، بسیج‌های اطلاع رسانی، تهیه مطالب آموزشی ویژه گروه‌های مختلف شامل روحانیون، والدین جوانان، رسانه‌ها، راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی) مشاوره و آزمایش تشخیصی رایگان، خدمات رایگان کاهش انتقال از طریق تزریق مواد (درمان متادون، توزیع

سرنگ و سوزن)، کاهش انتقال از طریق تماس جنسی، پیشگیری از انتقال از مادر مبتلا به نوزاد، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، مراقبت و درمان HIV و ایدز (شامل معاینات دوره‌ای، آزمایش‌های لازم، بیماریابی فعال سل، واکسیناسیون شامل کزاز، هپاتیت B، پنوموکوک، آنفلوآنزا، درمان اختصاصی ویروس شامل حداقل سه دارو از اقلام: زیدوودین، لامیوودین، افویرنز، کلترا، ... تا پایان عمر، پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب، خدمات سلامت باروری کلیه این خدمات بصورت رایگان ارائه می‌شود و بیماران تا پایان عمر تحت پیگیری باید باشند) تقویت نظام آزمایشگاهی تشخیص بیماری، پیشگیری پس از تماس‌های تصادفی و تماس‌های شغلی، برنامه باشگاه‌های مثبت جهت توانمندسازی مبتلایان و افزایش حمایت اجتماعی.

**دانشگاه‌های مجری برنامه:** کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مکلف به انجام برنامه کنترل HIV/AIDS هستند.

## ۷- سلامت خانواده

### برنامه پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان

در تمامی جوامع، کودکان از آسیب پذیرترین افراد در برابر حوادث هستند، ارتقاء سلامت کودکان از مهم ترین شاخص‌های سطح سلامت یک جامعه بوده و پیشگیری از وقوع حادثه در کودکان، مستلزم رعایت نکات ایمنی است. کودکان قادر به درک خطرات پیرامون خود نبوده و در برابر بسیاری از خطرهای، آسیب پذیری بیشتری دارند. حوادث دوران کودکی علاوه بر مرگ و میر، با میزان بالای ناتوانی نیز همراه می‌باشند و هزاران کودک ناچارند به دلیل آسیب‌های ناشی از سوانح، مابقی عمر خود را با معلولیت و ناتوانی سپری کنند. آسیب‌های ناشی از حوادث، از علل اصلی معلولیت، ناهنجاری‌های دائمی و مرگ در کودکان بالای یک سال است.

تبعات غیر مستقیمی که در اثر سوانح بر کودکان کشور تحمیل می‌گردد متعدد است. یکی از آنها فشارهای اقتصادی و اجتماعی بر خانواده‌هایی است که ناگزیرند از معلولین سوانح مراقبت کنند. کودکی که دچار مصدومیت جدی است نیاز دارد که والدین، هر دو، از او مراقبت کنند. این زیان، درآمد از دست رفته والدین را بر فرصت تحصیلی از دست رفته کودک می‌افزاید.

در این راستا مجموعه‌های آموزشی پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان، با هدف توانمندسازی والدین و مراقبان کودک، پرسنل بهداشتی درمانی و خود کودک برای آموزش اصول ایمنی و پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان تدوین گردیده است.

### برنامه تغذیه مناسب کودکان در سنین مختلف

سال‌های ابتدای کودکی دوران بسیار حیاتی برای ارتقای رشد و تکامل کودکان، شکل گیری ترجیحات غذایی و الگوهای غذایی آنان به شمار می‌رود. مطالعات متعددی نشان داده اند که بیشترین میزان اختلال رشد،

کمبود ریز مغذی‌ها و بیماری‌های شایع کودکان در این سنین رخ می‌دهند. به طوری که تغذیه نامطلوب در سال‌های اول زندگی از علل مرگ و میر و تاخیر رشد ذهنی و جسمی کودکان بوده و در دراز مدت این کمبودهای تغذیه‌ای موجب آسیب عملکرد ذهنی، ظرفیت کاری و سلامتی دوران نوجوانی و بزرگسالی می‌گردد.

بهبود الگوی تغذیه کودکان از طریق تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه تکمیلی مناسب و تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی و تغذیه مناسب در سنین مختلف، از مداخلات پیشگیرانه و موثر در بهبود تغذیه کودکان به شمار می‌روند. بدیهی است برای بهبود بخشیدن به الگوی تغذیه کودکان، راهنمایی و مشاوره با مادران امری ضروری است.

### برنامه رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی

دوران کودکی خصوصاً سال‌های اولیه زندگی، حیاتی‌ترین مرحله‌ی تکامل شخصیت و پرورش توانایی‌ها و استعدادهای انسان است و نیازمند برنامه‌ریزی با رویکردی جامع می‌باشد. در رویکرد جامع مورد نظر، خانواده اولین و اصلی‌ترین مسئول وضعیت زندگی کودک است. اما از آنجا که خانواده به تنهایی توانایی‌های لازم برای پشتیبانی از کودک و تامین کلیه نیازهای رشد و تکامل کودک را ندارد و نخواهد داشت، دولت‌ها موظفند نسبت به تدوین سیاست‌ها و اجرای برنامه‌های لازم برای پشتیبانی و کمک به خانواده‌ها و مراقبان کودکان اقدامات ضروری را به عمل آورند.

### برنامه کلاسهای آمادگی برای زایمان

برنامه کلاس‌های آمادگی زایمان و بیمارستان‌های دوستدار مادر از سال ۱۳۸۷ توسط اداره سلامت مادران در بیمارستان‌های حوزه درمان آغاز شده و تاکنون در حال اجرا است. از سال ۱۳۹۳ این برنامه به حوزه بهداشت تعمیم داده شد.

کلاس‌های آمادگی برای زایمان از هفته ۲۰ تا هفته ۳۷ بارداری برای مادران طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار می‌شود که در آن مطالب مرتبط با بهداشت فردی، تغذیه‌ای، سلامت روان، علائم هشدار، مراحل زایمان، روش مناسب زایمان، شیردهی، مراقبت از نوزاد و بهداشت پس از زایمان، آموزش داده می‌شود. برای تقویت عضلات و افزایش توانمندی مادر در انتخاب روش مناسب زایمان، کاهش ترس از درد زایمان و پیشگیری از صدمه به عضلات کف لگن، ورزش‌های بارداری، اصلاح وضعیت و تن آرامی برای مادر انجام می‌شود. ضمناً دو جلسه آموزش نیز برای پدر در نظر گرفته شده است.

#### هدف کلی:

ترویج زایمان طبیعی با رویکرد علمی مبتنی بر شواهد در راستای افزایش نرخ باروری و توانمندسازی مادران برای انتخاب روش زایمان ایمن

## بهداشت روان

این برنامه با هدف تامین و حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه انجام می‌گیرد و از طریق آموزش مردم، بیماریابی، ارجاع، درمان و پیگیری در این راستا فعالیت می‌کند. قابل ذکر است که ۱٪ مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری‌های روانی و ۱۱٪ بار بیماری‌ها در جهان ناشی از این بیماری‌ها است. ضمناً مراکز مشاوره و آموزش بهداشت روان و نیز کلینیک‌های مشاوره و بهداشت روان کودک نیز تاسیس گردیده که هدف این مراکز ترویج و ارتقاء سطح بهداشت روان کودکان و نوجوانان، با محور قرار دادن خانواده و فعالیت در سطوح اول و دوم پیشگیری، بوده که در واقع می‌توانند از پیدایش و افزایش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، جلوگیری کنند.

## ۸- بهداشت دهان و دندان

- برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی  
DMFT/dmft هدف: دانش آموزان مقطع ابتدایی، بهبود شاخص

### - آموزش:

- تهیه بسته‌های آموزشی مرتبط برای والدین، دانش آموزان و هماهنگ کنندگان برنامه در مدارس ابتدایی.
- برگزاری جلسات توجیهی و کارگاه‌های آموزشی برای والدین، دانش آموزان و هماهنگ کنندگان برنامه در مدارس ابتدایی.
- هماهنگی‌های بین بخشی (نیروهای درگیر در وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش)
- تهیه وسایل کمک آموزشی.

### - پیشگیری:

- تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش آموزان.
- تامین وارنیش فلوراید جهت دانش آموزان.
- ارائه خدمات وارنیش فلوراید.
- استفاده از یونیت سیار در مدارس.

### - درمان:

- ارائه کلیه خدمات تحت پوشش بیمه‌های پایه دندانپزشکی بر اساس مصوبه هیئت دولت در مراکز بهداشتی، درمان دولتی و با تعرفه‌های مصوب.
- برنامه ارائه خدمات دهان و دندان در قالب بیمه‌های روستایی:
- با اجرای این برنامه، سطح یک و دو خدمات دندانپزشکی در روستاهای کشور برای اولین بار برای گروه‌های هدف به صورت رایگان ارائه خواهد شد و همچنین کمبودهای موجود در زمینه نیروی انسانی در این مراکز

رفع میشود. همچنین ارائه خدمات پیشگیری و درمانی در سطح یک و دو خدمات در مراکز ارائه دهنده خدمات در شهرهای زیر بیست هزار نفر نیز (مشمول بیمه روستایی) برای گروه‌های هدف، رایگان می‌باشد و ارائه خدمت به سایر گروه‌های سنی بر اساس دستورالعمل اجرایی مربوطه صورت خواهد گرفت.

## ۹- بهداشت مدارس و جوانان

### برنامه مدارس مروج سلامت

مدرسه مروج سلامت، یک حرکت جهانی و منشاء و مبداء آن ابتکار و برنامه " سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ Health for all" سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۱۹۷۸ اعلام شده است. این برنامه در سال ۱۹۹۰ با برنامه "آموزش برای همه" یونسکو پیوند یافت. در سال ۱۹۹۵ میلادی مجدداً توسط سازمان جهانی بهداشت، در قالب «برنامه جامع سلامت مدارس» مطرح گردید. سپس در سال ۲۰۰۱ میلادی سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین‌المللی ذینفع، برنامه "مراقبت مدرسه محور" را با هدف روزآمد نمودن اطلاعات سلامت در دانش آموزان، والدین و کارکنان، آغاز نمود.

مدرسه مروج سلامت یک حرکت جهانی و نظامی است برای ارتقاء سلامت که با مشارکت فعالانه اولیاء، مربیان و دانش آموزان اجرا می‌گردد. در این برنامه، نه فقط تعلیم و تربیت، بلکه تمامی جنبه‌ها از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان، مورد توجه است.

### طرح مداخلات پیشگیری از مرگ جوانان به واسطه حوادث حمل و نقل

مطابق با بررسی‌های انجام شده و با استناد به آمارهای موجود در کشور، بیشترین علت مرگ در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال عموماً به حوادث حمل و نقل و در درجات بعدی به خودکشی، خشونت به وسیله دیگران، سکت‌های قلبی، اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد و ... اختصاص یافته است همچنین به استناد گزارش ۲۵ اردیبهشت ماه ۹۳ سازمان جهانی بهداشت، علت مهم مرگ و میر جوانان در دنیا، تصادفات رانندگی می‌باشد و لذا منطقی است طرح مداخلات پیشگیرانه از حوادث حمل و نقل با رویکرد کاهش میزان مرگ جوانان، بر پایه اولویت‌های تعیین شده و به استناد آمارهای موجود، طراحی و اجراء گردد.

هدف کلی: کنترل مرگ جوانان از طریق انجام مداخلات سلامت محور

### ۱۰- گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی

- برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر

در سال ۱۳۸۴ مقرر شد که برنامه پزشک خانواده با استفاده از سیاست پوشش بیمه همگانی سلامت در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر و امکان دسترسی و بهره‌مندی افراد تحت پوشش از خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع فراهم آید. در این برنامه امکان دسترسی فراگیر و فعال تمام افراد تحت پوشش به خدمات ترویجی، پیشگیرانه، درمانی و بازتوانی با کیفیتی که متضمن تأثیر آن باشد مورد نظر قرار گرفت. مدیریت خدمات سلامت در نخستین سطح ارائه خدمات بر عهده پزشکان خانواده است. بر این اساس می‌بایست خدمات سلامت در محدوده بسته تعریف شده ارائه شود و در صورت نیاز نسبت به ارجاع بیمار به سطوح بالاتر اقدام گردد. پزشک خانواده مسئول تداوم و استمرار خدمات است و بر این امر نظارت دارد. در راستای گسترش برنامه‌های بهداشتی و ادغام بسته خدمت کاملتر در نظام شبکه و بهره‌مندی بیشتر جمعیت از خدمات درمانی و دارویی.

### **– برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلان‌شهرها**

از آنجاکه مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، ضرورت دارد.

همچنین، بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است "سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت" را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه‌اجرائی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند.

## بخش دوم: اجتماعی شدن سلامت بعنوان رویکردی نوین در نظام سلامت کشور

### تاریخچه و تکامل موضوع مشارکت و اجتماعی شدن در اسناد بالادستی

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

نگاهی به اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد که اساساً سلامت به مثابه یک امر اجتماعی، مطرح شده است. در قانون اساسی جمهوری اسلامی در اصل ۵۶ مطرح می‌شود که "حاکمیت مطلق بر جهان و انسان از آن خداست و هم او، انسان را بر سرنوشت خویش حاکم ساخته است. هیچ کس نمی‌تواند این حق الهی را از انسان سلب کند یا در خدمت منافع فرد یا گروه خاص قرار دهد و ...". بنابراین اصل تصمیم‌گیری در مورد سرنوشت سلامت هر فرد نیز بر عهده خود فرد است و هیچ کس نباید این اختیار را از او سلب کند.

همچنین اصل ۱۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران می‌گوید "مردم ایران از هر قوم و قبیله که باشند از حقوق مساوی برخوردارند. رنگ، نژاد و زبان و ... سبب امتیاز نخواهد بود"، ما به دنبال این عدالت و تساوی در سلامت هستیم.

طبق اصل ۲۹ قانون اساسی "برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند" و اصل ۴۳ قانون اساسی "برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود: تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه و ..." از برخورداری آحاد مردم به خدمات بهداشتی صحبت شده است.

بر اساس ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۰-۱۳۸۴) دو شورای مذکور ادغام شده و «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور» شکل گرفت. به استناد بند (الف) ماده



۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۰) فعالیت شورا در طول سال‌های اجرای قانون مذکور ادامه می‌یابد. آیین‌نامه اجرایی این شورا در سال ۱۳۹۰ به تصویب هیئت وزیران رسیده است.

در بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت، رهبر معظم انقلاب اسلامی توجه را بر ابعاد اجتماعی سلامت جلب می‌کنند. در این بند آمده است: **"ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها."**

در سیاست‌های کلی سلامت در بند ۲ نیز تأکید بر رویکرد همه جانبه در مورد سلامت شده است تا ایران با ارتقاء شاخص‌های سلامت به جایگاه اول در منطقه آسیای غربی برسد.

"بند ۲: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با

رعایت :

۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.

۲-۲- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.

۳-۲- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.

۴-۲- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

۵-۲- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.

۶-۲- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی."

همچنین در بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت به مشارکت ساختارمند و فعال هر فرد به منظور ارتقاء سلامت اشاره می‌شود: **"افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"**

### **تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت و انحلال آن در اواخر سال ۱۳۹۷**

بر همین اساس، معاونت اجتماعی به عنوان نهاد محوری در پیشبرد فرایند اجتماعی شدن نظام سلامت، به ایفای نقش در طراحی و اجرای مدل بومی جلب مشارکت‌های مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها در حوزه سلامت، سیاست‌گذاری به منظور افزایش نقش مردم در مدیریت حوزه سلامت و ارائه راهکارهای علمی و قانونی جهت کاهش تصدی‌گری دولت، فرهنگ‌سازی در جهت تشویق و ترغیب آحاد مردم برای مشارکت و گسترش فعالیت‌های خیرین در حوزه سلامت (هبه، نذر سلامت، فعالیت داوطلبانه، اهدای اختصاصی به بخش سلامت و ...)، ارتباط با فرهیختگان و اصحاب فرهنگ و هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های آن‌ها جهت تقویت بخش سلامت، برنامه‌ریزی برای ساماندهی، شناسایی و جذب منابع غیردولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور و استفاده از ظرفیت‌های مردمی ایرانیان مقیم خارج از کشور برای توسعه خدمات سلامت، حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت خیرین و بخش غیردولتی در حوزه سلامت، تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه مشارکت مردمی و پیش‌بینی پیوست

مشارکت‌های مردمی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های حوزه سلامت می‌پردازد. بدیهی است که در خصوص مأموریت‌های اصلی معاونت مورد اشاره و ادارات و مسئولیت‌های آنها، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ادارات کل امور اجتماعی سلامت، سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، اداره کل خیرین و مؤسسات خیریه سلامت، اداره مددکاری اجتماعی و سایر امور مرتبط نیز برنامه‌ریزی‌های لازم، انجام گردید ولی با توجه به این که ابعاد چهارگانه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، به یکدیگر گره خورده و برنامه‌های مرتبط با حفظ و تامین آنها جزو وظایف معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، می‌باشد ضمن تاکید بر توجه به کلیه ابعاد مورد اشاره، لزوم معاونت‌های جداگانه برای نیل به اهداف تفکیک شده در روزهای پایانی سال ۱۳۹۷، غیرضروری، تشخیص داده شد.

### منابع:

اسناد، منابع و مستندات موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا اواخر سال ۱۳۹۷.