



دیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

عنوان مستند

**گزارش پیشرفت
اجرای مصوبات جلسات ۱۴ و ۱۵ شورای عالی سلامت و
امنیت غذایی**

آبان ماه ۱۴۰۰

به نام خدا

شناسنامه مستند

عنوان مستند:	گزارش پیشرفت اجرای مصوبات جلسات ۱۴ و ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
نوع مستند:	گزارش پیشرفت
هدف از تهیه مستند:	ارائه گزارش در چهارمین جلسه کمیسیون دائمی و شانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
واحد سفارش دهنده:	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
مخاطبان:	دفتر محترم ریاست جمهوری و دستگاه‌های اجرایی/ سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
واحد تهیه کننده:	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
همهانگ کننده:	دکتر شیوا مافی مرادی
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: دکتر باقر لاریجانی، دکتر مهدی گویا، دکتر سید حامد برکاتی، دکتر حسام‌الدین علامه، دکتر محسن شتی، دکتر محمدحسین عزیزی، دکتر علی شریفی زارچی، مهندس سیدرضا غلامی، دکتر نیلوفر پیکری، دکتر هنگامه نامداری‌تبار، دکتر احمد جنیدی جعفری، مهندس زهره روشنی، دکتر ناهید اکبری، سوسن رحیمی، مهندس معصومه خانی، مهندس زهره پوراحمدی، مهندس وحیده شایگان، مهندس مریم مظهری، مهندس هاله سمیعی وزارت جهاد کشاورزی: دکتر علیرضا رفیعی‌پور، دکتر مسعود لطیفیان، دکتر جواد نوروزیان، مهندس مهدی فولادی، مهندس سیدین سازمان حفاظت محیط زیست: دکتر حسن پسندیده، دکتر هلنا کعبی، مهندس شهرام سپهرنیا وزارت آموزش و پرورش: دکتر شکوهی، دکتر رضاپور، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر نرگس رستمی‌گوران، دکتر شیوا مافی مرادی، دکتر ملیحه مولوی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده، مهندس فاطمه طاهری، مهندس مژگان عین‌اللهی، دکتر حمید اخوان، دکتر مجید توکلی، سیما امیرحسینی، فهیمه دوست‌نیگجه	
سایر همکاران	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: سعیده زاهد انارکی، مهندس مصطفی خدابخشی، مهندس فاطمه خلیلی، دکتر زهرا صلیبی، لیلا کرمی
تحت نظارت:	دکتر علی دل‌پیشه
توصیف مستند:	این مستند شامل خلاصه‌ای از گزارش‌های پیشرفت مصوبات جلسات چهاردهم و پانزدهم شورای عالی سلامت است که جهت ارائه در چهارمین جلسه کمیسیون دائمی و شانزدهم جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به تایید دستگاه‌ها و سازمان‌های مجری و همکار رسیده است.
اقدامات لازم:	جهت استحضار اعضای کمیسیون دائمی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
سطح دسترسی:	عادی
مشخصات ظاهری:	دارای متن، جدول، شکل و نمودار
کلیدواژه:	گزارش پیشرفت، مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، جلسه چهاردهم، جلسه پانزدهم
تاریخ تنظیم:	پاییز ۱۴۰۰
شناسه اثر:	MOH-SCHFS-PN001-1400
تماس برای جزییات	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، بلوک C، طبقه ۱۴، ۸۱۴۵۲۹۷۰
بیشتر:	

تقدیر و تشکر

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی حوزه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که در اجرای مصوبات جلسات چهاردهم و پانزدهم با این شورا همکاری داشته اند، اعلام می‌دارد. همچنین از همکاران محترم دبیرخانه‌های سلامت سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی که مسئولیت هماهنگی اجرای یکپارچه مصوبات را بر عهده داشته و با این دبیرخانه در نظارت بر حسن اجرا همراهی نمودند، کمال تشکر را داریم.

فهرست مصوبات

۲ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۰۳)

۷ گزارش پیشرفت اجرای مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۸ «سند برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر» (۱۳۹۴-۱۴۰۴)

۱۴ «کنترل و نظارت بر سهم واردات انواع روغن پالم خام و بسته‌بندی‌شده»

۱۷ «نظارت بر ایمنی محصولات کشاورزی، ساماندهی فروش و عرضه سموم»

۲۰ «بازنگری استانداردهای آرد و نان با تاکید بر استاندارد نمک در نان‌های سنتی»

۲۵ «غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک»

۲۸ «طبقه‌بندی کلیه آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت و اطلاع رسانی در این زمینه»

۳۳ «یکپارچه‌سازی و بهره‌برداری صحیح از ایستگاه‌های سنجش آلودگی هوا و استقرار ایستگاه‌های جدید»

۳۵ «تدوین و اجرای برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» براساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»

۳۹ «تهیه برنامه معتبر مشاوره معلمین، دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان در راستای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه»

۴۴ «اجرای چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل اچ‌آی‌وی (۱۳۹۴-۱۳۹۸)»

۴۹ «ارزشیابی عملکرد سلامت‌محوری استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران»

۵۳ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (مورخ ۱۳۹۶/۰۹/۲۹)

۵۷ گزارش پیشرفت اجرای مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۵۸ «عملیاتی کردن سند ملی سالمندان»

۶۵ «تدوین آیین‌نامه و دستورالعمل‌های نحوه استقرار نظام پایش عدالت در سلامت»

۷۱ «تدوین و ابلاغ آیین‌نامه اجرایی تشکیل مجامع سلامت در سطح محلات تا ملی»

۷۵ «ارایه انواع خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه از جمله «خدمات بهداشت باروری»

۷۸ «بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت»

۸۵ «طرح ارتقا سلامت ۸ محصول کشاورزی»

۹۲ «ارتقای سواد سلامت با تاکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر با بهره‌گیری از قابلیت نهادهای اجتماعی»

۹۵ «تشکیل دبیرخانه های سلامت در دستگاه های اجرایی»

**مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و
امنیت غذایی
(مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۰۳)**

به نام خدا



مصوبات چهاردهمین

جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

(برگزار شده در روز دوشنبه مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۰۳)

دومین جلسه

در دولت تدبیر و امید

اسفند ماه ۱۳۹۴

۱. به منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، «سند برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (۱۴۰۴-۱۳۹۴)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب شد.
۲. وزارت جهاد کشاورزی موظف است سهم واردات انواع روغن پالم خام و بسته‌بندی شده (به ویژه روغن هسته پالم، پالم استئارین، پالم کرنل و پالم کرنل- استئارین) را به میزان حداکثر ۳۰٪ کل روغن وارداتی رعایت کند و بر جلوگیری از افزایش واردات آن نظارت نماید.
۳. به منظور پیشگیری از عرضه آفت‌کش‌های غیرمجاز و استفاده نامناسب از سموم دفع آفات، سازمان حفظ نباتات مکلف است ظرف مدت یک سال از ابلاغ این مصوبه، نسبت به طراحی، تصویب و استقرار نظام تولید، واردات و توزیع سم به مراکز فروش مجاز اقدام کند، به نحوی که فروش و عرضه انواع سموم دفع آفات نباتی فقط در این شبکه و تحت نظر محققین انجام شود.
۴. سازمان ملی استاندارد مکلف است ضمن بازنگری استانداردهای آرد و نان و اجباری نمودن استاندارد نان، استاندارد نمک در کلیه نان‌های سنتی را در حد ۱٪ مصوب نماید. مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است بر حسن اجرای استانداردهای اجباری نان سنتی نظارت نماید.
۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اجرا و پایش «برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسیدفولیک» را طبق روال گذشته ادامه دهد و گزارش فصلی آن را به تفکیک استان به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند.
۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف مدت سه ماه از ابلاغ این مصوبه نسبت به طبقه‌بندی کلیه آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت اقدام و به منظور آگاهی عموم مردم از رتبه سلامت آب‌های معدنی و آشامیدنی، در این زمینه اطلاع‌رسانی کند.

۷. به منظور افزایش آمادگی مردم برای اتخاذ تدابیر خودمراقبتی در مواقع تشدید آلودگی هوا و تعیین و ارزیابی وضعیت آلاینده‌های هوا، سازمان حفاظت محیط زیست مکلف است در کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر و شهرهای درگیر با ریزگردها، طی یک برنامه واحد و منسجم، و با همکاری و استفاده از منابع، امکانات و ظرفیت‌های وزارت کشور، سازمان هواشناسی کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کشور، شهرداری‌ها و شورای عالی استان‌ها، نسبت به یکپارچه‌سازی و بهره‌برداری صحیح از ایستگاه‌های سنجش آلودگی هوای موجود و استقرار ایستگاه‌های جدید، از زمان ابلاغ این مصوبه اقدام نماید.

تبصره: سازمان حفاظت محیط زیست و کلیه دستگاه‌های اجرایی، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و شرکت‌های دانش‌بنیان که از بودجه دولتی برای سنجش و پایش آلاینده‌های هوا استفاده می‌کنند، مکلفند یافته‌ها، داده‌ها و اطلاعات سنجش و میزان غلظت آلاینده‌های سنجش شده در هوای شهرها و روستاها را به منظور ورود در سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند.

۸. در راستای تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم و با هدف ارتقا سلامت جسمی و روانی از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزه‌های اخلاقی و معنوی، توسعه مهارت‌های زندگی، فرزندپروری و خدمات مشاوره، موضوع بندهای ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت و بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت:

الف. کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلفند نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» خود بر اساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام و هر شش ماه یکبار گزارش عملکرد خود را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کنند.

تبصره- کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلف‌اند، زمینه مشارکت حداکثری کارکنان خود را در فعالیت‌های ورزشی با هماهنگی وزارت ورزش و جوانان فراهم آورند.

ب. وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی مکلفند به منظور ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه بر مبنای آموزه‌های دینی و قرآنی و توسعه فرهنگ اسلامی-ایرانی، «برنامه معتبر مشاوره معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌های ایشان» برای سال تحصیلی ۹۵-۹۶ و سال‌های آتی را تهیه و بستر لازم برای عملیاتی نمودن آن را فراهم کنند.

۹. در راستای سیاست‌های کلی سلامت و با هدف کاهش موارد جدید ابتلا به ایدز (HIV) و کاهش ۲۰٪ مرگ منتسب به این بیماری در مبتلایان تا پایان سال ۱۳۹۸، «چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل اچ آی وی (۱۳۹۴-۱۳۹۸)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شد.

تبصره ۱: اعضای کارگروه کشوری کنترل گسترش عفونت اچ آی وی/ایدز، موظفند ظرف سه ماه برنامه‌ی عملیاتی سازمان متبوع خود را در چارچوب اهداف و راهبردهای چهارمین برنامه‌ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز (۱۳۹۴-۱۳۹۸) تدوین و نسبت به اجرای آن اقدام نمایند. نظارت و ارزشیابی بر اجرای برنامه‌های عملیاتی مذکور بر عهده کارگروه یادشده می‌باشد.

تبصره ۲: به منظور کاهش خطر انتقال ویروس ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های عضو کارگروه کشوری کنترل گسترش ایدز کلیه وسایل پیشگیری از انتقال عفونت از راه تماس جنسی و سایر راه های انتقال را با قیمت ارزان در اختیار عموم افراد قرار داده و دسترسی رایگان به این وسایل را برای افراد در معرض خطر فراهم کند.

۱۰. وزارت کشور مکلف است عملکرد سلامت‌محوری را در ارزشیابی استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران بر اساس شیوه‌نامه‌ای که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر ظرف یک ماه پس از ابلاغ این مصوبه اعلام می‌کند، ملحوظ و گزارش آن را هر شش ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند.

تهیه شده در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

تلفن تماس: ۰۲۱-۸۱۴۵۲۹۷۰ / ۰۲۱-۸۱۴۵۲۹۷۸

فاکس: ۰۲۱-۸۱۴۵۳۰۰۴

آدرس: تهران، شهرک قدس، بین فلامک جنوبی و زرافشان، خیابان ایوانک، ستاد مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه ۱۴

آقای دکتر حسن هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امضاء	حجت الاسلام و المسلمین آقای دکتر حسن روحانی رئاست محترم جمهور امضاء
آقای مهندس فتاح رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره) امضاء	آقای دکتر نوبخت معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور امضاء
آقای مهندس جنتی وزیر جهاد کشاورزی امضاء	آقای مهندس نعمت زاده وزیر صنعت، معدن و تجارت امضاء
آقای دکتر گودرزی وزیر ورزش و جوانان امضاء	آقای دکتر بیضی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی امضاء
خانم دکتر ابتکار معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان حفاظت محیط زیست امضاء	خانم مولودی معاون رئیس جمهور در امور زنان و خانواده امضاء
	خانم مهندس پیروز بخت رئیس سازمان ملی استاندارد ایران امضاء

گزارش پیشرفت اجرای مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

موضوع مصوبه: «سند برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر» (۱۴۰۴-۱۳۹۴)

آدرس:	مصوبه ۱ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت (کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)
تنظیم‌کننده (گان):	دکتر ملیحه مولوی، مهندس فاطمه طاهری

مقدمه

افزایش روز افزون شیوع و بار ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، جوامع را در خطر بروز مرگ‌های زودرس، ناتوانی حاصل از این بیماری‌ها و در نهایت کاهش تولید و فقر قرار می‌دهد. با تغییر سبک زندگی و افزایش شهرنشینی، میزان مرگ ناشی از این بیماری‌ها در جهان در دو دهه اخیر ۱۳ درصد افزایش یافته و منجر به بروز ۳۸ میلیون مرگ در جهان شده است. شایان توجه است که ۱۶ میلیون از این مرگ‌ها، مرگ زودرس (۳۰ تا ۷۰ سال) بوده و ۸۲ درصد از کل سال‌های زندگی همراه با ناتوانی نیز به بیماری‌های غیرواگیر باز می‌گردد.

بی‌تردید کشور ما ایران نیز از خطر بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن مستثنی نیست. در دهه‌های اخیر، توسعه اقتصادی، اجتماعی و عملکرد موفق نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، منجر به ارتقای سلامت، کنترل بیماری‌های واگیر، افزایش امید به زندگی و بهبود شاخص‌های بهداشتی، به‌ویژه کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان شده است، ولی متأسفانه معضل بیماری‌های غیرواگیر در ایران همچنان پابرجاست.

در سال ۲۰۱۷، بیماری‌های غیرواگیر منجر به بیش از ۳۱۲ هزار مرگ در ایران گردیده که ۸۰٫۸ درصد کل مرگ‌های رخ داده در کشور را تشکیل می‌دهد. قابل توجه است که ۸۲٫۲ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، بر اثر چهار دسته، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی و دیابت بوده است. همچنین این بیماری‌ها در کشور، یکی از عوامل اصلی هزینه‌های کمرشکن بوده و با نابرابری ارتباط تنگاتنگی دارد.

از ملزومات پوشش همگانی سلامت و توسعه پایدار در کشور، مدیریت و رهبری مؤثر و نیز عملکرد سریع و مناسب در سطوح ملی و فرو ملی، به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر است. بر همین اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور سیاست‌گذاری در سطح ملی، برنامه‌ریزی، جلب مشارکت ذی‌نفعان، همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی و هدایت مداخلات مبتنی بر اولویت، «کمیته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایران» را تشکیل داد و این کمیته، سند ملی ایران را با هدف «پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴» تدوین نمود.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، «سند برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (۱۳۹۴-۱۴۰۴)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب شد».

اهداف مصوبه

- ۲۵٪ کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت بیماری‌های مزمن ریوی
- حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل
- ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی
- ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه

- ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال
- ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا
- ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی
- دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله های قلبی و سکته مغزی
- ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری های غیرواگیر در بخش های خصوصی و دولتی
- به صفر رساندن میزان Trans Fatty Acid در روغن های خوراکی و محصولات غذایی
- ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر
- ۲۰٪ افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در نظام سلامت

شاخص ها و مقادیر آن ها

هدف اختصاصی	شاخص منتسب	تعریف شاخص	مقدار در سال پایه	مقدار هدف گذاری شده	منبع داده ای	سازمان / دستگاه متولی
تعیین اهداف ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر	وجود اهداف مدون	اهداف ملی قابل اندازه گیری و عملیاتی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر	---	وجود اهداف مدون	سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تعیین میزان مرگ در کشور	وجود میزان مرگ به تفکیک علل در سطوح ملی و استانی	وجود شاخص های امید به زندگی، علل مرگ و میزان آن ها به تفکیک جنس، سن و استان	مقادیر به تفکیک در اطلس بار بیماری ها موجود است.	۲۵٪ کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر تا پایان سال ۱۴۰۴	اطلس بار بیماری ها علل مرگ	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تعیین میزان شیوع عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	وجود میزان شیوع عوامل خطر	میزان شیوع عوامل خطر رفتاری شامل مصرف دخانیات و الکل، کم بودن میزان فعالیت بدنی و عوامل خطر متابولیک	آخرین اطلاعات میزان عوامل خطر در سایت VIZIT موجود است.	• ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی • حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل • ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه • ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال • ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا • ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی	پیمایش ملی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خلاصه اقدامات انجام شده

- معرفی کمیته و دبیرخانه بیماری‌های غیرواگیر و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به رئیس محترم مجلس شورای اسلامی و روسای کمیسیون‌های مجلس شورای اسلامی، استانداران، رؤسای محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور، رؤسای محترم پژوهشگاه، پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی مرتبط با اهداف سند
- برگزاری نشست مشترک با نمایندگان تام‌الاختیار وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذی‌نفع به منظور شرح مسئله و ارائه تفاهم‌نامه‌های بازنگری شده برای کسب نظرات ایشان
- جلب مشارکت وزرای همکار در حیطه سلامت و روسای سازمان‌های ذی‌ربط و به توافق رسیدن با ایشان به- صورت مکتوب برای انعقاد تفاهم‌نامه‌های نهایی
- معرفی کمیته و سند ملی غیرواگیر در مجامع علمی ملی مانند اجلاس انجمن‌های علمی علوم پزشکی و جلسه فرهنگستان علوم پزشکی کشور
- برگزاری همایش بین‌المللی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با حضور رئیس مرکز بیماری‌های غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت
- برگزاری نشست مشترک با رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- تدوین و انتشار کتاب گزارش کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- تدوین و انتشار چارچوب ملی ارائه خدمت در راستای سند در خصوص:
 - بیماری‌های عروق کرونر
 - بیماری دیابت
 - حوادث ترافیکی
 - بیماری‌های مزمن تنفسی
 - ارائه خدمت سرطان
- ارائه پروژه پایلوت ایران به دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و تصویب آن
- جلب مشارکت روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به منظور اجرای طرح ایران در منطقه‌ای از مناطق تحت پوشش دانشگاه
- عقد تفاهم‌نامه با:
 - وزارت راه و شهرسازی
 - وزارت جهاد کشاورزی
 - وزارت ورزش و جوانان
 - نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
- رایزنی با وزارتخانه‌های صنعت، معدن و تجارت و کشور به منظور عقد تفاهم‌نامه همکاری
- پیگیری نهایی نمودن تفاهم‌نامه‌ها با سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها
- تشکیل دبیرخانه سلامت در ۳۶ دستگاه اجرایی
- تدوین برنامه جامع سلامت استان‌ها با همکاری سایر بخش‌ها و با محوریت کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر

- رونمایی از اطلس بار بیماری‌ها با حضور ریاست محترم جمهور
- جلب مشارکت استانداران به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سطح استان‌ها با بهره‌مندی از اطلاعات اطلس بار بیماری‌ها با همکاری کمیته‌های دانشگاهی
- ارائه گزارش به سازمان جهانی بهداشت و قرار گرفتن ایران در دسته کشورهای پیشرو در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (Fast track)
- برنامه‌ریزی و تشکیل جلسات برای تهیه گزارش مبتنی بر شاخص‌های ۱۰ گانه پایش مطرح شده از سوی WHO که در ارزیابی پایان سال ۲۰۱۷ توسط این سازمان انجام شد
- تنظیم گزارش جمهوری اسلامی ایران در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر برای ارائه در گردهمایی ملل متحد در سال ۲۰۱۸ میلادی
- ارائه گزارش در کنفرانس بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت در اروگوئه و انتخاب ایران به عنوان کشور پیشرو در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- تدوین تجارب موفق ایران در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر برای به اشتراک گذاشتن در عرصه بین‌الملل
- بازنگری کارگروه‌های ذیل کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- تشکیل کارگروه اجتماعی‌سازی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ابلاغ انتظارات از معاونین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در چهار حیطه‌ی حاکمیت، کاهش خطر، ارتقا مراقبت سلامت و پایش
- ابلاغ انتظارات از رؤسای محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در چهار حیطه حاکمیت، کاهش خطر، ارتقاء مراقبت سلامت و پایش
- پیگیری اسناد استانی تهیه شده در کمیته‌های دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ابلاغ تاکید وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در برنامه‌ها و سیاست‌های دولت، به معاونین وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و جلب مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- جمع‌آوری اطلاعات از منابع داده معتبر
- رفع مسئله کم‌شماری داده‌ها
- رفع مسئله بدشماری داده‌ها
- محاسبه میزان امید به زندگی، علل مرگ به تفکیک جنسیت، گروه‌های سنی و در سطح کشور و استان‌ها
- انتشار اطلس بار بیماری‌ها، سری مرگ در ۳۲ جلد
- فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم برای اجرای پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و اجرای سه گام پرسشگری، تن‌سنجی و سنجش‌های بیولوژیک
- نهایی‌سازی و انتشار گزارش پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سطوح استانی و ملی
- برنامه‌ریزی برای گسترش نظام ثبت سرطان
- هماهنگی با معاونت‌های بهداشت و درمان به منظور تشکیل کلینیک‌های دیابت در کشور

- ارائه تجارب موفق جمهوری اسلامی ایران به سازمان جهانی بهداشت
- ارائه گزارش به رئیس منطقه‌ای EMRO سازمان جهانی بهداشت
- موفقیت در کسب جایزه UNIATF از سازمان ملل
- فعال‌سازی کمیته‌های دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در راستای اجرایی‌سازی سند دانشگاهی، سند جامع استانی و برنامه عمل مبتنی بر اطلاعات و اولویت‌های استانی
- تشریک مساعی کارگروه‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در راستای هم‌زمانی بیماری‌های غیرواگیر و کووید-۱۹
- فعال‌سازی کمیته‌های دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در راستای پاسخگویی به هم‌زمانی بیماری‌های غیرواگیر و کووید-۱۹
- مشارکت فعال کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با کمیسیون عالی‌رتبه بیماری‌های غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت
- مشارکت فعال کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با کمیسیون عالی‌رتبه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت
- به‌روزرسانی وب‌سایت کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با آدرس:
<https://incdc.behdasht.gov.ir/>
- رونمایی از وب‌سایت انگلیسی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- جلب مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در راستای آموزش پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- جمع‌بندی گزارش عملکرد کمیته‌های دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- انتشار مجموعه کتب عزم ملی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به تفکیک کلان‌مناطق ده‌گانه
- تجميع گزارشات کارگروه‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- به‌روز رسانی سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و انتشار ویراست دوم با در نظر داشتن هم‌زمانی بیماری‌های غیرواگیر و پاندمی کووید-۱۹
- تقویت ستاد ملی کنترل دخانیات از قبیل، تخصیص‌های مالی پایدار، تخصیص بودجه در حیطه کاهش آسیب، تهیه پیش‌نویس اصلاح نظام مالیاتی دخانیات به‌صورت لایحه و ارسال به مجلس و ارسال پروتکل به جهت حذف تجارت غیرقانونی دخانیات به مجلس شورای اسلامی، ارائه سندی به‌عنوان تصویب پروتکل به سازمان ملل متحد به منظور حمایت‌طلبی بین‌المللی، کنترل گسترده در عرضه دخانیات، کنترل و ردیابی دخانیات قاچاق به کشور
- بهبود برنامه‌های تغذیه‌ای (می‌توان به بازنگری استانداردهای مواد غذایی، اجرا و بسیج آموزش تغذیه، میزان اثربخشی و پوشش آموزش‌ها و حمایت‌طلبی رسانه‌ها درخصوص مضرات نمک و حمایت شهرداری اشاره کرد).
- در دستور کار قرار گرفتن همکاری سازمان بهداشت جهانی به جهت سرمایه‌گذاری در نظام سلامت درحوزه غیرواگیر، توانمندسازی مدیران محیطی با همکاری دانشگاه آکسفورد و پیش‌بینی دور هشتم پروژه STEPS به-عنوان یکی از اجزای سند
- استانداردسازی خدمات تشخیص، درمان و مراقبت بیماری‌های آسم و COPD
- تهیه برنامه سطح‌بندی شده ارائه خدمت در نظام PHC
- در دستور کار قراردادن برنامه COPD بعد از استقرار برنامه آسم

- تهیه بسته‌های آموزشی برای این دو بیماری برای گروه‌های خاص طبق توصیه WHO
- پیمایش آسم در کل کشور در سال ۱۳۹۴
- تدوین چارچوب ارائه خدمت بیماری‌های مزمن تنفسی
- تهیه سیمای سلامت استان‌ها توسط مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر و ارسال به تمامی استانداری‌ها و دانشگاه‌ها
- ارسال اطلس سرطان و اطلس STEPs به تمامی استانداران و دانشگاه‌ها
- تشکیل جلسه (نشست پایش مصوبه در تاریخ ۱۳۹۸/۰۱/۲۸ برگزار شد و مقرر گردید «برگزاری جلسه با استانداران جهت اجرای برنامه NCD در استان‌ها پیگیری شود» و «جهت برگزاری کارگاه NCD، هماهنگی‌های لازم بین دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و دفتر مدیریت بیماری‌ها غیرواگیر صورت پذیرد.»)
- در نظر گرفتن فعالیتهای دانشگاهی در برنامه عملیاتی ساغ دانشگاه‌های علوم پزشکی با هدف تسهیل‌گری در همکاری‌های بین بخشی در راستای اجرای بهتر مصوبه
- برگزاری جلسه توجیهی برنامه عملیاتی با حضور کارشناسان غیرواگیر معاونت بهداشتی و کارشناسان ساغ دانشگاه‌های علوم پزشکی به منظور تعامل و همکاری موثر این کارشناسان در راستای تحقق اهداف مصوبه

موانع اجرایی

- عدم همکاری برخی از وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها
- نبود بودجه مستقل برای کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- وجود تعهد ملی در مسئولین امر
- بهره‌مندی از توان محققین برجسته کشور
- وجود ارتباط بین حیطه تحقیقات و تولید دانش و سیاست‌گذاری‌های مرتبط
- پیگیری همکاری سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دیگر در راستای اجرای مصوبه
- در نظر گرفتن پاندمی کووید-۱۹ در برنامه‌ریزی‌ها، با توجه به عدم دسترسی به درمان یا پیشگیری موثر (حداقل در آینده نزدیک)
- تسریع در راه اندازی نسخه نویسی الکترونیک و ارائه خدمات غیرحضوری
- تسریع در راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت و ایجاد بانک اطلاعاتی جهت فراخوان و مراقبت
- استفاده بیشتر از توان سازمان‌های مردم نهاد مطرح و شناخته شده
- تقویت بخش خصوصی برای ارائه خدمات
- فعال بودن مراکز تشخیصی و غربالگری جهت تشخیص زودهنگام بیماری‌های غیرواگیر، از جمله سرطان، با رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مصوب و تمهیدات لازم در زمان شیوع بیماری‌های واگیر، جهت جلوگیری از ازدیاد بیماری‌های غیرواگیر نظیر سرطان در آینده و تحمیل هزینه‌های سربار این‌گونه بیماری‌ها به خانواده‌ها و نظام سلامت

موضوع مصوبه: «کنترل و نظارت بر سهم واردات انواع روغن پالم خام و بسته‌بندی شده»

آدرس:	مصوبه ۲ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت (سازمان غذا و دارو)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان بوده و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌فرستد. حدود ۸۰٪ از مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای کم‌درآمد رخ می‌دهد و مانع مهمی در برابر رشد و توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورهاست. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ بالغ بر ۲۳ میلیون از مردم از بیماری‌های قلبی - عروقی فوت خواهند کرد. براساس مطالعه جهانی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۳، پنج عامل خطر اول برای بیماری‌ها در کشور ما عبارتند از: عوامل خطر تغذیه‌ای، شاخص توده بدنی بالا، فشار خون سیستولی بالا، قند خون بالا و کلسترول بالا. در کشور ما نیز آمارهای رسمی نشان می‌دهد که حدود ۳۱-۳۹٪ از مرگ‌ومیرها ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است.

از عوامل مهم و زمینه‌ساز بروز این بیماری‌ها، کیفیت نامطلوب روغن‌های خوراکی و بالا بودن میزان اسید چرب اشباع و ترانس در روغن‌های مصرفی است. براساس مطالعات بین‌المللی کاهش یک درصدی دریافت اسید چرب ترانس سبب کاهش ۱۷ الی ۲۴ درصدی در شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی می‌شود. همچنین، کاهش یک درصدی دریافت اسیدهای چرب اشباع هم موجب کاهش ۵ درصدی در شیوع بیماری‌های مذکور می‌شود.

با اقدامات انجام‌شده در سال‌های گذشته میزان استفاده خانوارها از روغن‌های جامد کاهش یافته است و برخی از کارخانه‌ها موفق به تولید روغن با اسید چرب ترانس کمتر از ۵٪ شده‌اند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر تولید روغن خوراکی مناسب، نوع روغن‌های خام مورد استفاده در کارخانجات است. اطلاعات انجمن صنفی صنایع روغن ایران، در سال‌های اخیر بیانگر این بود که سهم واردات روغن پالم نسبت به سایر روغن‌ها افزایش یافته بود. در برخی از انواع روغن پالم میزان اسیدهای چرب اشباع زنجیره بلند که بدترین نوع اسید چرب اشباع است، مانند میریستیک، پالمیتیک و استئاریک، نسبت به سایر روغن‌های نباتی مانند زیتون، کنجد، کنجاله سویا، کلزا، آفتابگردان و ذرت بیشتر است که به عنوان عامل ایجاد انسداد عروق کرونر و بروز بیماری‌های قلبی - عروقی شناخته شده‌اند. بر همین اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، کاهش مصرف روغن پالم است. به دلیل اهمیت موضوع و بعد از اخذ مصوبه در سیزدهمین جلسه شورای عالی مبنی بر کاهش مصرف سرانه روغن و بهبود وضعیت روغن‌های مصرفی، موضوع کاهش سهم واردات روغن پالم به عنوان یکی از سیاست‌های اجرایی از سوی کمیته فنی روغن پیشنهاد و به تصویب چهاردهمین جلسه شورای عالی رسید.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت جهاد کشاورزی موظف است سهم واردات انواع روغن پالم خام و بسته‌بندی شده (به ویژه روغن هسته پالم، پالم استئارین، پالم کرنل و پالم کرنل - استئارین) را به میزان حداکثر ۳۰٪ کل روغن وارداتی رعایت کند و بر جلوگیری از افزایش واردات آن نظارت نماید.»

هدف مصوبه

- کاهش واردات روغن پالم
- کاهش میزان اسیدهای چرب اشباع در سبد مصرفی خانوار

شاخص ها و مقادیر آن ها

شاخص	مقدار هدف گذاری شده	رند شاخص (درصد از کل روغن های وارداتی)						منبع داده ای	مؤلفی
		۹۸	۹۷	۹۶	۹۵	۹۴	۹۳		
کاهش سهم روغن پالم / اسیدهای چرب اشباع در سبد مصرفی خانوار	نسبت روغن پالم وارداتی به کل روغن های وارداتی به درصد	۵۳٪	۴۲٫۸٪	۳۶٪	۴۱٫۸٪	۳۴٫۳٪	۴۵٫۸٪	۳۱٫۸٪	سازمان غذا و دارو
		۷۵۰۰۸۰ تن	۴۲۸۸۹۰ تن	۴۵۶۱۷۸ تن	۴۰۰۰۰۰ تن	۲۴۳۶۰۰ تن	۴۱۹۷۵۰ تن	۲۵۷۶۶۵ تن	مجوزهای ترخیص صادره

افزایش تعرفه واردات روغن پالم

یکی از ابزارهای مهم برای کاهش سهم واردات روغن پالم، افزایش تعرفه واردات روغن پالم توسط وزارت صنعت، معدن و تجارت به دنبال درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که در سال ۱۳۹۴ از ۲۰٪ به ۴۰٪ افزایش یافت. علت این امر تجاوز میزان واردات این روغن در سه ماهه آخر سال ۱۳۹۳ به بیش از سقف سهمیه تعیین شده برای صنایع بود؛ اما آمارها نشان می دهد که علی رغم افزایش تعرفه شاهد افزایش نسبی سهم واردات در مقایسه ۸ ماهه اول ۱۳۹۶ و ۱۳۹۵ بوده ایم. روند افزایش تعرفه در جدول زیر نشان داده شده است:

سال	۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷	۹۸
تعرفه روغن پالم	۲-۴٪	۴٪	۱۰٪	۲۶-۴۰٪	۲۶-۴۰٪	۴۰٪	۴۰-۵۵٪

خلاصه اقدامات انجام شده

- تلاش بر این بوده است که مقدار ۳۰٪ روغن های وارداتی تقریباً برقرار باشد اگرچه در سال های مختلف فراز و نشیب داشته است. طبق آخرین گزارش ارائه شده سازمان غذا و دارو در نیمه دوم سال ۱۴۰۰، و بر اساس اعلام نظر انجمن صنفی روغن نباتی ایران، قسمت اعظم واردات روغن پالم، مربوط به شرکت بازرگانی دولتی ایران بوده است و با توجه به شرایط بازار جهانی روغن خام و روند افزایشی قیمت های جهانی روغن پالم (به علت پاندمی بیماری کرونا و ...) و از طرفی تامین ذخایر استراتژیک کشور و خرید نیاز سالانه کشور در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰، واردات این نوع روغن افزایش یافته است، لیکن شرایط مصرف آن مطابق ضوابط و مقررات جاری سازمان غذا و دارو و استانداردهای ملی بوده است.

- مدیریت واردات انواع روغن به واسطه تنظیم تعرفه ها
- ممنوعیت به کارگیری انواع روغن پالم در محصولات لبنی
- بازنگری استانداردهای مرتبط با فراورده های لبنی و روغن
- بازنگری کلیه ضوابط و مقررات بهداشتی مرتبط با انواع روغن پالم
- پایش برجسب گذاری روغن ها و محصولات حاوی روغن پالم
- آموزش کارشناسان دانشگاه ها درخصوص کاهش مصرف روغن پالم

- آموزش مسئولیت فنی واحدهای تولیدی مربوطه درخصوص برنامه کاهش مصرف انواع روغن پالم.
- تدوین پروتکل کاهش اسیدهای چرب ترانس و اشباع در روغن‌ها و چربی‌های خوراکی در راستای محقق شدن هدف سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۵
- تدوین ضابطه‌ای با عنوان «ویژگی‌های بهداشتی و سلامت دانه‌ها و میوه‌های روغنی، روغن‌ها و چربی‌های خوراکی»

موانع موجود

- رشد ۱/۵ درصدی جمعیت و صنعت به‌عنوان یک شاخص، باید در تعیین سقف واردات پالم لحاظ شود.
- وابستگی صنایع روغن به واردات روغن خام
- وجود تحریم‌ها و عدم دسترسی به منابع مناسب برای تولید روغن‌های خوراکی کیفی‌تر
- قدیمی بودن ماشین‌آلات و تجهیزات تولید برخی از کارخانجات
- عدم همخوانی آمارهای موجود بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- به حداقل رساندن سهم روغن نیمه جامد و فرآورده‌های آردی و قنادی در سبد خانوار
- تامین امکانات و تجهیزات آزمایشگاهی به لحاظ کمی و کیفی جهت کنترل و نظارت بهینه توسط دستگاه‌های نظارتی
- لزوم به‌روزرسانی سطح تکنولوژی در کارخانجات تولید روغن
- بررسی امکان استفاده از روغن‌های با اسید اولئیک بالا برای تولید مارگارین و روغن‌های سرخ کردنی و...
- استفاده از پتانسیل شرکت‌های دانش‌بنیان برای بهبود و ارتقاء تکنولوژی‌های تولید روغن‌های خوراکی (استریفیکاسیون داخلی) و بلندینگ.
- به منظور بهبود نظارت و عملیاتی نمودن مصوبه فوق نظارت‌های لازم برای کنترل ورود سالانه انواع روغن پالم در زمان ثبت سفارش و موافقت اولیه از طریق کانون انجمن صنایع غذایی ایران صورت پذیرد که این مهم با طی مسیرهای قانونی به مرحله انجام رسیده است .
- اصلاح متن مصوبه شماره ۲ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تبدیل «کاهش واردات روغن پالم به میزان ۳۰٪»، به «کاهش مصرف روغن پالم به میزان ۳۰٪».

موضوع مصوبه: «نظارت بر ایمنی محصولات کشاورزی، ساماندهی فروش و عرضه سموم»

آدرس:	مصوبه ۳ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت جهاد کشاورزی (مدیرکل محترم دفتر محیط زیست و سلامت غذا)، سازمان حفظ نباتات (معاون محترم کنترل آفات و مدیرکل محترم دفتر آفت‌کش‌ها)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس مژگان عین‌اللهی

مقدمه

رشد جمعیت و نیاز روز افزون به محصولات کشاورزی، ترس از نابودی محصول و ترس مقامات مسئول کشورها از نظر امنیت غذایی و بروز مشکلات اجتماعی حاصل از آن سبب شده تا مصرف سموم شیمیایی در چند دهه اخیر به عنوان موثرترین و احتمالاً آسان‌ترین و ارزانه‌ترین راهکار مبارزه با آفات انتخاب شود تا زمینه را برای تولید حداکثری و بهره اقتصادی بیشتر برای کشاورز فراهم سازد. مواد غذایی ناسالم مهمترین عامل خطر سلامتی شناخته شده اند. با توجه به استفاده گسترده از سموم دفع آفات و کودهای شیمیایی و عوارض ناشی از تجمع باقی‌مانده این مواد بر سلامت انسان، یکی از موضوعات مهم در ایمنی غذا، استفاده درست از سموم و کودهای شیمیایی و پایش سلامت محصولات کشاورزی از حیث آلاینده ها و باقیمانده سموم است. در صورت عدم کنترل این عوامل، خسارتی معادل بیست و هشت هزار میلیارد تومان و حدود سی میلیون تن به لحاظ ارزش محصولات کشاورزی (تلفات)، علاوه بر خسارت‌های غیرمستقیمی چون هدر رفت آب به بار خواهد آمد.

از اینرو قانون‌گذار علاوه بر تاکید بر ساماندهی وضعیت مصرف سموم و کودهای شیمیایی در بند (د) ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم، در بندهای (ت) ماده ۳۱، (ت) ماده ۳۲ قانون برنامه ششم توسعه و بند (ت) ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه بر ضرورت تامین ایمنی محصولات کشاورزی از طریق کاهش باقی‌مانده سموم و کودهای شیمیایی و مصرف بهینه آن‌ها تاکید کرده است. از سویی این موضوع به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت است، طی دو سال متوالی (سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) در دستورکار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور قرار گرفت و منجر به دو مصوبه شد. از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ تاکنون اقدامات قابل توجهی با همکاری وزارت جهاد کشاورزی و وزارت بهداشت در این راستا صورت گرفته است.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور پیشگیری از عرضه آفت‌کش‌های غیرمجاز و استفاده نامناسب از سموم دفع آفات، سازمان حفظ نباتات مکلف است ظرف مدت یک سال از ابلاغ این مصوبه، نسبت به طراحی، تصویب و استقرار نظام تولید، واردات و توزیع سم به مراکز فروش مجاز اقدام کند، به نحوی که فروش و عرضه انواع سموم دفع آفات نباتی فقط در این شبکه و تحت نظر محققین انجام شود»

اهداف مصوبه

- کاهش میزان آلاینده‌های محصولات کشاورزی به ویژه سموم دفع آفات، طراحی، بهبود و استقرار نظام ثبت سموم دفع آفات، طراحی و استقرار نظام تولید سموم دفع آفات، طراحی و استقرار نظام واردات سموم دفع آفات و طراحی و استقرار نظام توزیع سموم دفع آفات
- افزایش توان صادرات محصولات کشاورزی ایران و حفظ و ارتقای موقعیت کشور در بازارهای جهانی، کاهش هزینه‌های درمان ناشی از بیماری‌های ناشی از تغذیه و کمک به ارتقاء سلامت آحاد جامعه، حفظ محیط زیست و کاهش قاچاق سموم؛

شاخص ها و مقادیر آن ها

شاخص	هدف اختصاصی	میزان در سال پایه (۹۴)	میزان در سال ۱۳۹۶	میزان تا پایان شش ماهه اول سال ۱۴۰۰	مرجع دریافت داده ها	متولی	تواتر زمانی پایش
		شاخص					
تعداد سموم ثبت شده با نام تجاری تولید داخل	طراحی، بهبود و استقرار نظام ثبت سموم دفع آفات	۰	۱۳۷	(توضیح) ^۱	هیئت نظارت بر سموم	سازمان حفظ نباتات	۱۵ روز یکبار
		۰	۲۵۰	۰			
		۰	۳۷۷	(توضیح) ^۲			
		۲۷۰	۳۳۰	۴۲۳			
		۰	۱۸۰	۰			
تعداد سموم ثبت شده اوریجینال							
تعداد سموم در دست اقدام برای ثبت با نام تجاری وارداتی							
تعداد دستورالعمل های تولید سموم تهیه، به روزرسانی و ابلاغ شده	طراحی، بهبود و استقرار نظام تولید سموم دفع آفات	۴	۶	۸	دفتر آفت کش ها	سازمان حفظ نباتات	۳ ماه یکبار هفته ای یکبار ۳ ماه یکبار
		۰	۵۴	۷۶			
		۰	۷۰	۶۰			
تعداد سموم جدید مورد نیاز کشور جهت تولید کنندگان							
تعداد دستورالعمل های واردات سموم تهیه، به روزرسانی و ابلاغ شده	طراحی، بهبود و استقرار نظام واردات سموم دفع آفات	۵	۸	۳	دفتر آفت کش ها	سازمان حفظ نباتات	۳ ماه یکبار هفته ای یکبار ۳ ماه یکبار
		۰	۴۲	۷۶			
		۰	۶۱	۳۵			
تعداد سموم جدید مورد نیاز کشور جهت تولید کنندگان							
تعداد دستورالعمل های توزیع سموم تهیه، به روزرسانی و ابلاغ شده	طراحی، بهبود و استقرار نظام توزیع سموم دفع آفات	۱	۱	۶	دفتر آفت کش ها	سازمان حفظ نباتات	سالانه هفته ای یکبار ۲ ماه یکبار
		۴۵۰۰	۴۵۰۰	۴۷۳۱			
		۵	۲۲	۱۳۴			
تعداد شرکت های توزیع کننده سم در کشور							
تعداد فروشندگان غیر مجاز سم ساماندهی نشده		۴۵۰۰	۲۳۰	-	گزارش های استانی	گزارش های استانی و سازمان تعزیرات	هفته ای یکبار هفته ای یکبار -
تعداد سموم تقلبی و غیر مجاز کشف شده		۰	۱۴۰	۲۰			
تعداد تفاهم نامه های بین بخشی منعقد شده		۰	۲ (با سازمان تعزیرات حکومتی و نیروی انتظامی)	۲ (با سازمان تعزیرات حکومتی و نیروی انتظامی)			

۱ و ۲. با عنایت به تغییر سیاست های سازمان از سال ۱۳۹۷ به بعد، موضوع به نظارت مستمر (ثبت منبع) تغییر یافته است.

خلاصه اقدامات انجام شده

- سامانه جامع مونیتورینگ سموم طراحی و اجرایی شده و در حال بروز رسانی و ارتقاء قابلیت های رهگیری و ردیابی و اضافه نمودن سایر قابلیت های تخصصی برای مجوزهای ورود و ترخیص سموم تا تحویل به مصرف کننده شده و با سامانه های بالادستی نیز مرتبط و پیگیر ارتباط به صورت وب سرویس نیز می باشد.
- فراهم شدن زیر ساخت ها برای کاهش میزان آلاینده ها به خصوص سموم در محصولات کشاورزی
- فراهم شدن زیر ساخت ها برای اجرای طرح ارتقای سلامت و کاهش آلاینده های ۸ محصول مهم کشاورزی
- ثبت ۶۰۰ فقره سم تولید داخل و وارداتی با نام تجاری
- ساماندهی فروشندگان غیر مجاز سموم و کاهش تعداد آنها از ۴۵۰۰ فروشگاه به ۲۳۰ فروشگاه
- به روزرسانی سیستم نظارت
- تقویت همکاری های بین بخشی و استفاده از ظرفیت های موجود
- افزایش کیفیت سموم
- ساماندهی نسبی سیستم توزیع سموم در کشور
- استقرار و افزایش توانمندی کلینیک های گیاه پزشکی و
- ارتقای کیفیت سبذ آفت کش های کشور
- تدوین دستور العمل های نظارت
- تعیین منابع معتبر خارجی برای تهیه تکنیکال سموم

چالش های اجرایی

- کمبود نیروی انسانی متخصص برای پشتیبانی اجرایی در سامانه
- کمبود سطح آموزش و اطلاعات کارکنان در رابطه با بکارگیری سامانه
- مشکلات ارتباطی مطمئن و با سرعت مناسب با دیگر سامانه های اطلاعاتی مرتبط

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- تربیت و افزایش قابلیت نیروی انسانی برای طراحی، پیاده سازی و توسعه سیستم های کاربردی مبتنی بر فناوری اطلاعات درخصوص سامانه
- اصلاح و بهبود شیوه ها و ارتباطات بین سیستم های به کارگرفته شده

موضوع مصوبه: «بازنگری استانداردهای آرد و نان با تاکید بر استاندارد نمک در نان‌های

سنتی»

آدرس:	مصوبه ۴ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز سلامت محیط و کار)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده

مقدمه

نان بخش مهمی از غذای اصلی و پایه مردم جهان را تشکیل می‌دهد حدود ۴۰-۵۰٪ از انرژی مورد نیاز، ۴۵٪ از پروتئین، ۸۰٪ از آهن و ۳۰٪ از کلسیم مورد نیاز مردم از طریق نان تامین می‌شود. نان در مقایسه با بسیاری از مواد غذایی مثل گوشت و شیر دارای چگالی انرژی بیشتری است. بنابراین نان یک محصول غذایی است که در امنیت غذایی خانوارها از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. براساس نتایج طرح جامع الگوی مصرف مواد غذایی خانوار و وضعیت تغذیه‌ای کشور در سال ۱۳۹۲ در ایران مصرف سرانه نان معادل ۱۱۷ کیلوگرم در سال (معادل ۳۲۰ گرم در روز) است. این در حالی است که متوسط مصرف سرانه نان در جهان حدود ۶۵ کیلوگرم است و مصرف سرانه سالانه نان در ایران ۳۷٪ بیش از متوسط مصرف سرانه سالانه کشورهای خاورمیانه است. بهبود کیفیت نان و رفع مشکلات بهداشتی در فرآیند تولید نان از جمله بهداشت فردی، بهداشت ابزار و تجهیزات کار، بهداشت مواد غذایی و بهداشت ساختمان در نانوائی‌ها توسط نانوائیان از اولویت خاصی برخوردار است. کیفیت گندم (داخلی-وارداتی) و آرد مصرفی به ویژه از نظر پروتئین گلوتن، نوع و میزان نمک مصرفی، شیوه تخمیر آرد، استفاده از مواد غیرمجاز مانند جوش شیرین و بلانکیت در تهیه نان، نوع حرارت مورد استفاده برای پخت نان (مستقیم یا غیر مستقیم)، میزان ضایعات و دور ریز نان، غنی‌سازی آرد و نان همگی از جمله مسائلی هستند که سبب شده‌اند تا این ماده غذایی به عنوان یکی از اولویت‌های مهم در بحث امنیت غذا و تغذیه همواره مورد توجه باشد. نظر به اهمیت موضوع نان و پیچیدگی مسائل مربوط به زنجیره گندم، آرد و نان، موضوع ارتقاء کیفیت نان از اواخر سال ۱۳۹۲ در دستور کار دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور قرار گرفت. نهایتاً بعد از جلسات متعدد کمیته فنی کارشناسی در دبیرخانه شورا با صاحب‌نظران و متخصصان هر سه حوزه گندم و آرد و نان، موضوع بازنگری استانداردهای استانداردهای آرد و نان و نظارت بر حسن اجرای استانداردهای مذکور در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مطرح و به تصویب رسید.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«سازمان ملی استاندارد مکلف است ضمن بازنگری استانداردهای آرد و نان و اجباری نمودن استاندارد نان، استاندارد نمک در کلیه نان‌های سنتی را در حد ۱٪ مصوب نماید. مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است بر حسن اجرای استانداردهای اجباری نان سنتی نظارت نماید»

هدف مصوبه

- ارتقا وضعیت بهداشت محیط نانوائی‌ها
- کاهش میزان نمک در نان‌های سنتی بر اساس استانداردهای بازنگری شده
- بهبود کیفیت نان‌های سنتی
- رعایت بهداشت فردی، ابزار و تجهیزات، ساختمان و مواد غذایی در نانوائی‌های سنتی

شاخص ها و مقادیر آن ها

تواتر زمانی پایش	موتلی	مجموع دریافت داده‌ها	میزان در سال ۹۹	میزان در سال ۹۸	میزان در سال ۹۷	میزان در سال ۹۶	میزان در سال ۹۵	میزان در سال ۹۴	مقدار هدف‌گذاری شده	شاخص			
										هدف اختصاصی	شاخص		
هر شش ماه یکبار	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار	تابستان	تابستان	تابستان	تابستان	تابستان	تابستان	تابستان	نسبت	نوع نان		
			۱/۵	۱/۲	-	۱	۱	۱	۱	۱	۱	نسبت	
			۲/۳	۲/۳	-	۱/۸	۱/۵	۲	۱/۶	۱/۹	۱/۵	۱/۸	رعایت استاندارد نمک در نان‌های سنتی
			۲	۱/۵	-	۱/۳	۱/۱	۱/۵	۱/۳	۱/۲	۱	۱/۴	نسبت
			۲/۵	۲/۳	-	۱/۵	۱/۳	۱/۷	۱/۴	۱/۴	۱/۳	۱/۵	نسبت
			۱۶/۴	۰/۲	۱۶/۸	۱۷/۵	۱۸/۹	۲۰/۱	درصد نانوائی‌های سنتی بهداشتی	رعایت بهداشت ساختمان در نانوائی‌های سنتی			
			۱۷	۰/۲	۱۷	۱۹/۲	۲۰/۲	۲۲	درصد رعایت بهداشت ساختمان در نانوائی‌های سنتی	رعایت بهداشت مواد غذایی در نانوائی‌های سنتی			
			۷۴/۲	۲۰	۵۰	۵۱/۸	۵۰/۹	۶۱	درصد نمونه‌های نان‌های سنتی دارای میزان نمک در حد مجاز	رعایت بهداشت مواد غذایی در نانوائی‌های سنتی			
			۳۸	۳	۴۳	۴۶/۱	۴۵	۴۷	در صد نمونه‌های فاقد مواد افزودنی غیر مجاز (جوش شیرین، بلانکیت ۲ و ...)	رعایت بهداشت ابزار و تجهیزات در نانوائی‌های سنتی			
			۱۲	۰/۲	۱۲	۱۲/۴	۱۲/۹	۱۳/۱	درصد نانوائی‌های سنتی که دارای دستگاه‌های پخت نان با آرم استاندارد هستند.	رعایت بهداشت ابزار و تجهیزات در نانوائی‌های سنتی			
			۱۴/۵	۰/۲	۱۵/۵	۱۷/۹	۱۸/۷	۱۹/۵	درصد رعایت بهداشت ابزار و تجهیزات در نانوائی‌های سنتی	رعایت بهداشت فردی در نانوائی‌های سنتی			
			۱۵	۰/۲	۱۷/۲	۲۰/۴	۲۱/۵	۲۲/۸	درصد رعایت بهداشت فردی در نانوائی‌های سنتی	رعایت بهداشت فردی در نانوائی‌های سنتی			

خلاصه اقدامات انجام شده

- بازنگری استانداردهای آرد و نان توسط سازمان ملی استاندارد و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت کاهش میزان نمک در نان در حد ۱٪ و رفع مشکل در روش آزمون بلانکیت
 - بازنگری استاندارد نمک در نان از ۸/۱٪ به حداکثر ۱٪
 - بازنگری استاندارد آرد به تفکیک ۴ نوع آرد (با ترکیبات مختلف به لحاظ درصد گلوتن و جدول پروتئین و به تفکیک هر نان با برچسب مشخص برای ایجاد قابلیت ردیابی)
 - بازنگری استاندارد گندم بر اساس ۴ درجه (درجه ۱؛ حدود ۳۰٪ از کل گندمها)، درجه ۲؛ حدود ۴۰٪ از کل گندمها، درجه ۳؛ حدود ۳۰٪ در کل گندمها و درجه ۴؛ گندم خوراک دام و طیور)
- ابلاغ استانداردهای بازنگری شده به کلیه استانداران و دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور
- ابلاغ پروتکل بازرسی از نانوائیها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- طراحی و ایجاد فرم نمونهبرداری از مواد غذایی از جمله نان در سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تجهیز بازرسین بهداشت محیط به تجهیزات پرتابل سنجش در محل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- امضاء تفاهم نامه مابین معاونت بهداشت و رئیس سازمان ملی استاندارد
- تامین اعتبار مربوطه جهت انجام نمونهبرداری و بررسیهای آزمایشگاهی توسط معاونت محترم بهداشت و ارسال آن به دانشگاههای علوم پزشکی کشور
- ابلاغ تفاهم نامه مابین معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد
- ابلاغ پروتکل بازرسی از نانوائیها
- بازرسی از نانوائیهای سنتی و نمونهبرداری از آرد و نان بر اساس پروتکل بازرسی ابلاغی به طور مستمر.
- آموزش نانوائیان سنتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سازمان ملی استاندارد و اتاق اصناف ایران
- راهاندازی فرم ثبت اطلاعات و گزارشگیری از فعالیتهای انجام شده در خصوص بازرسی از نانوائیهای سنتی در سامانه جامع بازرسی بهداشت محیط
- برگزاری جشنواره نان با حضور وزیر محترم بهداشت و معاونین وزارتخانههای بهداشت و جهاد کشاورزی و حضور اتحادیههای صنفی نان سنتی، نانوائیان و بازرسین بهداشت محیط جهت تاکید بر رعایت بهداشت و سلامت در تولید نان همراه با معرفی نانوائیان برگزیده
- تهیه دستورالعمل و چکلیست جدید پایش و ارزشیابی نانوائیها
- استفاده از سامانه بهداشت ۱۹۰ در وزارت بهداشت و توافق استفاده از سامانه رسیدگی به شکایات مردمی ۱۵۱۷ در سازمان ملی استاندارد
- انجام ۱۰۱ نمونهبرداری از آرد در استان تهران جهت بررسی گلوتن و ایندکس آن؛ (با توجه به اینکه از ۱۰۱ نمونه برداشته شده حدود ۹۳ مورد در دامنه استاندارد و تنها ۸ مورد پایینتر از حد استاندارد بودند، فرضیه پایین بودن میزان گلوتن آردهای نان سنتی که بعضاً منجر به استفاده بیش از اندازه از نمک می شود، رد شد).

موانع اجرایی

- در دسترس نبودن اطلاعات در خصوص نحوه توزیع آرد در واحدهای صنفی نانوائی توسط وزارت صنعت، معدن و تجارت.
- مشاهده تغییرات در مقدار سبوس گیری (بیش از حدود تعریف شده) آرد نان‌های سنتی چهارگانه
- عدم استفاده صحیح از آردهای گندم با توجه به کاربرد تعریف شده آن در عنوان پروانه‌های ساخت صادر شده توسط واحدهای نانوائی، به نحوی که برای تهیه نان سنگک از آرد تافتون که کیسه‌های برچسب‌دار آن نیز در نانوائی موجود است استفاده می‌شود.
- کارخانه‌های آردسازی علی‌رغم اینکه دارای پروانه ساخت برای آرد سنگک می‌باشند، تولید آرد مزبور را انجام نمی‌دهند و در صورت تقاضا جهت آرد سنگک، آرد سایر نان‌ها (که سبوس گیری بیشتری صورت گرفته) را به جای آن تحویل می‌دهند.
- تعدد دستگاه‌ها/ سازمان‌های متولی و ناظر در حوزه نان.
- مشکلات مرتبط با گندم و آرد
 - شرایط نامطلوب نگهداری گندم در سیلوها
 - عدم تفکیک گندم
 - عدم اختلاط مناسب با واریته‌ها
 - رطوبت بالای گندم
 - بالا بودن میزان pH آب
 - پایین بودن میزان دانش و مهارت فنی نانوابان
 - ثابت نبودن کارگران نانوائی
 - ضعف رعایت بهداشت فردی
 - استفاده نابه‌جا از آرد
 - استفاده کم از خمیر ترش / عدم وجود فضا و تجهیزات برای تخمیر
 - استفاده از بهبوددهنده و مواد افزودنی
 - حرارت مستقیم و کوتاهی زمان پخت
- مشکلات مرتبط با نظام مدیریتی زنجیره گندم، آرد و نان
 - عدم آرایه الگوی صحیح کشت گندم
 - کارمزدی بودن نظام تولید آرد
 - عدم دقت در واگذاری امتیاز نانوائی به افراد متخصص
- عدم توزیع آرد با کیفیت یکسان در مناطق مختلف کشور (آرد درجه ۱، ۲ و ۳)

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- در دسترس قرار دادن اطلاعات در خصوص نحوه توزیع آرد در واحدهای صنفی نانوائی توسط وزارت صنعت، معدن و تجارت
- مداخله وزارت جهاد کشاورزی جهت بهبود کیفیت آرد مورد استفاده نانویان
- اطلاعات مربوط به نحوه توزیع آرد در واحدهای صنفی نانوائی برای بهره‌برداری در اختیار مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت قرار گیرد تا امکان کنترل و نظارت بر نوع آردهای توزیعی در واحدهای نانوائی فراهم شود.
- کاهش سبوس‌گیری از آرد مورد استفاده نانوائی‌ها با دریافت اطلاعات درخصوص کارخانجات تولیدکننده آرد از نظر میزان سبوس‌گیری آرد و وجود بلانکیت
- استفاده از آرد مخصوص و خمیر مایه مناسب برای هر نوع نان
- خرید گندم با میزان گلوتن مناسب و کلاسه بندی شده به جهت مصرف دامی و انسانی
- توزیع یکسان آرد با کیفیت مرغوب در سراسر کشور
- استاندارد شدن دستگاه‌های مورد استفاده در نانوائی‌ها

موضوع مصوبه: «غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک»

آدرس:	مصوبه ۵ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده

مقدمه

راهبرد مهم مقابله با کمبود ریزمغذی‌ها در جامعه، تامین ریزمغذی مورد نظر از طریق مواد غذایی یا مکمل‌یاری است. غنی‌سازی غذای اصلی جامعه با ریزمغذی مورد نظر، کارآمدترین و کم‌هزینه‌ترین و ساده‌ترین روش برای تامین ریزمغذی مورد نظر در تمام اقشار جامعه می‌باشد. با غنی‌سازی غذای اصلی با ریزمغذی مورد نظر کل اقشار جامعه ریزمغذی مزبور را دریافت نموده و عدالت اجتماعی برقرار می‌شود. این راهکار در اکثر کشورهای پیشرفته و غیرپیشرفته به منظور مقابله با شیوع کمبود ریزمغذی اجرا می‌شود. غذای عمده که به‌طور منظم در کشور ما با قیمت مناسب و در دسترس همگان می‌باشد، نان است. گندم حاوی برخی ریزمغذی‌ها مانند روی، ویتامین‌ها، آهن و کلسیم می‌باشد. اما قابلیت دسترسی عناصر مذکور به ویژه آهن و روی تحت تأثیر درجه استخراج آرد و میزان فیبر موجود قرار می‌گیرد. هر چه درجه استخراج آرد بالاتر باشد، میزان سبوس و مواد مغذی موجود در آرد نظیر کلسیم، آهن و روی در آن بیشتر است. از طرف دیگر میزان عوامل مداخله‌گر در جذب این عناصر مثل اسید فیتیک بیشتر می‌شود. در نتیجه با وجود بالا بودن میزان مواد مغذی در آن، با درجه استخراج بالا قابلیت دسترسی این مواد به دلیل حضور عوامل مداخله‌گر کاهش می‌یابد.

کمبود فولات سرم و هموسیستئین بالا هر دو جزء عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. مصرف اسید فولیک، سطح فولات سرم را افزایش می‌دهد و در نتیجه از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و نقایص مادرزادی لوله عصبی پیشگیری میکند. با توجه به این که نان غذای روزانه و قوت غالب مردم است و هر نفر روزانه ۲۳۰ گرم نان مصرف می‌کند، غنی‌سازی آن ارزان است (در مقایسه با سایر مواد غذایی که هم گران‌تر، میزان مصرف آن کمتر و غنی‌سازی آن نیز گران‌تر از نان است). با مصرف نان غنی‌شد (افزودن ۳۰ میلی‌گرم آهن و ۱/۵ میلی‌گرم اسیدفولیک به یک کیلوگرم آرد گندم) ۳۰٪ نیاز روزانه به آهن و ۴۰٪ نیاز روزانه به اسید فولیک تامین می‌شود.

از سویی با توجه به شیوع کم‌خونی در کشور از طی دو دهه اخیر و به دنبال برگزاری نشست‌های مشورتی با سازمان‌های بین‌المللی مرجع مانند WHO و UNICEF در زمینه راهبردهای کاهش کم‌خونی و کمبود آهن، موضوع غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک در سال ۱۳۸۰ در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و بعد از اجرای طرح به صورت پایلوت در سال ۱۳۸۰، اجرای طرح در سطح ملی در سال ۱۳۸۴ به تصویب هیات وزیران رسید و اجرای برنامه رسماً با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۸۶ آغاز شد. نظر به اهمیت طرح و نقش بالقوه آن در کاهش شیوع کم‌خونی در میان گروه‌های جمعیتی مختلف به ویژه زنان و دختران، موضوع استمرار اجرا و پایش برنامه در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اجرا و پایش «برنامه غنی-سازی آرد با آهن و اسیدفولیک» را طبق روال گذشته ادامه دهد و گزارش فصلی آن را به تفکیک استان به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند»

اهداف مصوبه

- حصول اطمینان از سلامت مردم از طریق جبران و تامین بخشی از ریزمغذی‌ها (آهن و اسیدفولیک) با مصرف نان به عنوان قوت غالب
- تامین بخشی از آهن به عنوان نیاز تغذیه‌ای مردم

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

شاخص	میزان در سال پایه (۹۴)	مقدار هدف‌گذاری شده	میزان در سال ۹۵	میزان در سال ۹۶	میزان در سال ۹۷	میزان در سال ۹۸	میزان در سال ۹۹	مرجع دریافت داده‌ها	متولی	تواتر زمانی پایش
هدف اختصاصی	شاخص									
تامین بخشی از آهن به عنوان نیاز تغذیه‌ای مردم	درصد نمونه‌های آرد دارای میزان مجاز آهن	۴۰-۸۵ ppm (میلی گرم به ازای هر کیلوگرم آرد)	۸۵٪	۸۱٫۴٪ (تقریباً ۷ میلیون تن آرد غنی‌شده)	۸۰٫۶٪ (تقریباً ۷ میلیون تن آرد غنی‌شده)	۸۱٫۱٪ (تقریباً ۷ میلیون تن آرد غنی‌شده)	۷۴٫۳٪	از آزمایشگاه مرکزی دارو	سازمان غذا و دارو	سالانه

درصد موفقیت در غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک				قطب
سال ۹۹	سال ۹۸	سال ۹۷	سال ۹۶	
۸۹	۸۵	۷۷	۷۶	قطب ۱ (مازندران، گلستان، گیلان، سمنان، بابل، شاهرود)
۵۸	۸۶	۸۲	۸۷	قطب ۲ (آذربایجان شرقی، غربی، اردبیل و مراغه)
۵۲	۸۸	۷۸	۷۹	قطب ۳ (همدان، ایلام، کرمانشاه، کردستان)
۸۵	۷۵	۸۴	۸۴	قطب ۴ (اهواز، آبادان، بهبهان، شوشتر، لرستان)
۸۹	۸۰	۷۹	۸۳	قطب ۵ (شیراز، کهکیلویه و بویراحمد، فسا، هرمزگان، بوشهر، جهرم)
۷۶	۶۲	۸۹	۸۳	قطب ۶ (قزوین، قم، اراک، البرز، زنجان)
۸۱	۸۷	۸۴	۹۳	قطب ۷ (اصفهان، کاشان، یزد، شهرکرد)
۸۳	۸۴	۸۳	۸۷	قطب ۸ (زاهدان، کرمان، رفسنجان، جیرفت)
۵۰	۷۴	۷۷	۶۰	قطب ۹ (خراسان رضوی، جنوبی، شمالی، نیشابور، گناباد، تربت جام، حیدریه، سبزوار، اسفراین)
۸۴	۹۰	۷۳	۸۲	قطب ۱۰ (ایران، شهیدبهشتی، تهران)
۷۴/۳	۸۱/۱	۸۰/۶	۸۱/۴	مجموع

خلاصه اقدامات انجام شده

- در سال ۹۵، مقدار ۶۱۷۹۶۷۳ تن آرد گندم مورد استفاده در نان‌های لواش، بربری و تافتون با آهن و اسیدفولیک در کل کشور غنی شدند.
- ۴۸۵۳ مورد نمونه‌برداری توسط معاونت غذا و دارو جهت پایش و ارزیابی در سال ۹۵ انجام گردید.
- میزان ۹۰۹ تن پرمیکس آهن و اسیدفولیک توسط کارخانه‌های آردسازی جهت غنی‌سازی آردهای نان‌های سنتی (به جز سنگک) در کشور مصرف گردید.
- در نتیجه اقدامات صورت گرفته، میانگین موفقیت در اجرای طرح در کل کشور و تا پایان سال ۹۸، به میزان ۸۸٪ بوده است.

- تا سال ۹۸ تقریباً ۸۰٪ و تا سال ۹۹ تقریباً ۷۵٪ آرد نانوائی‌ها با آهن و اسید فولیک غنی شده‌اند. که با رفع مانع اصلی پیشرفت طرح از جمله مصوب نمودن «افزودن هزینه غنی‌سازی به قیمت تمام‌شده آرد و نان»، پیشرفت ۱۰۰ درصدی حاصل خواهد شد.

موانع اجرایی

- از عمده موانع غنی‌سازی آرد گندم با آهن و اسید فولیک، هزینه مربوط به انجام کامل طرح می‌باشد که شامل چند بخش می‌باشد:
 - هزینه مربوط به تامین پرمیکس توسط کارخانه‌های آردسازی
 - هزینه مربوط به آزمایش‌ها توسط کارخانه‌ها و اداره‌های نظارت بر مواد خوراکی آشامیدنی
 - هزینه مربوط به تامین مواد اولیه از جمله اسیدفولیک که وابسته به واردات است و تحت تاثیر قیمت ارز می‌باشد
 - عدم انجام طرح‌های جامع کشوری در خصوص وضعیت دریافت ریزمغذی آهن و همچنین اثربخشی طرح و بویژه گزارش آن به سازمان غذا و دارو
 - عدم کفایت اقدامات بازدارنده از سوی مراجع قضایی در صورت معرفی متخلف
- افت موفقیت در سال ۹۹ (نسبت به سال‌های پیشین)، می‌تواند به علت افزایش قیمت ماده اولیه و پرمیکس باشد.

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- تامین اسیدفولیک لازم و به‌ویژه ارز مربوطه. (در مجموع حدود ۲۵۰۰ کیلو اسید فولیک برای یک سال لازم است. هر کیلو اسید فولیک تقریباً ۷۰ دلار، بنابراین ۱۷۵۰۰۰ دلار جهت تامین اسیدفولیک لازم می‌باشد).
- هزینه مربوط به خرید پرمیکس و افزودن آن به آرد توسط کارخانه‌های آردسازی محاسبه و به قیمت تمام‌شده آرد اضافه و ابلاغ شود. این امر باید به‌طور یکسان برای تمام استان‌ها و به صورت شفاف اعلام شود. تا از احتمال سرپیچی و انکار آن جلوگیری شود. در این خصوص ضروری است وزارت صنعت، معدن و تجارت، سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و متولیان قیمت‌گذاری زنجیره گندم، آرد و نان اقدامات موثری به عمل آورند.
- انجام طرح‌های بالینی که اثربخشی غنی‌سازی آرد گندم با آهن و اسید فولیک را اثبات نماید ضروری است.
- ایجاد شرایط تولید مواد اولیه در داخل کشور.
- اندازه‌گیری اسیدفولیک در آرد، گران و سخت بوده، بنابراین پیشنهاد می‌شود امکانات در اختیار سازمان غذا و دارو قرار گیرد تا حداقل هر ۶ ماه یکبار اسیدفولیک در آرد اندازه‌گیری شود.
- با توجه به شیوع کمبود ویتامین D و روی، پیشنهاد می‌شود که با همکاری سازمان غذا و دارو و انستیتو تحقیقات تغذیه، این برنامه بستری باشد برای اضافه کردن ویتامین D و روی، علاوه بر آهن و اسیدفولیک به آرد نان.

موضوع مصوبه: «طبقه‌بندی کلیه آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت و اطلاع‌رسانی در این زمینه»

آدرس:	مصوبه ۶ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده

مقدمه

آب معدنی، آبی است که به وسیله املاح معدنی خاص، عناصر کمیاب و دیگر ترکیبات مشخص می‌شود و از منابع طبیعی مانند چشمه و نقاط حفاری شده از سفره‌های آب زیرزمینی که به طور مناسب محصور شده و لوله انتقال آب به داخل آن ارسال شده به دست می‌آید و ترکیبات آن در فصول مختلف سال از ثبات نسبی برخوردار است. تولید و بسته‌بندی آب معدنی باید در شرایط کاملاً بهداشتی و در محل سرچشمه و یا در نزدیکترین فاصله به آن صورت گیرد. فاصله چاه و چشمه از هرگونه آلاینده شهری و روستایی واحدهای آلاینده و نیز کلیه آلاینده‌های ذکر شده در «حداقل ضوابط استقرار فاصله تولیدکننده مواد غذایی» باید حداقل ۵۰۰ متر باشد، زیرا در آب معدنی هیچگونه فرآیند پالایش (به جز پالایش‌های فیزیکی مجاز که عبارتند از جداسازی اجزای ناپایدار مثل ترکیبات محتوی آهن، منگنز، سولفور) و میکروبی‌زدایی شیمیایی مانند گاز ازن، گاز کلر، اشعه ماوراء بنفش و دستگاهی مجاز نمی‌باشد. حداکثر میزان نیتريت و نترات در آب معدنی به ترتیب از ۰/۱ و ۵۰ قسمت در میلیون نباید تجاوز نماید، که براساس ضابطه فنی و بهداشتی سازمان غذا و دارو میزان حد مجاز نترات اخیراً به زیر ۳۰ قسمت در میلیون کاهش یافته است.

آب آشامیدنی بسته‌بندی شده، به طور طبیعی دارای املاح بوده و یا به آن اضافه می‌شود و می‌تواند از آب زیر زمینی، آب چشمه، آب فوران‌کننده، آب چاه، قنات، آب حاصل از یخچال طبیعی و شبکه توزیع آب تهیه شود و تصفیه‌های فیزیکی، شیمیایی یا ضد میکروبی ایمن و مناسب مانند دستگاه اسمز معکوس، اولترافیلتراسیون، تزریق گاز ازن و استفاده از اشعه جهت بسته‌بندی آن مجاز است و معمولاً در کارخانجات بسته‌بندی آب آشامیدنی از این روش‌ها جهت ضد عفونی کردن آب استفاده می‌شود.

با توجه به اهمیت تامین و اطمینان از سلامت و کیفیت آب‌های معدنی و آشامیدنی موضوع طبقه‌بندی کلیه‌های آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت با مسئولیت سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف مدت سه ماه از ابلاغ این مصوبه نسبت به طبقه‌بندی کلیه آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت اقدام و به منظور آگاهی عموم مردم از رتبه سلامت آب‌های معدنی و آشامیدنی، در این زمینه اطلاع‌رسانی کند»

اهداف مصوبه

- رتبه‌بندی آب‌های معدنی و آشامیدنی بسته‌بندی شده و ارتقا کیفیت و سلامت این قبیل آب‌ها.
- حصول اطمینان از سلامت و مرغوبیت آب‌های معدنی و آشامیدنی بسته‌بندی شده.

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

سال ۹۵	سال ۹۶	سال ۹۷	سال ۹۸	سال ۹۹	
۲۱۲	۲۲۱	۲۳۷	۱۸۸	۱۱۳	تعداد کل واحد آب‌های بسته‌بندی شده
۱۶۵	۱۷۶	۱۳۵	۱۷۴	۸۱	تعداد کل واحد فعال
۱۵۹/۱۶۳	۱۶۳/۲	۱۶۴/۹۴	۱۶۵/۹	۱۶۶/۹۳	میانگین کل امتیاز
رتبه A	رتبه B	رتبه C	رتبه D		
۳۴	۴۸	۴۱	۴۴	۳۰	تعداد
۲۰/۶۱	۲۷/۲۷	۳۰/۳۷	۲۵/۲۹	۳۷/۰۴	درصد
۶۱	۶۰	۴۸	۶۷	۳۳	تعداد
۳۶/۹۷	۳۴/۰۹	۳۵/۵۵	۴۰/۳۹	۴۰/۷۴	درصد
رتبه B	رتبه C	رتبه D			
۴۸	۵۲	۳۳	۴۴	۷	تعداد
۲۹/۰۹	۲۹/۵۵	۲۴/۴۴	۲۵/۲۹	۸/۶۴	درصد
۲۲	۱۶	۱۳	۱۹	۱۱	تعداد
۱۳/۳۳	۹/۰۹	۹/۶۲	۴۳/۱۸	۱۳/۵۸	درصد
رتبه D					
۱۲۲	۱۳۳	۵۳	۹۱	۳۹	تعداد کل واحد آب آشامیدنی فعال
۱۵۸/۰۸	۱۶۱/۶۲	۱۵۶/۴۹	۱۶۱/۲۵	۱۶۹/۹۴	میانگین کل امتیاز
رتبه A	رتبه B	رتبه C	رتبه D		
۲۵	۳۳	۸	۱۸	۱۷	تعداد
۲۰/۴۹	۲۴/۸۱	۱۵/۰۹	۱۹/۷۸	۴۳/۵۹	درصد
۴۶	۴۷	۱۸	۳۶	۱۴	تعداد
۳۷/۷۰	۳۵/۳۴	۳۳/۹۶	۲۹/۵۶	۳۵/۹۰	درصد
رتبه B	رتبه C	رتبه D			
۳۰	۳۷	۱۸	۲۵	۴	تعداد
۲۴/۵۹	۲۷/۸۲	۳۳/۹۶	۲۷/۴۷	۱۰/۲۶	درصد
۲۱	۱۶	۹	۱۲	۴	تعداد
۱۷/۲۱	۱۲/۰۳	۱۶/۹۸	۱۳/۱۹	۱۰/۲۶	درصد
رتبه D					
درصد ارتقاء ارزیابی PRP	نسب به سال قبل	۲/۱۹	-۳/۲۸	۲/۹۵	-
۴۴	۴۵	۸۲	۸۳	۴۲	تعداد کل واحد آب معدنی فعال
۱۶۱/۹۸۴	۱۶۷/۹۳۲	۱۷۰/۴	۱۷۰/۵۵	۱۶۴/۲۵	میانگین کل امتیاز
رتبه A	رتبه B	رتبه C	رتبه D		
۹	۱۳	۳۲	۲۶	۱۳	تعداد
۲۰/۴۵	۲۸/۸۹	۴۰/۲۴	۲۱/۳۳	۳۰/۹۵	درصد
۱۶	۱۶	۳۰	۳۱	۲۰	تعداد
۳۶/۳۶	۳۵/۵۶	۳۶/۵۸	۳۷/۳۵	۴۷/۶۲	درصد
رتبه B	رتبه C	رتبه D			
۱۸	۱۶	۱۵	۱۹	۳	تعداد
۴۰/۹۱	۳۵/۵۶	۱۸/۲۹	۲۲/۸۹	۷/۱۴	درصد
۱	۰	۴	۷	۷	تعداد
۲/۲۷	۰	۴/۸۷	۸/۴۳	۱۶/۶۷	درصد
رتبه D					
درصد ارتقاء ارزیابی PRP	نسب به سال قبل	۳/۵۴	۱/۴۵	۰/۰۰۹	-

* مقررات بهداشتی PRPs: سلسله قوانین و مقرراتی است که جهت فراهم آوردن شرایط بهداشتی در کارخانجات تولیدی غذایی، آرایشی و بهداشتی در دستورالعمل‌ها و ضوابط بهداشتی سازمان غذا و دارو به آن‌ها اشاره شده و ملاک رتبه‌بندی نه تنها برای واحدهای تولیدی انواع آب‌های بسته‌بندی شده، بلکه برای رتبه‌بندی سایر واحدهای مرتبط نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

خلاصه اقدامات انجام شده

- بازرسی از واحدهای تولیدی و ارزیابی PRPs و جمع‌بندی و تحلیل داده‌های حاصل از این ارزیابی
 - نمونه‌برداری از واحدهای تولیدی و سطح عرضه جهت سنجش نیترات و نیتريت و سپس آنالیز نمونه‌ها.
 - پایش پرتوزایی آب‌های کشور، توسط گروه نظارت و حفاظت رادیولوژیکی محیط زیست؛ سازمان انرژی اتمی:
- در سال ۱۳۹۰ طی تفاهم‌نامه‌ای تحت عنوان «شناسایی عناصر پرتوزا و تعیین غلظت آن‌ها در منابع آب آشامیدنی تحت پوشش شرکت‌های آب و فاضلاب شهری و روستایی» بین دفتر حفاظت در برابر اشعه و شرکت آب فاضلاب (معاونت راهبری و نظارت بر بهره‌برداری آب و فاضلاب کشور) امضاء گردید و به تعداد ۱۲۰۶ عدد نمونه‌برداری و تعیین غلظت پرتوزایی بر روی آن‌ها صورت گرفته است. این تفاهم‌نامه در سال ۱۳۹۶ تمدید و تاکنون ۳۶۰ نمونه‌برداری و تعیین غلظت پرتوزایی دیگر نیز در این راستا انجام گرفته است. در سال‌های اخیر نیز در همکاری با سازمان استاندارد، نمونه‌های آب بسته‌بندی به این دفتر ارسال و مورد بررسی غلظت پرتوزایی قرار گرفته‌اند. این همکاری تاکنون ادامه داشته و تعداد ۴۴ نمونه مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. از سال ۱۳۹۶ به بعد نمونه‌هایی نیز به صورت تصادفی از بازار خریداری شده و مورد آنالیز کامل پرتوزایی قرار گرفته است و تاکنون نتیجه غیرعادی در نمونه‌ها مشاهده نشده است. (پرتوزایی همه نمونه‌ها کمتر از ۰/۵ بکرل در لیتر برای آلفا کل و کمتر از ۱ بکرل در لیتر برای بتا کل)
- استاندارد ۲۴۴۱ با عنوان «آب معدنی طبیعی – ویژگی‌ها و روش‌های آزمون» و استاندارد ۶۶۹۴ با عنوان «آب آشامیدنی بسته‌بندی شده – ویژگی‌ها و روش‌های آزمون»، در سال ۹۸ مورد بازبینی قرار گرفتند و در سال ۱۳۹۹ تجدید نظر سوم برای استاندارد ۲۴۴۱ و تجدید نظر دوم برای استاندارد ۶۶۹۴، منتشر گردید. که موارد زیر را شامل می‌شود:
- استاندارد ۲۴۴۱:
- به‌روزرسانی بیشینه مجاز باقی‌مانده سموم و آفت‌کش
 - به‌روزرسانی ترکیبات شیمیایی آلی
 - ویژگی‌های پرتوزایی:
- ✓ بروز رسانی بیشینه مجاز غلظت پرتوزایی ذرات آلفا و بتای کل
- ✓ بروز رسانی بیشینه مجاز عوامل متشکله پرتوزایی طبیعی و مصنوعی رایج
- استاندارد ۶۶۹۴:
- به‌روزرسانی بیشینه مجاز باقی‌مانده سموم و آفت‌کش
 - بروز رسانی ترکیبات شیمیایی آلی
 - بروز رسانی گندزدها و محصولات جانبی گندزدایی
 - ویژگی‌های پرتوزایی:
- ✓ بروز رسانی بیشینه مجاز غلظت پرتوزایی ذرات آلفا و بتای کل
- ✓ بروز رسانی بیشینه مجاز عوامل متشکله پرتوزایی طبیعی و مصنوعی رایج

موانع اجرایی

- به دلیل مشکلات موجود از جمله مشکلات بسته‌بندی و تامین درب بطری، کاهش سرمایه در گردش واحدهای تولیدی، کاهش سطح منبع آب استحصالی، کارخانجات تولید آب‌های بسته‌بندی شده به طور متناوب فعال و غیرفعال هستند.

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- ارائه مشوق‌های لازم به واحدهایی که حائز شرایط خوب تولیدی می‌باشند و همکاری‌هایی در جهت تسریع فرآیندهای اخذ مجوزهای بهداشتی در راستای حمایت از تولید داخلی.
- اصلاح برچسب‌گذاری آب‌های معدنی و آشامیدنی

موضوع مصوبه: «یکپارچه سازی و بهره برداری صحیح از ایستگاه های سنجش آلودگی هوا و استقرار ایستگاه های جدید»

آدرس:	مصوبه ۷ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش دهندگان:	سازمان حفاظت محیط زیست (معاونت محیط زیست انسانی؛ دفتر پایش فراگیر آلودگی محیط زیست و دفتر مدیریت پسماند)
تنظیم کننده (گان):	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز سلامت محیط و کار)
	مهندس مژگان عین اللهی

مقدمه

مشکل آلودگی هوا در کشور ما با افزایش روند صنعتی شدن، توسعه شهرنشینی و افزایش جمعیت از دیرباز مطرح بوده است و امروز با افزایش آمار مرگ و بار بیماری های متناسب به آلاینده های عمده همچون PM2.5 و PM10، دی اکسید نیتروژن، دی اکسید گوگرد و ازن مواجه هستیم. بر اساس گزارش بانک جهانی که در خصوص برآورد بار بیماری های جهانی که در سال ۲۰۱۷ به چاپ رسیده است، تعداد مرگ های متناسب به آلودگی هوای آزاد ایران حدود ۳۳ هزار نفر گزارش شده است و به عبارت دیگر ۸/۶ درصد از کل مرگ ها در ایران، متناسب به آلودگی هوای آزاد است. همچنین در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در رابطه با برآورد اثرات سلامتی متناسب به آلودگی هوا که در سال ۲۰۱۶ به چاپ رسیده است، کل مرگ متناسب به آلودگی هوای آزاد در ایران معادل ۲۶۷۲۶ نفر گزارش شده است. در جدول ۱-۱ اطلاعات مرتبط با ایران در این مطالعه ارائه شده است.

جدول ۱-۱ تعداد موارد مرگ متناسب به آلودگی هوای آزاد در ایران در سال ۱۳۹۱

تعداد موارد متناسب (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)	پیامدهای متناسب به آلودگی هوا (PM2.5)
۱۶۴۸۴	مرگ ناشی از ایسکمیک قلبی
۴۳۴	مرگ ناشی از بیماری انسداد مزمن ریوی
۱۴۶۰	مرگ ناشی از سرطان ریه
۷۳۹۰	مرگ ناشی از سکته
۲۶۲۶۷	کل مرگ ها
۳۴	نرخ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت
۵۰	نرخ مرگ به ازای صد هزار نفر جمعیت استاندارد شده

سیاست گذاران و مدیران اجرایی کشور ما، به ویژه در زمینه بهداشت و محیط زیست، واقف به این موضوع می باشند که با کاهش آلودگی هوا می توان حدود ۳۰ هزار مورد مرگ زودرس را در کشور کاهش داد. پایش مداوم کیفیت هوا برای تعیین آلاینده ها و کنترل منابع انتشار آن ها یکی از راهکارهای مقبول برای مدیران و برنامه ریزان شهری است. شبکه پایش کیفی هوای کشور متشکل از ۲۳۲ ایستگاه در سراسر کشور در حال حاضر مستقر می باشد. ذخیره سازی اطلاعات بر روی هارد دستگاه و امکان گرفتن خروجی از آن میسر می باشد. گزارش ها به صورت جداول میانگین ساعتی، روزانه، ماهانه، فصلی و سالانه غلظتی به تفکیک ایستگاه و استان و کل کشور برای پارامترهای مختلف در بازه های زمانی مختلف تعریف شده است. لذا به منظور یکپارچه سازی و بهره برداری صحیح از ایستگاه های سنجش آلودگی هوای موجود و با توجه به مصوبه ۷ جلسه چهاردهم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور مقرر به طراحی و راه اندازی سامانه جامع پایش کیفی هوا و استقرار ایستگاه های جدید کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر و شهرهای درگیر با ریزگردها شد.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور افزایش آمادگی مردم برای اتخاذ تدابیر خودمراقبتی در مواقع تشدید آلودگی هوا و تعیین و ارزیابی وضعیت آلاینده های هوا، سازمان حفاظت محیط زیست مکلف است در کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر و شهرهای درگیر با ریزگردها، طی یک برنامه واحد و منسجم، و با همکاری و استفاده از منابع، امکانات و ظرفیت های وزارت کشور، سازمان هواشناسی کشور، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کشور، شهرداری و شورای عالی استان ها، نسبت به یکپارچه سازی و بهره برداری صحیح از ایستگاه های سنجش آلودگی هوای موجود و استقرار ایستگاه های جدید، از زمان ابلاغ این مصوبه اقدام نماید.

تبصره: سازمان حفاظت محیط زیست و کلیه دستگاه های اجرایی، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و شرکت های دانش بنیان که از بودجه دولتی برای سنجش و پایش آلاینده های هوا استفاده می کنند، مکلفند یافته ها، داده ها و اطلاعات سنجش و میزان غلظت آلاینده های سنجش شده در هوای شهرها و روستاها را به منظور ورود در سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند.»

خلاصه اقدامات انجام شده

- طراحی و راه اندازی سامانه جامع پایش کیفی هوا
- اتصال ایستگاه های سازمان حفاظت محیط زیست و همچنین ایستگاه های پایش کیفی هوا متعلق به شهرداری تهران، مشهد، اصفهان و کرج به سامانه جامع پایش کیفی هوا
- ایجاد وب سرویس هایی برای در اختیار گذاشتن داده های سامانه شامل (غلظت ها و شاخص های محاسبه شده) به سازمان هواشناسی، وزارت بهداشت، شهرداری ها و ارگان ها و سایر متقاضیان دریافت داده
- درخصوص تبصره مصوبه، سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور از مهرماه سال ۱۳۹۳ از دسترس خارج شده است و اطلاعاتی در آن بارگذاری نمی شود. هم اکنون (مهرماه ۱۴۰۰) اطلاعات دستگاه های سنجش آلاینده های هوا به صورت بر خط برای نماینده ذی ربط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سوی سازمان حفاظت محیط زیست به سامانه پایش کیفی هوای کشور مهیا گردیده است و از این طریق در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار می گیرد.
- تدوین، تصویب و انتشار استاندارد ملی سنجش، راهبرد و نگهداری ایستگاه پایش کیفی هوای محیط (سال ۱۴۰۰)
- تدوین استاندارد ملی سامانه های پایش لحظه ای و بر خط منابع آلاینده محیط زیست (سال ۱۳۹۶)
- تدوین ضوابط و معیارهای فنی خرید ایستگاه های هوا (جهت پایش آلاینده های خاص و کلاسیک) (سال ۱۳۹۸)
- آلاینده های کلاسیک: اکسیدهای ازت، دی اکسید گوگرد، ازن، منواکسید کربن، ذرات معلق
- آلاینده های خاص: فلزات سنگین، ترکیبات آلی فرار، کربن بلاک
- در ادارات کل محیط زیست ۱۲ استان به قرار زیر ایستگاه های پایش ذرات معلق مستقر شد. استان ها: بوشهر، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، سمنان، فارس، قزوین، قم، کرمان، گیلان، گلستان و هرمزگان. ۱۳۹۸
- خرید ۱۶ ایستگاه پایش $PM_{2.5}$ و PM_{10} در سال ۱۳۹۷
- اتصال بیش از ۱۵۰ ایستگاه پایش کیفی هوا (ایستگاه های فعال و برخط در حال حاضر) در کشور به سامانه کیفی هوای کشور

- به منظور بهبود و ارتقای اطلاع‌رسانی پایش دقیق کیفیت هوا به عموم مردم و ذی‌نفعان تخصصی، نسخه اندروید و IOS سامانه پایش کیفی هوای کشور بر روی تلفن‌های هوشمند طراحی و منتشر شده است که می‌توان از طریق نرم افزارهای طراحی شده، به داده‌های ایستگاه‌های مستقر شده در سراسر کشور دسترسی پیدا کرد. لینک‌های زیر به منظور دانلود رایگان اپلیکیشن سامانه ملی پایش کیفی هوای کشور بر روی تلفن‌های هوشمند است:

<http://linpost.ir/UFgZ6>IOS

<http://linpost.ir/SeT9a>://http:Android

- محاسبه اتوماتیک شاخص هم‌اکنون برای هر ایستگاه
- محاسبه اتوماتیک شاخص‌های ساعتی و روزانه و هم‌اکنون برای هر منطقه تعریف شده در سامانه
- امکان تایید و عدم تایید گروهی داده‌های مربوط به یک آلاینده (داده‌های بزرگتر یا کوچکتر از یک مقدار)
- پیاده‌سازی داشبورد وضعیت ایستگاه‌ها متناسب با سطح دسترسی کاربر و ارائه گزارش از تغییر وضعیت تایید یا عدم تایید اطلاعات توسط کاربر
- تکمیل نسخه انگلیسی سامانه و برگزاری کارگاه‌های آموزش سامانه برای کارشناسان استان‌ها

موانع موجود

- کمبود اعتبارات جهت تجهیز کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر به ایستگاه‌های پایش کیفی هوا
- به واسطه انقباضی بودن اعتبارات تخصصی، نیاز به پرسنل مجرب، لزوم بازدید دوره‌ای جهت کالیبراسیون آنالایزرها و هزینه‌های قابل توجه نگهداری و راهبری ایستگاه‌های پایش کیفی هوای کشور از جمله مشکلات موجود در استان‌ها می‌باشد.
- عدم وجود آزمایشگاه مرجع ملی کالیبراسیون و آزمایشگاه تایید نوع برای ایستگاه‌های پایش کیفی هوای تولید داخل

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- با عنایت به کمبود اعتبارات، امکان تجهیز کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر به ایستگاه پایش کیفی هوا به تنهایی از سوی سازمان حفاظت محیط زیست میسر نبوده و لازم است سایر نهادهای موضوع مصوبه در این زمینه مشارکت فعال داشته باشند.

موضوع مصوبه: «تدوین و اجرای برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» براساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»

آدرس:	مصوبه ۸ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت (مرکز سلامت و محیط کار)
تنظیم‌کننده (گان):	دکتر ملیحه مولوی، مهندس فاطمه طاهری

مقدمه

امروزه الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های غیرواگیر تغییر کرده است به‌طوری‌که بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و حوادث ترافیکی از علل اصلی مرگ و میر در دنیا محسوب می‌شوند. از طرف دیگر با تغییر شیوه زندگی، کم‌تحرکی، افزایش مصرف غذاهای پرکالری و پرنمک، افزایش مصرف دخانیات و استرس، شاهد افزایش شیوع چاقی، بیماری‌های دیابت، فشارخون بالا، چربی خون بالا و در نهایت بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان‌ها هستیم و باید به فکر پیشگیری و درمان زود هنگام این بیماری‌ها باشیم.

یکی از راهکارهای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، «بررسی دوره‌ای سلامت» است که از طریق آن، با شناسایی زودهنگام بیماران و افراد در معرض خطر و پیشگیری و درمان به موقع این افراد، می‌توان کیفیت زندگی و طول عمر آنها را افزایش داد. هر چند در ابتدا این اقدامات وقت‌گیر و پرهزینه به نظر می‌رسند، اما مطالعات، هزینه - اثربخشی ارزیابی‌های دوره‌ای سلامت^۱ را اثبات کرده است. تأمین محیط کار سالم در بخش‌های اداری، سبب کاهش هزینه بیماری‌های ناشی از شرایط کار و عوامل زیان‌آور محیط کار، فراهم آوردن محیط کار ایمن و شاداب و در نهایت، افزایش کارایی و بهره‌وری می‌گردد. با این وجود، دستگاه‌های اجرایی مختلف، برنامه مشخصی را برای فعالیتهای حرکتی و جسمانی کارکنان ندارند. با عنایت به این‌که اغلب کارکنان دولت به دلیل کم‌تحرکی و سبک زندگی شهرنشینی و ناسالم در معرض خطر قرار دارند، برقراری نظام مراقبت سلامت کارکنان دولت به منظور ارزیابی دوره‌ای سلامت، پیشگیری، تشخیص و درمان زود هنگام آن‌ها، برای مدیریت سلامت این بخش از جامعه، امری ضروری است. ویژگی برنامه سلامت کارکنان دولت، پرداختن به دو مقوله‌ی معضلات سلامتی گروه سنی آن‌ها (سلامت عمومی) و عوامل خطری است که در محیط کار آن‌ها را تهدید می‌کند (سلامت شغلی) که هر دو مقوله می‌تواند منجر به بیماری و از کارافتادگی کارکنان شود.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«در راستای تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم و با هدف ارتقا سلامت جسمی و روانی از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزه‌های اخلاقی و معنوی، توسعه مهارت‌های زندگی، فرزندپروری و خدمات مشاوره، موضوع بندهای ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت و بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت:

الف. کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلفند نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» خود بر اساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام و هر شش ماه یکبار گزارش عملکرد خود را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کنند.

تبصره- کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلفند، زمینه مشارکت حداکثری کارکنان خود را در فعالیتهای ورزشی با هماهنگی وزارت ورزش و جوانان فراهم آورند.

¹ Periodic Health Assessment

اهداف مصوبه

- تامین، حفظ و ارتقای سلامت کارکنان دولت
- بسته خدمات پایه سلامت کارکنان
- تدوین استانداردهای اجرای برنامه
- طراحی چارچوب برنامه عملیاتی
- ابلاغ بسته خدمت
- طرح موضوع در کارگروه‌های سلامت و امنیت غذایی استانداری‌ها و فرمانداری‌ها
- برگزاری جلسات توجیهی برای سازمان
- درصد پیشرفت اجرای برنامه (تقریباً در اکثر دستگاه‌های اجرایی برنامه‌های مربوط به کنترل و پیشگیری از انتقال ویروس کرونا انجام شده است).
- درصد ارسال گزارش اجرا از سوی سازمان‌ها

خلاصه اقدامات انجام شده

- تدوین بسته خدمات پایه سلامت کارکنان
- تدوین دستورالعمل اجرایی بسته خدمات پایه سلامت کارکنان
- تدوین شیوه نامه جامع اجرای بسته خدمات، مربوط به دفاتر مختلف با برگزاری جلسات با دفاتر مربوطه
- تدوین راهنماهای مبارزه با کووید-۱۹ در محیط‌های اداری، بانک‌ها و ..
- تدوین راهنمای بازگشت به کار شاغلین مبتلا به کووید-۱۹ به منظور کاهش سرایت‌پذیری در میان سایر کارکنان
- طراحی قالب برنامه عملیاتی
- ابلاغ بسته خدمت و دستورالعمل اجرایی از سوی مقام محترم وزارت به دستگاه‌های اجرایی
- طرح موضوع در کارگروه سلامت و امنیت غذایی در استانداری‌ها و فرمانداری‌ها
- معرفی رابطین و نمایندگان از سوی بسیاری از سازمان‌ها و ادارات
- برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی برای نمایندگان و رابطین در برخی از استان‌ها و شهرستان‌ها
- تشکیل کمیته راهبری در دانشگاه‌ها (مطابق با شیوه نامه اجرایی بسته) جهت نظارت و ارزشیابی اجرای بسته در سازمان‌ها
- اجرای برخی از فعالیت‌های برنامه در برخی از شهرستان‌ها از جمله خودمراقبتی سازمانی، آموزش موضوعات بهداشتی، آموزش شاغلین در خصوص بیماری کووید-۱۹ و روش‌های پیشگیری از ابتلا به آن، خطرسنجی سگته‌های قلبی-مغزی، برگزاری دوره‌های آموزشی کاهش اضطراب و استرس در اپیدمی کووید-۱۹، آموزش و ارائه راهکارهای تغذیه‌ای در زمان اپیدمی کرونا
- اجرای فعالیت‌ها و اقدامات مرتبط با پیشگیری و کنترل انتقال ویروس کرونا در محیط‌های کاری در دانشگاه-ها/دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور
- تشکیل شورای ارتقای سلامت کارکنان وزارت بهداشت

- به منظور هماهنگی در اجرای مصوبه، سه جلسه با دعوت از نمایندگان تمامی واحدهای مرتبط، در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل شد و مقرر گردید کمیته استقرار، در معاونت بهداشتی تشکیل شده و موارد زیر پیگیری گردد:
- تهیه برنامه برای استقرار سیاست براساس چارچوب دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- برنامه‌ریزی برای کارگاه آموزشی در دانشگاه‌ها جهت اجرای مصوبه
- برنامه‌ریزی برای آموزش و توجیه دبیرخانه‌های سلامت دستگاه‌های اجرایی
- توجه به برنامه بهبود تغذیه کارکنان در چارچوب بسته خدمات پایه سلامت کارکنان در برنامه استقرار سیاست
- طرح موضوع در کارگروه تخصصی مربوطه و تنظیم پیش‌نویس قوانین و مقررات لازم برای اجرای مصوبه
- ارسال نامه به دبیرخانه‌های ساغ برای تشکیل جلسه توجیهی با معاونت‌ها و دستگاه‌های درگیر
- جلسه (جلسه پایش مصوبه، هر سه ماه یک‌بار، در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برگزار شد و وضعیت اجرای مصوبه مورد بررسی قرار گرفت.)
- ابلاغ آئین نامه اجرای مصوبه در تاریخ ۱۳۹۹/۰۱/۱۸ از سوی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به دستگاه‌های دولتی
- همچنین با تشکیل دبیرخانه‌های سلامت در دستگاه‌های اجرایی و تشکیل شوراهای پیام‌گزار در استان‌ها زمینه مناسبی برای اجرای بسته خدمات سلامت کارکنان فراهم شده است.
- تدوین محتوای آموزشی مرتبط با فعالیت بدنی و ورزش در سرفصل‌های درسی و بازآموزی سلامت
- تهیه و تدوین متون آموزشی و بسته خدمت برنامه فعالیت بدنی در برنامه ایرپن
- اجرای برنامه ارزیابی و ارتقای فعالیت بدنی برای افراد مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت سراسر کشور
- تهیه و چاپ کتابچه راهنمای ملی فعالیت بدنی برای عموم مردم
- تهیه و تکثیر بسته چندرسانه‌ای راهنمای ملی فعالیت بدنی برای مراقبین سلامت
- برگزاری کارگاه‌های TOT برای فوکل‌پوینت‌های فعالیت بدنی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- کنترل و ارتقای وضعیت سلامت و ایمنی مکان‌های ورزشی
- تدوین استانداردهای ایمنی سلامت و محیط باشگاه‌های تناسب اندام و بدن‌سازی
- پایلوت باشگاه‌های ورزشی سلامت‌محور در همدان
- همکاری‌های مشترک و استفاده از خانه‌های ورزش در اجرای برنامه
- تدوین راهنما و ابزار فعالیت بدنی در محیط کار
- اجرای برنامه فعالیت بدنی در محیط کار در پتروشیمی ماهشهر
- اجرای پایلوت «راهنما و ابزار فعالیت بدنی در محیط کار» برای پرستاران
- تدوین بهترین تجارب در زمینه ارتقا فعالیت بدنی بر اساس گروه‌های سنی، وضعیت شغلی و بخش‌های درگیر در برنامه
- اجرای پایلوت بهترین تجارب ارتقا فعالیت بدنی دانش‌آموزان (آموزش و پرورش استان لرستان)
- تدوین نظام ارجاع مردم به باشگاه‌های ورزشی با همکاری اداره کل ورزش و جوانان استان تهران
- تدوین برنامه آموزش آنلاین اصول ارزیابی و توصیه فعالیت بدنی ویژه مراقبین سلامت

- برنامه آموزش اصول نسخه‌نویسی ورزشی با همکاری فدراسیون پزشکی ورزشی
- اجرای پایلوت برنامه آموزش سفیران سلامت و مراقبین سلامت با رویکرد همکاری بین‌بخشی در دانشگاه علوم پزشکی زنجان (شهرستان‌های خرم‌دره و ابهر)
- همکاری با دبیرخانه سلامت مستقر در وزارت ورزش و جوانان

موانع موجود

- عدم ابلاغ برنامه از سوی دستگاه‌ها به سطوح پایین‌تر
- تشکیل نشدن دبیرخانه سلامت در برخی دستگاه‌های اجرایی
- عدم تخصیص اعتبارات مشخص برای اجرای برنامه
- همکاری درون‌بخشی ضعیف و سردرگمی دانشگاه‌ها درخصوص اجرای مصوبه
- کندی در اجرای همکاری بین‌بخشی به علت بروکراسی موجود در دستگاه‌های مختلف
- کمبود قوانین و سیاست‌نامه‌های اجرایی
- عدم به کارگیری امکانات موجود
- کمبود بودجه در راستای اجرایی‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی
- نبود کارشناسان ورزشی آموزش دیده در نظام سلامت
- عدم تخصص و دانش مراقبین سلامت نسبت به ورزش و فعالیت بدنی
- اپیدمی کرونا، اولویت برنامه‌های مربوط به پیشگیری از ابتلا به کووید-۱۹ نسبت به سایر برنامه‌های بسته خدمات

راهکارهای پیشنهادی جهت اجرای بهتر مصوبه

- تقویت هماهنگی و همکاری در اجرای مصوبه و تشکیل منظم جلسات کمیته استقرار
- جلب مشارکت دبیرخانه‌های سلامت دستگاه‌های اجرایی برای اجرای این مصوبه
- دستور ریاست محترم جمهور به دستگاه‌های اجرایی جهت اجرای برنامه در سطوح ستادی و محیطی
- تشکیل جلسات توجیهی برای مسئولین دبیرخانه‌های سلامت دستگاه‌های اجرایی
- جلب مشارکت سازمان برنامه و بودجه برای تعیین اعتباری مشخص برای اجرایی شدن مصوبه
- ابلاغ سرفصل‌های آموزشی به سازمان استخدامی کشور جهت در نظر گرفتن دوره‌های آموزشی حین خدمت کارکنان دولت

موضوع مصوبه: «تهیه برنامه معتبر مشاوره معلمان، دانش آموزان و خانواده‌هایشان در راستای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه»

آدرس:	بند (ب) مصوبه ۸ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت آموزش و پرورش (دفتر امور تربیتی، مشاوره و مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی)، وزارت بهداشت (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد)
تنظیم‌کننده (گان):	دکتر شیوا مافی‌مرادی، دکتر نرگس رستمی‌گوران

مقدمه

طی دهه‌ها گذشته دستیابی به توسعه، رفاه و تامین بهروزی شهروندان در ادبیات توسعه و حکمرانی خوب به محور اصلی و بنیادین همه مباحث تبدیل شده است. تردیدی نیست که تحقق توسعه مستلزم توجه توأماً به همه ابعاد آن (سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) به صورت یکپارچه و نظام مند است. با وجود این، تجربه جهانی نشان می‌دهد که در جوامع زیادی اقدامات توسعه‌محور نه تنها منجر به به‌زیستی نشده بلکه با خود آسیب‌ها فراوانی را به همراه آورده است. از جمله این آسیب‌ها که در نتیجه توسعه ناقص به دنبال توسعه شهرنشینی نامتوازن، بیکاری، فقر، تغییرات نظام ارزشی و بحران‌های ناشی از همه‌گیری‌ها ایجاد شده‌اند می‌توان به افزایش اضطراب و افسردگی و اختلالات روحی و روانی، اعتیاد، افزایش خشونت، خودکشی و تنش و سست شدن بنیان خانواده اشاره کرد (۱). ایران نیز به دلیل شیوع قابل توجه بیماری‌ها و اختلالات روانی در کشور از این امر مستثنی نیست. به طوری که حدود یک‌پنجم جمعیت به یکی از انواع بیماری‌های روانی یا اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد مبتلا هستند. که این میزان حدود ۱۰٪ از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. این در حالی است که بیش از ۶۰٪ از ایرانی‌ها هیچ‌نوع مداخله درمانی دریافت نکرده و تنها ۱۵٪ تا ۲۵٪ درمان مناسب دریافت می‌کنند (۲). با توجه به تاکید مقام معظم رهبری در بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر استفاده حداکثری از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی و آموزشی در جهت تامین و ارتقای سلامت و نیز با توجه به جایگاه و نقش کلیدی نهاد آموزش و پرورش در پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی و تامین و ارتقای سلامت روانی و معنوی دانش‌آموزان و خانواده‌های ایشان، مداخلات بین‌بخشی سلامت‌محور در این حوزه با راهبری بخش سلامت می‌تواند تاثیر بسزایی در ارتقا سلامت عمومی جامعه داشته باشد.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«در راستای تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم و با هدف ارتقا سلامت جسمی و روانی از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزه‌های اخلاقی و معنوی، توسعه مهارت‌های زندگی، فرزندپروری و خدمات مشاوره، موضوع بندهای ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت و بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت:

وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی مکلفند به منظور ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه بر مبنای آموزه‌های دینی و قرآنی و توسعه فرهنگ اسلامی- ایرانی، «برنامه معتبر مشاوره معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان» برای سال تحصیلی ۹۵-۹۶ و سال‌های آتی، برنامه تهیه و بستر لازم برای عملیاتی نمودن آن را فراهم کنند».

خلاصه اقدامات انجام شده

با توجه به رونمایی از سند ائتلاف ملی نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد) در مهر ماه سال ۱۳۹۵ مشتمل بر طیف وسیعی از حیطه‌ها مداخله‌ای در حوزه خدمات روانی- اجتماعی و پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (اعم از خودکشی، خشونت و کودک‌آزاری، سوءاستفاده‌های جنسی، فرار، بدسرپرستی، فقرشدید، بی‌سرپرستی، بی‌سرپناهی، بزهکاری و مصرف مواد) به اذعان وزارت آموزش و پرورش، تدوین برنامه مشاوره به تنهایی موضوعیت نداشته و تمامی اقدامات انجام شده تاکنون در این خصوص، به عنوان بخشی از رسالت نماد به اجرا درآمده است. این در حالی است که علاوه بر نماد به عنوان ابتکار وزارت آموزش و پرورش، در فاصله بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ «بسته بومی‌شده خدمات سلامت روان مدارس» با محوریت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و همکاری سازمان آموزش و پرورش تدوین و به صورت پایلوت به در چندین مدرسه به اجرا درآمد. در ادامه مشروح اقدامات انجام شده در هر دو محور به صورت خلاصه آورده شده است (۳ و ۴):

بازه زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹

- شروع برنامه‌ریزی برای تدوین و بسترسازی برای اجرای «برنامه نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان» (نماد) در فاصله سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ با محوریت آموزش و پرورش
- شروع برنامه‌ریزی برای طراحی «بسته مداخلات سلامت روان در مدارس» بر اساس آموزش‌های یونیسف و بومی‌سازی آن با محوریت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در فاصله سال‌های ۱۳۹۶ تا نیمه اول ۱۳۹۸
 - برگزاری جلسات متعدد با حضور نمایندگان از وزارتخانه‌های ذینفع
 - تدوین روش نیازسنجی و حیطه‌های اولویت‌دار جهت مداخله با همکاری وزارت آموزش و پرورش
 - تدوین دستورالعمل اجرای دوره‌های تربیت مربی و برنامه‌ریزی جهت ارائه آموزش مهارت‌های فرزندپروری از بین معلمان استان‌های مختلف کشور
 - تدوین چک‌لیست‌های پایش و بسته‌های تکمیلی آموزشی
 - بررسی محتوای آموزشی پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم به منظور درج مطالب مرتبط با سلامت روان
 - جلب مشارکت و حمایت تشکلهای دانش‌آموزی
 - درج محتوای علمی سلامت در کتاب سفیران سلامت دانش‌آموزی
 - برنامه‌ریزی در خصوص برگزاری کمپین «رفتار سالم» با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- رونمایی از سند ائتلاف ملی نماد در مهر ماه سال ۱۳۹۵ با محوریت آموزش و پرورش
- برگزاری نشست‌های مشترک با دبیرخانه برنامه نماد با محوریت معاونت اجتماعی وقت وزارت بهداشت و تصمیم‌گیری درباره:
 - ارائه فلوچارت ارائه خدمات سلامت روان در مدارس و تداوم ارائه خدمات در نظام سلامت به عنوان الگوی مورد استفاده در نماد
 - تشکیل کارگروه‌های بسته‌های خدمتی و غربالگری در دفتر مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش
 - تشکیل کمیته علمی در معاونت اجتماعی با همکاری دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد هم‌زمان با آیتم قبل
 - بررسی تخصصی و اجرایی ابزارهای غربالگری و بسته‌های مداخلاتی سلامت روان مورد استفاده در برنامه نماد
 - ارائه بازخوردهای اصلاحی از کمیته عملی به کمیته اجرایی نماد
- ابلاغ برنامه نماد به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با محوریت معاونت اجتماعی وقت وزارت بهداشت
 - ارائه پیشنهاد پایلوت برنامه در شهرستان نظرآباد از سوی کمیته علمی

- بازدید از اقدامات نماد در شهرستان نظرآباد و برگزاری جلسات بحث و بررسی کارشناسی
- توقف پیگیری اجرای برنامه با محوریت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت در مرحله پایلوت
- پایلوت بسته مداخلات سلامت روان در ۶ مدرسه راهنمای و دبیرستان در منطقه ۷ آموزش و پرورش استان تهران در نیمه دوم مهر ماه سال ۱۳۹۸ با محوریت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
 - آموزش مربیان منتخب در هر یک از مدارس و آموزش کلیه معلمان در مدارس پایلوت
 - شناسایی دانش‌آموزان توسط معلمان و ارجاع آن‌ها ابتدا به مربی منتخب مدرسه و در مرحله بعد به هسته مشاوره آموزش و پرورش و در صورت نیاز به درمان به مرکز سلامت روان جامعه‌نگر وزارت بهداشت
- پایلوت برنامه نماد در ۶۵۸۷ مدرسه (۱۳۰ مدرسه از یک منطقه پایلوت در هر استان) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ با محوریت آموزش و پرورش
- برنامه‌ریزی برای گسترش برنامه به حداقل ۲۰ هزار مدرسه در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸
- ارزیابی نتایج پایلوت بسته مداخلات سلامت روان مدارس در منطقه ۷ و شروع تعمیم مداخله در مدارس منطقه ۱۷ استان تهران با محوریت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۹ که به دلیل مصادف شدن با اوج همه‌گیری و تعطیلی مدارس و مشغله کاری وزارت آموزش و پرورش در رابطه با برنامه نماد و شرایط همه‌گیری، امکان اجرای طرح در منطقه نامبرده فراهم نشد.
- برگزاری دوره‌های آموزشی برای مدرسان و مجریان برنامه به صورت مجازی

بازه زمانی ۱۳۹۹ تاکنون

- ابلاغ برنامه نماد مبتنی بر گسترش همکاری‌های درون و برون‌بخشی، بهره‌گیری از ظرفیت فضاهای مجازی به ویژه شبکه «شاد»، تقویت و توسعه زیرساخت‌های فنی شبکه یکپارچه نماد و استفاده از ظرفیت مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در بستر مجازی (شاد، همگام، ...)، از سوی مقام عالی وزارت آموزش و پرورش به شماره ۴۵۶۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۴/۷ با اهداف زیر:
 - ظرفیت‌سازی برای تحقق مداخلات سریع، به موقع و موثر در فوریت‌های روانی-اجتماعی
 - افزایش نرخ پوشش بخش غربالگری برنامه «نماد» برای دانش‌آموزان کشور
 - توسعه بخش آموزش‌های ارتقایی «نماد» در تمامی مدارس کشور
 - توسعه خدمات درمانی و مددکاری اجتماعی «نماد»، با تمرکز ویژه بر مدیریت فوریت‌های روانی اجتماعی
- راه‌اندازی خط ملی نماد (هات‌لاین) خط تلفنی ۱۵۷۰ در ۳۲ استان کشور در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استان به منظور ارایه خدمات سریع و به موقع مشاوره‌ای و روان‌شناختی (شامل خدمات مشاوره تحصیلی، سازگاری، مسیر زندگی و امثالهم)؛ فوریت‌های روانی-اجتماعی؛ خدمات راهنمایی به خانواده‌ها، خدمات مددکاری اجتماعی، دریافت گزارش‌های فوریتی (خودکشی، خشونت و کودک‌آزاری، سوء استفاده‌های جنسی، فرار، بدسرپرستی، فقرشدید، بی‌سرپرستی، بی‌سرپرتهی، بزهکاری و مصرف مواد) به دانش‌آموزان، کارکنان و اولیاء دانش‌آموزان
- تشکیل کارگروه مدیریت فوریت‌های روانی-اجتماعی در سه سطح ستاد، استان و مناطق آموزش و پرورش با محوریت وزارت آموزش و پرورش به منظور ظرفیت‌سازی و گسترش هماهنگی‌ها جهت رصد و مداخله بموقع و موثر در فوریت‌های روانی اجتماعی، رفتارهای پرخطر و رویدادهای ناگوار تهدید کننده دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه با وظایف:
 - تهیه و تنظیم تقویم اجرایی
 - طراحی مدل مفهومی اجرای فرایند سریع و به موقع مداخلات تخصصی، مددکاری و حمایتی

- تهیه و تدوین ضوابط، شاخص‌ها، دستورالعمل‌ها، فرآیندها، استانداردها و چک‌لیست‌های نظارتی
- راهبری، نظارت و ارزشیابی روند اجرای برنامه
- راه‌اندازی سیستم گزارش‌گیری سریع وبه موقع
- هماهنگی جهت تهیه محتوای آموزشی موردنیاز در حوزه فوریت‌ها
- هماهنگی جهت مستندسازی تجارب میدانی و درمانی اعضای تخصصی هسته‌های مشاوره
- هماهنگی و جلب مشارکت دستگاه‌های برون‌بخشی
- برگزاری جلسات قطبی و منطقه‌ای
- اجرای طرح‌های ویژه مشاوره‌ای- مراقبتی دوران همه‌گیری کووید-۱۹ به شکل حضوری و غیر حضوری به خصوص در بستر شبکه شاد با عناوین طرح «همدل» و طرح «صدای مشاور»
- فعال‌سازی دفتر مرکزی نماد از اواخر پاییز ۱۳۹۹
- بروزرسانی و ارتقاء فنی و پشتیبانی سامانه نماد در سه حوزه:
 - مداخلات ارتقایی (آموزش‌های ارتقایی و پیشگیرانه)
 - مداخلات مراقبتی (شناسایی، غربالگری، ارجاع درون و برون و مداخله)
 - مداخلات حمایتی (مددکاری) و معاضدتی
- استفاده از ظرفیت شبکه «شاد» برای اطلاع‌رسانی درباره آخرین وضعیت اجرای برنامه نماد از طریق تولید و انتشار محتواهای آموزشی و ترویجی در کانال‌ها و گروه‌های مجازی
- انجام غربالگری‌های سریع و پایه در برخی مدارس در پایه‌های ابتدایی و اول تا سوم متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹
- برگزاری دوره‌های آموزش ارتقایی توسط مدارس برای والدین و کارکنان، و دانش‌آموزان به صورت مجازی متناسب با وضعیت شیوع همه‌گیری در مناطق استان‌های مختلف کشور و همچنین راه‌اندازی کانال‌های تخصصی در سامانه شاد برای ارائه آموزش‌ها
- ارائه خدمات درمانی و مددکاری اجتماعی به دانش‌آموزان شناسایی شده از طریق پنجره اورژانس نماد و ارجاع آنها از سطح مدرسه به منطقه و در صورت نیاز به مراکز برون‌سازمانی (اعم از بهزیستی یا قوه قضائیه) جهت دریافت خدمات موردنیاز

موانع موجود

- درهم‌تنیدگی موضوعات و جنبه‌های مختلف سلامت در حیطه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی به ویژه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت که به دلیل بخشی بودن ساختار سازمانی دستگاه‌های اجرایی (در سطح داخل دستگاه و در سطح کلان هیات دولت) در عمل امکان ایجاد یکپارچگی و هماهنگی در عملکرد در درون و میان دستگاه‌ها در طراحی و اجرای مداخلات سلامت محور را با مسائل متعددی مواجه می‌کند.
- عدم هماهنگی و همکاری بین‌بخشی و همه‌جانبه میان دستگاه‌ها و سازمان‌های ذی‌نقش و ذینفع در طراحی و اجرای مداخلات حوزه سلامت روان خصوص سلامت روان (برنامه نماد، بسته مداخلات سلامت روان در مدارس، طرح سامان و سایر طرح‌ها و برنامه‌های مشابه) به دلیل اختلاف‌نظرهای کارشناسی در رویکرد، سطوح مداخله، ابزارها و حساسیت آن‌ها، ظرفیت‌های اجرایی کشور و سایر موارد مشابه
- مسائل مرتبط با تامین منابع مالی طرح‌ها و برنامه‌ها که به دلیل تعدد آن‌ها از یک سو و محدود بودن منابع مالی و بودجه‌ای کشور بعضاً استمرار مداخلات را مشکلات عدیده مواجه نموده است.

- چندوجهی بودن مسائل مرتبط با مدارس و دانش‌آموزان (اعم از فقر خانواده، بیکاری سرپرست خانواده و موارد مشابه) و چنددینفعی بودن دستگاه‌ها و سازمان‌های متولی رسیدگی به این مسائل؛ که خود طراحی و اجرای مداخلات را دشوار می‌سازد.
- شیوع همه‌گیری کووید-۱۹ و تعطیلی‌های فراگیر مدارس که امکان اجرای مستمر و پرقت بسیاری از مداخلات بین-بخشی را دچار اختلال نمود.

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- پایش و ارزشیابی و اصلاح چرخه ارائه خدمت و محتوی مداخلات با در نظر گرفتن رویکردهای شبکه‌ای در جهت کنترل مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت دانش‌آموزان که برای در نظر گرفتن این مهم عملاً در بخش قابل توجهی از موارد، مدیریت آن با چالش روبه‌رو می‌شود.
- لزوم بازنگری در طرح‌های مرتبط با حوزه ارتقاء سلامت روانی- اجتماعی دانش‌آموزان با هدف یکپارچه کردن مداخلات با توجه به اقتضائات همه‌گیری کووید ۱۹
- نظارت بر اجرای طرح‌ها و مداخلات متعدد با موضوع ارتقا سلامت روانی- اجتماعی با تاکید بر تضمین حداکثری همکاری‌های بین‌بخشی به ویژه وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش و عملکرد هماهنگ تمامی دستگاه‌های اجرایی ذینفع و ذی‌نقش با محوریت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- بهره‌گیری حداکثری و خلاقانه از ظرفیت فناوری اطلاعات و ارتباطات و بسترهای مجازی موجود برای اجرای مداخلات طراحی شده با توجه به اقتضائات دوران همه‌گیری و دوران پساکرونا

منابع

۱. وزارت کشور (۱۳۹۹)، طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ایران.
2. Bramer, James Van.(2021). The State of Mental Health in Iran. Borgen Project. Available at: <https://borgenproject.org/mental-health-in-iran/>
۳. وزارت بهداشت، دفتر سلامت روان، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد (۱۴۰۰)، گزارش پیشرفت اجرای جز (ب) بند ۸ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
۴. وزارت آموزش و پرورش، دفتر امور تربیتی، مشاوره و مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی (۱۴۰۰)، گزارش پیشرفت اجرای جز (ب) بند ۸ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

موضوع مصوبه: «اجرای چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل اچ‌آی‌وی (۱۳۹۸-۱۳۹۴)»

آدرس:	مصوبه ۹ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت بهداشت (معاونت بهداشت؛ مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر)
تنظیم‌کننده (گان):	دکتر ملیحه مولوی و مهندس فاطمه طاهری

مقدمه

چهارمین برنامه استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی، برنامه‌ای است که با مشارکت ۲۳ وزارت خانه/ سازمان و ارگان با هدف نهایی کاهش موارد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی و کاهش ۲۰٪ موارد مرگ اچ‌آی‌وی تدوین شده است. این برنامه مشتمل بر ۵ هدف نهایی، ۱۱ هدف بینابینی، ۱۱ استراتژی، ۱۸۷ هدف اختصاصی است. در اهداف اختصاصی، سهم هر یک از شرکای برنامه به صورت روشن و واضح به گونه‌ای تعیین شده است که برآیند کلی تحقق اهداف منجر به دستیابی اهداف بین‌المللی ۹۰-۹۰-۹۰ شود: ۹۰٪ موارد مبتلا شناسایی شوند؛ ۹۰٪ موارد شناسایی شده تحت درمان قرار گیرند؛ با استمرار درمان موثر، ۹۰٪ بار ویروسی به مقادیر غیرقابل انتقال کاهش یابد.

اگر چه به نظر می‌رسد شیوع اچ‌آی‌وی در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است، اما در چند سال اخیر نشانه‌هایی حاکی از افزایش نقش انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در ایران رصد شده، به گونه‌ای که سهم موارد شناسایی شده‌ی ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته است. همچنین در چند سال اخیر نشانه‌هایی مبنی بر افزایش شیوع مصرف ترکیبات آمفتامینی و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر بعد از مصرف این ترکیبات مشاهده شده که موجب نگرانی‌های جدی شده است. روابط جنسی غیرایمن در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نیز شایع است؛ به همین علت برای کنترل همه‌گیری، اتخاذ مداخلاتی که باعث کاهش روابط جنسی پرخطر گردد، یک ضرورت است. نتایج مطالعات میدانی حاکی از کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (حدود ۳.۲ درصد) است. با توجه به تغییر الگوی مصرف در سال‌های اخیر، بسیاری از موارد ابتلا به اچ‌آی‌وی در کشور، در میان افراد دارای سابقه مصرف تزریقی مواد مشاهده شده است، لذا علی‌رغم کاهش شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی، هنوز یکی از عمده‌ترین جمعیت‌های کلیدی در برنامه کنترل اچ‌آی‌وی در ایران محسوب می‌شوند. در چند سال اخیر، شواهدی مبنی بر افزایش تعداد زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی نیز مشاهده شده است. هر چند هنوز تعداد کودکان مبتلا اندک است، ولی در صورت عدم گسترش مداخلات موثر پیشگیری، انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک می‌تواند مشکل ساز شود. انتقال اچ‌آی‌وی در ایران از راه انتقال خون، به طور کامل کنترل شده و ضروری است اقدامات کنترلی با قوت بیشتر و بهره‌گیری از روزآمدترین امکانات ادامه یابد. پس از تصویب برنامه، با توجه به وسعت آن و تعدد شرکا، مسئولیت نظارت و پیگیری عملیاتی شدن برنامه، از سوی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بر عهده «کمیته نظارت بر اجرای برنامه» قرار گرفت. این کمیته مشتمل بر سازمان‌ها و ارگان‌هایی است که بیشترین سهم در اجرا و یا بیشترین نقش نظارتی را بر عهده دارند. در برنامه استراتژیک، ضمن آنکه برای اهداف نهایی و میان مدت، شاخص‌های Outcome و Impact تعیین شده است، سهم هر سازمان در اهداف سالیانه نیز مشخص شده و شاخص‌های Output و Input برنامه نیز تعیین شده‌اند. همچنین، به منظور یکسان‌سازی و استاندارد نمودن فرآیندهای اجرایی، اهدافی در برنامه تعیین شده است، به گونه‌ای که تمامی فرآیندهای اجرایی برنامه در قالب یک فورمت استاندارد و واحد، توسط شرکای برنامه تدوین و مبتنی بر استانداردهای تعیین شده، شاخص‌های فرآیندی نیز تعیین شوند.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«در راستای سیاست‌های کلی سلامت و با هدف کاهش موارد جدید ابتلا به ایدز (HIV) و کاهش ۲۰٪ مرگ منتسب به این بیماری در مبتلایان تا پایان سال ۱۳۹۸، «چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل اچ آی وی (۱۳۹۴-۱۳۹۸)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شد.

تبصره ۱: اعضای کارگروه کشوری کنترل گسترش عفونت اچ آی وی/ ایدز، موظفند ظرف سه ماه برنامه‌ی عملیاتی سازمان متبوع خود را در چارچوب اهداف و راهبردهای چهارمین برنامه استراتژیک کشوری کنترل ایدز (۱۳۹۴-۱۳۹۸) تدوین و نسبت به اجرای آن اقدام نمایند. نظارت و ارزشیابی بر اجرای برنامه‌های عملیاتی مذکور بر عهده کارگروه یاد شده می‌باشد.

تبصره ۲: به منظور کاهش خطر انتقال ویروس ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های عضو کارگروه کشوری کنترل گسترش ایدز کلیه وسایل پیشگیری از انتقال عفونت از راه تماس جنسی و سایر راه‌های انتقال را با قیمت ارزان در اختیار عموم افراد قرار داده و دسترسی رایگان به این وسایل را برای افراد در معرض خطر فراهم کند

اهداف مصوبه

- کاهش موارد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی
- کاهش ۲۰٪ موارد مرگ اچ‌آی‌وی

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

- درصد موارد شناسایی شده، به تخمین موارد زنده
- درصد افراد مراجعه‌کننده به مرکز، به موارد شناسایی شده
- درصد افراد تحت درمان، به موارد دارای پرونده فعال
- درصد افراد با سطح ویروسی پایین، به موارد تحت درمان

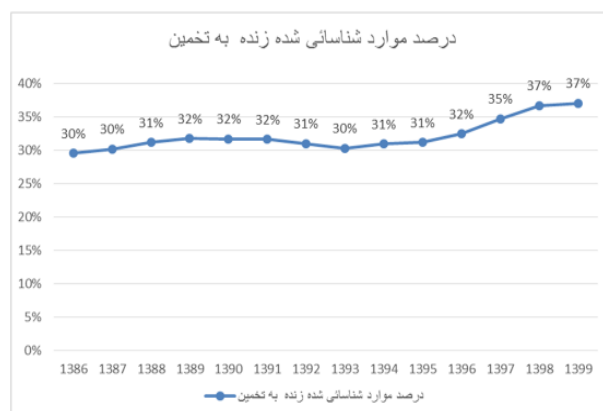
شاخص منتسب	تعریف شاخص	مقادیر هدف‌گذاری شده	مقادیر کنونی (شهریور ۱۳۹۹)
درصد شناسایی	درصد موارد شناسایی شده، به تخمین موارد زنده	۹۰٪	۳۵٪
درصد اتصال به مراقبت و درمان	درصد افراد مراجعه‌کننده به مرکز، به موارد شناسایی شده	۱۰۰٪	۷۳٪
پوشش درمان	درصد افراد تحت درمان، به موارد دارای پرونده فعال	۹۰٪	۹۳٪
درصد موفقیت درمان	درصد افراد با سطح ویروسی پایین، به موارد تحت درمان	۹۰٪	۸۶٪

خلاصه اقدامات انجام شده

- تشکیل کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP کشوری و ۴ گروه فنی
- یکسان سازی استانداردهای آموزش با تاکید بر محور کاهش انگ بیماری - رویکرد نوین آموزش
- استاندارد سازی و یکسان سازی دستورالعمل های اجرایی کاهش آسیب - برنامه مراقبت زنان - مراقبت و درمان - حمایت
- برقراری سیستم منسجم مدیریت داده ها - MIS و یکسان سازی نظام ثبت و گزارش دهی برای همه شرکای برنامه
- ادغام خدمات تشخیص، مراقبت و درمان در نظام PHC
- ادغام خدمات تشخیص و رویکرد نوین آموزش در برنامه کاهش آسیب
- ادغام برنامه پیشگیری از انتقال مادر به کودک در حاشیه شهرها
- تغییر سیاست مراقبت و درمان، به درمان برای همه
- اضافه شدن داروهای متناسب با گروه هدف به رژیم های دارویی کشور
- راه اندازی ۱۸ آزمایشگاه منطقه ای با قابلیت اندازه گیری بار ویروسی
- تأمین کیت های بار ویروسی و تست های تشخیصی از منابع بین المللی
- گسترش وسیع دسترسی به تست های تشخیصی
- تشکیل شبکه پزشکان درمانگر ایدز
- وصل شدن پزشکان زندان به شبکه پزشکان درمانگر ایدز

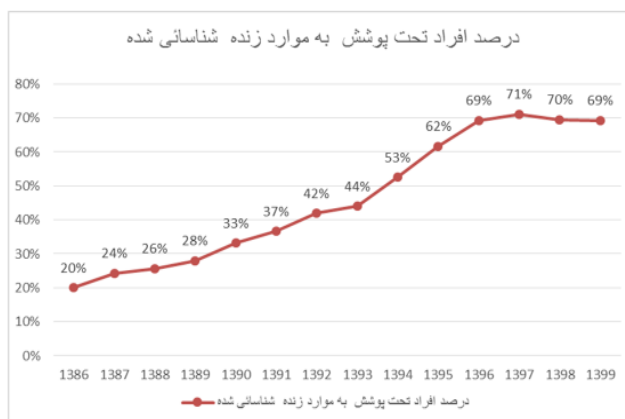
شناسایی موارد ابتلا

اگر چه درصد شناسایی موارد نسبت به تخمین، روندی رو به افزایش داشته است اما همچنان با هدف اصلی فاصله زیادی دارد. آموزش عمومی و تلاش همه جانبه در راستای انگ زدایی بیماری اچ آی وی، مشارکت فعال سایر شرکا برنامه که به گروه های پرخطر دسترسی دارند و نیز ادغام برنامه تشخیص اچ آی وی در فعالیتهای کاهش آسیب، از عوامل تاثیر گذار بر بهبود این شاخص می باشند.



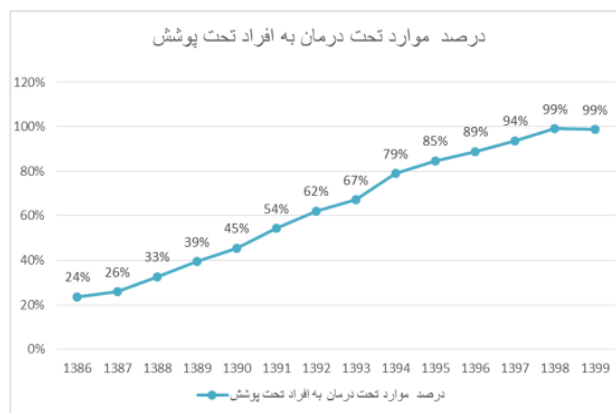
وصل شدن موارد شناسائی شده به خدمات مراقبت و درمان

طی سال گذشته با برنامه‌ریزی دقیق برای یافتن افرادی که شناسائی شده اما برای دریافت خدمات مراجعه نمی‌کنند، وزارت بهداشت موفق شد درصد تحت پوشش قرار دادن افراد شناسائی شده را افزایش دهد. در این راستا ارائه خدمات حمایتی، برنامه های انگ‌زدایی، مشاوره و ترغیب افراد در زمان تشخیص، از عوامل بسیار کمک کننده می باشند.



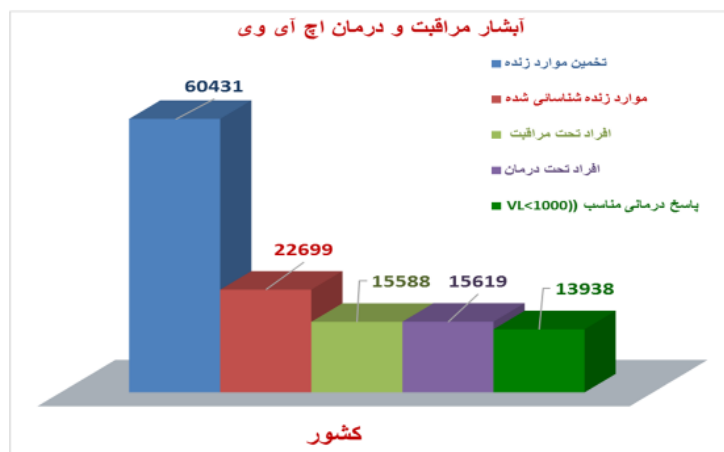
درصد درمان در موارد تحت پوشش

مداخلاتی مانند شبکه پزشکان درمانگر ایدز، برنامه نرم افزاری که ارزیابی مستمر غیرمستقیم مراکز مشاوره را فراهم آورده و برنامه‌های سیستماتیک آموزش و پایش به روش خود ارزیابی در مراکز، منجر به افزایش چشمگیر موارد تحت درمان شده‌اند. استمرار این روند در گرو ایجاد انگیزه و حفظ پزشکان آموزش دیده می‌باشد.



آبشار مراقبت اچ‌آی‌وی (پایان ۱۳۹۹)

با توجه به اینکه محوریت اصلی برنامه، مبتنی بر اهداف ۹۰ - ۹۰ - ۹۰ است، به تحلیل میزان دستیابی به این اهداف اشاره می‌شود: از ۶۰۴۳۱ نفر تخمین موارد زنده، ۲۲۶۹۹ نفر شناسائی شده‌اند که ۱۵۵۸۸ آنان جهت دریافت خدمات مراجعه می‌کنند و ۱۵۶۱۹ آنان تحت درمان قرار گرفته اند که ۱۳۹۳۸ نفر پاسخ درمانی قابل قبول داشته‌اند.



موانع اجرایی

- فاصله زیاد بین موارد شناسایی شده و موارد تخمینی HIV شناسایی نشده
- عدم تأمین منابع موجود و نبود ردیف بودجه‌ای تعیین شده
- باورهای غلط و آگاهی کم جامعه نسبت به HIV و ایجاد مانع در تشخیص، مراقبت و درمان بیماری
- محدود بودن دسترسی به خدمات آموزش، مشاوره، آزمایش داوطلبانه و خدمات بهداشت باروری برای گروه‌های پرخطر
- پوشش ناکامل گروه‌های در معرض خطر جهت دریافت خدمات و مراقبت‌های AIDS/HIV
- عدم ادغام خدمات مرتبط با HIV به صورت کامل در نظام سلامت

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- ارتقای کمی و کیفی برنامه‌های شناسائی موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی در برنامه پنجم
- تقویت برنامه‌های کاهش آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد در سطوح استانی و گسترش مراکز کاهش آسیب با اولویت مناطق جغرافیایی پرخطر
- آموزش استاندارد اچ‌آی‌وی منطبق بر «رویکرد نوین آموزش» در برنامه‌های آموزشی
- حمایت جدی از بیماران تحت درمان سطح‌بندی شده
- افزایش برنامه‌های انگ‌زدایی به منظور کاهش تبعیض و تسهیل دسترسی به خدمات
- تلاش برای جلب حمایت مالی فراتر از منابع عمومی
- اختصاص ردیف بودجه‌ای برای هر سازمان و تأمین بودجه متناسب با برنامه و نظارت بر هزینه‌کرد ردیف‌های بودجه‌ای متناسب با شاخص‌های برنامه توسط SIP
- ادغام کامل خدمات مرتبط با HIV در نظام سلامت

موضوع مصوبه: «ارزشیابی عملکرد سلامت محوری استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران»

آدرس:	مصوبه ۱۰ جلسه ۱۴ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت کشور (سازمان امور اجتماعی)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی

مقدمه

سلامت فرد و جامعه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را شامل می‌شود و با چنین تعریفی تعیین‌کننده‌های سلامت برای یک فرد فراتر از رفتارهایی است که متخصصان توصیه می‌کنند و پای عوامل اقتصادی، اجتماعی و محیطی به میان کشیده می‌شود. مسئولیت کنترل این عوامل صرفاً مربوط به حوزه سلامت نبوده و برای حفظ، تامین و ارتقای سلامت جامعه همکاری و همراهی کلیه دستگاه‌ها، نهادها و سازمان‌های ملی و منطقه‌ای را می‌طلبد.

به استناد ماده ۱۲ نظام نامه استانی مدیریت و توسعه سلامت همه جانبه و بند ۱۰ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳ لازم است وزارت کشور در ارزیابی عملکرد استان‌ها شاخص‌هایی را در خصوص فعالیت‌های سلامت محوری استانداران تعیین نماید. ارزیابی استانداران با دو رویکرد استقرار نظام نامه استانی مدیریت و توسعه سلامت همه جانبه (درونداد و فرآیند) و شاخص‌های سلامت مردم استان (برونداد و پیامد) سنجیده می‌شود. مبنای معیارهای انتخاب شده وظایف و ارکان شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی و نظام نامه استانی می‌باشد. گزارش پیش رو فارغ از شاخص‌های سلامت استان دیده شده و در نظر است در دستورالعمل و تعیین شاخص‌های سلامت محوری استانداران، فرمانداران و بخشداران که با تعامل دو حوزه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور تهیه خواهد شد، شاخص‌های عدالت در سلامت، شاخص‌های بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، وضعیت بهداشت محیط و آلودگی‌های محیطی موثر بر سلامت نیز دیده شود. این گزارش بیشتر با رویکرد درونداد و فرآیندی دیده شده و شاخص‌های سلامت استان منظور نگردیده است.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت کشور مکلف است عملکرد سلامت محوری را در ارزشیابی استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران بر اساس شیوه‌نامه‌ای که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر ظرف یک ماه پس از ابلاغ این مصوبه اعلام می‌کند، ملحوظ و گزارش آن را هر شش ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند.»

اهداف مصوبه

- ارتقا وضعیت شاخص‌های سلامت مردم در هر یک از سطوح استانی، شهرستانی، بخش و شهر
- کمک به ارتقا و ترویج مسئولیت‌پذیری اجتماعی در قبال سلامت مردم در میان استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران

اقدامات انجام شده

- مکاتبه با استانداران و درخواست گزارش خود اظهاری
- مکاتبه با روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و درخواست گزارش ارزیابی استانداران بر مبنای شاخص‌های درونداد و فرآیندی (طی نامه به شماره ۱۰۳/۱۰۰۶/د مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۶) جهت تقدیر از استانداران با عملکرد برتر در سال ۱۳۹۷ در دومین مجمع ملی سلامت
- تعیین ۶ حیطه برای ارزیابی عملکرد سلامت محور استانداران - در این حیطه‌ها نه تنها به تشکیل جلسات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی (ساغ) و مصوبات آن تاکید شده بود بلکه اقداماتی که با هدایت و همراهی استانداران در سایر حوزه‌های سلامت نظیر بهداشت، درمان، غذا و دارو، حمایت‌های لازم از خیرین و موسسات خیریه سلامت، همراهی در تشکیل اندیشگاه سلامت، پیام‌گزاران سلامت، خانه مشارکت سلامت، برگزاری مجامع سلامت استان و شهرستان در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷، تشکیل کانون‌های سلامت محلات و سایر موارد مشابه صورت پذیرفته بود، در ارزشیابی مد نظر قرار گرفت. این حیطه‌ها عبارت بودند از:
 - **حیطه برنامه عملیاتی و مصوبات**، شامل: استقرار سند توسعه سلامت استان، استقرار سند پیگیری از بیماری‌های غیرواگیر، تعداد برنامه عملیاتی با برش استانی، تعداد برنامه عملیاتی سالانه برای اجرا بر اساس ساغ، تعداد برنامه‌های مرتبط در دست اقدام، تعداد جلسات کارگروه ساغ استان و شهرستان، تعداد مصوبات کارگروه ساغ استان و شهرستان، تعداد مصوبات اجرائی شده، تعداد برنامه‌های محقق شده از مصوبات پیشین، تعداد پروژه‌های پیوست سلامت
 - **حیطه اقدامات و همراهی در حوزه بهداشت**، شامل: تأسیس مرکز خدمات جامع سلامت روستائی، تأسیس مرکز خدمات جامع شهری، تأسیس پایگاه بهداشت، تجهیز مراکز، شبکه، خانه بهداشت
 - **حیطه اقدامات و همراهی در حوزه درمان**، شامل: تأسیس و تجهیز درمانگاه، افزایش تخت بیمارستانی، تأسیس و تجهیز پلی کلینیک، تأسیس و تجهیز پایگاه اورژانس، تأسیس و تجهیز مرکز مراقبت ویژه، همراهی سرا جهت بیمارستان‌ها، تجهیزات/آزمایشگاه‌ها/ مراکز تشخیصی پاراکلینیکی
 - **حیطه خیرین و موسسات خیریه سلامت، سمن‌ها و نهادهای علمی سلامت**، شامل: انجام طرح‌های حمایتی و مشارکتی و اعطاء مجوز فعالیت
 - **حیطه مشارکت‌های اجتماعی و رسانه‌ای با محوریت سلامت**، شامل: تعداد جلسات رسانه‌ای شده، تعداد بازدید و پایش سایر دستگاه‌های اجرائی استان با محوریت سلامت با همراهی استاندار، تعداد جلسه خیرین/واقفین/سمن‌ها با حضور استاندار
 - **حیطه پشتیبانی و همراهی در اجتماعی شدن سلامت**، شامل: تفاهم‌نامه/قرارداد با دستگاه‌ها و نهادهای استان، تشکیل اندیشگاه سلامت، فعال‌سازی پیام‌گزاران سلامت در سایر سازمان‌ها، خانه مشارکت سلامت/کانون‌های سلامت محلات
- وزن‌دهی هر یک از حیطه‌ها و ارکان هر حیطه در اثربخشی وضعیت سلامت استان و رتبه‌بندی عملکرد سلامت‌محور استانداران در سال ۱۳۹۶
- برگزاری چندین جلسه با دبیرخانه سلامت وزارت کشور جهت نهایی‌سازی و تلفیق شاخص‌های طراحی شده در وزارت کشور و وزارت بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

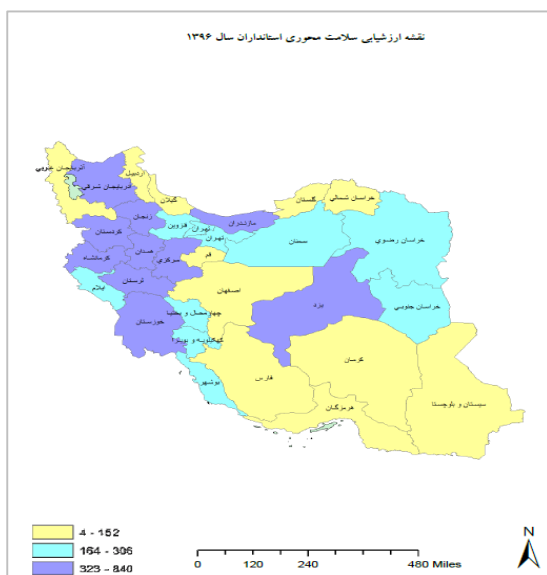
- با توجه به محدودیت زمانی مدیریت استان توسط استانداران برای حداکثر ۴ سال و اثربخشی اقدامات در سنجش‌های برون‌داد و پیامد که عمدتاً مربوط به ارتقای شاخص‌های سلامت و نیم‌رخ سلامت استان می‌باشد، و با توجه به اینکه این مهم در بلندمدت قابل احصاء خواهد بود، در جلسات مشترک با وزارت کشور تفاهم ذیل مد نظر قرار گرفته شد:
 - شاخص‌های درون‌داد و فرآیندی هر ۲ سال یکبار از زمان تنفیض ابلاغ استاندار توسط وزارت کشور، توسط دبیرخانه کارگروه ساغ استان و ارزیابی ملی توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انجام شود.
 - نیم‌رخ سلامت استان و شاخص‌های برون‌دادی و پیامدی سلامت به جهت یکپارچه‌سازی اطلاعات و آمار و قابلیت مقایسه‌ای و ارزش‌گذاری یکسان هر ۴ سال یکبار و ترجیحاً در سرشماری‌های ملی مرکز آمار ایران در نظر گرفته شده و الحاق شاخص‌های عدالت در سلامت، مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت و بیماری‌های واگیر و غیر واگیر و عوامل محیطی موثر بر سلامت در پهنه‌بندی استانی در دستور کار قرار گیرد.
 - به جهت مشغله استاندار و تعدد جلسات، حضور نماینده تام‌الاختیار ترجیحاً معاون امنیتی-سیاسی (در حال حاضر معاون اجتماعی-فرهنگی) ملاک همراهی استاندار بوده و در ارزشیابی‌ها لحاظ گردد.
 - تخصیص اعتبارات استانی خارج از اعتبارات دستگاه‌های مستقر در استان به برنامه‌ها و اقدامات سلامت محور و در تعامل با حوزه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در شاخص‌های سلامت محوری استانداران لحاظ گردد.

نتیجه ارزشیابی عملکرد سلامت محور استانداران

براساس حیطه‌های نامبرده در بالا، جمعیت هر استان، تعداد دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر در استان، فرم ارزشیابی و مستندات ارائه شده رسمی از کارگروه ساغ استان‌ها و خود اظهاری استانداران، وزن‌دهی برای هر نشانگر، اهمیت و سهم هر بخش و امتیاز اخذ شده در سال ۱۳۹۶ و بعد از ابلاغ مصوبه چهاردهم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، به قرار ذیل تعیین شده است:

جدول ۱- امتیاز ارزشیابی استانداران در سال ۱۳۹۶

ردیف	نام استان	امتیاز کسب شده	ردیف	نام استان	امتیاز کسب شده
۱	آذربایجان شرقی	۳۲۳	۱۷	فارس	۱۲۸
۲	آذربایجان غربی	۵۲	۱۸	قزوین	۳۰۶
۳	اردبیل	۴۴	۱۹	قم	۴
۴	اصفهان	۱۵۲	۲۰	کرمان	۱۴۱
۵	البرز	۵۴۶	۲۱	کرمانشاه	۴۳۱
۶	ایلام	۲۱۴	۲۲	کردستان	۳۲۶
۷	بوشهر	۱۶۴	۲۳	کهگیلویه و بویراحمد	۲۵۶
۸	تهران	۱۷۹	۲۴	گلستان	۱۱۸
۹	چهارمحال و بختیاری	۲۹۶	۲۵	گیلان	۱۲۷
۱۰	خراسان رضوی	۲۲۱	۲۶	لرستان	۳۴۸
۱۱	خراسان جنوبی	۲۱۵	۲۷	مازندران	۵۱۳
۱۲	خراسان شمالی	۴۳	۲۸	مرکزی	۳۲۸
۱۳	خوزستان	۱۷۹	۲۹	هرمزگان	۲۵
۱۴	زنجان	۳۶۹	۳۰	همدان	۸۴۰
۱۵	سمنان	۱۹۷	۳۱	یزد	۴۵۰
۱۶	سیستان و بلوچستان	۱۵۰			



پیشنهادهای برای اجرای بهتر مصوبه

- ضرورت اخذ نظرات استانی و تشکیل جلسه با مدیران کل امور اجتماعی استانداری‌ها و روسای ساغ استان‌ها در خصوص شاخص‌های ارزشیابی با توجه به تفاوت‌های، اقلیمی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی استان‌ها
- اهتمام بیشتر دانشگاه‌ها به عنوان دبیران کارگروه نسبت به تشکیل منظم جلسات کارگروه تخصصی ساغ
- پیش‌بینی اعتباری در قانون بودجه ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور برای برگزاری مجامع سلامت استانی (به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی) و تخصیص آن‌ها به استان‌ها
- عضویت مدیران کل امور اجتماعی در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان

جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

(مورخ ۱۳۹۶/۰۹/۲۹)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

مصوبات پانزدهمین

جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

آذر ماه ۱۳۹۶

۱. به منظور عملیاتی کردن سند ملی سالمندان که با هماهنگی سازمان برنامه و بودجه و مشارکت سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های مرتبط تدوین گردیده است، دبیرخانه ملی سالمندان در سازمان بهزیستی کشور و در سطح معاونین دستگاه‌های عضو تشکیل می‌شود.

تبصره ۱- دو کارگروه تخصصی در سطح مدیران کل از دستگاه‌های عضو، ذیل دبیرخانه ملی سالمندان و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود که به ترتیب متولی هماهنگی «برنامه‌های رفاه اجتماعی سالمندان» و هماهنگی «برنامه‌های سلامت و امنیت غذایی سالمندان» خواهد بود.

تبصره ۲- ترکیب اعضای دبیرخانه ملی سالمندان و دو کارگروه تخصصی و همچنین آئین نامه دبیرخانه ملی سالمندان همراه با شرح وظایف دو کارگروه تخصصی حداکثر تا سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه، با پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و ابلاغ سازمان برنامه و بودجه تعیین می‌شود.

۲. به منظور شناسایی و مدیریت نابرابری‌ها در سلامت بر حسب متغیرهای تفکیک‌کننده (وضعیت اقتصادی، اجتماعی و غیره) در سطح ملی، استانی و شهرستانی و با هدف کاهش نابرابری‌ها و تحقق عدالت در سلامت، «شاخص‌های ۶۹ گانه عدالت در سلامت» به شرح جداول پیوست که با مهر «دفتر هیأت دولت» تأیید شده است، تعیین و ابلاغ می‌شود.

تبصره ۱- سازمان برنامه و بودجه موظف است با همکاری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ این مصوبه، نسبت به تدوین آیین‌نامه و دستورالعمل‌های نحوه استقرار نظام پایش عدالت در سلامت با در نظر گرفتن نقش مرکز ملی آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، همراه با تعیین نقش سایر دستگاه‌های مرتبط و نحوه تأمین اعتبار اقدام نماید.

۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است با مشارکت وزارت کشور، آیین‌نامه اجرایی تشکیل مجامع سلامت در سطوح ملی، استانی، شهرستان و محله، همراه با کانون سلامت محله را ظرف مدت سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه تدوین و ابلاغ نماید.

تبصره ۱- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است با همکاری کارگروه‌های تخصصی دبیرخانه و به منظور شناسایی دستگاه‌های برتر در حوزه سلامت نسبت به تدوین مدل ملی «مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی سازمانی برای سلامت» ظرف مدت سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه اقدام نموده و پس از تأیید وزیر بهداشت همه‌ساله در قالب مجمع سلامت و تحت عنوان جشنواره اجرا نماید.

تبصره ۲- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است با هماهنگی سازمان برنامه و بودجه تمهیدات لازم برای تشویق دستگاه‌های برگزیده در جشنواره را فراهم کرده و برای اعمال نتایج این ارزیابی در جشنواره شهید رجایی پیشنهادهای لازم را ارائه نماید.

تبصره ۳- نتایج ارزیابی عملکرد سلامت محوری استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران بطور سالیانه در مجمع سلامت مطرح و برگزیدگان مورد تقدیر قرار می‌گیرند.

۴. وزارت بهداشت موظف است در راستای تحقق سیاست‌های حقوق شهروندی بدون هیچگونه محدودیتی نسبت به ارایه انواع خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه از جمله «خدمات بهداشت باروری» با رعایت حریم خصوصی و حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران و نهادهای سازنده فرهنگ آن در واحدهای ارایه خدمات سلامت اقدام نماید.

۵. وزارت بهداشت موظف است با هماهنگی معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و مشارکت وزارت ارتباطات و فناوری ضمن تشکیل کمیته فنی ذیل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نسبت به «بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت» اقدام کرده و نتیجه را در جلسه آتی شورای عالی سلامت، در حضور رئیس جمهور ارایه نمایند.

۶. به منظور کاهش میزان آلاینده‌ها و باقی‌مانده سموم و آفت‌کش‌ها در محصولات کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی موظف است با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نسبت به اجرای طرح راهبردی «ارتقا سلامت ۸ محصول کشاورزی» به عنوان برنامه ملی مشترک طی یک دوره چهار ساله اقدام نموده و گزارش پیشرفت آن را هر سه ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ارایه نماید.

تبصره- وزارت جهاد کشاورزی موظف است با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی گزارش «آخرین وضعیت میزان باقی‌مانده آلاینده‌ها و آفت‌کش‌ها در محصولات کشاورزی در سطح عرضه» و اقدامات بعمل آمده در این راستا را در جلسه آتی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در حضور رئیس محترم جمهور ارایه نماید.

۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور اطلاع‌رسانی و ارتقا سواد سلامت با تاکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر از قابلیت‌های کلیه ساختارها و نهادهای اجتماعی از جمله سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت (سمن‌ها) طی یک برنامه جامع استفاده نماید.

۸. نظر به جایگاه سلامت به عنوان یکی از اجزای مهم حقوق شهروندی، کلیه دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌ها موظف‌اند با تشکیل دبیرخانه سلامت مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را با تاکید بر پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و اجتماعی شدن برنامه‌های سلامت، در قالب انعقاد تفاهم‌نامه همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد اهتمام ویژه قرار داده و گزارش پیشرفت اقدامات را هر سه ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نمایند.

۹. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است نسبت به برنامه‌ریزی برای «برگزاری جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» (هر شش ماه یکبار) و «جلسات کمیسیون دائمی» با حضور معاونین دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های عضو شورا (هر سه ماه یکبار) اقدام کرده و طی جلسات دوره‌ای گزارش پیشرفت مصوبات شورا را از دستگاه‌ها اخذ و برای ارایه در شورای عالی آماده نماید.

آقای دکتر محمد باقر نوبخت معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان برنامه و بودجه کشور امضا	آقای دکتر هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امضا	حجت الاسلام و المسلمین آقای دکتر روحانی رئیس محترم جمهور امضا
آقای دکتر رحمانی فضلی وزیر کشور امضا	آقای مهندس جنتی وزیر جهاد کشاورزی امضا	آقای دکتر شریعتمداری وزیر صنعت، معدن و تجارت امضا
آقای دکتر سلطانی فر وزیر ورزش و جوانان امضا	آقای دکتر کلاتری معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان حفاظت محیط زیست امضا	آقای دکتر بطحانی وزیر آموزش و پرورش امضا
	آقای مهندس فتاح رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره) امضا	خانم مهندس پیروزیخت رئیس سازمان ملی استاندارد ایران امضا

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
تلفن تماس: ۰۲۱-۸۱۴۵۲۹۷۵ - ۰۲۱-۸۱۴۵۲۹۸۶
نمابر: ۰۲۱-۸۱۴۵۳۰۰۴

آدرس: تهران، شهرک قدس، بین فلامک جنوبی و زرافشان، خیابان ایوانک، ستاد مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه ۱۴

**گزارش پیشرفت اجرای مصوبات
پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت
غذایی**

موضوع مصوبه: «عملیاتی کردن سند ملی سالمندان»

موضوع: مصوبه ۱ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	آدرس:
وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - معاونت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور)	گزارش‌دهندگان:
دکتر ملیحه مولوی، مهندس فاطمه طاهری	تنظیم‌کننده (گان):

مقدمه

بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ از جمعیت ۷۹ میلیونی کشور، ۷۴۱۴۰۹۱ نفر یعنی ۹/۲۸ درصد سالمند هستند. پیش‌بینی می‌شود که درصد سالمندان ایران تا سال ۲۰۲۵ میلادی به ۱۰ و تا سال ۲۰۵۰ یعنی ۳۳ سال دیگر به بیش از ۳۰ درصد برسد. بر اساس این پیش‌بینی، در سال ۲۰۵۰، درصد جمعیت سالمند در ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر و از هر سه نفر، یک نفر سالمند خواهد بود.

برنامه‌ریزی برای سلامت سالمندان بسیار مهم است زیرا سلامتی، «سالموردگی جمعیت» را از یک تهدید به فرصت تبدیل می‌کند. در بررسی کشوری سیمای سلامت سالمندان (۱۳۹۲)، ۶۴ درصد سالمندان برای انجام فعالیت‌های متوسط محدودیت داشتند، ۴۵ درصد از آن‌ها دچار بی‌خوابی یا کم‌خوابی بودند، ۱۱ تا ۲۲ درصد دچار نوعی از بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع بودند، ۱۹/۸ درصد دارای افت فشارخون وضعیتی و حدود یک سوم پاسخ‌گویان، فشارخون و چربی‌خون بالا داشتند. حدود ۶۰ درصد آن‌ها نیز مشکل دهان و دندان داشتند.

درگیری هم‌زمان چند ارگان و پلی‌فارماسی در سالمندان، با افزایش نیاز آنان به خدمات بهداشتی- درمانی همراه است. مطالعه الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت (۱۳۹۳) نشان داد که در کل جمعیت، بیشترین بار مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر در دو هفته قبل از زمان مراجعه (۱۰ بار) به پزشک عمومی است، در حالی که در سالمندان بیشترین بار مراجعه (۱۸ بار) به متخصص است. درخصوص خدمات سلامتی سرپایی و بستری، احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات، متوسط دفعات مراجعه، سرانه دفعات مراجعه و هزینه پرداخت شده در سالمندان بالاتر از کل جمعیت است. این در حالی است که میزان عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی یا بستری در سالمندان نسبت به کل جمعیت بیشتر است و خوددرمانی و قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها از مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه سالمندان به مراکز ارائه خدمات سلامت می‌باشد. ۹۴ درصد سالمندان از بیمه پایه برخوردارند، اما تنها ۳۱ درصد از سالمندان کشور تحت پوشش بیمه مکمل قرار دارند. بیمه، یکی از زیرساخت‌های مهم برای ارائه مراقبت‌های خاص سالمندی از جمله مراقبت در منزل، مراقبت طولانی مدت و ... است. در ایران، بیمه مکمل، خدمات توانبخشی مانند فیزیوتراپی و مراقبت‌های خاص سالمندان مانند مراقبت در منزل، ارزیابی جامع سالمندی^۱ و امثالهم را شامل نمی‌شود. تمام این موارد، لزوم برنامه‌ریزی برای فراهم‌سازی امکانات و زیرساخت‌های خدمات بهداشتی- درمانی سرپایی و بستری برای سالمندان را نشان می‌دهد.

تأمین سلامت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی درمانی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود. توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی از اهداف بسیار مهم سند ملی سالمندان کشور است. به‌منظور رفع فقر و نابرابری، ایجاد زمینه تضمین حداقل حمایت‌های اجتماعی، تأمین حداقل کیفیت زندگی و پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی، تجمع و ساماندهی شوراهای مرتبط با امور سالمندان جهت عملیاتی کردن برنامه‌های ملی سالمندان صورت گرفته و کارگروه‌های تخصصی موردنیاز تشکیل می‌گردد.

¹ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور عملیاتی کردن سند ملی سالمندان که با هماهنگی سازمان برنامه و بودجه و مشارکت سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های مرتبط تدوین گردیده است، دبیرخانه ملی سالمندان در سازمان بهزیستی کشور و در سطح معاونین دستگاه‌های عضو تشکیل می‌شود.

تبصره ۱: دو کارگروه تخصصی در سطح مدیران کل از دستگاه‌های عضو، ذیل دبیرخانه ملی سالمندان و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود که به ترتیب متولی هماهنگی «برنامه‌های رفاه اجتماعی سالمندان» و هماهنگی «برنامه‌های سلامت و امنیت غذایی سالمندان» خواهد بود.

تبصره ۲: ترکیب اعضای دبیرخانه ملی سالمندان و دو کارگروه تخصصی و همچنین آئین نامه دبیرخانه ملی سالمندان همراه با شرح وظایف دو کارگروه تخصصی حداکثر تا سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه، با پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و ابلاغ سازمان برنامه و بودجه تعیین می‌شود.

اهداف مصوبه

- بهبود همکاری بین‌بخشی و هماهنگی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای سالمندان
- ارتقای سلامت و رفاه سالمندان

خلاصه اقدامات انجام شده

با محوریت وزارت بهداشت در حوزه ارائه خدمت

مرحله پیشرفت	آدرس در سند ^۱	برنامه
اتمام یافته / مهر ۱۳۹۹	O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5	۱. ابلاغ و ادغام بسته‌ی خدمت سلامت سالمندان مخصوص غیر پزشک در PHC : • افسردگی • تغذیه • فشارخون و دیابت و هایپرلیپیدمی • خطر سنجی بیماری‌های قلبی و عروقی • سرطان‌های شایع • پیشگیری از سقوط
در حال اتمام / تابستان ۱۴۰۰	O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5 O5S4P3	۲. بازنگری کامل و بازنویسی و بروز رسانی بسته‌ی خدمت سلامت سالمندان مخصوص پزشک در PCH: • افسردگی • تغذیه • فشارخون و دیابت و هایپرلیپیدمی • خطر سنجی بیماری‌های قلبی و عروقی • سرطان‌های شایع • پیشگیری از سقوط
اتمام یافته / زمستان ۱۳۹۹	O2S3P3, P6, P7 O3S3P1-P5 O4S1P1 O4S2P3 O4S3P1	۳. طراحی بسته‌ی خدمات مددکاری اجتماعی برای سالمندان
در حال اجرا / پائیز ۱۴۰۰	O4S2P1-5 O3S2P7 O3S3P7	۴. طراحی پروتکل‌های مراقبت در منزل مبتنی بر خانواده (FBH) Family- Based Home Care برای سالمندان / پروژه مشترک با WHO
اتمام یافته / پائیز ۱۳۹۹	O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5 O3S2P7 O3S3P4	۵. هماهنگی و برنامه‌ریزی انجام واکسیناسیون انفلوانزا برای تمام پرسنل و سالمندان و غیر سالمندان مقیم مراکز نگهداری شبانه روزی

¹ On: Objectiven; Sn: Strategyn; Pn: Policyn

مرحله پیشرفت	آدرس در سند ^۱	برنامه
در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰	O5S4P3 O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5 O3S2P7 O3S3P4 O5S4P3	۶. طراحی نظام مراقبت آنلاین و فعال عوارض واکسیناسیون کوید 19 در مراکز شبانه روزی مراقبتی توانبخشی سالمندان کشور
اتمام یافته/ تابستان ۱۴۰۰	O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5 O3S2P7 O3S3P4 O5S4P3	۷. خرید و استقرار Server اختصاصی برای مراکز نگهداری شبانه روزی سالمندان کشور و تشکیل پرونده الکترونیک برای سالمندان مقیم در سامانه کشوری سینا و ارائه و آموزش پرسنل و تعریف یوزر جهت ثبت الکترونیک خدمات بهداشتی - درمانی در این افراد در نظام PHC
آغاز اجرا/ زمستان ۱۴۰۰	O3S1P2 O3S1P3 O3S1P5 O3S2P7 O3S3P4 O5S4P3	۸. طراحی و ادغام بسته ی خدمت مراقبت بهداشتی - درمانی از سالمندان مقیم مراکز نگهداری شبانه روزی در نظام PHC
اتمام یافته/ بهار ۱۴۰۰	O3S2P2, P6	۹. طراحی گایدلاین تایید تشخیص و درمان دمانس و آلزایمر برای سطوح بالاتر از بهورز و مراقب سلامت (پزشکان عمومی و متخصصین نورولوژی و روانپزشکی و ...)
آغاز اجرا/ پاییز ۱۴۰۰	O3S2P2, P6	۱۰. طراحی گایدلاین غربالگری، تشخیص و درمان و پیگیری Frailty برای سطوح مختلف بهورز و مراقب سلامت، پزشکان عمومی و متخصصین
آغاز اجرا/ بهار ۱۴۰۰	O4S2P1-P4	۱۱. طراحی و پایلوت و ارزیابی هزینه اثربخشی مدل ایرانی Home care سالمندان (با همکاری موسسه ی ملی تحقیقات سلامت در دو شهر گیلان و اهواز)
در حال طراحی	O3S2P1, P4 O5S4P3	۱۲. طراحی و پایلوت نظام مراقبت مصرف دارو و چند دارویی در (دانشگاه سالمندان شیراز)
در حال اجرا	O3S1P4	۱۳. طراحی و پایلوت بسته مداخلات طب سنتی برای مشکلات جسمی شایع و روزمره سالمندان (دانشگاه مشهد)
در حال طراحی	O3S2P1, P3 O4S2P1-P3	۱۴. طراحی مدل و پایلوت transition care سالمندان بعد از بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص کامل (دانشگاه کاشان)
در حال طراحی	O3S2P1, P3	۱۵. طراحی مدل و پایلوت کلینیک سالمندی (مشترک بین دانشگاه شاهد و دانشگاه تهران و دانشگاه ایران)
اتمام یافته/ بهار ۱۴۰۰	O3S1P6 O3S2P2-P5 O4S1P1	۱۶. طراحی و پایلوت نظام مراقبت از راه دور سالمندان در دوران همه گیری مبتنی بر خانواده، تکنولوژی و جامعه (دانشگاه گیلان)
اتمام یافته/ اسفند ۱۳۹۸	O3S1P6 O3S2P3, P7 O3S3P1, P3	۱۷. طراحی دستورالعمل پیشگیری و کنترل کوید-۱۹ در مراکز نگهداری شبانه روزی سالمندان بصورت مشترک با بهزیستی
اتمام یافته/ اسفند ۱۳۹۸	O3S1P6 O3S2P3, P7 O3S3P1, P3 O5S1P5	۱۸. طراحی و اجرای چک لیست نظارت بر اجرای دستورالعمل پیشگیری و کنترل کوید-۱۹ در مراکز نگهداری شبانه روزی سالمندان بصورت مشترک با بهزیستی
در حال اجرا	O5S3P4 O5S1P5	۱۹. اجرای نظام ثبت و گزارش دهی روزانه موارد مثبت و مشکوک به کوید-۱۹ در مراکز نگهداری شبانه روزی سالمندان در کل کشور
در حال اجرا	O5S3P4 O5S1P5	۲۰. طراحی چک لیست ارزیابی میزان خطر شعله ور شدن اپیدمی برای مراکز نگهداری شبانه روزی سالمندان
اتمام یافته/ بهار ۱۴۰۰	O2S1P4 O3S1P1	۲۱. طراحی پروتکل کنترل عفونت و تاب آوری سالمندان در برابر کرونا برای خانواده ها و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و پرسنل مراکز حمایتی و مراقبتی توانبخشی شبانه روزی (مشترک با UNFPA)
در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰	O3S1P2, P3	۲۲. همکاری در طرح ارزیابی عوامل خطر شکستگی ناشی از استئوپروز با اداره کل غیرواگیر
در حال اجرا	O3S2P6	۲۳. همکاری در تدوین گایدلاین کشوری بی اختیاری ادراری با اداره سلامت میانسالان
در حال طراحی	O3S1P2, P3 O3S2P6	۲۴. طراحی نظام مراقبت از کم شنوایی در سالمندان
در حال اجرا / بهار ۱۴۰۱	O3S1P1-P3 O2S1P1	۲۵. تفاهم با ستاد علوم شناختی جهت اجرای مشترک مداخلات بازتوانی شناختی در جامعه از سن میانسالی با هدف به تاخیر انداختن آغاز اختلالات شناختی
در حال اجرا	O3S2P1, P5	۲۶. طراحی مدل داروخانه دوستدار سالمند (دانشگاه گیلان)
در حال اجرا	O3S2P1, P5	۲۷. طراحی مدل مرکز جامع سلامت دوستدار سالمند (دانشگاه بابل)
اتمام یافته/ زمستان ۱۳۹۹	O3S1P2, P3	۲۸. غربالگری فعال تلفنی نزدیک ۷ میلیون سالمند ایرانی از نظر علائم COVID-19 در سه مرحله
در حال اجرا و تابستان ۱۴۰۰	O3S1P2, P3	۲۹. شناسایی و طبقه بندی سالمندان پرخطر و ورود اطلاعات به سامانه های الکترونیک سلامت به منظور حمایت ویژه و هدفمند از ایشان در دوران پاندمی
اتمام یافته / پاییز ۱۳۹۹	O3S2P1	۳۰. بازنگری پروتکل های انتقال بیمار از منزل به بیمار اورژانس ۱۱۵ با هدف گنجاندن ملاحظات ویژه بیمار سالمند

با محوریت وزارت بهداشت در حوزه ارائه آموزش و نیروی انسانی

عنوان برنامه	آدرس در سند	مرحله پیشرفت
۱. تدوین محتوای جامع آموزشی خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده‌ها توسط کمیته های تخصصی متشکل از اساتید و متخصصین برجسته کشور:	O2S1P1-P4	اتمام یافته / تابستان ۱۴۰۰
- تغییرات فیزیولوژیک سالمندی - بازنشستگی - مشکلات جسمی شایع سالمندی (دردهای عضلانی اسکلتی، رسامیت دهان و دندان، زمین خوردن، مصرف دارو و ...) - تغذیه مناسب در سالمندی - فعالیت بدنی در سالمندی - سلامت روان سالمندان		
۲. بازنگری و ویرایش محتوای آموزشی با ملاحظات مرتبط با سواد سلامت توسط تیم متخصص آموزش و ارتقاء سلامت	O2S1P4	در حال اجرا/ تابستان ۱۴۰۰
۳. تولید ۱۰۰ فیلم کوتاه آموزشی ۵ دقیقه‌ای توسط اساتید مولف با استفاده از محتوای آموزشی خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده ها	O2S1P1-P4	در حال اتمام/ تیر ۱۴۰۰
۴. طراحی مدل ایرانی دانشگاه سومین نسل سنی (UA3) و پابلوت آن (دانشگاه علوم پزشکی ایران)	O2S1P1-P4 O2S2P1, P2 O2S3P1-P9	در حال اجرا/ پاییز ۱۴۰۰
۵. تولید انیمیشن های آموزشی با موضوعات مختلف فرهنگسازی و خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده‌ها (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)	O2S1P1-P4	در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰
۶. حمایت و تجهیز پروژه رادیو سالمندان با هدف طراحی، تولید و ارزشیابی پادکست‌های صوتی حاوی محتوای متنوع رسانه ای آموزشی و اطلاع رسانی و سرگرمی برای سالمندان (دانشگاه گناباد)	O2S1P1-P4	در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰

با محوریت وزارت بهداشت در حوزه «گروه هدف/ جامعه»

عنوان برنامه	آدرس در سند	مرحله پیشرفت
۱. تدوین محتوای جامع آموزشی خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده‌ها توسط کمیته های تخصصی متشکل از اساتید و متخصصین برجسته کشور:	O2S1P1-P4	اتمام یافته / تابستان ۱۴۰۰
- تغییرات فیزیولوژیک سالمندی - بازنشستگی - مشکلات جسمی شایع سالمندی (دردهای عضلانی اسکلتی، رسامیت دهان و دندان، زمین خوردن، مصرف دارو و ...) - تغذیه مناسب در سالمندی - فعالیت بدنی در سالمندی - سلامت روان سالمندان		
۲. بازنگری و ویرایش محتوای آموزشی با ملاحظات مرتبط با سواد سلامت توسط تیم متخصص آموزش و ارتقاء سلامت	O2S1P4	در حال اجرا/ تابستان ۱۴۰۰
۳. تولید ۱۰۰ فیلم کوتاه آموزشی ۵ دقیقه‌ای توسط اساتید مولف با استفاده از محتوای آموزشی خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده ها	O2S1P1-P4	در حال اتمام/ تیر ۱۴۰۰
۴. طراحی مدل ایرانی دانشگاه سومین نسل سنی (UA3) و پابلوت آن (دانشگاه علوم پزشکی ایران)	O2S1P1-P4 O2S2P1, P2 O2S3P1-P9	در حال اجرا/ پاییز ۱۴۰۰
۵. تولید انیمیشن های آموزشی با موضوعات مختلف فرهنگسازی و خودمراقبتی برای سالمندان و خانواده‌ها (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)	O2S1P1-P4	در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰
۶. حمایت و تجهیز پروژه رادیو سالمندان با هدف طراحی، تولید و ارزشیابی پادکست‌های صوتی حاوی محتوای متنوع رسانه ای آموزشی و اطلاع رسانی و سرگرمی برای سالمندان (دانشگاه گناباد)	O2S1P1-P4	در حال اجرا/ زمستان ۱۴۰۰

با محوریت وزارت بهداشت در حوزه مدیریت اطلاعات سلامت

عنوان برنامه	آدرس در سند	مرحله پیشرفت
۱. باز تحلیل و استخراج و انتشار اطلس های شاخص های کشوری و استانی مهم سلامت در گروه سنی سالمندان از پیمایش های ملی سلامتی انجام شده در سال‌های گذشته در کشور:	O5S3P1, P4	در حال اجرا/ تابستان ۱۴۰۰
عوامل خطر غبرواگیر		

عنوان برنامه	آدرس در سند	مرحله پیشرفت
- مرگ و میر - بیماری‌های شایع - سرطان‌ها - بیماری‌های متابولیک - بهره‌مندی از خدمات سلامت - شاخص‌های بستری		
۲. تدوین کتاب شاخص‌های آمار جمعیتی سالمندان به تفکیک استان بر اساس نتایج آخرین سرشماری نفوس و مسکن کشور با همکاری پژوهشکده‌ی آمار کشور	O5S3P1, P4	اتمام یافته / تابستان ۱۴۰۰
۳. طراحی و سفارش اجرای پیمایش سلامت روان سالمندان به موسسه ملی تحقیقات سلامت	O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6 O5S1P2	در حال طراحی
۴. طراحی و سفارش اجرای پیمایش سلامت سالمندان کشور به موسسه ملی تحقیقات سلامت	O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6 O5S1P2	در حال طراحی
۵. طراحی پیوست سالمندی برای پیمایش‌های ملی سلامت (لزوم پاسخگویی پیمایش‌ها از زمان طراحی به گروه هدف سالمندان و امکان استخراج شاخص‌های ملی و استانی برای این گروه هدف)	O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6 O5S1P2	انجام نشده
۶. طراحی و اجرای دوره ای پیمایش آگاهی نگرش و عملکرد سالمندان در دوران همه‌گیری کوید ۱۹ (سه دوره پیمایش کشوری توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران)	O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6 O5S1P2	اتمام یافته / تابستان ۱۴۰۰
۷. طراحی و اجرای نظام ثبت سقوط و عواقب سقوط در سالمندان (مشترک توسط دانشگاه علوم بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه علوم پزشکی یزد)	O5S3P1, P4 O5S1P2 O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6	در حال اجرا
۸. طراحی نظام الکترونیک و داشبورد مدیریت سلامت سالمندان و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد و تکنولوژی با استفاده از vizit سالمندی (مشترک با دانشگاه علوم پزشکی تهران و WHO)	O5S3P1, P4 O5S1P2	در حال طراحی
۹. پیمایش ارزیابی وضعیت سلامت معنوی در سالمندان ایرانی (مشترک توسط اداره سلامت سالمندان و مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران)	O4S3P13 O5S1P2 O3S1P7 O3S2P8 O3S3P6 O3S4P1	اتمام یافته / زمستان ۱۳۹۹

با محوریت وزارت بهداشت در حوزه راهبردی و حکمرانی

عنوان برنامه	آدرس در سند	مرحله پیشرفت
۱. بازنگری، نهایی‌سازی، افزودن جدول دستگاه‌های مسئول و همکار و ابلاغ سند ملی سالمندان کشور	O5S4P1-P3 O5S1P3, P4	اتمام یافته / مهر ۱۳۹۹
۲. طراحی و پالیوت کمپین بازاریابی اجتماعی سلامت سالمندی با هدف حمایت‌طلبی و جلب مشارکت و Advocacy جهت تغییر رفتار و درک لزوم ایفای نقش تمام بخشهای درون بخش سلامت و سایر سازمان‌ها و دستگاه‌ها و نهادهای دولتی، خصوصی و مردمی در سلامت سالمندان	O5S4P1-P3 O5S1P3, P4	اتمام یافته / بهار ۱۴۰۰
۳. مدلسازی و آینده پژوهی با تمرکز بر سالتخوردگی جمعیت و پیش‌بینی شاخص‌های سلامت جامعه و نیروی انسانی و زیرساخت‌های مورد نیاز در ۱۰ سال آینده کشور	O5S3P4	در حال اجرا
۴. طراحی و پالیوت برنامه تور آینده با تم سالمندی	O5S3P4	O5S1P5 O5S2P1-P5
۵. طراحی و پالیوت شبکه خبرگان سالمندان کشور	O5S1P2, P5	در حال اجرا/ پائیز ۱۴۰۰
۶. طراحی و برگزاری جشنواره پژوهش و مداخلات نوآورانه حوزه سالمندی (دانشگاه علوم بهزیستی)	O5S1P5 O5S2P1-P5	در حال طراحی
۷. تشکیل جلسات تخصصی بیمه سالمندی به منظور بحث و بررسی مشکلات بیمه خدمات تخصصی سالمندان با سازمان بیمه سلامت / مشارکت در طرح مدیریت نشان با هدف نشان دار شدن سالمندان بسیار پرخطر و برقراری حمایت و پوشش بیمه برای خدمات ضروری و مورد نیاز	O6S2P1 O6S3P1-P3	در حال طراحی
۸. طراحی مدل و پالیوت Dementia friendly city	O2S1P1 O2S2P1	انجام نشده
۹. طراحی استانداردهای فیزیکی مناسب‌سازی محیط واحدهای ارائه خدمت	O2S1P1 O2S2P1	اتمام یافته / زمستان ۱۳۹۸
۱۰. برگزاری روز جهانی سالمند بصورت مشترک با سایر دستگاه‌های متولی حوزه سالمندی	O1S1P1, P2 O1S2P1,P2,P5,P6,P7 O2S3P2	اتمام یافته

اقدامات انجام شده با محوریت سازمان بهزیستی

- اقدام در راستای ایجاد محیط دوستدار سالمند
- اقدام جهت ایجاد سمن‌های مبتنی بر توسعه محله محور برای CDD سالمندان
- تدوین لایحه جامع حقوقی سالمندان
- مطالعه در مورد چالش‌ها و آسیب‌پذیری‌های زنان سالخورده، به‌ویژه سالمندان زن تنها
- تدوین نظام پایش عملکرد و ارزشیابی اجرای سند ملی سالمندان، تدوین برنامه بین‌بخشی و اختصاصی دستگاه، تدوین برنامه عملیاتی و برش استانی آن، طراحی فرم شناسه سازمانی فرایندها، خدمات و منابع در حوزه سالمندی، بانک اطلاعات سالمندی کشور

موانع اجرایی

- عدم هماهنگی و همکاری مناسب وزارت بهداشت و وزارت رفاه (سازمان بهزیستی) برای اجرای سند ملی سالمندان و ابلاغ برنامه‌های موازی به استان‌ها
- عدم هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی برای اجرای برنامه‌هایی که صرفاً توسط بخش بهداشت قابل انجام نیست و نیاز به همکاری سایر معاونت‌ها از جمله معاونت آموزشی و معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان دارد.
- کمبود بودجه برای اجرای آزمایشی ارزیابی‌ها و گسترش برنامه‌ها به سایر شهرستان‌ها و استان‌ها
- کمبود نیروی متخصص مورد نیاز برای اجرای برنامه‌ها و فقدان تجربه بومی و عدم امکان استفاده از تجربیات سایر کشورهای جهان با توجه به شرایط پاندمی کووید
- کمبود نیروی انسانی کیفی و آموزش دیده در سطوح ستادی و دانشگاهی
- عدم همکاری بعضی از مجریان پروژه‌ها در انجام تعهدات در مهلت زمانی مشخص شده
- محدودیت در نظارت مستمر بر فعالیت استان‌ها با توجه به پاندمی کووید ۱۹
- عدم وجود رشته‌های ذیربط با سلامت سالمندان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- غیراستاندارد بودن فضای فیزیکی مراکز خدماتی اعم از بیمارستان‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت جهت بهره‌مندی سالمندان
- حذف رشته دستیاری طب سالمندی علیرغم نیاز کشور و وجود شواهد علمی توجیه کننده لزوم وجود آن

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- حمایت مقام محترم وزارت و همکاری و مشارکت بیشتر سایر صاحبان فرایند از برنامه‌های سالمندی
- ایجاد رشته‌های مرتبط با سلامت سالمندان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- تربیت و فراهم نمودن مقدمات جذب نیروی انسانی ماهر و متخصص بهداشتی و درمانی مرتبط با سالمندی در دانشگاه‌های کشور
- ابلاغ قوانین و دستورالعمل‌ها از سطوح بالا به سطوح پایین‌تر و پیگیری مستمر اجرای آن‌ها

- ارتقای سطح سازمانی اداره سالمندان با توجه به رشد جمعیت سالمندان جهت مواجهه جدی با نیازهای آنان
- ایجاد پوشش مناسب بیمه مکمل و دادن خدمات به سالمندان با اقتصاد ضعیف که فاقد بیمه مکمل می- باشند.
- دوستدار سالمند نمودن مدیریت، خدمات و فضای فیزیکی مراکز خدماتی اعم از بیمارستان‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت جهت بهره‌مندی سالمندان
- تدوین برنامه راهبردی توسعه ورزش سالمندی
- مشارکت فعال وزارت بهداشت در فرایند اعطا مجوز برای ارائه خدمات مختلف سلامت سالمندان به عنوان مثال مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی سالمندان، مراقبت در منزل سالمندان و مراقبت های تسکینی برای سالمندان
- پیشنهاد راه‌اندازی و اعطا مجوز به مراکز آموزشی جهت تربیت نیروی انسانی آموزش دیده برای ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان

موضوع مصوبه: «تدوین آیین‌نامه و دستورالعمل‌های نحوه استقرار نظام پایش عدالت در سلامت»

آدرس:	مصوبه ۲ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افلی، دکتر مجید توکلی

مقدمه

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در میانه دهه ۱۹۹۰ در دنیا مطرح شد و در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰ حرکتی را در جهت اقداماتی منسجم برای از بین بردن نابرابری در سلامت فراهم آورد. عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به این مفهوم است که تعیین‌کننده‌های اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، شغل، انزوای اجتماعی، استرس، اعتیاد، ایمنی غذایی حمایت‌های اجتماعی، بالاخره سواد بیشتر از عوامل بیولوژیک در ایجاد بیماری‌ها در انسان نقش دارند نادیده گرفتن آنها نگاه تک بعدی به سلامت انسان است. نابرابری‌های سلامت که در بین گروه‌های اقتصادی اجتماعی، بین گروه‌های قومیتی، بین مردمی که در مناطق جغرافیائی مختلف زندگی می‌کنند و نیز در بین زنان و مردان پیدا می‌شوند، برخلاف هدف «سلامت برای همه» و هدف غائی نظام‌های سلامت که «عدالت در سلامت» است می‌باشند. عدالت در سلامت یعنی هر کس بطور ایده‌آل، باید فرصت یکسان برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و هیچ‌کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد، به شرطی که موانع بر سر راه، قابل اجتناب و پیشگیری باشند.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور شناسائی نابرابری‌ها در سلامت برحسب متغیرهای تفکیک‌کننده (وضعیت اقتصادی، اجتماعی و غیره) در سطح ملی، استانی و شهرستانی و با هدف کاهش نابرابری‌ها و تحقق عدالت در سلامت، «شاخص‌های ۶۹ گانه عدالت در سلامت» به شرح جدول پیوست که به مهر دفتر هیات دولت تأیید شده است، تعیین و ابلاغ می‌شود.

تبصره ۱: سازمان برنامه و بودجه موظف است با همکاری دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ این مصوبه، نسبت به تدوین آیین‌نامه و دستورالعمل‌های نحوه استقرار نظام پایش عدالت در سلامت با در نظر گرفتن نقش مرکز ملی آمار ایران و موسسه ملی تحقیقات سلامت، همراه با تعیین نقش سایر دستگاه‌های مرتبط و نحوه تأمین اعتبار اقدام نماید».

اهداف مصوبه

- شناخت بی‌عدالتی‌های موجود در سلامت بر حسب مولفه‌های اجتماعی سلامت
- تحلیل نابرابری‌ها و شناخت عوامل ایجادکننده آن
- کمک به جوامع در زمینه شناسائی شکاف‌ها، اولویت‌ها و مداخلات مورد نیاز برای غلبه بر شکاف‌های موجود و ارتقاء عدالت در سلامت
- کمک به سیاستگذاران و ذی‌نفعان کلیدی برای دستیابی به درک بهتر عوامل و مخاطرات اجتماعی تاثیرگذار بر پیامدهای سلامت که خصوصاً گریبان‌گیر افراد فقیر و گروه‌های آسیب‌پذیر است.

- استمداد از سیاستگذاران، برنامه ریزان و ذی نفعان کلیدی به اتخاذ تصمیمات استراتژیک مبتنی بر تقویت همکاری- های بین بخشی که جوابگوی نیاز گروه‌ها و افراد آسیب‌پذیر در کشور خواهند بود.

شاخص ها و مقادیر آن

برای ۶۹ شاخص مصوب ۵ حیطه تعیین شده است:

- **حیطه سلامت (۳۸ شاخص):** امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و مر شیرخواران، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، میزان مرگ و میر مادران، علل اختصاصی مرگ و میزان های ابتلا (مثلا ایدز، سل، دیابت،) برحسب مولفه های عدالت از قبیل محل سکونت، جنس، تحصیلات و غیره می باشد.
- **حیطه توسعه انسانی و اجتماعی (۱۰ شاخص):** شامل تحصیلات، تغذیه و امنیت غذایی و سایر خدمات اجتماعی، نرخ باسوادی، نسبت زنان خانوار تحت حمایت‌های اجتماعی، درصد کودکان زیر ۵ سال با کم وزنی متوسط تا شدید، درصد کودکان زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند، میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ سل و بالای ۳۵ سال و غیره
- **حیطه توسعه اقتصادی (۴ شاخص):** اشتغال، درآمد، نرخ بیکاری
- **حیطه محیط فیزیکی و زیرساخت (۱۲ شاخص):** شامل شاخص های مربوط به آب، هوا، دفع فضولات، میزان باقیمانده آلاینده ها اعم از کود، سم و فلزات در محصولات کشاورزی، نسبت روزهای سال که طبق تعریف هوای سالم دارند.
- **حیطه حکمرانی (۵ شاخص):** شامل مشارکت در فرایندهای تصمیم گیری و اولویت ها، تعداد اعضاء فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با سلامت فعالیت دارند. درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین جذب شده است و ...

خلاصه اقدامات انجام شده

پس از شکل گیری ستاد مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در وزارت بهداشت و سپردن بازنگری و اصلاح شاخص‌های عدالت در سلامت به معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی جلسات متعددی با نمایندگانی از وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت راه و ترابری، معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم... سازمان حفاظت و محیط زیست، معاونت توسعه امور علمی و فرهنگی، سازمان اوقاف و امور خیریه، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان ثبت احوال کشور، کمیته امداد امام خمینی (ره)، معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاون امور اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان شهرداری ها و دهیار یهای کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور، شورای عالی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی کشور، مرکز آمار ایران، معاون اجتماعی و امور فرهنگی شهرداری تهران، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، مدیر عامل بنیاد برکت برگزار گردید. نظرات سازمانها مبنی بر اصلاح شاخص‌ها جمع‌آوری گردید و در نهایت مقرر گردید کارگروه‌هایی در ۵ حیطه تشکیل گردد و شاخص‌هایی که از دوره قبل با نظر متخصصان و خبرگان جمع‌آوری شده بود مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته تا نسبت به اصلاح، افزایش و یا کاهش شاخص‌های عدالتی اقدام گردد. با این رویکرد شاخص های ۶۹ گانه عدالت در سلامت با همفکری و برگزاری جلسات مشورتی متعدد در سال ۱۳۹۵ تدوین و نهایی شد. در ادامه اقدامات زیر با هدف چگونگی احصا شاخصها و سنجش آنها آورده شده‌اند:

- تشکیل کارگروه تخصصی متشکل از کلیه ذینفعان و تولید کنندگان شواهد آماری شاخص های ۶۹ گانه عدالت در سلامت با حضور نمایندگانی از سازمان برنامه و بودجه، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت جهادکشاورزی، وزارت راه و شهر سازی، معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم نیروی انتظامی، سازمان حفاظت محیط زیست، معاونت توسعه امور علمی و فرهنگی، سازمان اوقاف و امور خیریه، سازمان تامین اجتماعی، سازمان ثبت احوال کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاون امور اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان شهرداریها و دهیاریهای کشور، سازمان پزشکی قانونی، کشور، شورای عالی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی کشور، مرکز آمار ایران
- برگزاری سه نشست تخصصی-فنی در تیر، شهریور و اسفند ماه سال ۱۳۹۷ با حضور ذینفعان تولیدکننده اطلاعات و ارائه دهنده خدمات در هر یک از حیطه های پنجگانه ذکر شده (شامل نمایندگانی از معاونت برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی وزارت بهداشت، معاونت بهداشت، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، دفتر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، مدیریت سامانه سیب، ریاست مرکز آمار ایران، رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت، کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد و مدیران دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) با هدف تبیین وضعیت موجود و چگونگی احصاء شاخص ها
- برگزاری جلسات تخصصی با مرکز آمار ایران در سه گروه مجزای زیر به منظور تعیین چگونگی گردآوری آمارهای ۶۹ گانه عدالت در سلامت و تهیه شناسنامه های آماری برای هر یک از اطلاعات استاندارد شده شاخص های عدالت در سلامت:
 - دفتر محاسبه شاخص برنامه ها و سیاست های کلان
 - دفتر روش شناسی آماری و طرح های نمونه گیری
 - دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری
- با توجه به اینکه در تعریف شاخص های بحث اقتصادی و درآمد خانوار مطرح بوده و امکان احصاء آن از داده های موجود و ثبتی مقدور نبود در فاز اول احصاء شاخص های عدالت در سلامت، ۱۷ شاخص انتخاب و در دستور کار جهت تدوین شناسنامه شاخص مورد تأیید مرکز آمار ایران قرار گرفت.
- تهیه شناسنامه برای ۱۷ شاخص از ۶۹ شاخص عدالت در سلامت با همکاری دفتر محاسبه اخص برنامه ها و سیاست های کلان مرکز آمار ایران



نمونه ای از شناسنامه شاخص های آماری تهیه شده با همکاری اداره کل دفتر محاسبه شاخص برنامه ها و سیاست های کلان

۱۷ شاخص منتخب جهت احصاء برای سال ۱۳۹۷ بعنوان سال پایه برای اجرای فاز اول به قرار جدول ذیل می باشد:

حیطه شاخص	نام شاخص	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	دوره زمانی بروز رسانی
محیط فیزیکی و زیرساخت	درصد خانوارهایی که به شبکه آب آشامیدنی (داخل یا خارج از منزل) دسترسی دارند.	ناحیه، شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی در روستا و شهرستان	سالیانه
	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر باکتریولوژیک	ناحیه، شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی در روستا و شهرستان	سالیانه
	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر نیترات	ناحیه، شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی در روستا و شهرستان	سالیانه
	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر فلزات سنگین	ناحیه، شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی در روستا و شهرستان	سالیانه
	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر کل جامدات محلول	ناحیه، شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی در روستا و شهرستان	سالیانه
	نسبت خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالیت بهداشتی طبق تعریف می باشند	روستا	سالیانه
	نسبت خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از روش خای بهداشتی استفاده می کنند	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	نسبت خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع آوری پسماندهای هادی (خانگی) می باشند.	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	نسبت خانوارهایی که سیستم دفع بهداشتی (باز یافت مواد و انرژی یا دفع بهداشتی) پسماندهای عادی (شهری-روستایی) دارند	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	سرانه فضای سبز شهری عمومی	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
حکمرانی	نسبت روزهای سال که طبق تعرف هوا سالم است	شهرهایی که ایستگاه سنجش آلاینده های هوا دارند. (الزام به شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر جمعیت یا دارای مشکل گرد و غبار)	سه ماه یکبار به صورت فصلی
	میزان باقی مانده آلاینده ها اهم از کود، سم و فلزات سنگین در محصولات کشاورزی	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند.	شهرستان	سالیانه
	تعداد اعضای فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند.	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین به صورت اهدا تامین شده است.	شهر، روستا و حاشیه شهر	سالیانه
	تعداد مساجد تکایا و حسینیه های موجود در شهرستان طبق تعریف برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	شهر و روستا	سالیانه
	میزان ماندگاری در برنامه های درمان و کاهش آسیب اعتیاد	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، شغل، محل سکونت (شهر، حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) نوع ماده، طریقه مصرف (تزریقی، غیر تزریقی) نوع درمان ماده اصلی مورد استفاده برحسب شهرستان و استان	سالیانه

موانع اجرایی

- در چگونگی احصاء شاخص های عدالت در سلامت، عامل نابرابری اقتصادی یکی از چالش های برنامه بوده و با توجه به برآورد دهک های درآمدی در خانوارها بصورت خانوار و نقطه به نقطه با مشکل مواجه خواهیم بود، چنانچه هنوز در بحث تقسیم بارانه ها خانوارهای با درآمد های مختلف تر محدوده دهک ها دقیقاً مشخص نیستند.
- در گروه گردآوری اطلاعات و شاخص ها با چند مورد مواجه هستیم:
 - شاخص های ثبتی: که در دستگاه های متولی تولید داده به صورت ادواری گردآوری می شود، می بایست داده ها در درگاه آماری واحد و قابل دسترس بین کلیه ذینفعان در حیطه های پهنجانه قرار گیرد.

- شاخص های سرشماری: دوره های سرشماری در مرکز آمار ایران زمان بندی شده یا بصورت سرشماری نفوس و مسکن هر ۵ سال یکبار انجام می شود و یا موردی با پیمایش در گروه های ذیل حیطه های پنجگانه به انجام میرسد. لذا در شاخص های ۶۹ گانه مصوب و ابلاغ شده می بایست در دوره های گزارش دهی و جمع آوری داده به دو نکته سرشماری آمار و نفوس مسکن و پیمایش های موردی توجه داشت و شاخص های مرتبط با آن در دوره زمانی گردآوری در شناسنامه شاخص مورد بازنگری قرار گیرد.
- شاخص های نمونه گیری: این شاخص ها با توجه به تفکیک کننده های نابرابری که در بیشتر شناسنامه شاخص ها به بیش از سه مورد اشاره شده است کمترین کاربرد را داشته و بیشتر از علم داده کاوی در این خصوص بر اثر اطلاعات موجود می توان استفاده کرد.
- مدیران و کارشناسان ستادی و محیطی در دسترسی به داده ها مشکل دارند.
- سازمان های بین المللی شاخص های موجود را به رسمیت نمی شناسند.

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- به استناد تبصره ۱ ماده ۲ مصوبه پانزدهم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، و با توجه به اقدامات اولیه ای که مشترکاً دبیرخانه شورای عالی سلامت امنیت غذایی، مرکز آمار ایران و کلیه ذینفعان و سازمان های مرتبط صورت گرفته است انتظار می رود سازمان برنامه و بودجه و مرکز آمار ایران در ابلاغ و تدوین آئین نامه و دستورالعمل مربوطه تسریع لازم را بعمل آورند.
- بنابر رسالت کلان موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، مبنی بر (۱) دیده بانی وضعیت سلامت مردم، (۲) تولید شواهد علمی و اطلاعات، انتظار می رود در احصاء شاخص های ۶۹ گانه عدالت در سلامت همراهی لازم را با دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و مرکز آمار ایران داشته باشند.
- سامانه یکپارچه و متصل به سازمان ها و نهادهایی که تولید اطلاعات ۶۹ گانه عدالت در سلامت را دارند ذیل سامانه ای ثبتي مرکز آمار ایران تهیه و کلیه اطلاعات ملی از سطوح روستا، شهر، شهرستان و استان در آن وارد شده و این شاخص ها بعنوان شاخص های ملی توسط مرکز آمار ایران بصورت ادواری گزارش گردد.
- انتظار می رود سنجه های نابرابری که تاکنون در سرشماری های آمار نفوس و مسکن مرکز آمار ایران لحاظ نشده اند برای دور جدید سرشماری (سال ۱۴۰۰) در مرکز آمار ایران مورد توجه قرار گرفته تا از دوباره کاری و صرف هزینه های سربار و زائد برای شاخص های مربوطه جلوگیری شود.
- کلیه اطلاعات و آمارهایی که با بودجه دولتی و بصورت تعهدی و رسالت های سازمانی هر دستگاه گردآوری می شود در اختیار کلیه ذینفعان و سیاستگذاران بصورت رایگان قرار گیرد.

موضوع مصوبه: «تدوین و ابلاغ آیین‌نامه اجرایی تشکیل مجامع سلامت در سطح محلات تا ملی»

موضوع: مصوبه ۳ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	آدرس:
گزارش‌دهندگان: دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور	
تنظیم‌کننده (گان): دکتر شیوا مافی‌مرادی، دکتر حمید اخوان، سیما امیرحسینی	

مقدمه

مطالعات متعدد در حوزه سلامت نشان می‌دهند نهادها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی نقش اساسی در ارتقای سلامت جامعه و محیط زندگی به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دارند. به طوری که در برخی از اسناد بین‌المللی سهم آن‌ها برای تأمین سلامت جوامع تا ۷۵٪ برآورد می‌شود. بنابراین رسیدن به اهداف جامع و کامل سلامت مردم نیازمند مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی همه بخش‌های توسعه برای سلامت است. از سویی نگاهی به مبانی نظری مشارکت مردم و جامعه که قدمتی بیش از صد سال دارد نشان می‌دهد که در هیچ دوره‌ای به اندازه سه دهه اخیر مشارکت مردم مورد توجه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کشورهای مختلف نبوده است. به گونه‌ای که از سال ۱۹۷۰ مشارکت مردم به عنوان یک اصل در سیاستگذاری‌ها برای توسعه پایدار به حساب آمده و در کنار همکاری بین‌بخشی به عنوان اصل زیربنایی برای تحقق سلامت برای همه در بیانیه آلماتا (۱۹۷۸) و کنفرانس اتاوا (۱۹۸۶) مورد تأکید واقع شده است. همچنین در بندهای (۲) و (۱۱) سیاست‌های کلی سلامت صراحتاً بر موضوع تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات؛ و افزایش مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقا سلامت با استفاده حداکثری از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تأکید شده است.

در راستای تحقق بندهای نامبرده و به منظور ترویج گفتمان سلامت‌محوری در همه سیاست‌ها و دیدمان حکمرانی بین‌بخشی و مشارکتی برای سلامت ابتکار «برگزاری مجمع ملی سلامت» برای اولین بار با بهره‌گیری از تجارب موفق جهانی از سوی معاونت اجتماعی وقت وزارت بهداشت مطرح و به دلیل استقبال طیف گسترده‌ای از ذینفعان مبنای طرح و تصویب موضوع بند ۳ مصوبات جلسه پانزدهم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور واقع شد.

مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است با مشارکت وزارت کشور، «آیین‌نامه اجرایی تشکیل مجامع سلامت» در سطوح ملی، استانی، شهرستان و محله، همراه با کانون سلامت محله را ظرف مدت سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه تدوین و ابلاغ نماید.

تبصره ۱: دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است با همکاری کارگروه‌های تخصصی دبیرخانه و به منظور شناسایی دستگاه‌های برتر در حوزه سلامت نسبت به تدوین «مدل ملی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی سازمانی برای سلامت» ظرف مدت سه ماه بعد از ابلاغ این مصوبه اقدام نموده و پس از تأیید وزیر بهداشت همه‌ساله در قالب مجمع سلامت و تحت عنوان جشنواره اجرا نماید.

تبصره ۲: دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی موظف است با هماهنگی سازمان برنامه و بودجه تمهیدات لازم برای تشویق دستگاه‌های برگزیده در جشنواره را فراهم کرده و برای اعمال نتایج این ارزیابی در جشنواره شهید رجایی پیشنهادهای لازم را ارائه نماید.

اهداف مصوبه

- تسهیل دستیابی کشور به جایگاه اول شاخص‌های سلامت و عدالت در سلامت
- افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت
- شناسایی و تقدیر از برترین‌های سلامت بر اساس سنجه‌های جشنواره تعهد و مسؤولیت اجتماعی سلامت

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

نوع	نام	شاخص		هدف	وضعیت فعلی
		تعریف			
دروندادی	وجود آیین‌نامه اجرایی	منظور وجود مستند راهنمایی است که به صورت مدون تعاریف، اهداف، ارکان، وظایف، مراحل، روال و فرایندها و زمان و مکان برگزاری مجمع در سطح ملی را مشخص و به سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌نقش ابلاغ شده باشد.	حداقل یک آیین‌نامه/ دستورالعمل اجرایی	غیرمعمول برگزاری اولین مجمع ملی سلامت در اسفند ماه سال ۱۳۹۵، تاکنون آیین‌نامه نهایی و ابلاغ نشده است.	
	تشکیل مجمع ملی سلامت				
	وجود آیین‌نامه اجرایی	منظور وجود مستند راهنمایی است که به صورت مدون تعاریف، اهداف، ارکان، وظایف، مراحل، روال و فرایندها و زمان و مکان برگزاری مجمع در سطح استانی و شهرستانی را مشخص و به سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌نقش ابلاغ شده باشد.	حداقل یک آیین‌نامه/ دستورالعمل اجرایی	دستورالعمل اجرایی برگزاری مجمع سلامت استانی و شهرستانی با مشارکت وزارت بهداشت و کشور و هماهنگی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تدوین و در سال ۱۳۹۶ به استانداران سرایر کشور ابلاغ شده است.	
	تشکیل مجمع استانی و شهرستانی				
	وجود مدل ملی ارزیابی	منظور مدل یا چارچوب ارزیابی است که در آن محورها و شاخص‌های ارزیابی عملکرد سلامت‌محور دستگاه‌ها یا سازمان‌های اجرایی غیرسلامت مشخص شده و مبنای برای سنجش و رتبه‌بندی عملکرد آن‌ها فراهم نماید.	حداقل یک راهنما یا چارچوب عملیاتی	تدوین و انتشار مستندی با عنوان «ابزار سنجش و رتبه‌بندی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی برای سلامت با محوریت معاونت اجتماعی وقت وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵	
	مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی				
فرآیندی	برگزاری سالانه مجمع ملی سلامت	منظور گردهمایی با حضور ریاست محترم جمهوری، استانداران سراسر کشور، اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، روسای مراکز تحقیقاتی مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت و سایر مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوزه سلامت عمومی و سایر ذیربطان از بخش دولتی و تشکل‌های مردمی با دستور کار مشخص است.	۳ (سال پایه: ۱۹۶)	از زمان ابلاغ مصوبه (آذر ماه ۱۳۹۵) تاکنون مجمع ملی برگزار نشده است. (تنها ۱ بار در سال اسفند ماه ۱۳۹۵ برگزار شده است)	
	برگزاری سالانه مجمع سلامت استان‌ها	منظور گردهمایی با حضور وزیر بهداشت، اعضای شورای اداری استان، شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، کارگروه‌های تخصصی ذیل شورا، روسای مرکز تحقیقاتی، انجمن‌ها، روسای دانشگاه و دانشکده‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و سایر ذی‌نقشان مورداشاره در آیین‌نامه با دستور کار مشخص است.	۱۲۴ (سال پایه: ۱۳۹۶)	در مجموع ۳۹ مجمع در سطح استان‌های کل کشور تشکیل شده است. (میزان تحقق: ۳۱٪)	
	برگزاری سالانه مجمع سلامت شهرستان‌ها	منظور گردهمایی با حضور وزیر بهداشت، اعضای شورای اداری استان، شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان، کارگروه‌های تخصصی ذیل شورا، روسای مرکز تحقیقاتی، انجمن‌ها، روسای دانشگاه و دانشکده‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و سایر ذی‌نقشان مورداشاره در آیین‌نامه با دستور کار مشخص است.	۱۶۸۸ (سال پایه: ۱۳۹۶)	در مجموع ۲۸۴ مجمع در سطح شهرستان‌های کل کشور تشکیل شده است. (میزان تحقق: ۱۶٪)	
	برگزاری سالانه مجمع سلامت محلات	منظور گردهمایی با حضور رئیس شورای شهر، بزرگان محلی، رابط بهداشت، نماینده دانشگاه/ دانشکده، نماینده خانه مشارکت شهرستان و سایر ذی‌نقشان با دستور کار مشخص است.	۱۱۸۹۶ (سال پایه: ۱۳۹۶)	در مجموع ۳۳۳۸ مجمع در سطح محلات کل کشور تشکیل شده است. (میزان تحقق: ۲۸٪)	
بروندادی	تعداد بیانیه‌های مجمع سلامت در سطح ملی	منظور متنی است که ضمن تبیین و توصیف گفتمان غالب مجمع، با اشاره به نکات کلیدی و مداخله‌ای؛ بر نقش ذینفعان تاکید داشته و برای سطوح مختلف اجرایی و همچنین تشکل‌ها و گروه‌های اجتماعی تعهد اجرایی ایجاد می‌کند.	۳ (سال پایه: ۱۹۶)	۱ (مربوط به سال ۱۳۹۵ است.)	
	تعداد بیانیه‌های مجامع سلامت در سطح استان	منظور متنی است که ضمن تبیین و توصیف گفتمان غالب مجمع، با اشاره به نکات کلیدی و مداخله‌ای؛ بر نقش ذینفعان تاکید داشته و برای سطوح مختلف اجرایی و همچنین تشکل‌ها و گروه‌های اجتماعی تعهد اجرایی ایجاد می‌کند.	۱۲۴ (سال پایه: ۱۳۹۶)	۳۹	
	تعداد بیانیه‌های مجامع سلامت	منظور متنی است که ضمن تبیین و توصیف گفتمان غالب	۱۶۸۸ (سال)	۲۸۴	

نوع	نام	شاخص		وضعیت فعلی
		تعریف	هدف	
	سلامت در سطح شهرستان	مجمع، با اشاره به نکات کلیدی و مداخله‌ای؛ بر نقش ذینفعان تاکید داشته و برای سطوح مختلف اجرایی و همچنین تشکل‌ها و گروه‌های اجتماعی تعهد اجرایی ایجاد می‌کند.	پایه: ۱۳۹۶	
	تعداد بیانیه‌های مجامع سلامت در سطح محلات	منظور متنی است که ضمن تبیین و توصیف گفتمان غالب مجمع، با اشاره به نکات کلیدی و مداخله‌ای؛ بر نقش ذینفعان تاکید داشته و برای سطوح مختلف اجرایی و همچنین تشکل‌ها و گروه‌های اجتماعی تعهد اجرایی ایجاد می‌کند.	۱۱۸۹۶ (سال) پایه: ۱۳۹۶	۳۳۳۸

خلاصه اقدامات انجام شده

سال ۱۳۹۵

- تشکیل و استقرار دبیرخانه دائمی چشمنواره مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت در مرکز تحقیقات بهداشت کار دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان متولی تدوین ابزار و سنجش عملکرد سلامت‌محوری دستگاه‌های و سازمان‌های اجرایی ذینفع در حوزه سلامت
 - انتشار کتاب با عنوان «ابزار سنجش و رتبه‌بندی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی برای سلامت» به عنوان مبنای ارزیابی عملکرد سلامت‌محوری دستگاه‌های اجرایی در تابستان سال ۱۳۹۵
- برگزاری اولین مجمع ملی سلامت در هشتم اسفند ماه سال ۱۳۹۵ با حضور شخص رئیس جمهور وقت، استانداران سراسر کشور، اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، روسای مراکز تحقیقاتی مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت و سایر مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوزه سلامت عمومی و سایر ذیربطان از بخش دولتی و تشکلهای مردمی با شعار «سلامت برای همه، همه برای سلامت» و تقدیر از عملکرد دستگاه‌های اجرایی برتر در بخش چشمنواره؛
- صدور و ابلاغ بیانیه مجمع به کلیه دستگاه‌های اجرایی ذینفع و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با محورهای زیر:
 - سلامت حق شهروندی است؛
 - مشارکت همگانی برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت، اصلی حیاتی است.
 - سلامت مسئولیت همه افراد جامعه و بخشهای مختلف توسعه است
 - فرهنگ سازی و تامین حمایت‌های قانونی از مبانی اصلی نهادهایسازی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی برای سلامت است
- طرح پیشنهاد مبنی بر تدوین اساسنامه و برنامه عملیاتی (دستورالعمل) برگزاری مجمع ملی سلامت جهت طرح و تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- طرح پیشنهاد برگزاری مجامع در سطوح استانی، شهرستان و محلات جهت طرح و تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

سال ۱۳۹۶ تاکنون

- تدوین مشارکتی و ابلاغ مشترک دستورالعمل برگزاری مجمع سلامت استان با امضای وزرای وقت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و کشور و با هماهنگی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور طی نامه به شماره ۱۴۳۵۰۱ به ۱۳۹۶/۰۹/۰۵؛
- برگزاری ۳۶ مجمع سلامت در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها (۸ استان و ۲۸ شهرستان) در سال ۱۳۹۶؛

- توقف برگزاری مجامع در سال ۱۳۹۷ به دلیل انحلال معاونت اجتماعی و تحولات ساختاری و کارکردی در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها
- از سرگیری برگزاری مجامع سلامت استانی و شهرستانی و محلی در سال ۱۳۹۸ با محوریت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (برگزاری ۳۱ مجمع استانی و ۲۵۶ مجمع شهرستانی و ۳۳۳۸ مجمع محلی)
- توقف برگزاری مجامع در طول سال‌های ۹۹ تاکنون به دلیل بروز همه‌گیری کووید-۱۹ و ضرورت پرهیز از اجتماعات

موانع اجرایی

- انحلال نابه‌هنگام معاونت اجتماعی وقت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ایجاد اختلال در روند تدوین دستورالعمل‌ها، برگزاری و نظارت مدیریتی-سیاسی بر حسن اجرای مجامع از سطح محلات با محوریت کانون-های سلامت تا سطح ملی به صورت یکپارچه و نظام‌مند
- مشغله زیاد حوزه ریاست‌جمهوری و عدم اختصاص زمان برای برگزاری مجامع سلامت در سطح ملی مطابق با برنامه‌ریزی‌ها به عمل آمده از سوی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- زمان‌بر و پیچیده بودن فرایند دستورگذاری و برنامه‌ریزی برای برگزاری مجمع سلامت در سطح ملی (به دلیل ضرورت جلب مشارکت طیف گسترده‌ای از ذینفعان از سطوح محلی تا استانی در تهیه خوراک و تدارک مقدمات اجرایی و برنامه‌ای مجمع)
- بروز همه‌گیری کووید-۱۹ در اواخر سال ۱۳۹۸ که موجبات خروج موقت برگزاری مجامع از سطوح ملی تا محلی از دستورکارهای سیاستی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح ملی و دبیرخانه‌های ساغ استانی و شهرستانی و کانون‌های سلامت در سطح محلی و نیز عدم امکان برگزاری مجامع به صورت حضوری را فراهم آورد.
- چالش‌های مربوط به تامین منابع مالی موردنیاز برای برگزاری مجامع به ویژه در سطح ملی

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- تبیین ضرورت برگزاری مجامع از سوی دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در جلسات هیات دولت و حمایت‌طلبی برای برگزاری مستمر مجامع سطح ملی
- استقرار دبیرخانه موقت/دائمی مجمع ملی سلامت در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی استان تهران با هماهنگی کامل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای تضمین برنامه‌ریزی و تدوین دستورالعمل‌های موردنیاز برای برگزاری مجامع ملی به صورت مستمر، نظام‌مند و استاندارد
- لینک دبیرخانه دائمی جشنواره دائمی مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت با دبیرخانه مجمع ملی سلامت برای از سرگیری رتبه‌بندی و تقدیر از عملکرد سلامت‌محور دستگاه‌های اجرایی برتر در مجامع
- تعریف و استقرار نظام رصد برگزاری مجامع سلامت محلات تا استانی ذیل دبیرخانه شورای عالی سلامت یا دبیرخانه دائمی/موقت مجمع، با هدف گردآوری، تجمیع و تحلیل بیانیه‌ها و مصوبات جلسات برای تهیه دستورکار مجمع ملی سلامت

موضوع مصوبه: «ارایه انواع خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه از جمله «خدمات بهداشت باروری»

آدرس:	مصوبه ۴ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش دهندگان:	وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)
تنظیم کننده (گان):	دکتر ملیحه مولوی، مهندس فاطمه طاهری

مقدمه

با استناد به مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه به ویژه گروه‌های در معرض خطر و به منظور ترویج سلامت زناشویی و باروری در میان زوجین و خانواده‌ها، با هدف تحقق اهداف مندرج در بند اول و چهارم سیاست‌های کلی جمعیت و بند دهم سیاست‌های کلی خانواده (ابلاغی مقام معظم رهبری) و برنامه ششم توسعه، در راستای اجرایی‌سازی این سیاست‌ها، ارائه خدمات باروری ویژه، به منظور حفظ سلامت مادر و کودک، در دستور کار قرار گرفت. به همین منظور و در راستای ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری، بازنگری کلی راهبردها و اجرای فرایندها انجام شد که از جمله آن‌ها می‌توان راهبرد هدفمند نمودن انجام خدمات مراقبت باروری ویژه رایگان را نام برد. با این هدف، ارائه خدمت مراقبت باروری ویژه در سطح مراکز براساس دستورالعمل ابلاغی کل دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور صورت می‌گیرد. از تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۲ و به استناد بخشنامه ۳۰/۸۹۵۵ مقرر گردید که اقلام مراقبت باروری ویژه، دیگر به طور رایگان توزیع نشود ولی از طریق داروخانه‌ها در اختیار واجدین شرایط قرار گیرد.

مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت موظف است در راستای تحقق سیاست‌های حقوق شهروندی بدون هیچگونه محدودیتی نسبت به ارایه انواع خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه از جمله «خدمات بهداشت باروری» با رعایت حریم خصوصی و حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران و نهادهای سازنده فرهنگ آن در واحدهای ارایه خدمات سلامت اقدام نماید».

اهداف مصوبه

- حفظ سلامت مادر و کودک
- ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

شاخص	مقادیر		مقادیر کنونی
	نام	تعریف	هدف‌گذاری شده
تعداد پروتکل‌های ابلاغ شده به دانشگاه‌ها در راستای مراقبت باروری ویژه، باروری سالم و فرزندآوری	تعداد پروتکل‌های ابلاغ شده در راستای باروری سالم و فرزندآوری بعد از ابلاغ مصوبه	۵	۵
درصد پرسنل دوره دیده در سطوح مختلف نظام شبکه در اجرای دستورالعمل مراقبت باروری ویژه و آموزش و مشاوره فرزندآوری	درصد پرسنل بهورز / مراقب سلامت، پزشک و ماما که نسبت به اجرای دستورالعمل‌ها آشنایی کامل دارند.	۸۳/۳	۱۰۰
درصد مراکز مورد پایش در راستای اجرای بهینه دستورالعمل‌ها در کل کشور	مراکز بهداشتی درمانی که در راستای اجرای بهینه دستورالعمل‌ها توسط ناظرین دانشگاهی پایش شده‌اند.	۹۸/۳۱	۹۰
پوشش دسترسی زنان واجد شرایط پزشکی به خدمات مراقبت باروری ویژه (بخش دولتی)	۱. درصد زنان واجد شرایط پزشکی که مراقبت باروری ویژه دریافت نموده‌اند، به کل زنان واجد شرایط (مراجعه‌کنین) در ستین باروری	۱۰۰	۱۰۰
	۲. درصد زنان واجد شرایط که دسترسی رایگان به اقلام دارند، به کل زنان واجد شرایط (ارائه رایگان نداریم)	۱۰۰	صفر
		از ۹۹/۰۶/۲۲	

خلاصه اقدامات انجام شده

- احیای کمیته علمی بازبینی معیارهای دریافت خدمت مراقبت باروری ویژه در معاونت بهداشت با حضور اعضای هیئت علمی، انجمن‌های تخصصی، خبرگان
- اجرای طرح توانمندسازی نیروی انسانی در ارائه خدمات باروری سالم و فرزندآوری به زنان واجد شرایط پزشکی
- طراحی، الگوسازی و اجرای برنامه‌های آموزشی استاندارد مورد نیاز، جهت ارائه خدمات مراقبت باروری ویژه به زنانی که بارداری می‌تواند برای ایشان یا کودک‌شان مشکلاتی را به همراه داشته باشد.
- بازبینی ساختار کمیته شهرستانی بررسی و تایید ارائه خدمات بستن لوله های رحمی در زنان دارای شرایط متقاضی دریافت این خدمت
- تشکیل کمیته شهرستانی بررسی و تایید ارائه خدمات بستن لوله های رحمی در زنان دارای شرایط متقاضی دریافت این خدمت
- در سال ۱۳۹۸ فرآیند بازنگری معیارهای دریافت مراقبت باروری ویژه به اتمام رسید و نهایتاً با هماهنگی معاونت‌های بهداشت و درمان «دستورالعمل خدمات مراقبت باروری ویژه در افراد واجد شرایط پزشکی (طی نامه شماره ۳۰۰/۱۷۹۸۳ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۸)» به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد.
- در دستورالعمل جدید، بر اساس اندیکاسیون‌های پزشکی و به ویژه رفع محدودیت‌های باروری در زنان زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال، پس از دریافت نظرات انجمن‌های علمی، تخصصی و هیئت‌های متحنه مورد تخصصی و همچنین برگزاری جلسات متعدد با نظر متخصصین محترم و مدیران اجرایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، اندیکاسیون‌های طبی نهایی شد.
- ابلاغ راهنمای اجرایی دستورالعمل مراقبت باروری ویژه – بستن لوله‌های رحمی برای افراد دارای شرایط پزشکی توسط معاون محترم بهداشت و درمان
- تدوین بسته‌ی جدید باروری سالم و فرزندآوری مبتنی بر دستورالعمل‌های به‌روز شده
- برگزاری جلسات آموزشی دانشگاه‌ها در خصوص دستورالعمل و بسته جدید باروری سالم و فرزندآوری
- طراحی سامانه پورتال پایش و نظارت بر خدمات مراقبت باروری ویژه
- بارگذاری اطلاعات مرتبط با درصد ارائه‌دهندگان خدمت آموزش‌دیده، در خصوص دستورالعمل جدید در سامانه برنامه عملیاتی به منظور پیگیری و تحلیل و ارسال بازخورد
- تهیه و تدوین شاخص‌های تشویق به منظور ارتقای خدمات سلامت باروری و فرزندآوری
- تدوین و بارگذاری برنامه باروری سالم و فرزندآوری در سامانه پرونده الکترونیک
- تلاش در راستای ایجاد دسترسی خانواده به اقلام بهداشت باروری از طریق هماهنگی با سازمان غذا و دارو
- بارگذاری و جمع‌بندی اطلاعات مرتبط با پایش ارائه‌دهندگان خدمت در خصوص آگاهی و عملکرد پیرامون ارائه استاندارد خدمات مراقبت باروری ویژه در سامانه برنامه عملیاتی به منظور پیگیری، تحلیل و ارسال بازخورد
- ابلاغ لزوم پایش و نظارت بر اجرای دستورالعمل‌ها و برخورد با موارد تخلف
- از تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۲ و مطابق بخشنامه ۳۰۰/۸۹۵۵/د مقرر گردید اقلام باروری ویژه / وسایل پیشگیری از بارداری، به صورت رایگان در اختیار افراد واجد شرایط قرار نگیرد.
- در این تاریخ ابلاغیه «منع ارائه رایگان اقلام پیشگیری از بارداری» به دانشگاه‌های علوم پزشکی ارسال گردید.

- «پیرو ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت در سال ۱۳۹۳ و در راستای ارتقای نرخ باروری کلی، بازنگری جدی در خصوص گروه هدف و نحوه ارائه خدمت مراقبت باروری سالم و فرزندآوری صورت گرفته است. در همین راستا خواهشمند است دستور فرمایید با توجه به در دسترس بودن اقلام مورد نیاز در بخش خصوصی، از خرید و توزیع یارانه‌ای اقلام مرتبط با خدمات «مراقبت باروری ویژه» از این تاریخ خودداری نموده و من بعد، از هرگونه هزینه-کرد تحت عنوان یارانه اقلام خدمات باروری ویژه و عقد قرارداد در این خصوص جلوگیری به عمل آید. کلیه داروخانه‌های شبکه بهداشت مجازند این اقلام را با قیمت آزاد برای استفاده افرادی که طبق دستور عمل ارائه خدمات مراقبت باروری ویژه، واجد شرایط هستند، ارائه دهند. بدیهی است نظارت بر حسن اجرای این بخشنامه به عهده آن مقام محترم می‌باشد.»

موانع اجرایی

- نیاز به تعامل بیشتر با انجمن‌های تخصصی و تمامی دستگاه‌های نظارتی برای اجرای بهینه دستورالعمل مراقبت باروری ویژه
- وجود محدودیت دسترسی و دریافت اقلام برای زنان واجد شرایط پزشکی در اقشار کم‌درآمد
- عدم دریافت آموزش و مشاوره لازم برای استفاده صحیح از اقلام در زنان واجد شرایط که اقلام مورد نظر را از داروخانه‌ها دریافت می‌نمایند. همچنین پیگیری مراقبت‌های دوره‌ای و آزمایش‌ها و معاینات لازم به دلیل عدم مراجعه برای دریافت وسیله با مشکل مواجه می‌شود.
- افزایش بارداری‌های ناخواسته و پرخطر
- فرآیندهای مرتبط با تامین اقلام از بخش خصوصی و مراقبت‌های مربوطه در بخش دولتی از چارچوب مناسبی برخوردار نیستند.
- عدم دسترسی به برخی اقلام به ویژه آمپول‌های سه ماهه و یک ماهه در داروخانه‌ها
- دسترسی زنان واجد شرایط ساکن در مناطق صعب العبور با مشکل مواجه است.
- فقدان سیستم پایش و ارزشیابی دریافت خدمت از داروخانه‌های بخش خصوصی

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- لزوم توجه هر چه بیشتر دستگاه‌های نظارتی در زمینه ارائه اقلام به زنان واجد شرایط پزشکی
- ارائه خدمات مراقبت باروری ویژه در قالب پوشش بیمه برای زنان واجد شرایط پزشکی (به‌ویژه به منظور ایجاد عدالت برای دسترسی زنان واجد شرایط پزشکی در اقشار کم‌درآمد)
- ایجاد امکان دسترسی به روش‌هایی که برای بیماران خاص مورد نیاز است؛ به طور مثال: روش پروژسترونی جایگزین (ایمپلنت) در زنان با بیماری قلبی که بارداری برای آن‌ها خطرآفرین است.
- مدیریت و ساماندهی فروش اقلام باروری ویژه هورمونی بدون نسخه (به دلیل لزوم بررسی مشاوره و معاینات لازم)

موضوع مصوبه: «بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت»

موضوع: مصوبه ۵ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	آدرس:
وزارت بهداشت (معاونت تحقیقات و فناوری؛ دفتر آمار و فناوری اطلاعات)، معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری	گزارش‌دهندگان:
دکتر شیوا مافی‌مرادی، مهندس شیدا ملک‌افضلی، مهندس فاطمه طاهری، دکتر ملیحه مولوی	تنظیم‌کننده (گان):

مقدمه

امروزه توسعه پایدار به گفتمان غالب در میان کشورهای مختلف جهان تبدیل شده است. به‌گونه‌ای که مواجهه بشر با چالش‌های عدیده در زمینه سبک زندگی و محیط زیست در مسیر توسعه به امری اجتناب‌ناپذیر بدل شده است. امروزه چالش‌هایی همچون سالخوردگی جمعیت، افزایش هزینه‌های نظام سلامت و نابرابری در دسترسی همه شهروندان به خدمات سلامت جز مسائل کلیدی زندگی بشر هستند. علم، فناوری و نوآوری توانسته است از طریق تبدیل این چالش‌ها به فرصتی برای خلق ارزش برای جامعه و ثروت برای کارآفرینان این حوزه، به بسیاری از این چالش‌ها پاسخ دهد. مصداق بارز کاربست فناوری در عرصه سلامت، تولید محصولات و ارائه خدمات نوآورانه در قالب کسب‌وکارهای جدید الکترونیک و عمدتاً مجازی است که توانسته‌اند محصولات با کیفیت‌تر و با قیمت پایین‌تری را به جامعه عرضه نمایند.

در طول سال‌های اخیر در کشور ما شرکت‌های دانش‌بنیان و نوپا پیشرفت‌های چشمگیری داشته و راهگشای مشکلات بسیاری بوده‌اند. اما وجود پاره‌ای موانع قانونی و حقوقی و چالش‌های راهبردی در کشور تاکنون امکان توسعه گسترده این نوع کسب‌وکارها و استفاده حداکثری از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های موجود در حوزه‌های اولویت‌دار و کمتر مورد توجه در کشور را برای ورود کارآفرینان و صاحبان سرمایه به اکوسیستم استارت‌آپی به نفع سلامت جامعه فراهم نکرده است. به علاوه عدم شناسایی روند تغییر جهت‌گیری شرکت‌های فناوری‌محور در عرصه جهانی و مقایسه آن با روندهای داخلی و نیز در دست نداشتن شناخت کافی از چالش‌ها و فرصت‌های راهبردی در کشور تاکنون کمتر زمینه تدارک مسیرهای جدید برای شکل‌گیری، توسعه و رشد اینگونه شرکت‌ها را فراهم نموده است. این در حالی است که شناسایی الگوهای نوین کسب‌وکارهای نوپا در سطح جهانی و مقایسه آن با رفتار شرکت‌های نوپای ایرانی و همچنین شناخت مهم‌ترین روندهای حاکم بر تحولات اکوسیستم استارت‌آپی می‌تواند نظام سلامت کشور را به سمت مسیرهای جدید برای بهره‌برداری از ظرفیت کسب‌وکارهای نوپا و دانش‌بنیان ایرانی رهنمون سازد. به علاوه با بازسازی برای این سرمایه‌های ملی به توسعه آن‌ها کمک کند.

در پی گزارش معاون محترم علمی و فناوری ریاست جمهوری در حضور شخص رئیس‌جمهور در پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در آذرماه سال ۱۳۹۶ مبنی بر ضرورت توسعه تفکر حامی اکوسیستم استارت‌آپی و تدارک زیرساخت‌های قانونی و حقوقی موردنیاز برای هدایت کارآفرینان و به ویژه سرمایه‌گذاران جدید به اکوسیستم استارت‌آپی به سمت حوزه‌های کمتر موردتوجه با پتانسل بالا و اثرات اجتماعی و اقتصادی و ملی بالا در شرایط کنونی، مصوبه‌ای به شرح زیر اخذ گردید. این مصوبه مبنای تلاش مشترک وزارت بهداشت، معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات برای بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت واقع شد.

مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت موظف است با هماهنگی معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و مشارکت وزارت ارتباطات و فناوری ضمن تشکیل کمیته فنی ذیل دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نسبت به «بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت» اقدام کرده و نتیجه را در جلسه آتی شورای عالی سلامت، در حضور رئیس جمهور ارایه نمایند».

اهداف مصوبه

- گفتمان سازی و توسعه تفکر حامی اکوسیستم استارت‌آپی در حوزه سلامت
- کمک به توسعه زیست‌بوم شرکت‌های نوپا و شرکت‌های دانش بنیان در حوزه سلامت
- به رسمیت شناختن فناوری سلامت دیجیتال و استفاده از ظرفیت سامانه‌های دیجیتال در کمک به پیشبرد امور مختلف حوزه سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- رفع موانع قانونی و حقوقی پیش‌روی شرکت‌های خصوصی در توسعه و بسط فعالیت‌های خود
- شفاف‌سازی و تسهیل روند صدور مجوز/ ایجاد معافیت‌های قانونی برای ایجاد و توسعه انواع کسب‌وکارهای نوپا
- تشویق داوطلبین حقیقی و حقوقی برای توسعه فعالیت‌های نوپای خود برای تسهیل و تسریع بهره‌مندی از فناوری دیجیتال در حوزه سلامت

بازیگران و ذی‌نفعان اصلی دست‌اندر کار در شبکه موضوعی فناوری دیجیتال در حوزه سلامت

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سازمان غذا و دارو
- سازمان نظام پزشکی
- سازمان نظام پرستاری
- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری
- وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات
- شرکت‌های دانش‌بنیان
- هسته‌های فناوری سلامت دیجیتال مستقر در مرکز رشد دانشگاهی
- شهروندان و بیماران
- شورای عالی فضای مجازی
- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

نوع	نام	شاخص		هدف	وضعیت فعلی
		تعریف			
درون‌دانی	وجود کمیته فنی موضوع مصوبه	منظور کمیته‌ای است بین‌بخشی که موظف است روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال به حوزه سلامت را بررسی و نتیجه را در حضور رئیس جمهور گزارش نماید.		تشکیل حداقل یک کمیته فنی تخصصی	تشکیل «کمیته تخصصی سلامت دیجیتال» ذیل شورای سیاستگذاری فناوری اطلاعات پیرو ابلاغیه‌های شماره ۱۰۰/۱۱۶۷ مورخ ۱۳۹۹/۰۷/۱۰، ۱۰۰/۵۲۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۷ جهت هدایت و ساماندهی فعالین حوزه سلامت دیجیتال
	مشارکت فعالانه نمایندگان از سازمان‌ها/ دستگاه‌های اجرایی ذینفع	منظور نمایندگانی از سازمان‌ها و نهادهای ذینفع نامبرده در متن مصوبه است که در فرآیند تدوین گزارش و اقدام مشترک برای توسعه اکوسیستم استارت‌آپی مشارکت نموده باشند.		مشارکت ۱۰۰٪ ذینفعان شبکه موضوعی	طبق گزارش‌های واصله از معاونت تحقیقات و فناوری، طیف گسترده‌ای از نمایندگان سازمان‌ها/ نهادهای ذینفع از درون و بیرون و وزارت بهداشت در کمیته فنی مشارکت فعال داشته‌اند

برون‌لاری	وجود گزارش موضوع	منظور گزارشی است که به ارائه نتایج مربوط به روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال به حوزه سلامت پرداخته باشد.	وجود حداقل ۱ گزارش	طبق گزارش واصله از معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری و معاونت تحقیقات و فناوری ۲ گزارش تهیه و منتشر شده است.
	وجود آیین‌نامه / شیوه‌نامه / دستورالعمل ساماندهی فعالیت کسب‌وکارهای نوپا	منظور راهنمایی است که بر مبنای حمایت از توسعه تفکر حامی اکوسیستم استارت‌آپی در حوزه سلامت، سازو کارهای قانونی و حقوقی راه‌اندازی، توسعه و ماندگاری کسب‌وکارهای نوپا را مشخص کرده باشد.	وجود حداقل ۱ آیین‌نامه / شیوه‌نامه / دستورالعمل	درخواست ابلاغ «آیین‌نامه فعالیت سامانه‌ها و کسب و کارهای حوزه سلامت دیجیتال» به مقام عالی وزارت طی نامه شماره ۱۱۰/۲۰۸۰/د مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲

خلاصه اقدامات انجام شده (آذرماه ۱۳۹۶ تا تاکنون)

بازه زمانی آذرماه سال ۱۳۹۶ تا مرداد ماه سال ۱۳۹۸ (با محوریت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت)

- برگزاری نشست‌های توجیهی متعدد با نمایندگان معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات در رابطه با روند و گستره فعالیت کسب‌وکارهای نوپای دیجیتال در حوزه سلامت و بررسی فرصت‌ها و مشکلات پیش‌روی توسعه فعالیت آن‌ها
- شناسایی و پایش بیش از ۷۰ کسب‌وکار نوپای مرتبط با حوزه سلامت
- برگزاری سلسله نشست‌های هم‌اندیشی متعدد با نماینده کسب‌وکارهای نوپای دیجیتال در حوزه سلامت و نمایندگان اتحادیه کسب‌وکارهای اینترنتی، پیرامون فرصت‌ها و چالش‌های پیش‌روی توسعه فعالیت‌های آن‌ها
- انعقاد تفاهم‌نامه همکاری میان وزارت بهداشت و معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری در زمینه کمک به رفع موانع قانونی توسعه کسب‌وکارهای نوپای و حمایت از استارت‌آپ‌های حوزه سلامت
- تشکیل کارگروهی موقت با حضور نمایندگانی از وزارت بهداشت، معاونت علمی ریاست‌جمهوری و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات به منظور چاره‌اندیشی برای رفع موانع قانونی و حقوقی توسعه استارت‌آپ‌های حوزه سلامت بر مبنای تفاهم‌نامه منعقد
- تدوین بسته حمایتی از کسب‌وکارهای نوپای حوزه سلامت با محوریت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- برگزاری جشنواره رسانه‌های دیجیتال سلامت
- طراحی روش بومی شتاب‌دهی کسب‌وکارهای نوپای حوزه سلامت و راه‌اندازی اولین شتاب‌دهنده تخصصی سلامت دیجیتال کشور
- عقد بیش از ۳ تفاهم‌نامه مشترک با سازمان‌ها و نهادهای متولی برای ارتقاء زیرساخت‌های لازم برای توسعه و تسهیل فعالیت کسب‌وکارهای نوپای حوزه سلامت
- واگذاری مسئولیت تشکیل کمیته فنی موضوع مصوبه جهت بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت به دفتر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات (طی نامه به شماره ۱۰۰/۲۸۶ مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۰۹)

بازه زمانی مرداد ماه ۱۳۹۸ تا شهریور ماه ۱۳۹۹ (با محوریت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت)

- **تدوین و انتشار دو گزارش با عنوان «بررسی تجربیات جهانی: شرکت‌های استارت‌آپی در حوزه سلامت دیجیتال» و «اطلس توانمندی‌های داخلی: شرکت‌های فناور ایرانی در حوزه سلامت دیجیتال» با تاکید بر حوزه‌های فعالیت، فناوری‌ها و مدل‌های کسب‌وکار توسط معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری**
- **تشکیل کمیته فنی سلامت دیجیتال** ذیل شورای عالی فناوری‌های سلامت به دبیری رئیس دفتر توسعه فناوری سلامت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت
- **برگزاری سلسله نشست‌های هم‌اندیشی** پیرامون موضوع بهره‌مندی از سلامت دیجیتال و چالش‌های مربوطه در حوزه سلامت در کمیته فنی سلامت دیجیتال با حضور نمایندگان سازمان‌ها و نهادهای ذینفع
- **برگزاری اولین نمایشگاه سامانه‌های سلامت دیجیتال** در دانشگاه علوم پزشکی ایران با حضور ۷۰ شرکت در حوزه‌های مختلف خدمات سلامت و معرفی سامانه‌های متعدد سلامت
- **حمایت از کنگره سلامت الکترونیک** که هر دوسالانه با محوریت دانشگاه علوم پزشکی شیراز در اسفند ماه برگزار می‌گردد
- **برگزاری نشست هم‌اندیشی با نمایندگان بالغ بر ۱۹۰ شرکت فعال در حوزه سلامت دیجیتال** با هدف بررسی چالش‌های پیش‌روی شرکت‌های خصوصی به منظور استقبال و حمایت از توسعه کسب‌وکارهای نوپای آن‌ها
- **شناسایی ۸ شرکت فعال در حوزه خدمات تشخیصی با استفاده از هوش مصنوعی** (سامانه آنالیز پای زخم دیابتی؛ سامانه آموزشی آناتومی؛ سامانه شناسایی باکتری‌های مقاوم؛ سامانه رباتیک آموزشی جراحی چشم؛ سامانه تشخیص بیماری‌های چشمی؛ سامانه تشخیص اختلالات قلبی در نوزادان؛ سامانه تشخیص و پیش‌بینی بستری بیماران مبتلا به کرونا؛ سامانه شناسایی و رصد محل اختلال در سیستم اعصاب مرکزی) و معرفی آن‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، ایران و تهران به عنوان قطب سلامت دیجیتال
- **تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه فعالیت شرکت‌های دیجیتال در حوزه سلامت** با عنوان «ساماندهی کسب‌وکارهای الکترونیک و مجازی حوزه سلامت» طی شش ماه پس از تشکیل کمیته فنی سلامت دیجیتال با همکاری نمایندگان از معاونت‌های درمان، بهداشت، امورحقوقی و آموزشی وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو و معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری و سازمان فناوری اطلاعات با بهره‌گیری از شواهد تولید شده در زمینه روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت توسط معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری
- **مکاتبه با معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری برای دانش‌بنیان نمودن شرکت‌های سلامت دیجیتال**
- **ارسال نسخه نهایی آیین‌نامه «ساماندهی کسب‌وکارهای الکترونیک و مجازی حوزه سلامت» برای طی مراحل حقوقی و ابلاغ، به حضور مقام عالی وزارت بهداشت** (طی نامه به شماره د/۲۹۵۶/۷۰۰ به تاریخ ۱۳۹۸/۷/۲۳)
- **طرح و دفاع از نسخه نهایی آیین‌نامه «ساماندهی کسب‌وکارهای الکترونیک و مجازی حوزه سلامت» در شورای حقوقی و معاونت حقوقی و مجلس وزارت بهداشت**
- **موکول شدن تصویب آیین‌نامه به استعلام از شورای عالی فضای مجازی**

- قرار گرفتن موضوع طرح و بررسی تصویب آیین‌نامه «ساماندهی کسب‌وکارهای الکترونیک و مجازی حوزه سلامت» در دستورکار کمیته مربوطه در شورای عالی فضای مجازی

بازه زمانی مهر ماه ۱۳۹۹ تا کنون (با محوریت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت)

- فراخوان شناسایی و ساماندهی کسب و کارهای نوپای فعال در حوزه سلامت دیجیتال با همکاری سازمان نظام صنفی رایانه‌ای کشور
- تشکیل کمیته تخصصی سلامت دیجیتال ذیل شورای سیاستگذاری فناوری اطلاعات پیرو ابلاغیه‌های شماره ۱۰۰/۱۱۶۷ مورخ ۱۳۹۹/۰۷/۱۰، ۱۰۰/۵۲۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۷ جهت هدایت و ساماندهی فعالین حوزه سلامت دیجیتال
- تدوین فرآیند ارزیابی سامانه‌های سلامت دیجیتال در مرکز سرویس‌های سازمانی
- پایش و شناسایی بیش از ۱۰۰ متقاضی احراز صلاحیت کسب و کارهای نوپا
- شناسایی ذی‌نفعان و متولیان مرتبط با حوزه سلامت دیجیتال و ابلاغ اعضای کمیته
- برگزاری جلسات کمیته تخصصی و اخذ نظرات و پیشنهادات اعضای کمیته در راستای تصویب و نهایی‌سازی آیین‌نامه فعالیت سامانه‌های سلامت دیجیتال
- درخواست ابلاغ آیین‌نامه فعالیت سامانه‌ها و کسب و کارهای حوزه سلامت دیجیتال به مقام عالی وزارت طی نامه شماره ۱۱۰/۲۰۸۰/د مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲
- تعامل با اتحادیه کسب و کارهای فضای مجازی، سازمان نظام صنفی رایانه‌ای کشور، نظام پزشکی متولیان حوزه سلامت دیجیتال در راستای ارتقای خدمات در فضای مجازی
- برگزاری جلسه تبادل نظر فعالین بخش خصوصی در حوزه سلامت دیجیتال در اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰
- بازنگری فرآیند ارزیابی اجرایی و بستر اجرایی اعطای مجوز به کسب و کارهای نوپا

سایر اقدامات انجام شده توسط کمیته فنی دیجیتال سلامت در راستای توسعه، ترویج و کاربست فناوری

دیجیتال در حوزه سلامت

- شناسایی هسته فناور فعال در حوزه سلامت دیجیتال و استفاده از هوش مصنوعی برای درمان و تشخیص مرتبط با ژن‌تراپی، تجهیزات رباتیک، پزشکی از راه دور و خدمات جامع مرتبط با سلامت
- برگزاری سلسله جلسات هم‌اندیشی با نمایندگان از سازمان‌ها و نهادهای ذینفع به منظور تدوین نقشه راه سلامت دیجیتال تخصصی پزشکی
- تلاش نظام‌مند برای برقراری تعاملات بین‌المللی بین شرکت‌های داخلی و خارجی فعال در این حوزه
- معرفی گروه هوش مصنوعی از هسته‌های فناور به معاونت درمان و بیمارستان‌ها جهت اطلاع از سیر فعالیت پزشکان و کادر درمان

موانع اجرایی

برخی موانع جدی بر سر راه توسعه فناوری دیجیتال در حوزه سلامت به قرار زیر هستند:

- عدم احراز هویت کسب و کارهای الکترونیک و مجازی به عنوان دانش بنیان از سوی معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و متعاقباً عدم امکان استفاده این نوع کسب و کارها از تسهیلات صندوق نوآوری و شکوفایی
- تعدد مراکز ذی صلاح تصمیم گیر برای تایید صلاحیت و مشروعیت بخشی به کسب و کارهای نوپا در حوزه سلامت
- نبود نظارت قانونمند و سازمان یافته بر خدمات ارائه شده توسط بخش خصوصی در حوزه سلامت دیجیتال
- نبود قوانین و مقررات در راستای پیشگیری از وقوع جرائم و حفظ امنیت داده های حوزه سلامت و حریم خصوصی شهروندان
- عدم همکاری ذی نفعان و متولیان درون و برون سازمانی
- وجود موانع قانونی بر سر راه وزارت بهداشت در صدور مجوز در حوزه سلامت و واگذاری پروانه کسب در رشته های شغلی خاص شامل سامانه های ارائه خدمات و کالا بر بستر فضای مجازی در حوزه سلامت، صدور مجوز در حوزه سلامت توسط وزارت بهداشت را با موانع قانونی مواجه نموده است
- وقفه در ابلاغ آیین نامه فعالیت سامانه ها و کسب و کارهای حوزه سلامت دیجیتال و بالتبع ایجاد زیرساخت ها و فرآیند ارزیابی سامانه های سلامت دیجیتال به دلیل عدم وجود قانون مشخص و مرتبط با سلامت دیجیتال راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

برخی راهکارهای پیشنهادی مهم به قرار زیر هستند:

- مذاکره با معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری برای دانش بنیان نمودن شرکت های سلامت دیجیتال
- توجه به اینکه فعالیت سامانه های سلامت دیجیتال به طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت و ارائه خدمات به عموم شهروندان تاثیرگذار است و هرگونه اشتباه و تخلف در این حوزه آسیب جدی وارد نموده و جبران ناپذیر است، نیاز است نظارت و تایید و ارائه مجوز به سامانه های سلامت در فضای مجازی به متولیان این واگذار و حمایت و پشتیبانی گردد.
- جلب حمایت برای تسریع بخشیدن به تصویب آیین نامه سامانه ها کسب و کارهای حوزه سلامت دیجیتال در شورای سیاست گذاری فناوری اطلاعات.
- جلب حمایت بالادستی و حاکمیتی و تصویب قانون در جهت اجرای آیین نامه و نظارت بر آن
- ملزم نمودن همه ذی نفعان داخلی وزارت بهداشت (حاکمیت)، کسب و کارها و عموم شهروندان جهت تبعیت از آیین نامه مصوب.
- تشکیل کارگروه حریم خصوص داده سلامت
- استفاده از نتایج به دست آمده از گزارش تهیه شده توسط معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری در (۱) تهیه و تدوین سیاست های توسعه صنعتی و فناوری؛ (۲) هدایت کارآفرینان و سرمایه داران جدید به اکوسیستم استارت آپی برای حرکت به سمت موضوعات مغفول و کمتر مورد توجه؛ و (۳) استفاده از ظرفیت شرکت های دانش بنیان و

توانمند معرفی شده در این گزارش‌ها برای حل مشکلات هزینه‌بر حوزه سلامت در بخش‌های مختلف تشخیص و مراقبت‌های پیشرفته، مدیریت دانش و خدمات آموزشی- ترویجی

منابع

۱. کیانی فیض‌آبادی، مجتبی، سیاوش ملکی‌فر، محمد صادق خیاطیان و محمد موسی‌زاده موسوی. ۱۳۹۷. **بررسی تجربیات جهانی شرکت‌های استارت‌آپی در حوزه سلامت دیجیتال** (از سلسله گزارش‌های بررسی تجربیات جهانی شرکت‌های استارت‌آپی). تهران: انتشارات دانش‌بنیان فناوری.
۲. ملکی‌فر، فرخنده، مهدی الیاسی، ابوالفضل باقری، محمدصادق صارمی و پرویز کرمی. ۱۳۹۹. **اطلس توانمندی‌های داخلی شرکت‌های فناوری ایرانی در حوزه سلامت دیجیتال** (از سلسله گزارش‌های اطلس توانمندی‌های شرکت‌های فناوری داخلی). تهران: انتشارات دانش‌بنیان فناوری.
۳. معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گزارش پایش پیشرفت اجرای بند ۵ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۴. دفتر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گزارش پایش پیشرفت اجرای بند ۵ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۵. معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری، گزارش پایش پیشرفت اجرای بند ۵ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

موضوع مصوبه: «طرح ارتقا سلامت ۸ محصول کشاورزی»

آدرس:	مصوبه ۶ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش‌دهندگان:	وزارت جهاد کشاورزی (موسسه تحقیقات خاک و آب - موسسه تحقیقات گیاهپزشکی کشور)
تنظیم‌کننده (گان):	مهندس شیدا ملک‌افضلی، دکتر مریم غیائی‌پور، مهندس شیرین شیخی‌زاده

مقدمه

رشد جمعیت و نیاز روز افزون به محصولات کشاورزی، ترس از نابودی محصول و ترس مقامات مسئول کشورها از نظر امنیت غذایی و بروز مشکلات اجتماعی حاصل از آن سبب شده تا مصرف کود و سموم شیمیایی در چند دهه اخیر به عنوان موثرترین و احتمالاً آسان‌ترین راهکار مبارزه با آفات انتخاب شود تا زمینه را برای تولید حداکثری فراهم سازد. از سوی دیگر تحقیقات اپیدمیولوژی نشان می‌دهند که بیش از ۸۰٪ از آفت‌کش‌های دفع آفات نباتی در انسان خطرات جدی به دنبال دارند. سرطان‌زایی، تاثیر بر سیستم ایمنی و سیستم عصبی برای برخی از سموم و آفت‌کش‌ها و فلزات سنگین و نیترات به اثبات رسیده است. آنچه وضعیت را دشوارتر می‌کند این است که بسیاری از آفت‌کش‌ها که در کشورهای توسعه یافته ممنوع شده است در کشورهای درحال توسعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج پایش‌های انجام شده توسط سازمان غذا و دارو و نیز پایش‌های انجام شده توسط سازمان مدیریت میادین میوه، تره‌بار و فراورده‌های کشاورزی شهرداری تهران نشان می‌دهد میزان قابل توجهی از محصولات دارای باقی‌مانده سموم، فلزات سنگین و کودهای شیمیایی بیش از حد مجاز می‌باشند و در بسیاری از موارد محصولات چندین برابر حد مجاز دارای آلاینده‌گی بوده‌اند.

از سوی دیگر با توجه به شرایط فعلی کشور (یعنی لزوم خودکفایی در محصولات استراتژیک و لزوم ارزآوری محصولات صادراتی کشور و حفظ موقعیت و جایگاه جهانی جمهوری اسلامی ایران در تولید محصولات کشاورزی)، اجرای عملیات مبارزه با آفات اعم از شیمیایی و غیر شیمیایی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد و هرگونه تعلل در کنترل عوامل خسارت‌زا، موجبات بروز خلل جدی در تولید محصول کافی، به عنوان یکی از مولفه‌های مهم امنیت غذایی می‌گردد.

تولید محصول سالم و ایمن نیازمند منابع پایه سالم (آب، خاک و هوای سالم)، همراه با مدیریت درست و استفاده بهینه از نهاده‌هاست و خدشه به هر یک از این عوامل باعث بروز مشکلات در سلامتی مصرف‌کنندگان می‌گردد.

در این راه ارائه سیاست‌های حمایتی به منظور تشویق بهره‌برداران در تولید محصول سالم و ایمن و شناسنامه‌دار نمودن محصولات تولیدی به منظور تمیز محصول سالم و ایمن از محصولات دارای آلاینده‌های غیرمجاز در سطح عرضه و نیز اجرای پروژه‌های تحقیقاتی از اهمیت زیادی برخوردار است. با توجه به اهمیت پایش آفت‌کش‌های بکار رفته در تولید محصولات کشاورزی بر سلامت مصرف‌کنندگان، اهمیت بررسی و کنترل باقی‌مانده سموم آفت‌کش و کودهای شیمیایی (نیترات، نیتريت و فلزات سنگین سرب، کادمیوم و آرسنیک) در محصولات باغی و کشاورزی در کشور ضروری است.

به منظور برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و نظارت بر بهداشت، سلامت و کیفیت محصولات کشاورزی در مراحل تولید تا عرضه در محدوده اختیارات قانونی وزارت جهاد کشاورزی و به استناد سیاست‌های کلی سلامت کشور مبنی بر تمرکز بر سلامت زنجیره غذایی از مزرعه تا سفره و ارتقای شاخص‌های سلامت، پیشگیری و کاهش مخاطرات و آلودگی‌های محصولات کشاورزی مبتنی بر شواهد معتبر علمی و امکان‌رديابی محصولات تولیدبخش کشاورزی طرح ارتقا سلامت ۸ محصول پیشنهاد و مصوب گردید. این ۸ محصول شامل سیب‌درختی، سیبزمینی، پیاز، خیار مزرع‌ای، خیار گلخانه‌ای، گوجه‌فرنگی مزرع‌ای، گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای و پرتقال می‌شود.

مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«به منظور کاهش میزان آلاینده‌ها و باقی‌مانده سموم و آفت‌کش‌ها در محصولات کشاورزی، وزارت جهاد کشاورزی موظف است با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نسبت به اجرای طرح راهبردی «ارتقا سلامت ۸ محصول کشاورزی» به عنوان برنامه ملی مشترک طی یک دوره چهار ساله اقدام نموده و گزارش پیشرفت آن را هر سه ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ارائه نماید.

تبصره: وزارت جهاد کشاورزی موظف است با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی گزارش «آخرین وضعیت میزان باقی‌مانده آلاینده‌ها و آفت‌کش‌ها در محصولات کشاورزی در سطح عرضه» و اقدامات بعمل آمده در این راستا را در جلسه آتی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در حضور رییس محترم جمهور ارائه نماید».

هدف مصوبه

- شناسنامه‌دار نمودن کلیه کشاورزان تولیدکننده ۱۵ محصولی که بر اساس نتایج پایش محصولات کشاورزی در سازمان غذا و دارو (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) بالاترین میزان آلاینده‌ها را اعم از سموم، نیترات و فلزات سنگین داشته‌اند مشتمل بر (شامل: سیب‌درختی، پرتقال، نارنگی، خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز، سیب‌زمینی، برنج، سبزیجات برگی، هویج، کاهو، خربزه، هندوانه) با هدف جلوگیری از عرضه محصول ناسالم و تسهیل برخورد با متخلفین از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تامین سلامت محصولات کشاورزی؛ ۸ محصول منتخب از شروع تولید تا زمان عرضه شامل (سیب‌درختی، پرتقال، خیار مزرعه‌ای، خیار گلخانه‌ای، گوجه‌فرنگی بوته‌ای، گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای، پیاز، سیب‌زمینی)
- توانمندسازی و ساماندهی و نظارت بر مراکز موضوع ماده ۲ قانون افزایش بهره‌وری بخش کشاورزی و منابع طبیعی، به منظور استفاده از بخش خصوصی برای پوشش سطح اجرای طرح
- توانمندسازی بهره‌برداران تحت پوشش سطح اجرای طرح با مشارکت در تامین مواد و عوامل بیولوژیک و غیرشیمیایی، کودهای زیستی و بهینه‌سازی سمپاش‌های آن‌ها
- شناسایی وضعیت آلودگی خاک‌های کشور به فلزات سنگین به منظور تغییر ترکیب کشت مناطق آلوده
- اجرای تحقیقات گیاه‌پزشکی با هدف بازنگری و تدوین MRL و نیز معرفی سموم کم‌خطر و کم‌مصرف
- بسته‌بندی، لیبل‌گذاری و عرضه محصولات کشاورزی گواهی شده

شاخص ها و مقادیر آن ها

شاخص		میزان در سال پایه (۹۶)	میزان تا پایان سال ۹۸	مرجع دریافت داده ها	متولی	تواتر زمانی پایش
نام شاخص	تعریف و نحوه محاسبه شاخص	عدم ارائه گزارش				
محصولات کشاورزی کددار به تفکیک ۸ محصول منتخب	میزان محصول کشاورزی کددار/ کل میزان محصول تولید شده در یک سال					
تعداد افراد و مراکز آموزش دیده	تعداد مراکز آموزش دیده/ کل مراکز مشمول آموزش طبق طرح					
افراد و کشاورزان آموزش دیده	تعداد کشاورزان آموزش دیده از جمعیت تحت پوشش/ کل کشاورزان مشمول آموزش طبق طرح					
سمپاشی های نوسازی شده	تعداد سمپاش های تعمیر و بازسازی شده در مزارع تحت پوشش طرح/ کل سمپاش های مشمول طرح					
تعداد استانداردهای تشویقی برای محصولات منتخب	استاندارد حد مجاز آلاینده ها در محصولات کشاورزی					
میزان زمین های بررسی شده از نظر آلودگی به فلزات سنگین	مساحت زمین های نمونه برداری شده و بررسی شده از نظر آلودگی به فلزات سنگین/ کل مساحت تعیین شده برای انجام پروژه	-	۱۲۰۰۰۰ هکتار	مصاحبه با کارشناسان سازمان جهاد کشاورزی، سازمان زمین شناسی و سازمان حفاظت محیط زیست	موسسه تحقیقات خاک و آب	۳ ساله
تعداد MRL های ملی بازبینی شده	-	-	۲۷۰۰	-	موسسه تحقیقات گیاه پزشکی	-
تعداد MRL های ملی تدوین شده	-	عدم ارائه گزارش				
تعداد نمونه های برداشت شده از مزرعه به تفکیک ۸ محصول منتخب و استان	-	عدم ارائه گزارش				
تعداد نمونه های برداشت شده از میادین میوه و تره بار به تفکیک ۸ محصول منتخب و استان	-	عدم ارائه گزارش				
میزان باقی مانده سموم، فلزات سنگین و نیترات در محصولات کشاورزی منتخب به تفکیک محصول، نوع سم و استان	-	عدم ارائه گزارش				

خلاصه اقدامات انجام شده

- این طرح در بخش ترویج سازمان تحقیقات آموزش و ترویج کشاورزی، سازمان حفظ نباتات، موسسه تحقیقات گیاهپزشکی، موسسه تحقیقات خاک و آب قرار گرفته است و هر بخش با توجه به حیطه اختیارات خود در حال پیگیری می‌باشند.
- برنامه ارتقا ۸ محصول کشاورزی ۶ زیرپروژه را دربر می‌گیرد که به صورت موازی در حال انجام است. مهم‌ترین بحث آن، پروژه شناسنامه‌دار کردن ۹۰۰ هزار کشاورز است. برای اولویت‌بندی، این ۱۵ محصول باید کدگذاری شوند. در سازمان ترویج و آموزش، قبلاً این کد مشکلی داشت و فقط تعداد کمی از کشاورزان که خود داوطلب شده بودند و مشکلی نداشتند را تحت پوشش قرار می‌داد؛ برای رفع این مشکل یک پهنه‌بندی ایجاد شد که در آن ۸ هزار نفر کارشناس وجود دارد. کل سطوح باغی و زراعی کشور تقسیم شده است و کد دارد؛ یعنی به جای کد کلینیک، کد محصول پهنه یا دهستان را به آن اختصاص دادیم که کل محصولات را شامل بشود. در نتیجه دو کد به یک کد سازمان ترویج و آموزش تبدیل شد و طی مکاتبات، تمام استان‌ها به جز استان قم، اطلاعات که شامل مشخصات کامل و سطوح زیر کشت است را ارسال کرده‌اند.
- در خصوص برنامه‌های آموزشی، ۹۵٪ اسامی، سرفصل‌ها و دوره‌های آموزشی، اسامی کلینیک‌ها و اسامی آزمایشگاه‌ها آماده شده‌اند. با توجه به منابع مالی، سطوح تحت پوشش قرار خواهند گرفت.
- سامانه سماک، در سازمان حفظ نباتات در حال پیگیری است و موسسه خاک و آب نیز باید به آن اضافه شود که بخش‌های مشترکی دارند، اما مقرر شد سامانه جدیدی راه‌اندازی شود.
- برای مدیریت موضوع در استان‌ها، برنامه ارتقا سلامت محصولات کشاورزی طی نامه‌ای توسط دبیر شورای عالی سلامت به استانداران ابلاغ شده است (نامه شماره ۵۵۵/۱۰۰ به تاریخ ۱۰/۵/۹۷)
- همچنین طی نامه معاونت امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه به معاونت مجلس و منطقه‌ای آن سازمان و رونوشت به کلیه استان‌ها در خواست شده این طرح به عنوان یکی از برنامه‌های اصلی در استان اجرا شود (نامه به شماره ۴۱۹۲۸۲ مورخ ۷/۸/۹۷)
- رونمایی از سامانه صدور نشان حد مجاز آلاینده‌ها در محصولات کشاورزی در تاریخ ۹۸/۰۲/۱۰ توسط وزارت جهاد کشاورزی و با همکاری سازمان ملی استاندارد انجام شد.
- در زمینه فعالیت عنوان فعالیت شناسایی اراضی کشاورزی آلوده شده، در دوفاز پیش‌بینی گردیده است که در فاز اول ۸۰ درصد پیشرفت داشته است و پیش‌بینی می‌شود فاز دوم تا آخر سال ۱۳۹۸، ۳۰ درصد پیشرفت داشته باشد.
- شناسنامه‌دار کردن بهره‌برداران در محصولات مصوب طرح ارتقای سلامت: که این فرایند در معاونت آموزش و ترویج با عنوان کد ۱۶ رقمی بهره‌برداران دارای سوابق عملیاتی از سال ۱۳۸۸ در وزارت جهاد کشاورزی است. بر اساس سامانه مرجع اطلاعات پهنه‌بندی نظام نوین ترویجی برای شناسنامه‌دار کردن حدود ۴۵۰ هزار نفر بهره‌بردار تولید کننده در ۸ محصول در سطح حدود ۸۰۰ هزار هکتار در مرحله اول و حدود یک میلیون کشاورز در ۱۵ محصول در مرحله دوم بازبینی تا پایان سال ۱۳۹۷ با پیشرفت ۷۰ درصد عملیاتی شده است.
- در سال ۹۹، به منظور اجرایی نمودن طرح ارتقا سلامت ۸ محصول کشاورزی، این طرح به ۱۹ استان و به محصولات هدف هر استان محدود گردید. این طرح طی برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۹، به دانشگاه‌های علوم پزشکی ۱۹ استان هدف، ابلاغ گردید و در حال پایش ماهانه، از طریق برگزاری جلسات مجازی و سامانه برنامه عملیاتی،

می‌باشد.

جزئیات این طرح به شرح زیر است:

- تعیین اولویت‌های استانی و نوع محصول
- تعیین عوامل خطر آلاینده‌گی ۸ محصول کشاورزی:
 - مصرف سموم و آفت‌کش‌های مجاز و به موقع طبق دستور کار مراکز مشاوره گیاه‌پزشکی و معتمد وزارت جهاد کشاورزی
 - وضعیت آبیاری محصولات کشاورزی و آلودگی به فلزات سنگین (Cu, Cr, Cd, As, Zn, Pb, Ni, Hg) و سموم
 - وضعیت آلودگی خاک به فلزات سنگین (Cu, Cr, Cd, As, Zn, Pb, Ni, Hg)
- هم‌افزایی در اجرای محصول گواهی شده، طبق پروتکل‌های وزارت جهاد کشاورزی
- سنجش و هماهنگی جهت آنالیز باقی‌مانده آلاینده‌گی در محصول، آب کشاورزی، خاک (با زمان‌بندی مشخص در سطح مزارع و باغات در مراحل داشت و برداشت) از طریق آزمایشگاه‌های معتمد و غذا و دارو
- ارائه گزارش اقدامات استانی و ملی به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دو مقطع (شش ماهه اول و شش ماهه دوم)
- استقرار دبیرخانه ویژه راهبردی برنامه‌های ترویجی طرح
- تهیه اطلاعات و سامانه دیجیتال مشخصات همه بهره‌برداران در ۸ محصول در همه استان‌های کشور
- طراحی شناسنامه و کد شناسنامه بهره‌برداران، استقرار کد ۱۶ رقمی برای همه بهره‌برداران طرح ارتقای سلامت
- طراحی تصویب ۱۶ دوره و سرفصل آموزشی بهره‌برداران
- طراحی دو سرفصل آموزشی
- آموزش بهره‌برداران در طرح ارتقای سلامت، ۳۷۷ سایت جامع ترویج مزرعه‌ای
- برگزاری دوره اختصاصی آموزش زنان روستایی
- اقدامات ترویجی در خصوص شبکه‌سازی، فرهنگ‌سازی: تهیه، تدوین و چاپ ۱۵۰ عنوان نشریه - تولید و پخش ۱۵ برنامه تلویزیونی - تهیه و تولید ۱۰ عنوان فیلم آموزش - ترویجی.
- تولید راهنمای اقدام و دستورالعمل‌های مرتبط با طرح
- تدوین دستورالعمل‌های اختصاصی
- تدوین سرفصل‌ها و استانداردهای آموزشی
- طراحی برنامه ۵ ساله منسجم ترویجی و آموزش در طرح ارتقای سلامت

- درخصوص فعالیت با عنوان بازبینی، تدوین و تعیین MRL آفت‌کش‌های ملی و جدید و انجام تحقیقات کاربردی- توسعه‌ای بر روی سموم بایورنشال و بیولوژیک، تهیه دستورالعمل‌های فنی چند بیماری در زمینه ۸ محصول، تهیه سبد مطلوب آفت‌کش‌ها از اقدامات در این زمینه می‌باشد.
- پیگیری برگزاری سه کمیته فنی: ۱. پیگیری از عرضه آفت‌کش‌های غیرمجاز و استفاده نامناسب از سموم دفع آفات ۲. جلوگیری از آبیاری مزارع با فاضلاب تصفیه نشده ۳. آلودگی خاک و مدیریت؛ در ستاد و استان‌های هدف
- معرفی آزمایشگاه‌ها و تجهیزات آن‌ها به استان‌های هدف
- جمع‌آوری برنامه‌های راهبردی یکساله اجرای طرح در هر ۱۹ استان و ارائه برنامه کلی به سازمان برنامه و بودجه جهت اختصاص اعتبارات لازم.
- برای سیب درختی تعداد ۵ آفت‌کش جدید، برای مرکبات ۱، برای خیار در هر دو گروه بوته‌ای و گلخانه‌ای ۸، برای گوجه‌فرنگی در هر دو گروه بوته‌ای و گلخانه‌ای ۵ و برای سیب‌زمینی ۱ آفت‌کش جدید ثبت شده است. (طبق گزارش سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی، موسسه تحقیقات گیاهپزشکی کشور)
- تهیه دستورالعمل‌های فنی کنترل آفات و نشریات ترویجی، از اقدامات دیگر موسسه تحقیقات گیاهپزشکی کشور بوده است. تاکنون ۱۱ مورد نشریه ترویجی و دستورالعمل فنی برای کنترل آفات در محصولاتی مانند خیار، سیب‌زمینی، سیب، پیاز و گوجه‌فرنگی تهیه شده و در سازمان تحقیقات و آموزش کشاورزی به ثبت رسیده است.

تفکیک استان‌های هدف و محصولات آن‌ها به شرح جدول زیر می‌باشد:

(*) اطلاعات موجود در جدول، توسط داده‌های ارائه شده از وزارت جهاد کشاورزی و آمارنامه کشاورزی سال ۹۷-۹۶، جمع‌آوری گردیده است.

* محصولات مشخص شده برای هر استان/ شهرستان، محصول عمده و دارای اهمیت استان در اجرای طرح ارتقا ۸ محصول کشاورزی می‌باشد.

۸ محصول کشاورزی								استان
سیب‌زمینی	پیاز	گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای	سیب	پرتقال	
سیب‌زمینی	پیاز	گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای			سیب		اردبیل
سیب‌زمینی	پیاز					سیب		آذربایجان غربی
سیب‌زمینی	پیاز	گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای					آذربایجان شرقی
						سیب		
سیب‌زمینی	پیاز							اصفهان
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای					البرز
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای					بوشهر
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			تهران
سیب‌زمینی	پیاز					سیب		
سیب‌زمینی	پیاز					سیب		
سیب‌زمینی	پیاز					سیب		
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			کرمان
							پرتقال	
							پرتقال	
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			خراسان رضوی
		گوجه‌فرنگی جالیزی	گوجه‌فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			خوزستان
							پرتقال	
سیب‌زمینی	پیاز							زنجان
سیب‌زمینی	پیاز			خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			فارس

۸ محصول کشاورزی								استان
سیب زمینی	پیاز	گوجه فرنگی جالیزی	گوجه فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای	سیب	پرتقال	
سیب زمینی	پیاز							قزوین
سیب زمینی	پیاز							کرماتشاه
سیب زمینی	پیاز						پرتقال	گلستان
							پرتقال	گیلان
							پرتقال	مازندران
	پیاز	گوجه فرنگی جالیزی	گوجه فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای			هرمزگان
							پرتقال	
							پرتقال	
							پرتقال	
سیب زمینی	پیاز	گوجه فرنگی جالیزی	گوجه فرنگی گلخانه‌ای	خیار جالیزی	خیار گلخانه‌ای	سیب		همدان

موانع اجرایی

- عدم تخصیص کامل و به موقع اعتبارات
- ضعف در هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی
- علی‌رغم پیگیری‌ها و مکاتبه (به شماره ۱۰۳/۶۴، مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۸) با وزارت جهاد کشاورزی، جهت دریافت گزارش کامل پایش مصوبه و تکمیل جدول شاخص‌های پایش، گزارش جامعی به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی واصل نگردید.

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- پیگیری تخصیص اعتبار از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با ارائه گزارش عملکرد سالانه و برنامه راهبردی مناسب.
- تخصیص ردیف مجزا برای برنامه
- تخصیص بخشی از اعتبار طرح ملی سلامت وزارت بهداشت به طرح در بخش کشاورزی.

موضوع مصوبه: «ارتقای سواد سلامت با تاکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر با بهره‌گیری از قابلیت نهادهای اجتماعی»

موضوع ۷ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	آدرس:
دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور	گزارش‌دهندگان:
دکتر نرگس رستمی‌گوران	تنظیم‌کننده (گان):

مقدمه

سواد سلامت عبارت از میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب ضروری است. دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. به‌طوری‌که فقر سواد سلامت منجر به انتخاب‌های بهداشتی پست‌تر، سلامتی کمتر، بستری شدن بیشتر و بالا رفتن هزینه‌های مراقبت بهداشت می‌شود.

براساس بررسی انجام شده در خصوص سواد سلامت در سال ۱۳۹۳، از هر دو نفر یک نفر سواد سلامت محدود داشت. از پیامدهای ناشی از کم‌سوادی افراد در حوزه سلامت می‌توان به استفاده کمتر از خدمات پیشگیری، انتخاب‌های ضعیف‌تر سلامت، تأخیر بیشتر در تشخیص‌ها، فهم کم‌تر از وضعیت‌های پزشکی، پایبندی کمتر به دستورالعمل‌های پزشکی، افزایش خطر بستری شدن، وضعیت سلامت جسمی و روانی ضعیف‌تر، افزایش خطر مرگ و هزینه‌های مراقبت سلامت بیشتر اشاره نمود. لذا به‌منظور افزایش سواد سلامت مردم، برنامه ملی خودمراقبتی در سال ۹۴ تدوین و اجرا گردید. در این برنامه با هدف توانمندسازی مردم و جوامع برای مراقبت از سلامت خود، از هر خانوار یک نفر به عنوان سفیر سلامت براساس راهنماهای خودمراقبتی آموزش داده می‌شود و سفیران سلامت آموزش دیده شده، وظیفه انتقال مفاهیم آموزش دیده را به سایر اعضای خانوار به عهده دارند. ولی از آن‌جا که برای ارتقای سواد سلامت باید تمامی دستگاه‌ها و کلیه نهادهای اجتماعی درگیر شوند، لذا این سیاست پیشنهاد می‌گردد.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور اطلاع رسانی و ارتقا سواد سلامت با تاکید بر امنیت غذا و تغذیه و بیماری‌های غیرواگیر از قابلیت‌های کلیه ساختارها و نهادهای اجتماعی از جمله سازمانهای مردم‌نهاد سلامت (سمنها) طی یک برنامه جامع استفاده نماید».

اهداف مصوبه

- استفاده حداکثری و نظام‌مند از ظرفیت سمن‌ها و تشکلهای مردمی حدواسط در راستای کمک به ارتقا سواد سلامت

خلاصه اقدامات انجام‌شده

- تشکیل جلسه با دفاتر و ادارات مرتبط با مصوبه؛ جلسه در تاریخ ۹۷/۷/۷ و با حضور همکاران از دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، اداره سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، دفتر بهبود تغذیه جامعه و همچنین دبیر کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تشکیل گردید.
- در این جلسه پس از بررسی مصوبه و بحث در خصوص موضوعات مرتبط، اعضا در خصوص شناسایی ذی‌نفعان به بحث و تبادل نظر پرداختند. در ادامه نشست، ذی‌نفعان و دستگاه‌های مربوطه تعیین شدند.

- بر این اساس کمیته اجرایی شامل دفاتر/ مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر، سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دبیرخانه کنترل دخانیات، بهبود تغذیه جامعه، سازمان‌های مردم نهاد سلامت، امور اجتماعی، اداره سلامت دهان و دندان، آموزش و ارتقای سلامت و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کمیته راهبردی شامل مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، شورای فرهنگ و سلامت، وزارت آموزش و پرورش، وزارت راه، وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد، نیروی انتظامی، سازمان صدا و سیما، شورای عالی استان‌ها، سازمان هلال احمر، شورای عالی آموزش و پرورش، شورای عالی فضای مجازی، حوزه علمیه، سمن‌ها و موسسات خیریه منتخب تعیین شدند.
- تشکیل جلسه کمیته اجرایی؛ جلسه در تاریخ ۹۷/۹/۵ و با حضور همکاران از دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دفتر بهبود تغذیه، اداره سازمان‌های مردم نهاد سلامت، دفتر مدیریت بیماری‌های غیر واگیر تشکیل گردید. در این جلسه پس از بررسی مفهوم سواد سلامت و نتایج سنجش آن، گروه در خصوص مدل مفهومی برنامه جامع به بحث نشستند. مقرر گردید RFP برنامه جامع ارتقای سواد سلامت تهیه گردد.
- تدوین RFP برنامه جامع ارتقای سواد سلامت
- تشکیل جلسه؛ در تاریخ ۹۸/۰۳/۰۷ جلسه‌ای به منظور پایش مصوبه در دبیرخانه شورای عالی تشکیل گردید و مجری طرح «تدوین برنامه جامع ارتقای سواد سلامت با بهره‌گیری از ظرفیت‌های مردمی» خلاصه‌ای از پروپوزال را ارائه دادند و ترتیب یک جلسه جهت ارائه پروپوزال طرح مذکور و اخذ نظارت با حضور نمایندگان از دستگاه‌ها، سازمان‌ها، سازمان‌های مردم نهاد مقرر گردید.
- مکاتبه با معاونت محترم بهداشت در بهار ۱۳۹۹ و دریافت گزارش پیشرفت از واحدهای ذیربط
- تشکیل جلسه ۹۹/۰۶/۲۲ در تاریخ با حضور کمیته اجرایی طرح: در این جلسه مقرر شد مجدداً با مجری طرح تماس گرفته شده و جهت انجام طرح منابع مالی تامین گردد.
- مکاتبه با معاون محترم بهداشت جهت تامین مالی برای تدوین برنامه جامع ارتقای سواد سلامت
- جلسه با مجری طرح تدوین برنامه و درخواست جهت بازنگری پروپوزال در راستای تغییرات ساختاری ایجاد شده
- عدم تامین منابع مالی تدوین سند و بازنگری فرایند تدوین سند در داخل وزارت بهداشت
- تشکیل جلسات به منظور مرور اسناد بالادستی و دریافت اقدامات انجام شده در راستای ارتقای سواد سلامت از دفاتر معاونت بهداشت و درمان
- دریافت اقدامات انجام شده توسط سمن‌ها در راستای افزایش سواد سلامت
- جلسه با نمایندگان دفاتر معاونت بهداشت و دریافت نظرات در خصوص فرایند تدوین سند

علاوه بر موارد فوق فعالیت‌های زیر برای افزایش ارتقا سلامت انجام شده است:

- تنظیم سند ارتقای فرهنگ سلامت (مورخ ۹۷/۵/۹) با اهداف: ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد مردم برای مراقبت فعال از سلامت خود، خانواده و جامعه، افزایش مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، ارتقای همکاری بین‌بخشی برای استفاده بهینه از ظرفیت مراکز ارائه خدمات بهداشتی- درمانی دولتی، خیریه و خصوصی و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور برای دسترسی عادلانه سلامت، افزایش مشارکت نهادهای مردم‌نهاد و گروه‌های مرجع جامعه در ترویج فرهنگ سلامت، ارتقای کمی و کیفی مداخلات آموزشی برای ترویج فرهنگ سلامت.
- عقد توافق‌نامه برگزاری جشنواره سفیران سلامت دانش‌آموزی با مدیر شبکه امید سیما و مدیر کل دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش با هدف توانمندسازی دانش‌آموزان و ارتقای سطح سلامت جامعه.
- هماهنگی به منظور عقد تفاهم‌نامه با دفتر مشاوره سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم به منظور تربیت سفیران سلامت دانشجویی
- هماهنگی به منظور عقد تفاهم‌نامه با دانشگاه فرهنگیان به منظور تربیت سفیران سلامت دانشجویی
- هماهنگی به منظور عقد تفاهم‌نامه با کمیته امداد امام خمینی به منظور آموزش و ارتقای سلامت برای کارکنان و مدجویان تحت پوشش
- هماهنگی به منظور سنجش سواد سلامت
- تداوم برنامه خودمراقبتی؛ تربیت سفیران سلامت (خانوار، دانش‌آموز، جوان)، ایجاد سازمان‌های حامی سلامت و جوامع حامی سلامت، توانمندسازی اعضای کانون‌های سلامت محله

موانع اجرایی

- تغییر در ساختار و مدیریت دفتر آموزش و ارتقای سلامت به عنوان مسئول اجرای مصوبه
- ضعف در همکاری درون‌بخشی و برون‌بخشی
- موازی‌کاری بین واحدهای مختلف
- تأمین منابع مالی و انسانی

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

- الزام قانونی برای همکاری و اجرای مصوبه
- تخصیص منابع مالی و انسانی
- تعیین متولی مشخص برای تدوین سند با همکاری کلیه ذینفعان بین بخشی و درون بخشی

موضوع مصوبه: «تشکیل دبیرخانه های سلامت در دستگاه های اجرایی»

آدرس:	مصوبه ۸ جلسه ۱۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
گزارش دهندگان:	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
تنظیم کننده (گان):	دکتر شیوا مافی مرادی، مهندس شیدا ملک‌افضلی، مهندس فاطمه طاهری

مقدمه

تغییر ماهیت چالش‌های پیش‌روی جوامع بشری در قرن بیست و یکم به ویژه با گذار از جامعه صنعتی به جامعه دانشی، تغییرات شگرف رویکردی به تدوین و اجرای سیاست‌ها در تمامی حوزه‌های سیاست‌گذاری از جمله سلامت را اقتضا می‌کند. حال آنکه سلامت تنها یکی از این چالش‌ها است. با وجود این سایر چالش‌ها اعم از بلایای طبیعی، شهرنشینی، گذار اپیدمیولوژیکی و دموگرافیکی، ناامنی غذا، تغییرات اقلیمی و گسترش نابرابری‌های اقتصادی، دارای پیامدهای قابل توجهی بر سلامت جمعیت هستند که تاکنون به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته‌اند. با وجود این، ارتباطات سینرژیکی بین این چالش‌ها و راهکارهای سیاستی مدیریت آن‌ها وجود دارد. پیچیده و غامض بودن این چالش‌ها، جایگزینی رویکردهای سیلویی به سیاست‌گذاری با رویکردهای سیستمی و شبکه‌ای میان تمامی بخش‌های توسعه را اقتضا می‌کند. حکمرانی بین‌بخشی و مشارکتی برای سلامت با همکاری دولت (از جمله وزارتخانه‌ها، مجلس، کمیسیون‌ها و سایر ارکان دولتی)، جامعه (کسب و کارها، شهروندان، گروه‌های مختلف جمعیتی، رسانه و بنیادها) و حتی مراجع و نهادهای بین‌المللی (از جمله ملل متحد و سازمان‌های زیرمجموعه آن‌ها) در سطوح مختلف (از شهرستانی تا بین‌المللی) رویکرد جدیدی است که پس از گذار از سه موج اقدامات بین‌بخشی، سیاست‌گذاری سالم و نهایتاً سلامت در همه سیاست‌ها، در حال حاضر با بهره‌گیری از تجارب به دست آمده از این دوره‌ها، امکان مدیریت این چالش‌ها را فراهم می‌کند. اگرچه نقش دولت کماکان در این میان از سایر شرکا اساسی‌تر و حیاتی‌تر است.

بنابراین یکی از مهم‌ترین اقتضائات داشتن جامعه‌ای سالم و اقتصادی پویا، پذیرش و تحقق دیدمان حکمرانی بین‌بخشی و مشارکتی برای سلامت به معنای انجام اقدامات مشترک برای سلامت میان بخش سلامت و سایر بخش‌های توسعه، بخش دولتی و خصوصی و نیز شهروندان در راستای مجموعه‌ای از منافع مشترک است. زیرا سلامت در قرن حاضر به عامل مهم سیاسی و اقتصاد کلان در جامعه تبدیل شده است. به علاوه آنکه سلامت به طور فزاینده‌ای در حال تبدیل شدن به دارایی سایر نظام‌ها از جمله نظام اقتصادی، محیط زیست، آموزش، حمل و نقل و غذا است. این امر خود مستلزم مجموعه‌ای سینرژیک از سیاست‌هایی است که قسمت عمده‌ای از آن‌ها در سایر بخش‌های توسعه و حتی خارج از دولت اتخاذ می‌گردند. و بنابراین علاوه بر اهداف حوزه سلامت به تسریع و تسهیل اهداف سایر بخش‌ها نیز کمک می‌کند.

تدوین و اجرای این قبیل سیاست‌ها مستلزم پشتیبانی از سوی ساختارها و مکانیزم‌هایی در درون دولت است که امکان همکاری تمامی دستگاه‌ها و سازمان‌های ذینفع از تمامی بخش‌ها را ذیل یک شبکه یکپارچه و هماهنگ‌شده (تحت عنوان دولت یکپارچه^۱) فراهم نماید. در این میان بخش سلامت دارای مسئولیت خطیری در کمک به سایر بخش‌های توسعه در آشنایی، پذیرش و اجرای نقش موثر آن‌ها در شکل‌دهی به سیاست‌ها در راستای ارتقاء سلامت و رفاه است. این سازو کارها ضمن تسهیل حل مشکلات بین‌بخشی به رفع موانع ناشی از عدم تعادل قدرت میان دستگاه‌ها و سازمان‌های ذینفع در بدنه دولت کمک می‌کند.

مصوبه هیات محترم وزیران (موضوع مصوبه ۸ پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور) مبنی بر تشکیل و توسعه دبیرخانه‌های سلامت در دستگاه‌ها و سازمان‌های اجرایی کشور با تاکید بر ترویج رویکرد پیشگیرانه و

¹ Whole- of- government

ترویج نگاه اجتماعی به مقوله سلامت، خود گامی موثر در حرکت به سمت استقرار این رویکرد متعالی و مشارکتی در مواجهه و مدیریت کلان چالش‌های نوپدید حوزه سلامت است.

متن مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

«نظر به جایگاه سلامت به عنوان یکی از اجزای مهم حقوق شهروندی، کلیه دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌ها موظف‌اند با تشکیل دبیرخانه سلامت مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را با تاکید بر پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و اجتماعی شدن برنامه‌های سلامت، در قالب انعقاد تفاهم‌نامه همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد اهتمام ویژه قرار داده و گزارش پیشرفت اقدامات را هر سه ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نمایند».

اهداف مصوبه

- تسهیل اقدام (های) مشترک برای سلامت بین سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذینفع در چاره‌جویی پیرامون مشکلات پیچیده حوزه سلامت یا مشکلات سایر حوزه‌ها با تبعات سلامت
- ایجاد شبکه‌ای پویا، منعطف و منسجم از تمامی سازمان‌ها/ دستگاه‌های اجرایی برای پاسخ سریع و خلاقانه در مواجهه با مشکلات پیچیده و چند علیتی با تبعات سلامت
- ایجاد هماهنگی درون و بین‌دستگاهی در پیشبرد اقدامات مشترک برای سلامت
- تسهیل تدوین و اجرای مشارکتی و هماهنگ مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطوح ملی و استانی
- تسهیل تبادل منابع (اعم از انسانی و دانشی) و ظرفیت‌ها برای سلامت، بین سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذینفع
- کنترل عوامل خطر بیماری‌ها و آسیب‌های اجتماعی از طریق اخذ سیاست‌های سلامت محور

شاخص‌ها و مقادیر آن‌ها

نوع	نام	شاخص		هدف	وضعیت فعلی
		تعریف			
دولتی	تعداد دبیرخانه های سلامت ایجاد شده در سازمان ها/ دستگاه های اجرایی	منظور تعداد سازمان ها و دستگاه های اجرایی هستند که پس از ابلاغ مصوبه موضوعه، نسبت به تشکیل دبیرخانه سلامت (مطابق با شیوه نامه استقرار ابلاغی) اقدام کرده اند.	سازمان ها/ دستگاه های اجرایی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۳ قانون محاسبات عمومی کشور	۱۰ سازمان/ دستگاه عضو شورای عالی سلامت، از ۱۷ عضو رسمی؛ و ۲۳ سازمان/ دستگاه اجرایی از سایر سازمان ها/ دستگاه های اجرایی	
	وجود آیین نامه/ شیوه نامه/ دستورالعمل ایجاد و فعال سازی دبیرخانه های سلامت	منظور وجود مستند راهنمایی است که به صورت مدون اهداف، ماموریت ها، وظایف و نحوه راه اندازی و پیشبرد فعالیت های مورد انتظار از دبیرخانه های سلامت را به سازمان ها/ دستگاه های اجرایی موضوع مصوبه ابلاغ نموده باشد.	حداقل یک آیین نامه/ شیوه نامه/ دستورالعمل راهنما	تدوین و ابلاغ نسخه دوم از شیوه نامه استقرار دبیرخانه های سلامت (طی نامه به شماره ۱۰۰/۱۱۵۳ مورخ ۱۳۹۹/۷/۷)	
	نسبت دبیرخانه های سلامت توانمند شده	تعداد دبیرخانه های سلامتی هستند که حداقل در یک کارگاه آموزشی شرکت کرده ان به کل دبیرخانه های سلامت تشکیل شده	۱۰۰٪	۴۰٪*	
	نسبت دبیرخانه های سلامت دارای برنامه عملیاتی مبتنی بر تفاهم نامه های دوجانبه همکاری	تعداد دبیرخانه های سلامت دارای برنامه عملیاتی در راستای اهداف دبیرخانه/ تعداد کل دبیرخانه های سلامت تشکیل شده	۱۰۰٪	— **	
دولتی	تعداد تفاهم نامه های همکاری بین بخشی در راستای اجرایی سازی اهداف سند پیشگیری از بیماری های غیرواگیر	منظور تعداد تفاهم نامه های همکاری دوجانبه فی ما بین وزارت بهداشت و سازمان ها/ دستگاه های عضو شورای عالی است که با هماهنگی دبیرخانه های سلامت تدوین و به امضای روسای دستگاه ها رسیده است.	۱۰	۹ (۷ تفاهم نامه به مرحله امضا رسیده و ۲ تفاهم نامه در مرحله امضا هستند)	
	تعداد برنامه های فرابخشی سلامت محور	منظور تعداد برنامه هایی است که با هماهنگی دبیرخانه های سلامت سازمان ها/ دستگاه های ذینفع و با هدف ارتقا سلامت انسان، گیاه یا دام و رفع مشکلات حوزه سلامت و امنیت غذایی تدوین و مبنای اقدام مشترک قرار گرفته اند	۱۰۰٪ برنامه های بین بخشی مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	۱۰۰٪***	
دولتی	سلامت محور بودن سیاست و برنامه های دستگاه اجرایی	(ابزار در حال تدوین است)			

* در حال حاضر برنامه‌ریزی برای برگزاری دومین سری از مجموعه کارگاه‌های آموزشی و توانمندسازی عوامل دبیرخانه‌های سلامت در فصل زمستان در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با همکاری موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت (معتمد) در حال اجرا است.

** با توجه به ابلاغ اخیر شیوه‌نامه استقرار دبیرخانه‌های سلامت، مقدمات لازم برای انعقاد تفاهم‌نامه‌های همکاری دوجانبه فی ما بین وزارت بهداشت و سازمان‌ها/ دستگاه‌های موضوع مصوبه و متعاقب آن تدوین برنامه‌های عملیاتی، لحاظ شده و در حال اجرا است.

*** برنامه بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت (موضوع بند ۸ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی)، برنامه ارزیابی عملکرد سلامت‌محوری استانداران (موضوع بند ۱۰ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی)، بررسی روندها، فرصت‌ها و تهدیدهای ورود فناوری دیجیتال در حوزه سلامت (موضوع بند ۵ مصوبات پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) و برنامه ملی راهبردی مشترک «ارتقاء سلامت ۸ محصول کشاورزی» (موضوع بند ۶ پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی)

خلاصه اقدامات انجام شده

- مکاتبه برای معرفی مسئولین دبیرخانه‌های سلامت
- معرفی مسئولین دبیرخانه‌های سلامت سازمان‌ها/ دستگاه‌های اجرایی تا تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۳۰ (شامل وزارت خانه‌های کشور؛ جهاد کشاورزی؛ ورزش و جوانان؛ فرهنگ و ارشاد اسلامی؛ امور اقتصاد و دارایی؛ آموزش و پرورش؛ ارتباطات و فناوری اطلاعات؛ دادگستری؛ نفت؛ صنعت، معدن و تجارت؛ تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ راه و شهرسازی؛ دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح؛ میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری؛ علوم، تحقیقات و فناوری؛ نیرو؛ امور خارجه؛ و سازمان‌های صدا و سیما؛ حفاظت از محیط زیست؛ اسناد و کتابخانه ملی ایران؛ ثبت اسناد و املاک کشور؛ سازمان ملی استاندارد؛ سازمان انرژی اتمی؛ سازمان تبلیغات اسلامی؛ کمیته امداد امام خمینی (ره)؛ سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و همچنین نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران؛ بانک مرکزی؛ بنیاد شهید و امور ایثارگران؛ بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی؛ سپاه پاسداران انقلاب اسلامی؛ جمعیت هلال احمر؛ و معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری)
- برگزاری جلسات مشترک با روسای دبیرخانه‌های سلامت در خصوص همکاری در اجرای هماهنگ بسیج ملی کنترل پرفشاری خون برای استفاده حداکثری از منابع و ظرفیت‌های سازمانی دستگاه‌های اجرایی دولت در تسهیل و تسریع تحقق اهداف برنامه
- تدوین راهنمای بازدید از دبیرخانه‌های سلامت با همکاری همه کارشناسان دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- برنامه‌ریزی برای بازدید از دبیرخانه‌های سلامت با هماهنگی مسئولین دبیرخانه‌ها و بازدید از ۹ دبیرخانه سلامت تاکنون
- تشکیل کمیته توانمندسازی دبیرخانه‌های سلامت با همکاری مدیران گروه‌های دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تشکیل شورای هماهنگی دبیرخانه‌های سلامت سازمان‌ها/ دستگاه‌های اجرایی
- تدوین شیوه‌نامه تشکیل شورای هماهنگی دبیرخانه‌های سلامت و ابلاغ آن پس از تایید از سوی مسئولین دبیرخانه‌های سلامت
- برگزاری اولین کارگاه آموزشی - ترویجی برای دبیرخانه‌های سلامت در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۱۵ و ۱۳۹۷/۹/۲۴
- ارائه پیشنهاد خارج کردن تعدادی از رشته‌های کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی حوزه سلامت از شمول اختیاری بودن طرح نیروی انسانی خود برای گذراندن طرح‌شان در دبیرخانه‌های سلامت؛ و اخذ موافقت مقام وقت وزارت و درخواست به منابع انسانی (طی نامه به شماره ۱۰۳/۲۰۰/د مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۲۹ و نامه به شماره ۱۰۳/۶۴۵/د مورخ ۱۳۹۷/۰۷/۲۸)
- ابلاغ نسخه اول شیوه‌نامه تشکیل دبیرخانه سلامت به ۳۷ دستگاه اجرایی (طی نامه به شماره ۱۰۰/۲۸۵/د مورخ ۹۷/۳/۸ با امضای وزیر وقت بهداشت)
- استقرار کامل دبیرخانه‌های سلامت در ۳۳ سازمان/ دستگاه اجرایی دولتی
- ابلاغ فهرست کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت به جهت منع تبلیغات اقلام این فهرست در سال ۱۳۹۹ در راستای صیانت از سلامت جامعه و جلوگیری از القای مصرف این کالاها و خدمات، و نیز اطلاع‌رسانی به عموم جامعه برای افزایش سطح سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی آن‌ها در آینده

- برگزاری سلسله نشست‌های مجازی برنامه‌ریزی شده با حضور روسا و کارشناسان دبیرخانه‌های سلامت در خصوص اقدامات انجام شده در راستای پیشگیری، کنترل و مقابله با اپیدمی کووید-۱۹.
- تدوین گزارش جامع اقدامات دبیرخانه‌های سلامت در گام دوم مقابله و کنترل کووید ۱۹ (تا پایان خرداد ماه ۱۳۹۹).
- تدوین گزارش جامع اقدامات دبیرخانه‌های سلامت در گام اول مقابله و کنترل کووید ۱۹ (تا اول اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۹).
- شناسایی پیام‌گزاران سلامت استانی سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی موضوع مصوبه که به عنوان نماینده تام الاختیار در کارگروه استانی اجتماعی فرهنگی سلامت، زنان و خانواده شرکت می‌کنند.
- راه‌اندازی شبکه ملی دبیرخانه‌های سلامت سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی و پیام‌گزاران سلامت متناظر استانی (اعضای شورای پیام‌گزاران سلامت استان)
- بازنگری و ابلاغ نسخه نهایی شیوه نامه استقرار دبیرخانه‌های سلامت سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی به تمامی سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی هدف (طی نامه به شماره ۱۰۰/۱۱۵۳ به تاریخ ۱۳۹۹/۷/۷ با امضای وزیر محترم بهداشت)، با مشارکت حداکثری نمایندگان دستگاه‌ها و روسای دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت استانی (پیرو نامه شماره ۱۰۳/۲۵۲ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۹)

موانع اجرایی

برخی موانع جدی در مسیر استقرار دبیرخانه‌های سلامت به قرار زیر هستند:

- دشواری فرآیند مذاکره و توافق با برخی سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی موضوع مصوبه برای راه‌اندازی دبیرخانه-های سلامت مبتنی بر رویکرد بُرد-بُرد و در برخی موارد معرفی فرد مسئول از جمله سازمان برنامه و بودجه و سازمان پدافند غیرعامل
- عدم توافق میان ادارات/مراکز/دفاتر/معاونت‌های تخصصی درون برخی سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی موضوع مصوبه برای جانمایی دبیرخانه سلامت به دلیل تفاوت در ساختارهای سازمانی
- چالشی بودن ایفای کامل نقش هماهنگی از سوی دبیرخانه‌های سلامت نوپا در درون سازمان/دستگاه اجرایی تابعه میان ادارات/مراکز/دفاتر و معاونت‌های تخصصی مختلف در پیگیری مطالبات سلامت‌محور
- زمانبر بودن فرآیندهای تهییج و تشویق سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرای خارج از بخش سلامت برای گذار از رویکردهای سیاستگذاری سیلویی و پذیرش نقش و سهم سازمانی خود در حکمرانی مشارکتی برای سلامت
- ضعف قوانین و مقررات و زیرساخت‌های پشتیبان حکمرانی بین بخشی برای سلامت

راهکارهای پیشنهادی برای اجرای بهتر مصوبه

برخی از راهکارهای پیشنهادی مهم به قرار زیر هستند:

- طراحی و تدوین مانیفستی با محوریت حکمرانی مشارکتی برای سلامت مبتنی بر چارچوب اهداف و شاخص‌های سلامت و مرتبط با سلامت توسعه پایدار از سوی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و بسط آن از طریق برگزاری رویدادهای ترویجی چندجانبه و تلاش برای تبدیل آن به گفت‌وگو مسلط حوزه سلامت و امنیت غذایی کشور

- ترویج و انتشار دستاوردهای همکاری بین‌بخشی در رفع مشکلات غامض و چالش‌های پیچیده حوزه سلامت و امنیت غذایی از سوی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، با تاکید بر منافع حاصله برای طرف‌های ذینفع (رویکرد بُرد-بُرد)
- کمک و مشاوره به سازمان‌ها/دستگاه‌های اجرایی موضوع مصوبه برای جانمایی دبیرخانه سلامت با بالاترین میزان اثربخشی و کارآمدی
- کمک به دبیرخانه‌های سلامت نوپا در تهیه نگاشت سازمانی، نگاشت اهداف و وظایف واحدهای تخصصی سازمان/دستگاه اجرایی تابعه برای شناسایی و برقراری جریان‌های دانشی و تعاملی میان دبیرخانه‌های سلامت و واحدهای تخصصی سازمانی
- شناسایی شکاف‌های قانونی و زیرساختی تسهیل‌کننده حکمرانی مشارکتی برای سلامت و تنظیم پیشنهادهایی برای رفع آن‌ها به مراجع قانونی
- پیگیری پیشنهاد خارج کردن تعدادی از رشته‌های کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی حوزه سلامت از شمول اختیاری بودن طرح نیروی انسانی برای گذراندن طرح‌شان در دبیرخانه‌های سلامت از مراجع ذی‌ربط
- حمایت‌طلبی با مسئولین دستگاه‌های اجرایی جهت تثبیت ساختار دبیرخانه‌ها و پشتیبانی از دبیرخانه‌های سلامت
- برنامه‌ریزی برای برقراری نشست‌های دوره‌ای دو یا چندجانبه وزرای بهداشت با وزرا/روسای سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی موضوع مصوبه (به طور مثال در قالب صبحانه‌های کاری) برای پیگیری اقدامات مشترک در قالب برنامه‌ها و تفاهم‌نامه همکاری

منابع

1. Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for health in: the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe.
2. Kickbusch, I., & Behrendt, T. (2013). Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. World Health Organization. Regional Office for Europe.
3. Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies. sosiaali-ja terveystoimistio.
4. Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). Health in all policies: a guide for state and local governments. Washington, DC: American Public Health Association.
5. Ståhl, T. (2006). Health in all policies: prospects and potentials.
6. World Health Organization. (2018). Key learning on Health in All Policies implementation from around the world: information brochure (No. WHO/CED/PHE/SDH/18.1). World Health Organization.