

بررسی لایحه برنامه پنجم توسعه

فصل سوم - اجتماعی:

بیمه‌های اجتماعی، سلامت، بیمه سلامت، حمایت و

توانمندسازی سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده، ایشاکران

شماره (۳)

شماره مسلسل: ۱۰۲۵۰

خرداد ماه ۱۳۸۹

دفاتر: مطالعات اجتماعی

مطالعات فرهنگی



## به نام خدا

### فهرست مطالب

۱	پیشگفتار.....
۲	چکیده.....
۳	مقدمه.....
۳	فصل اول - بخش سلامت.....
۴	۱. نگاهی به وضعیت بخش سلامت.....
۴	۱-۱. شاخص‌های کلان سلامت.....
۷	۱-۲. نظام ارائه خدمات سلامت در ایران.....
۹	۱-۳. تأمین مالی.....
۱۲	۲. چالش‌های اصلی نظام ارائه خدمات سلامت در ایران.....
۱۲	۲-۱. مراقبت‌های سطح اول خدمات سلامت (عمومی - سرپایی).....
۱۳	۲-۲. مراقبت‌های سطح دوم (تخصصی - بیمارستانی).....
۱۴	۲-۳. سایر چالش‌های نظام سلامت کشور.....
۱۶	۲-۴. پیامدهای تداوم وضع موجود.....
۱۷	۳. مقایسه مواد برنامه با سیاست‌های کلی برنامه ابلاغی مقام معظم رهبری.....
۱۹	۴. مقایسه قانون برنامه چهارم توسعه با لایحه برنامه پنجم.....
۲۲	فصل دوم - بخش رفاه و تأمین اجتماعی و روابط کار.....
۲۵	۱. نگاهی به وضعیت بخش.....
۲۵	۱-۱. شاخص‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی.....
۳۴	۱-۲. حوزه روابط کار.....
۳۶	۲. مروری بر مشکلات و چالش‌های اساسی بخش.....
۳۶	۲-۱. مشکلات و چالش‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی.....
۳۸	۲-۲. مشکلات و چالش‌های حوزه روابط کار.....
۳۹	۳. مقایسه مواد برنامه با سیاست‌های کلی برنامه ابلاغی مقام معظم رهبری و چالش‌های بخش.....
۴۱	۴. تطبیق مواد لایحه با اسناد بالادستی.....
۴۱	فصل سوم - بررسی محتوایی مواد مرتبط در لایحه برنامه پنجم توسعه.....
۴۲	۳-۱. بیمه‌های اجتماعی.....
۴۸	۳-۲. سلامت.....
۵۸	۳-۳. بیمه سلامت.....
۶۵	۳-۴. حمایتی و توانمندسازی.....
۶۸	۳-۵. سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده.....
۹۰	منابع و مآخذ.....





## بررسی لایحه برنامه پنجم توسعه (۳)

### فصل سوم - اجتماعی:

بیمه‌های اجتماعی، سلامت، بیمه سلامت، حمایت و توانمندسازی سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده، ایثارگران

### پیشگفتار

#### ضوابط ارزیابی لایحه برنامه پنجم در مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

رویکرد مرکز پژوهش‌ها به موضوع برنامه‌ریزی و معیارهای ارزیابی لایحه برنامه پنجم توسعه در گزارش این مرکز به شماره مسلسل ۱۰۱۷۴ تبیین و در فروردین‌ماه ۱۳۸۹ منتشر شده است. امور اداری و اجرایی کشور توسط قوانین دائمی و موضوعه سروسامان داده می‌شود. براین اساس هدف از تدوین برنامه‌های میان‌مدت «اولویت‌بندی امور و اختصاص منابع انسانی و مالی محدود کشور به اولویت‌های مزبور» است. سند چشم‌انداز و سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغی مقام معظم رهبری اهداف و اولویت‌های کشور در پنج سال آتی را تعیین کرده‌اند. براساس این رویکرد ارزیابی احکام لایحه و پذیرش پیشنهادهای جدید برمبنای معیارهای زیر صورت گرفته است:

۱. هر حکمی که برخلاف سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری درخصوص برنامه پنجم توسعه بوده است یا به نوعی در پی اصلاح این سیاست‌ها باشد حذف یا اصلاح کلی شده است.

۲. هر حکمی که اصل یا اصولی از قانون اساسی را نقض کرده باشد حذف یا اصلاح کلی شده است. در لایحه دولت در موارد متعددی اصل هشتادوپنجم قانون اساسی (که نمایندگی را قائم به شخص دانسته و براین اساس مجلس نمی‌تواند اختیار قانونگذاری را به شخص یا هیئتی واگذار کند)، اصل پنجاهویکم قانون اساسی (هیچ نوع مالیات وضع نمی‌شود مگر به موجب قانون و موارد معافیت و بخشودگی و تخفیف مالیاتی نیز به موجب قانون مشخص می‌شود) و اصل پنجاهوسوم قانون اساسی (کلیه دریافت‌های دولت در حساب‌های خزانه‌داری کل متمرکز می‌شود و همه پرداخت‌ها در حدود اعتبارات مصوب به موجب قانون انجام می‌گیرد) نقض شده بود، که حذف یا اصلاح شده است.

۳. برطبق تفسیر شورای نگهبان از اصل هفتادوچهارم قانون اساسی ارائه لایحه توسط دولت باید انجام گیرد. براین اساس نمی‌توان دولت را ملزم به آوردن لایحه کرد مگر در مواردی که برای دستیابی به اهداف سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، اصلاح قانون یا رفع خلأ قانونی مورد نیاز



باشد. در این‌گونه موارد پیشنهاد با عبارت «براساس بند... سیاست‌های ابلاغی برنامه پنجم توسعه دولت موظف است برای... اقدام قانونی لازم را انجام دهد» ارائه شده است.

۴. سند برنامه محل اصلاح قوانین دائمی نیست. هر حکمی که به‌طور صریح یا ضمنی قوانین جاری را نسخ کند (جز در موارد خاص که برای دستیابی به اهداف سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه نیازمند اصلاح قانون باشد) حذف یا اصلاح کلی شده است.

۵. در قوانین فعلی کشور، دولت اختیارات بسیاری برای اداره امور کشور دارد. بنابراین موادی که به این امور پرداخته‌اند یا اساساً انجام آن حکم نیازی به مجوز قانونگذار ندارد حذف یا اصلاح کلی شده است.

۶. احکام و پیشنهادهایی که فاقد ماهیت برنامه‌ای بوده‌اند و جزء اولویت‌های تعیین شده در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه نبوده و فاقد زمانبندی و متولی اجرایی مشخص بوده، حذف شده است.

با اتخاذ رویکرد و معیارهای فوق ۶۶ ماده از لایحه پیشنهادی دولت عیناً مورد پذیرش قرار گرفته یا اصلاح عبارتی (جزئی) شده است، ۵۶ ماده اصلاح کلی و ۷۷ ماده حذف شده است. همچنین به‌منظور پوشش دادن به برخی سیاست‌های کلی برنامه پنجم یا مسائل اساسی کشور (که در بررسی‌های انجام شده توسط دفاتر تخصصی مرکز استخراج شده است) ۵۶ ماده برای الحاق به لایحه پیشنهاد شده است.

## چکیده

بررسی اجمالی لایحه پیشنهادی نشان می‌دهد احکام ابلاغی مرتبط با سلامت در سیاست‌های کلی در لایحه منظور شده است و بحث انسان سالم و سلامت همه‌جانبه تا حدود زیادی در احکام بخش سلامت دیده شده است. هرچند در برخی قسمت‌ها نظیر بخش دارو یا اورژانس‌های جاده‌ای هیچ حکمی در برنامه دیده نمی‌شود و در برخی قسمت‌ها نیز نظیر مدیریت بیمارستان‌ها احکام نیاز به بازنویسی دارد.

مهمترین نقاط قوت این لایحه در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی عبارتند از تأکید بر ثبات و پایداری صندوق‌های بازنشستگی، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، تداوم حمایت از زنان سرپرست خانوار، پرداخت سالیانه بدهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه‌ای، حفظ شأن، حرمت و کرامت ایثارگران، ساماندهی امور بازنشستگی و بیمه بیکاری کارکنان دولت و ...

ازسوی دیگر این لایحه در این بخش نقاط ضعفی دارد بی‌توجهی به موضوع مهم روابط کار



(به خصوص موضوع کار شایسته و نیز اصلاح قوانین و مقررات کار با سازوکار سه‌جانبه)، ابهام در احکام و برنامه‌های مربوط به نظام حمایتی و توانمندسازی از جمله کاستی‌های مهم این لایحه است. علاوه بر این، برخی جهت‌گیری‌ها و رویکردهای اتخاذ شده در این لایحه با مبانی علمی و فنی نظام تأمین اجتماعی و تجربه‌های موفق جهانی سازگاری ندارد و موجب بی‌ثباتی و ناپایداری صندوق‌های بازنشستگی می‌شود.

در این گزارش، به منظور رفع ایرادها و افزایش قابلیت اجرای احکام قانونی در حوزه سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی پیشنهادهایی در قالب حذف یا اصلاح برخی مواد و یا تنفیذ موادی از برنامه چهارم توسعه ارائه شده است.

## مقدمه

فصل سوم لایحه تحت عنوان امور اجتماعی مشتمل بر مواد (۲۹) الی (۴۸) است. در این فصل به مسائل مختلفی چون بیمه‌های اجتماعی، سلامت، بیمه‌های سلامت، امور حمایتی و توانمندسازی، سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده و امور ایثارگران پرداخته شده است. برای بررسی بهتر موضوع در این گزارش ابتدا مسائل کلی بخش، چالش‌های موجود و سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری تشریح شده است. برای بررسی دقیق‌تر این بخش به سه حوزه سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی و روابط کار و سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده تقسیم شده است. پس از بیان اهم مسائل هر حوزه به بررسی مواد پیشنهادی پرداخته خواهد شد.

## فصل اول - بخش سلامت

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است و برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و باکیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی شمرده می‌شود که مسئولیت و تولیت آن برعهده دولت‌هاست و پیش‌شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند ( اصول سوم، چهل و سوم و بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران).

سلامت یکی از نیازهای اجتناب‌ناپذیر و اساسی انسان است که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد. در این راستا، دستیابی همه افراد جامعه به سطح سلامت قابل قبول را بیشتر دولت‌ها از اهداف



اصلی خود دانسته‌اند، اما به علت تغییرات گسترده‌ای که در جوامع انسانی در شرف تکوین است مانند افزایش سن جمعیت، تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن و نوپدید، افزایش آگاهی‌های مرتبط با سلامت، افزایش درآمد، و رشد سریع تکنولوژی‌های پیشرفته و گرانتیمنت، دستیابی به این اهداف دشوارتر و پرهزینه‌تر شده است.

نگاهی بر جهت‌گیری اصلی بخش سلامت در برنامه‌های توسعه نشان می‌دهد که رویکرد اصلی برنامه‌های اول و دوم توسعه پس از انقلاب، تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور بوده است.

مهمترین سیاست‌های اتخاذ شده در چارچوب این رویکرد را می‌توان توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت از یکسو و گسترش بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در زمینه‌های آموزش، بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری از سوی دیگر دانست. به این ترتیب، افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، گسترش ظرفیت‌های بیمارستانی و نیروهای تخصصی آموزش‌دیده در کنار بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی باعث ارتقای شاخص‌های سلامتی همچون کاهش نرخ مرگومیر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیردار در کل علل مرگ شده است، اما در کنار موفقیت‌های کسب شده در برنامه‌های یاد شده، گسترش بی‌رویه مراکز درمانی به خصوص در بخش درمان بستری باعث به وجود آمدن ظرفیت‌های بیکار و اتلاف شدید منابع در این بخش شد. در چنین شرایطی برنامه سوم، با هدف افزایش کارایی، جلب مشارکت بخش غیردولتی و ساماندهی نظام ارائه خدمات (در زمینه‌هایی از قبیل سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور)، تدوین شد. همچنین در این برنامه اهمیت خاص به مقوله امنیت غذا و تغذیه داده شد و ماده (۱۹۷) به این امر اختصاص یافت.

در برنامه چهارم با جهت‌گیری‌های اصلی کاهش مخاطرات سلامتی و ارتقای امنیت غذایی، حضور فعال در بازارهای جهانی، عدالت در دسترسی و تأمین منابع مالی، توانمندسازی مردم در جهت ارتقای سلامت و تقویت و تعمیم هماهنگی‌ها و مشارکت‌های بین‌بخشی بر محوریت ارتقای سلامت تدوین شد.

## ۱. نگاهی به وضعیت بخش سلامت

### ۱-۱. شاخص‌های کلان سلامت

زنجیره ارزش در بخش سلامت همانند هر سیستمی به ترتیب شامل درون‌داد، فرآیند، برون‌داد، پیامد، اثر نهایی است که هر یک توسط شاخص‌هایی قابل اندازه‌گیری هستند. برای دستیابی به



اهداف سلامت، رضایت و عدالت مالی باید اهداف میانی (پیامد و برون‌داد) با تدارک درون‌دادهای مناسب در فرآیندی علمی فراهم شوند.

برای برنامه‌ریزی در بخش سلامت شاخص‌ها از اثر نهایی به درون‌داد بررسی و تحلیل می‌شوند:

روند امید زندگی در طی سی سال گذشته صعودی بوده است و میانگین آن از ۵۸/۹ در سال ۱۳۶۵ به ۷۱/۶۳ در سال ۱۳۸۶ رسیده است و بین امید زندگی زنان و مردان حدود دو سال تفاوت وجود دارد. علیرغم بهبود وضعیت بهداشتی در کشور، امید زندگی برای مردان و زنان در نقاط محروم پایین‌تر از سایر نقاط می‌باشد. در سال ۱۳۸۵ پایین‌ترین امید زندگی در سیستان و بلوچستان، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان مشاهده شده که در حقیقت جزء استان‌های با سطح توسعه‌یافتگی پایین هستند.<sup>۱</sup> بهبود وضعیت بهداشتی و کاهش مرگ‌ومیر اطفال در سال‌های بعد از انقلاب اسلامی علت افزایش قابل توجه امید زندگی می‌باشد. در سال ۱۳۸۵ رتبه این شاخص در بین کشورهای منطقه چشم‌انداز چهاردهم بوده است، امارات بهترین و یمن بدترین وضعیت را داشته‌اند.<sup>۲</sup>

بار بیماری‌ها یعنی مجموع سال‌های از دست‌رفته عمر (YLL)<sup>۳</sup> و سال‌های زندگی با ناتوانی و معلولیت به علت بیماری (YLD)<sup>۴</sup> به‌عنوان یکی از مهمترین عوامل برای رتبه‌بندی مشکلات سلامت است. مطالعه بار بیماری‌ها برای اولین در ایران توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ انجام شده است که نشان داد:

- میزان عمر از دست‌رفته صد هزار کودک صفر تا چهارساله در ایران بیش از گروه‌های سنی ۵ تا ۱۴ ساله، ۱۵ تا ۲۹ ساله و ۳۰ تا ۴۴ ساله است.

- سهم بیشتری از بار بیماری‌ها در زنان، ناتوانی ناشی از بیماری‌هاست که به‌طور عمده در سنین میانه عمر آنان متمرکز شده است. این موضوع در مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی نیز دیده می‌شود که بار مراجعه زنان به مراکز دریافت خدمات در همه انواع مراکز و بخش دولتی و خصوصی بیش از مردان است.

- در مطالعه بار بیماری‌ها مشخص شد که بار بیماری‌ها در گروه‌های سنی صفر تا چهار سال و پنجاه سال و بالاتر، نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر است و این بار مهمترین دلیلی است که آنها را به دریافت خدمات بهداشتی درمانی وارد می‌کند. نتایج مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی

۱. بانک جهانی، مترجم شادپور کامل، مطالعه نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷

2. World health statistics 2009, World Health Organization

3. Years of Life Lost

4. Years lost due to Disability



نیز مؤید این مطلب است و تأثیر این بار روی بار مراجعه را نشان می‌دهد. در گروه سنی زیر یکسال چون دفعات مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیاد است بخشی از این مراجعات برای دریافت مراقبت‌هاست ولی در بقیه سنین به‌خصوص سنین ۵۰ سال و بالاتر که هیچ‌گونه مراقبت طراحی شده‌ای در نظام ارائه خدمات وجود ندارد، عمده مراجعه ناشی از سال‌های سپری شده با ناتوانی (YLD) بالاتر در این گروه سنی است.

- حوادث عمدی و غیرعمدی بالاترین مقدار سال‌های ازدست‌رفته را دارند و پس از آن بیماری‌های قلبی عروقی قرار دارند، سپس بیماری‌ها و اختلالات مربوط به دوره‌ی حول تولد و سپس سرطان‌ها بالاترین رتبه را به‌خود اختصاص داده‌اند.

- بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری بیشترین مقدار و سال‌های زندگی با ناتوانی و معلولیت به‌علت بیماری را سبب می‌شوند و پس از آن حوادث عمدی و غیرعمدی و سپس بیماری‌های اسکلتی عضلانی و در ردیف چهارم بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، دستگاه گوارش، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های تنفسی قرار دارند.

- اگر از سه طبقه بیماری‌های چشم، بیماری‌های پوست، بیماری‌های اسکلتی عضلانی که کشندگی در بین بیماری‌های مربوط به این طبقات نادر است بگذریم، موارد زیر مشخص می‌گردد:  
- ۹۰/۴ درصد از بار ناشی از سرطان‌ها ناشی از YLL است (در زن و در مرد حدود ۹۰ درصد) و معنای آن این است که تشخیص آنقدر دیر است و درمان آنقدر دیرتر... که کمکی به حل مشکل نمی‌کند.

- ۶۷/۱ درصد از بار ناشی از حوادث عمدی و غیرعمدی مربوط به YLL است. (در زنان ۷۳/۶ و در مردان ۶۴/۴ درصد). برای کاهش بار ناشی از حوادث به‌طور عمده باید از کشندگی آن کاست.

- ۶۶ درصد از بار ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی مربوط به YLL است (این رقم در مردان ۷۳ درصد و در زنان ۵۹ درصد است).

- ۶۳ درصد از بار ناشی از بیماری‌ها و اختلالات مربوط به دوره‌ی حول تولد مربوط به YLL است (۶۵ درصد در زنان و ۶۲ درصد در مردان).

- این نسبت برای بیماری‌ها مادرزادی و اختلالات کروموزومی ۴۸ درصد و بیماری‌های عفونی و انگلی ۳۴ درصد عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان ۱۸ درصد، برای بیماری‌های تغذیه و متابولیک ۱۷ درصد، بیماری‌های دستگاه گوارش ۱۴ درصد و بیماری‌های دستگاه عصبی و دستگاه تنفسی هر یک ۱۲ درصد است.



در یک نتیجه گیری کلی می‌توان موارد زیر را یافت:<sup>۱</sup>

از ۲۱۶ سالی که هر ۱۰۰۰ نفر ایرانی با ابتلا به بیماری‌ها و آسیب‌های جدید از دست داده‌اند:

- ۱۹/۶ سال آن با حوادث ترافیکی از بین رفته‌اند

- ۱۴/۵ سال آن در نتیجه حوادث غیرمترقبه از بین رفته‌اند

- ۱۳/۱ سال آن در نتیجه بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب

- ۹ سال آن در نتیجه بیماری افسردگی

- ۸/۴ سال آن در نتیجه اعتیاد

- ۵/۵ سال آن در نتیجه سقوط

- ۵/۳ سال آن در نتیجه سکته مغزی

- ۴/۶ سال آن در نتیجه کمر درد

- ۴/۴ سال در نتیجه آرتروز زانو

- و ۴ سال آن در نتیجه آنمی بوده است.

براساس مطالعه بار منتسب به عوامل خطر در مطالعه ملی بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ بیشترین بار عوامل خطر مربوط به چاقی و اضافه وزن با باری معادل با ۴۵۰ هزار سال است. در مرحله بعدی پرفشاری خون با میزان حدود ۳۵۰ هزار سال، عدم فعالیت با ۳۰۰ هزار سال، بالای بودن کلسترول ۲۶۰ هزار سال، مواد مخدر با ۲۴۰ هزار سال، مصرف آب ناسالم با ۱۶۵ هزار سال، استروسورهای ارگونومیک با ۱۴۵ هزار سال قرار دارند.

## ۲-۱. نظام ارائه خدمات سلامت در ایران

به‌طور سنتی نظام ارائه خدمات در ایران به‌ویژه در بخش بستری و پیشگیری بر مبنای ارائه خدمات دولتی پایه‌گذاری شده است و خدمات در بخش سرپایی به‌طور گسترده‌ای توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود و ارائه‌کنندگان خدمات پاراکلینیکی نیز بیشتر خصوصی هستند، همچنین نظام خرید خدمات سلامت در ایران (خدمات بیمه‌ای) در نهادهای دولتی (کارکنان دولت، ارتش و کارگران رسمی) متمرکز بوده است.

بخش سلامت در کشور در طی سه دهه پس از انقلاب اسلامی اصلاحات عمده‌ای چون طراحی و استقرار نظام شبکه‌های بهداشتی ۱۳۶۴، ایجاد بیمه همگانی ۱۳۷۴ و سرانجام نظام ارجاع و پزشک خانواده ۱۳۸۴ که هرکدام درجات متفاوتی از موفقیت داشته‌اند را تجربه کرده است. اگرچه

۱. محسن نقوی و همکاران، بار بیماری‌ها و آسیب‌ها و بار عوامل خطر سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵.



از سال ۱۳۷۴ و با تصویب قانون بیمه همگانی جهت‌گیری نظام سلامت کشور از طب ملی به نظام بیمه‌ای تغییر یافت و تغییر در نظام تأمین مالی، افزایش دسترسی به خدمات، افزایش مشارکت مردم در هزینه‌ها و پایداری منابع مالی را می‌توان از دستاوردهای این تغییر برشمرد، اما در زمینه تغییر سیستم خرید خدمات و دخالت در بازار تقاضا، خرید آگاهانه و بهینه برای بیمه‌شدگان و استفاده از سازوکارهای صنعت بیمه جهت افزایش کارایی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها چندان موفق به‌نظر نمی‌رسد.

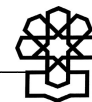
به‌منظور حفظ، تأمین و ارتقای سطح سلامتی در مردم ایران، نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در ایران تشکیل شد. ساختار فعلی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران، خدمات و مراقبت‌های سلامت را در سه سطح یک، دو و سه طبقه‌بندی و فراهم می‌کند:

**سطح یک -** واحدی در نظام ارائه خدمات سلامت که به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک مراقبت‌های اولیه (پزشک عمومی یا خانواده) یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمات‌های واحد پزشکی عمومی / خانواده، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

**سطح دو -** واحدی در نظام سلامت که خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشک عمومی / خانواده ارجاع‌کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح است.

**سطح سه -** واحدی در نظام سلامت که خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری دارای اولویت را در چارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع‌شدگان از سطوح یک و دو قرار می‌دهد و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع‌کننده فراهم می‌سازد. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می‌گیرد.

خدمات سلامت در کشور توسط بخش دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی و خیریه) در بخش سرپایی و بستری فراهم می‌شود، ارائه سطح اول خدمات در بخش دولتی در مناطق روستایی توسط خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی و در مناطق شهری توسط پایگاه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی شهری صورت می‌گیرد. سطح دوم خدمات توسط بیمارستان شهرستان و کلینیک تخصصی وابسته به آن و سطح سوم خدمات توسط بیمارستان مرکز استان و کلینیک فوق تخصصی وابسته به آن فراهم می‌گردد.



بخش خصوصی و خیریه غالباً در مناطق شهری مشغول ارائه خدمات سرپایی و بستری عمومی، تخصصی و فوق تخصصی هستند.

بخش عمومی مانند سازمان تأمین اجتماعی نظام ارائه خدمات سلامت ویژه خود در مناطق شهری دارد. در سیستم درمان مستقیم یا ملکی آن خدمات سطوح مختلف رایگان است و در درمان غیرمستقیم که از طریق قرارداد با سایر ارائه‌کنندگان (دولتی، خصوصی و خیریه) خدمات تشخیصی و درمانی در سطوح عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در بخش سرپایی و بستری فراهم می‌شود سهم بیمار بسته به نوع خدمت متفاوت است.

برخی از سازمان‌های دولتی و عمومی نیز برای خود سیستم ارائه خدمت خاص در سطوح عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در بخش سرپایی و بستری دارند. همانند وزارت نفت، دارایی، وزارت دفاع و نیروهای مسلح، شهرداری و ...

### ۳-۱. تأمین مالی

#### الف) روند کلان منابع بخش سلامت

در سال ۱۳۸۴ (۲۰۰۵) جمهوری اسلامی ایران سرانه ۷۸۸ دلار (PPP) هزینه سلامت کرده است که ۴۱۴ دلار آن از منابع دولتی یا عمومی بیمه‌ها هزینه شده است، این مبلغ ۷/۸ درصد تولید ناخالص داخلی کشور است. براساس آخرین محاسبات حساب‌های سلامت موجود و قابل مقایسه با سایر کشورها در آمار سازمان جهانی بهداشت ایران در سال ۱۳۸۳ حدود ۶/۶ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور را صرف سلامت کرده است که این میزان در مقایسه با کشورهای منطقه در رتبه بالایی قرار دارد با این حال میزان سهم منابع دولتی و عمومی (بیمه‌های اجتماعی) در مصارف کلی سلامت در مقایسه با منطقه و دنیا بسیار کم است (۴۷/۸ درصد). به نظر می‌رسد که کشور در زمینه تأمین مالی از طریق مسیرهای دولتی و عمومی خوب عمل نمی‌کند. به طوری که کمتر از نیمی از درآمدها از آن طریق به دست می‌آید و این امر وجود مشکلاتی را در مورد کارایی نسبی، عدالت و همچنین حفاظت مالی تهیدستان مطرح می‌کند.<sup>۱</sup>

#### ب) سرانه هزینه بخش بهداشت و درمان دولت

یکی از شاخص‌هایی که می‌تواند بیانگر میزان بهره‌مندی مردم از هزینه‌های صرف شده توسط دولت در بخش بهداشت و درمان باشد، سرانه هزینه‌های بخش بهداشت و درمان دولت است. این شاخص بیان می‌کند که به طور متوسط در هر سال چه میزان هزینه توسط دولت برای هر فرد در

۱. مسعود ابوالحلاج و همکاران، نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰ - ۱۳۸۴، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.



هر ماه پرداخت شده است.

سرانه کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت براساس قیمت‌های جاری از ۵ هزار ریال در سال ۱۳۷۵ به ۵۰ هزار ریال در سال ۱۳۸۵ رسیده است. اما براساس قیمت‌های ثابت (سال ۱۳۷۶)، سرانه کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت از ۶ هزار ریال در سال ۱۳۷۵ به ۱۴ هزار ریال در سال ۱۳۸۵ رسیده است.<sup>۱</sup>

روند گذشته تغییرات سرانه هزینه سلامت در ایران نشان‌دهنده میانگین افزایش ۱۱ درصدی سالیانه است. در صورتی‌که ایران قصد داشته باشد در سال ۱۴۰۴ جزء سه کشور اول منطقه در این شاخص باشد، براساس مدل‌های ریاضی بررسی رفتار این شاخص، رشد سالیانه این شاخص مابین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴ به حدود ۲۱ درصد و مابین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ به حدود ۳۷ درصد و مابین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۴ به حدود ۵۳ درصد باید برسد.<sup>۲</sup>

### ج) هزینه‌های فاجعه بار سلامت<sup>۲</sup>

وقتی نسبت هزینه‌های سلامت (اعم از مستقیم و غیرمستقیم) به ظرفیت پرداخت هر خانوار بیش از ۴۰ درصد باشد خانوار دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت شده است، بالا رفتن این شاخص بدین معنی است که خانوار میزان غیرمنطقی از ظرفیت پرداخت خود را باید جهت نگاهداشت سطح سلامت و درمان اعضای خانوار به‌ناچار هزینه کند.

مطالعات انجام شده در وزارت بهداشت نشان می‌دهد روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت، طی دوره ۱۳۷۴-۱۳۸۵ با نرخ رشدی ملایم، همواره درحال افزایش بوده است. این روند تغییرات باعث افزایش شاخص مذکور از ۰/۰۲۱۲ در سال ۱۳۷۴ به ۰/۰۲۲۶۵ در سال ۱۳۸۵ شده است.

در سال ۱۳۸۲ در مناطق شهری ۱/۸ درصد دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت بودند<sup>۳</sup> که این عدد با کاهش تدریجی به سطح ۱/۵ درصد در سال ۱۳۸۵ می‌رسد. همچنین در این بازه زمانی در مناطق روستایی، نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در سال ۱۳۸۲ از ۲/۶۶ به ۲/۱۵ درصد در ۱۳۸۳ روند کاهشی داشته است و در سال ۱۳۸۴ اندکی افزایش یافته (۲/۹۷ درصد) و در سال ۱۳۸۵ به ۲/۵۸۸ رسیده است.

۱. گزارش‌های مالی وزارت بهداشت.

۲. محمدحسین فروزانفر و همکاران گزارش طرح پیش‌بینی روند شاخص‌های نظام سلامت ایران و کشورهای منطقه تا سال ۱۴۰۴.

3. Catastrophic Health Expenditure

۴. رضوی، سید معاون و همکاران. «عدالت در تأمین مالی نظام سلامت»، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.



### د) شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت (FFCI)

در محاسبه این شاخص صورت کسر، هزینه‌هایی است که خانوار به صورت مستقیم صرف سلامتی خود و خانوار می‌کند و مخرج کسر، هزینه غیرخوراکی خانوار را شامل می‌شود. هرچه این نسبت برای کل خانوارها برابر باشد، نظام تأمین منابع عادلانه‌تر خواهد بود و هرچه این نسبت بین خانوارها و گروه‌های مختلف اجتماعی و درآمدی فاصله بیشتری داشته باشد، نظام تأمین مالی غیرعادلانه‌تر خواهد بود. مطالعات انجام گرفته در وزارت بهداشت نشان می‌دهند روند بهبود شاخص FFCI، که از سال ۱۳۷۵ آغاز شده بود (۰/۸۳۳) تا سال ۱۳۷۷ (۰/۸۳۵) تداوم یافت و سپس روند آن معکوس شده و با شیب نزولی کند در سال ۱۳۸۱ به ۰/۸۳۳ رسید و مجدداً روند بهبود آن از سال ۱۳۸۲ شروع و در سال ۱۳۸۵ به ۰/۸۳۶ رسید.

در بازه زمانی ۱۳۸۲-۱۳۸۵ وضعیت شاخص در مناطق شهری از ۰/۸۴۱ به ۰/۸۵۴ بهبود یافته است، لکن در مناطق روستایی با آهنگی کندتر نسبت به شهرها، کاهش یافته و از ۰/۸۲۹ در سال ۱۳۸۲ به ۰/۸۲۵ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. اگرچه از نظر تحلیل‌های مبتنی بر شاخص FFCi چنین روندی به معنی نا عادلانه‌تر شدن وضعیت توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی است، اما قضاوت در این خصوص مستلزم توجه به سایر ابعاد عدالت در سلامت همچون عدالت در دسترسی و عدالت در پیامدها نیز است.<sup>۱</sup>

### ه) شاخص پرداخت مستقیم از جیب مردم

بر اساس محاسبات انجام شده در مطالعه حساب‌های ملی سلامت در وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم به کل هزینه‌های سلامت از ۵۶ درصد در سال ۱۳۸۱ با رشد نزولی سالانه به ۴۹ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده است<sup>۲</sup> و از این سال به بعد رشد فزاینده‌ای یافته است. لازم به ذکر است که همزمان با این تغییرات دو اتفاق مهم افتاده است که ممکن است با این افزایش مرتبط باشد: یکی تصویب و اجرای قانون جدید نظام پزشکی و در نتیجه سپردن تعرفه-گذاری خدمات سلامت در بخش خصوصی به آن و دیگری راه‌اندازی عدم پذیرش تعرفه‌های بخش خصوصی توسط سازمان‌های بیمه‌گر.

قابل ذکر است که نتایج به دست آمده از مطالعه میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال

۱۳۸۱ جمهوری اسلامی ایران نشان می‌دهد که:

۱. امیرعباس فضائی، اندازه‌گیری شاخص عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.

۲. مسعود ابوالحلاج و همکاران، نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰ - ۱۳۸۴، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.



۱. درصد هزینه‌های مستقیم درمان (پرداخت از جیب) در بخش درمان سرپایی هزینه می‌گردد.
۲. بیشترین میزان پرداخت مستقیم در بخش سرپایی مربوط به هزینه‌های ویزیت متخصص اقدامات درمانی و هزینه دارو است.
۳. در حدود ۳۲ درصد از هزینه‌های مستقیم درمانی (پرداخت از جیب) در بخش درمان بستری هزینه می‌گردد.
۴. بیشترین میزان هزینه‌های پرداخت مستقیم توسط مردم [در بخش بستری] در بیمارستان‌های خصوصی مربوط به حق‌العلاج و در بیمارستان‌های دولتی مربوط به سایر هزینه‌های بستری بوده است.<sup>۱</sup>

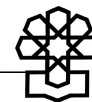
## ۲. چالش‌های اصلی نظام ارائه خدمات سلامت در ایران

### ۲-۱. مراقبت‌های سطح اول خدمات سلامت (عمومی - سرپایی)

فقدان یک پزشک مشخص برای هماهنگ ساختن سفر بیمار در نظام ارائه خدمات سلامت و تداوم بخشیدن به مراقبت‌های شخصی، به معنای مناسب نبودن عملکرد پیگیری است. وجود چندین زیرمجموعه گوناگون ارائه خدمت که هر کدام دارای شبکه‌های متفاوت تهیه و تنظیم برنامه‌های سلامتی هستند، دستیابی به یک پیگیری معنادار در امر مراقبت را با مشکل مواجه می‌سازند. این امر به عدم کارآیی اساسی، دو برابر شدن بررسی‌ها و مدیریت ضعیف شرایط و خیمی که بستگی حیاتی به پیگیری مراقبت‌ها دارند، منجر خواهد شد.

درحالی که ارجاع دادن در نظام روستایی در مناطق روستایی نسبتاً به‌خوبی عمل می‌کند در یک زنجیره درست ارجاع از خانه‌های بهداشت به مراکز بهداشت در روستاها و پس از آن به سطوح بالاتر - هیچ نظام ارجاعی در مناطق شهری حکمفرما نیست. مراقبت‌های اولیه در مناطق شهری با ورودی‌های بسیار به سیستم سلامتی به بخش‌های متعددی تقسیم شده است - مثلاً یک فرد می‌تواند از طریق پایگاه یا مرکز بهداشتی درمانی شهری، بخش بیماران سرپایی یا اورژانس در بیمارستان‌های دولتی، پزشکان عمومی خصوصی یا پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان، وارد کوچک کار می‌کنند، یا پزشکان عمومی خصوصی / پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان، وارد نظام درمانی گردد، اما هیچ اطلاعاتی در دست نیست که میزان ارجاع به بخش‌های مراقبت‌های ثانویه و استفاده از بخش‌های خصوصی را تعیین کند. به‌علت وجود نظام ضعیف ارجاع به‌ویژه در مناطق شهری، هیچ سیستم عمل‌کننده ارجاع متقابلی وجود ندارد.

۱. محسن نقوی و همکاران، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.



در حقیقت عدم اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده چالش اصلی نظام سلامت ایران در این بخش است.

## ۲-۲. مراقبت‌های سطح دوم (تخصصی - بیمارستانی)

براساس آمار منتشر شده<sup>۱</sup>، تعداد بیمارستان‌های کشور از ۳۸۷ عدد با ۴۸ هزار تخت بیمارستانی در سال ۱۳۵۷ به ۷۹۹ بیمارستان با ۱۱۹ هزار تخت ثابت در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته که در واقع در این مدت به‌طور متوسط حدود ۱۳ بیمارستان در هر سال ایجاد شده است. در حال حاضر ۹۳ درصد شهرها دارای بیمارستان هستند. در همین مدت با وجود افزایش نسبت تخت به هزار نفر جمعیت از ۱/۳۳ به ۱/۶۵ و نیاز به افزایش تخت بیمارستانی بیشتر، ضریب اشغال تخت از حدود ۶۵ درصد به ۵۸ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. به‌عبارتی در عین نیاز به افزایش تخت، بهره‌وری از این منابع کاهش یافته است.

براساس گزارش معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ضریب اشغال ۵۱۲ بیمارستان زیرمجموعه این وزارتخانه در سال ۱۳۸۵ به این‌صورت بوده است که در این سال حدود ۱۱۹ بیمارستان (۲۳/۲۴ درصد) ضریب اشغالی زیر ۴۵ درصد داشته‌اند و تنها ۴۸ بیمارستان (۹/۳۸ درصد) ضریب اشغالی بیش از ۸۵ درصد داشته‌اند.<sup>۲</sup>

براساس تحقیقات صورت گرفته در وزارت بهداشت<sup>۳</sup> در مجموع می‌توان بیان داشت ساختار سطح دوم ارائه خدمات سلامت به‌ویژه بیمارستانی با مشکلات بنیادین زیر روبرو است:

- تمرکز شدید ستادی در فرآیند تصمیم‌گیری به‌خصوص در حوزه بهداشت.  
- عدم شفافیت مسئولیت‌ها در سطوح ستادی و محیطی و شفاف نبودن سطوح پاسخگویی در نظام سلامت.

- عدم مشارکت سازماندهی شده سایر بخش‌ها در تأمین سلامت (ضعف ارتباط درون‌بخشی و بین‌بخشی).

- درگیری شدید دولت (وزارت بهداشت و برخی دستگاه‌های اجرایی) در امور اجرایی (ارائه خدمات در تمامی سطوح) و عدم تبیین جایگاه واقعی بخش غیردولتی در نظام ارائه خدمت.  
- وجود موانع ساختاری در استقرار نظام ارجاع به‌دلیل قطع ارتباط حوزه درمان و بهداشت (ضعف هماهنگی و قطع زنجیره ارجاع در نظام ارائه خدمت).

۱. سالنامه آماری کشور ۱۳۸۶.

۲. اطلاعات ارسالی از معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۳. محمدحسین سالاریان‌زاده، سند سیاست مراقبت‌های سطح دوم نظام ارائه خدمات سلامت، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.



- وجود موانع ساختاری در استقرار طرح پزشک خانواده/ بیمه روستایی به دلیل قطع ارتباط حوزه درمان و بهداشت (در سطح دوم).
  - ایجاد شبکه‌های موازی غیررسمی نظارت و ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، دارو، غذا، فوریت‌ها و ... شبیه شبکه بهداشت و درمان.
  - فقدان بهره‌برداری لازم از تمام ظرفیت‌های موجود شبکه جهت پیاده‌سازی طرح‌ها و برنامه‌های سلامت.
  - ناکارآمدی ساختار موجود در مقابل نیازهای جدید مانند بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها و حوادث.
- تمامی این نکات بیانگر این موضوع هستند که نظام ارائه خدمات بیمارستانی و نحوه اداره بیمارستاها در ایران با چالش‌های بزرگی مواجه است. بزرگ‌ترین چالش موجود نحوه اداره بیمارستان‌های دولتی و تمرکزگرایی شدید در آنهاست.

### ۳-۲. سایر چالش‌های نظام سلامت کشور

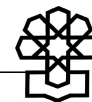
چالش‌ها و مشکلات دسته‌بندی شده نظام سلامت عبارتند از:

#### الف) ساختار نامناسب

- جدایی پیشگیری از درمان
- ابهام در ساختار کلان و تعارض منافع ناشی از آن: برای مثال نقش‌های متعدد وزارت بهداشت به‌عنوان سیاستگذار، ناظر، صدور مجوز، ارائه‌کننده
- نظام تصمیم‌گیری بسیار متمرکز
- نظام ارائه خدمات و خرید خدمات گسسته (چند پاره)
- توزیع نامناسب ارائه‌کنندگان در سطح خرد و کلان

#### ب) انفجار هزینه‌ها

- استفاده زیاد از تکنولوژی گرانقیمت
- مراجعه مستقیم به سطوح تخصصی و فوق تخصصی و ارجاع ضعیف
- نظام پرداخت هزینه‌زا
- مراجعات مکرر مردم (مخاطرات اخلاقی و تقاضای القایی)
- ورود بی‌رویه ارائه‌کنندگان اضافی به بازار



- تجویز غیرمنطقی دارو
- ابهام در بسته خدمات سلامت
- بیماری‌های نوپدید و بازپدید

### ج) کیفیت نامناسب

- خدمات غیراستاندارد (فقدان راهنماهای بالینی)
- بهای غیرمنطقی و کم خدمات (برخی موارد زیاد)
- بودجه نامنعطف و سخت
- تجویز غیرمنطقی دارو
- نظام تصمیم‌گیری بسیار متمرکز
- زمان کم ویزیت بیمار
- سازوکارهای کنترلی ضعیف
- کاهش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی ارائه‌کنندگان

### د) تأمین مالی نامناسب و ناعادلانه

- بالا بودن هزینه‌های درمانی اسفبار ۲/۳ درصد حتی در بیمه‌شدگان
- بالا بودن هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب
- روش تأمین مالی کاهنده عدالت
- صندوق‌های متعدد و گسسته
- کاهش مشارکت دولت و بخش عمومی
- تعداد و عمق پوشش ناکافی بیمه

### ه) مشکلات مدیریتی

- کنترل ضعیف
- تصمیم‌گیری بروش ناکارآ
- عدم تناسب مسئولیت و اختیار
- تصمیم‌گیری براساس عقاید فردی
- عدم ثبت اطلاعات بهداشتی و هزینه‌ای (به‌ویژه سرپایی)
- فقدان و کمبود اطلاعات بخش خصوصی



## و) گسستگی بار بیماری از مصارف

- بار بیماری در بیماری‌های مزمن و تصادفات
- هزینه در خدمات سطح سوم دارو و پاراکلینیک و کم در پیشگیری

### ۴-۲. پیامدهای تداوم وضع موجود

در نتیجه مشکلات فوق ارائه خدمات سلامتی به صورت فعلی دارای معایب بسیاری است که عدم اصلاح آن منجر به ادامه و گسترش چالش‌های زیر و ناکارآمدی نظام سلامت در دستیابی به اهداف سلامت، رضایت و عدالت مالی خواهد شد و در نتیجه بیماری‌های غیرواگیردار و واگیردار نوپدید و بازپدید گسترش می‌یابند که هزینه‌های اقتصادی اجتماعی بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند و سبب افت تولید و کاهش درآمد ناخالص ملی می‌شود.

- مصرف ناصحیح خدمات سلامتی از جمله دارو، آزمایش و گرافی‌ها.
  - دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی.
  - افت کیفیت مستمر در ارائه خدمات.
  - عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه سلامتی.
  - افزایش هزینه‌های سلامتی خانوار و کاهش سهم دولت در هزینه‌های سلامتی.
  - نارضایتی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت.
  - سرگردانی بیمار و عدم هدایت بیماران به مسیر صحیح که باعث آسیب به سلامتی فرد، زیان‌های مالی و از دست دادن فرصت‌های بهبود می‌گردد.
  - نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌زا.
  - ناکارآمدی بیمه‌های درمانی و ایجاد بیمه‌های موازی.
  - عدم وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد.
  - ناکارآمدی ارائه خدمات در بخش دولتی و ایجاد سیستم‌های موازی در سایر دستگاه‌ها.
- مهمترین عنصر زمینه‌ای در این مشکلات ناهماهنگی بین نقش‌آفرینان اصلی سیستم سلامتی و تداخل فراوان نقش‌ها، وظایف و مسئولیت‌هاست. مجموعه این مشکلات فقدان یک سیستم سلامتی تعریف شده منسجم و هماهنگ را تداعی می‌کند به طوری که به نظر می‌رسد راهکارهای مختلف حل این مسائل می‌باید در درون یک اصلاح اساسی در سیستم سلامتی، از سیاستگذاری تا اجرا صورت پذیرد. در این راستا اقداماتی اساسی می‌تواند برای رفع مشکلات فوق مؤثر باشد که حداقل شرایط زیر را در نظر بگیرد:



- ایجاد زمینه بهبود شاخص‌های کمی و کیفی سلامت.
- بهبود الگوی تولید و مصرف کالای سلامت از طریق ساماندهی رفتار ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات.
- افزایش ظرفیت اشتغال برای گروه‌های پزشکی ضمن کاهش تصدیگری دولت.
- تعریف بسته یکپارچه خدمات سلامتی برای ارائه‌کنندگان و بیمه‌ها.
- تأمین، تخصیص و توزیع بهینه منابع بخش سلامت مبتنی بر اصل «عدالت» و تعیین سازوکارهای کنترل‌کننده برای جلوگیری از هدر رفتن منابع.
- بهبود کیفیت ارائه خدمات از طریق ایجاد رقابت در عناصر ارائه‌کننده خدمت (نقش آفرینان).

### ۳. مقایسه مواد برنامه با سیاست‌های کلی برنامه ابلاغی مقام معظم رهبری

مقایسه سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری با احکام لایحه برنامه پنجم در جدول ۱ آمده است. نگاهی اجمالی نشان می‌دهد که کلیه سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در تدوین مواد لایحه مورد توجه قرار گرفته است.

جدول ۱. مقایسه سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری با احکام لایحه برنامه پنجم

عنوان سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری	حکم پیشنهادی
۱۹. تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه	ماده (۳۶) به‌منظور حفظ یکپارچگی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت دولت مکلف است، اقدام‌های زیر را انجام دهد:
۱۹-۱. یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی	ماده (۳۹) به‌منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، اقدام‌های زیر انجام می‌شود: الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران و براساس اطلاعات طبقه‌بندی شده اقدام می‌نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند. ب) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی می‌نماید. کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.
	ماده (۴۲) به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و



حکم پیشنهادی	عنوان سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری
<p>عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، کاهش تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر انجام می‌شود.</p>	
<p><b>ماده (۳۶- الف)</b> استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تدوین و توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد.</p> <p>ب) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی را در سال اول برنامه باز طراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید.</p> <p><b>تبصره «۱»</b> - پزشکی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی نمی‌باشند. به دولت اجازه داده می‌شود تعرفه خدمات درمانی را در این‌گونه بیمارستان‌ها حداکثر معادل هزینه تمام شده خدمات به‌منظور جبران خدمات پزشکان تعیین نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند. مشروط به آنکه صرفاً از یک محل به میزان بخش دولتی بدون هیچ‌گونه دریافتی دیگری حقوق و مزایا دریافت نمایند.</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی توسط بخش‌های دولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت.</p> <p><b>ماده (۴۱) بند «ب»</b> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدام‌های لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی، انتقال آنها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق، عوارضی معادل (۱۰) درصد از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری به‌طور علی‌الحساب به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد. توزیع این منابع توسط وزارتخانه مزبور با تأیید معاونت بر اساس عملکرد واحدهای فوق‌الذکر بر مبنای تعرفه‌های مصوب، هر سه ماه یکبار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه‌کرد اعتبارات مذکور را هر ۶ ماه یکبار به بیمه مرکزی و معاونت گزارش نماید.</p>	<p>۲-۱۹. ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی.</p>
<p><b>ماده (۳۸)</b> به‌منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت</p> <p>الف) دولت حمایت مالی لازم را از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت به‌عمل آورد. آیین‌نامه این بند طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p> <p>ب) دولت سالیانه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبذ غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام و مورد حمایت مالی قرار دهد.</p>	<p>۲-۱۹. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت</p>



عنوان سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری	حکم پیشنهادی
۴-۱۹. اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی.	<p>ماده (۴۱) بند «الف» فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت تعیین و ابلاغ می‌شود.</p> <p>ماده (۴۱) بند «ج» تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالیانه توسط کارگروه موضوع بند «الف» تعیین و اعلام می‌شود. از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.</p> <p><b>تبصره -</b> عدم رعایت مفاد بند «ج» این ماده مستوجب جزای نقدی از ۱۰۰ میلیون ریال تا یک میلیارد ریال خواهد بود. در صورت تکرار برای هر دفعه ۲۰ درصد به نصاب حداقل و حدکثر مذکور و قبلی حسب مورد اضافه می‌شود.</p>

#### ۴. مقایسه قانون برنامه چهارم توسعه با لایحه برنامه پنجم

مقایسه مواد قانون برنامه چهارم توسعه با لایحه برنامه پنجم در بخش سلامت در جدول ۲ آمده است. نگاهی اجمالی به این جدول نشان می‌دهد اکثر احکام لایحه پیشنهادی به نوعی در راستای سیاست‌ها و احکام برنامه چهارم بوده است البته در برخی موارد نظیر دارو هیچ حکمی در لایحه پیشنهادی نیامده است.

جدول ۲. مقایسه مواد قانون برنامه چهارم توسعه با لایحه برنامه پنجم در بخش سلامت

برنامه پنجم	برنامه چهارم
<p>ماده (۳۶)- به منظور حفظ یکپارچگی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت به دولت اجازه داده می‌شود:</p> <p>الف) استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تدوین و توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد.</p>	<p>ماده (۹۱) (ب) تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.</p>
<p>ب) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی را در سال اول برنامه بازطراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید.</p> <p>تبصره «۱»- پزشکی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی نمی‌باشند. به دولت اجازه داده می‌شود تعرفه خدمات درمانی را در این‌گونه بیمارستان‌ها حداکثر معادل هزینه تمام شده خدمات به منظور جبران خدمات پزشکان تعیین نماید.</p>	<p>ماده (۸۹) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات</p>



برنامه چهارم	برنامه پنجم
<p>بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات، مطابق با سطح بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران امکان پذیر خواهد بود.</p> <p>در خصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار H.S.E، طبق مقررات اختصاصی ذیربط عمل خواهد شد.</p> <p><b>تبصره</b> - مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می گردد، نمی باشد</p>	<p>پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می باشند. مشروط به آنکه صرفاً از یک محل به میزان بخش دولتی بدون هیچ گونه دریافتی دیگری حقوق و مزایا دریافت نمایند.</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی توسط بخش های دولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت.</p>
<p><b>ماده (۸۷)</b> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰ درصد) مصارف ارزی بخش بهداشت</p>	<p><b>ماده (۳۸)</b> - به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:</p> <p>الف) دولت حمایت مالی لازم را از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک های دانش و سلامت به عمل آورد. آیین نامه این بند طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می رسد.</p> <p>ب) دولت سالیانه فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبب غذایی مطلوب برای گروه های سنی مختلف را اعلام و مورد حمایت مالی قرار دهد.</p> <p><b>ماده (۳۹)</b> - به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، اقدام های زیر انجام می شود:</p> <p>الف) وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران و براساس اطلاعات طبقه بندی شده اقدام می نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند.</p>



برنامه پنجم	برنامه چهارم
	و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد
ب) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی می‌نماید. کلیه واحدهای زیربند اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند	ماده (۸۸) هـ) طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی
ماده (۴۰) به پزشکانی که براساس اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق کمتر توسعه‌یافته که فهرست آنها به تأیید معاونت می‌رسد به طور مستمر (حداقل دو سال) خدمت نمایند با تصویب هیئت وزیران فوق‌العاده خاص علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می‌شود.	
ماده (۴۱) برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌های زیر انجام می‌شود:	
الف) فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت تعیین و ابلاغ می‌شود. ب) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدام‌های لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی، انتقال آنها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق، عوارضی معادل ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد. توزیع این منابع توسط وزارتخانه مزبور با تأیید معاونت براساس عملکرد واحدهای فوق‌الذکر بر مبنای تعرفه‌های مصوب، هر سه ماه یکبار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه‌کرد اعتبارات مذکور را هر ۶ ماه یکبار به بیمه مرکزی و معاونت گزارش نماید.	ماده (۹۲) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند. به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، عوارضی معادل ده درصد (۱۰٪) حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع براساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر ۶ ماه یکبار صورت خواهد گرفت.
ج) تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالیانه توسط کارگروه موضوع بند «الف» تعیین و اعلام می‌شود. از سوی کلیه رسانه‌ها	ماده (۸۴) ب) تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی



برنامه پنجم	برنامه چهارم
ممنوع است. <b>تبصره -</b> عدم رعایت مفاد بند « ج » این ماده مستوجب جزای نقدی از ۱۰۰ میلیون ریال تا یک میلیارد ریال خواهد بود. در صورت تکرار برای هر دفعه بیست ۲۰ درصد به نصاب حداقل و حدکثر مذکور و قبلی حسب مورد اضافه می‌شود.	لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه. سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران و دستگاه‌های اجرایی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه جامع یاد شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.
	<b>ماده (۸۳)</b> <i>الف) تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» با ادغام «شورای غذا و تغذیه» و «شورای عالی سلامت» پس از طی مراحل قانونی.</i>
	<b>ماده (۸۸)</b> ج) اداره بیمارستان‌های پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتهای و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به آنها در چارچوب تعرفه‌های مصوب

## فصل دوم - بخش رفاه و تأمین اجتماعی و روابط کار

تأمین اجتماعی جامع و فراگیر یکی از ضرورت‌های نظام‌های اقتصادی و اجتماعی هر کشور است. از یک‌سو، تحقق عدالت اجتماعی به‌عنوان آرمانی‌ترین هدف نظام جمهوری اسلامی مسیری مطمئن‌تر از گسترش تأمین اجتماعی ندارد و از سوی دیگر، اصلاح نظام اقتصادی کشور، رفع موانع کسب‌وکار و بهبود شرایط بازار کار مستلزم وجود یک نظام تأمین اجتماعی جامع و فراگیر است.

علاوه بر این، بهبود فضای کسب‌وکار در کنار تأمین حقوق بنیادین نیروی کار، نیازمند اصلاح روابط کار و شکل‌گیری فضایی مبتنی بر تفاهم، درک متقابل و همکاری سازنده بین جامعه کارگری و کارفرمایی است که از طریق تنظیم روابط کار تحقق می‌یابد.

روابط کار که دربرگیرنده موضوعاتی مانند قراردادهای کار، تأمین حقوق و تکالیف متقابل کارگر و کارفرما، تعیین حداقل دستمزد، سازوکارهای حل اختلاف و مانند آن است، در قانون برنامه چهارم توسعه ماده (۱۰۱) در قالب سند ملی توسعه کار شایسته مورد توجه قرار گرفته که



محورهای مهم آن شامل حقوق بنیادین کار، گفتگوهای اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی، حقوق صنفی و مدنی کارگری، سه‌جانبه‌گرایی و اشتغال مولد است.

بنابراین، تأمین اجتماعی و روابط کار لازم و ملزوم یکدیگرند و دو شرط مهم برای تحقق عدالت اجتماعی به‌شمار می‌آیند. در جهان امروز، جلوگیری از گسترش فقر و حمایت از اقشار کم‌درآمد با دو سیاست اشتغال‌زایی و تأمین اجتماعی پیگیری می‌شود و در این میان، تنظیم روابط کار که راهبردی مؤثر برای تضمین حقوق کار و ایجاد مناسبات سازنده بین کارگران و کارفرمایان است، نباید مورد غفلت قرار گیرد.

امروزه برای همه روشن است که سیاست‌های کلان اقتصادی و اجتماعی، به‌خصوص آزادسازی و خصوصی‌سازی، در کنار آثار سازنده‌اش برای اقتصاد ملی، پیامدهای ناگواری هم دارد که به‌صورت بیکاری، کاهش درآمد نیروی کار، بی‌ثباتی شغلی، بی‌توجهی به حقوق کارگران، تبعیض در محیط کار و در نهایت گسترش دامنه فقر و نابرابری در جامعه بروز می‌کند. علاوه‌بر این، نیروی کار به‌عنوان رکن اصلی تولید و خدمت‌رسانی در جامعه، همواره با خطرهایی مانند بیماری، حادثه، ازکارافتادگی، فوت، سالمندی و یا ورشکستگی و خسارت مالی در اثر حوادث طبیعی و غیرطبیعی نیز مواجه است.

بی‌تردید برای حمایت از نیروی کار در برابر این خطرات گسترده و ایجاد امنیت و آرامش برای خانواده آنان، علاوه‌بر شرایط مناسب شغلی، یک نظام تأمین اجتماعی قوی، کارآمد و فراگیر مورد نیاز است. در غیر این‌صورت، آثار ناگوار ناشی از این مخاطرات، به‌صورت فقر گسترده و عمیق، نارضایتی عمومی، عدم همراهی مردم با برنامه‌های توسعه ملی، عدم پایداری مردم به قوانین و در نهایت، افزایش بزهکاری‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی در جامعه چهره خشن خود را نشان داده و امنیت ملی را با مخاطره روبرو خواهد ساخت.

در لایحه برنامه پنجم توسعه، موضوعات مرتبط با حوزه رفاه و تأمین اجتماعی ذیل سرفصل‌های علم و فناوری بند «ه» ماده (۲۲)، بیمه‌های اجتماعی مواد (۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵)، سلامت مواد (۳۷ و ۳۹)، بیمه سلامت (ماده ۴۲)، امور حمایتی و توانمندسازی مواد (۴۳ و ۴۴)، ایثارگران ماده (۴۸)، نظام اداری مواد (۵۲ و ۵۳) و اشتغال بند «و» ماده (۷۱) آمده است. مهمترین هدف‌های مورد نظر در تنظیم مواد یاد شده به این شرح است:

- ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی (ماده ۳۰)

• کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت

• استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها

- برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه (ماده ۳۱)



- ایجاد فضای رقابتی در عرصه بیمه‌های اجتماعی (ماده ۳۲)
- تشکیل صندوق‌های بازنشستگی خصوصی توسط بخش غیردولتی
- تسهیل در شرایط نقل و انتقال بیمه‌شدگان بین صندوق‌های دولتی و خصوصی
- پرداخت بخشی از حق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد از طریق دولت در بیمه‌های خصوصی

- پرداخت سالیانه و کاهش بدهی‌های دولت به صندوق‌های بیمه‌ای (ماده ۳۳)
- توسعه کمی و کیفی و پوشش عادلانه و فراگیر بیمه‌های سلامت (ماده ۴۲)
- فراهم‌سازی شرایط بیمه همگانی برای آحاد جامعه
- معادل‌سازی خدمات بیمه سلامت روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری
- تغییر مبنای کسر حق بیمه سلامت به درصدی از درآمد (به جای سرانه)
- بازنگری سالیانه ارزش نسبی و تعرفه خدمات استاندارد سلامت
- الزام سازمان‌های بیمه‌گر به «خرید راهبردی خدمات سلامت»
- الزام سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه به رعایت ضوابط ابلاغی هیئت وزیران
- تحقق عدالت در تخصیص منابع و امکانات و کاهش فقر و نابرابری درآمدی (ماده ۴۳):
- تدوین سیاست‌ها و سازوکارهای اجرایی
- اصلاح ساختاری نهادهای بیمه‌ای و حمایتی
- ادغام، تجمیع ساختاری یا مدیریتی یا واگذاری وظایف و منابع
- توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند

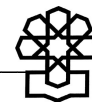
ماده (۴۴):

- طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی
- توانمندسازی و خروج حداقل سالیانه ۱۰ درصد خانوارها از پوشش حمایت‌های مستقیم
- تأمین حق بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین

نیازمند

- حفظ حرمت و کرامت ایثارگران بند «الف» ماده (۴۸):
- تأمین صد درصد سرانه درمانی بیمه پایه سلامت (همگانی و مکمل) برای ایثارگران و خانواده آنها

- ساماندهی امور بازنشستگی و بیمه بیکاری کارکنان دولت (ماده ۵۲)



## ۱. نگاهی به وضعیت بخش

شاخص‌های مهم بخش در دو محور شاخص‌های اختصاصی بخش و شاخص‌های فراگیر (بین بخشی) مورد بررسی قرار می‌گیرد. در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی، شاخص‌های اختصاصی شامل نسبت‌ها و میزان‌های مرتبط با فراگیری پوشش جمعیت، استمرار پوشش، جامعیت و کفایت خدمات، پایداری منابع (منابع مالی، انسانی و مدیریتی) مورد بحث قرار می‌گیرد. شاخص فراگیر این حوزه نیز شامل مواردی است که بیان‌کننده میزان فقر و نابرابری اقتصادی در سطح جامعه است که این شاخص‌ها نه فقط تحت تأثیر حوزه رفاه و تأمین اجتماعی بلکه متأثر از عملکرد سایر بخش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز هستند.

در حوزه روابط کار نیز، هرچند که نمی‌توان شاخص عددی ارائه داد، اما چگونگی اجرای تکالیف قانونی در موضوعات مرتبط قابل بررسی است. موضوعاتی مانند قراردادهای کار، تنظیم روابط فردی و جمعی کارگر و کارفرما، شرایط ایمنی و بهداشتی کار و کارگاه، شرایط کار، حقوق و مزایا، راهکارهای حل اختلاف و... در حوزه روابط کار بررسی می‌شوند. از آنجا که این موضوعات در قوانین کار، بیمه بیکاری، شوراهای اسلامی کار، تأمین اجتماعی و موارد مرتبط تعیین تکلیف شده‌اند، قانون برنامه چهارم توسعه، در مواردی مواد (۴۱، ۹۶ و ۱۰۱) دولت را مکلف به بازنگری و تغییر در برخی از این قوانین کرده است که چگونگی اجرای آن در این بخش بررسی خواهد شد.

### ۱-۱. شاخص‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی

فراگیری، استمرار، جامعیت و پایداری جزء اصول مهم نظام تأمین اجتماعی است. اصل «فراگیری» به این معناست که تمام افراد کشور از حمایت تأمین اجتماعی برخوردار باشند<sup>۱</sup> و هیچ‌کس خارج از پوشش این چتر حمایتی باقی نماند. اصل «استمرار» نیز به مفهوم این است که پوشش فراگیر نظام تأمین اجتماعی در طول زندگی فرد (و پس از فوت او برای بازماندگانش) ادامه یابد. دو اصل فراگیری و استمرار ایجاب می‌کند که همه افراد جامعه از حمایت مستمر تأمین اجتماعی برخوردار و از وجود آن آگاه باشند. این آگاهی و برخورداری موجب می‌شود که برای مردم امنیت‌خاطر و آرامش روانی حداقلی ایجاد شود و این امر از بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و ناهنجاری‌ها پیشگیری می‌کند.

۱. بند «ج» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.



اصل «جامعیت»<sup>۱</sup> به این مفهوم است که نظام تأمین اجتماعی باید همه خطرات رایج و تصریح شده در قانون را پوشش دهد. خطرات طبیعی یا غیرطبیعی و پیامدهای ناگوار ناشی از برخی سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی مانند بیکاری دائم یا موقت، افت درآمد خانوارها، ورشکستگی، بیماری، حوادث و سوانح، آسیب‌های جسمی و روانی و روحی، ازکارافتادگی، سالمندی، فوت سرپرست خانوار، آسیب‌های مالی و سرمایه‌ای و... که در مواد مختلف قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است، باید تماماً مورد حمایت نظام تأمین اجتماعی باشند و اطمینان حاصل شود که این حمایت‌ها مطابق قوانین و تعهدات قبلی، به‌موقع ارائه خواهند شد.

اصل «پایداری» به این معناست که حمایت‌ها و خدمات نظام تأمین اجتماعی در بلندمدت و در طول دوره حیات هر فرد و خانوار تداوم یابد و ادامه آن از قبل تضمین شود. یکی از دلایل استقلال نظام‌های تأمین اجتماعی از دولت (قوه مجریه) این است که تغییرات مداوم در دولت می‌تواند به پایداری نظام تأمین اجتماعی لطمه بزند. علاوه بر این، منابع مالی این نظام بر مشارکت مردم متکی است تا در بلندمدت پایدار بماند و دستخوش نوسان‌های اقتصادی و اجتماعی و تغییرات سیاستی نشود. از این رو، ساختار نظام تأمین اجتماعی بر مبنای مشارکت سه‌جانبه دولت، مردم و شرکای اجتماعی شکل می‌گیرد و اصول و ارکان آن به تصویب قوه مقننه می‌رسد. دستاورد چنین ساختاری، پایداری مدیریتی در نظام تأمین اجتماعی خواهد بود که خود منجر به ایجاد پایداری در منابع انسانی، منابع مالی و استمرار خدمت‌رسانی به جامعه هدف می‌شود.

با توجه به اهمیت رعایت اصول فراگیری، جامعیت، کارآمدی، پایداری و همچنین انسجام و یکپارچگی ساختاری در نظام تأمین اجتماعی، در این بخش از گزارش با مروری بر مهمترین شاخص‌های مرتبط با این اصول، مشکلات و نارسایی‌های موجود بر شمرده می‌شود:

**الف) فراگیری و استمرار:** طی یک دهه گذشته تلاش‌های بسیاری برای همگانی شدن پوشش نظام تأمین اجتماعی انجام شده است. در حال حاضر قوانین و مقررات موجود، امکان پوشش بیمه‌ای و حمایتی را برای بخش عمده‌ای از جمعیت کشور فراهم کرده است، اما وجود این امکان، لزوماً به معنای تحقق آن نیست. تجربه‌های جهانی (و نیز کشور ما) نشان می‌دهد که در لایه بیمه‌ای، فقط پوشش اجباری موفق است و بیمه‌های اختیاری تداوم بلندمدت ندارند.<sup>۲</sup> به دلیل آنکه پوشش بیمه‌ای و دریافت حق بیمه همواره در زمان سلامتی و بی‌نیازی افراد انجام می‌گیرد، تمایل و رغبت به عضویت در صندوق‌های بیمه، برای افرادی که وقوع خطر را جدی نمی‌گیرند کم است.

۱. بند «الف» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.

۲. لارنس تامپسون، سالمندی و خردمندی، ترجمه زهره کسایی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.



علاوه بر این، صندوق‌های بیمه‌ای پایه معمولاً با پوشش جمعیتی محدود موفق نمی‌شوند و هرچه دامنه پوشش آنان بیشتر شود، تجمیع خطر کمتر و حق بیمه واقعی آنان کمتر می‌شود. بنابراین، اجباری بودن بیمه و فراگیری پوشش آن شرط مهمی برای موفقیت نظام‌های بیمه‌ای است.<sup>۱</sup>

برآوردها نشان می‌دهد که از حدود ۲۰/۵ میلیون نفر شاغل (براساس سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵)، ۱۰/۵ میلیون نفر مزد و حقوق‌بگیر بوده‌اند که مشمول بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی) اجباری به‌شمار می‌آیند. اما در مجموع حدود ۹/۷ میلیون نفر زیر پوشش بیمه‌های اجباری بوده و حدود ۸۰۰ هزار نفر بیمه نبوده‌اند. همچنین از حدود ۱۰ میلیون نفر افراد غیرمزد و حقوق‌بگیر که مشمول بیمه‌های اختیاری هستند، حدود ۱/۴ میلیون نفر زیر پوشش و مابقی خارج از پوشش بوده‌اند.<sup>۲</sup>

جدول ۳. وضعیت پوشش بیمه بازنشستگی در مورد جمعیت شاغل براساس سرشماری سال ۱۳۸۵

درصد پوشش	جمعیت بیمه نشده	جمعیت بیمه شده			جمعیت شاغل	نوع پوشش بیمه‌ای	وضع شغلی
		جمع	سایر صندوق‌ها	تأمین اجتماعی			
۹۲/۴	۸۰۰	۹,۷۰۰	۳,۰۰۰	۶,۷۰۰	۱۰,۵۰۰	اجباری	مزد و حقوق‌بگیران
۱۴/۶	۸,۲۰۰	۱,۴۰۰	۶۰۰	۸۰۰	۹,۶۰۰	اختیاری	غیرمزد و حقوق‌بگیران
-	۴۰۰	-	-	-	۴۰۰	-	اظهار نشده
۴۵/۶	۹,۴۰۰	۱۱,۱۰۰	۳,۶۰۰	۷,۵۰۰	۲۰,۵۰۰	-	جمع

مأخذ: آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی.

از سوی دیگر، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به استناد آمار استخراج شده از بانک اطلاعات ایرانیان، تعداد بیمه‌شدگان زیر پوشش بیمه‌های درمانی کشور را ۶۴/۴ میلیون نفر و افراد فاقد پوشش را حدود ۶ میلیون نفر اعلام کرده است.<sup>۳</sup>

با وجود این، آمارهای منتشر شده<sup>۴</sup> بیانگر این است که در بیمه‌های درمانی هم حدود ۳۷ میلیون نفر (شامل کارگران مزد و حقوق‌بگیر، کارکنان دولت و نیروهای مسلح) زیر پوشش بیمه‌های اجباری هستند و بیش از ۲۷ میلیون نفر (شامل روستاییان، خویش‌فرمایان، سایر اقشار، نیازمندان و ...) از بیمه‌های اختیاری و حمایتی استفاده می‌کنند که از استمرار لازم برخوردار نیست. در مورد پوشش حمایتی نیز بررسی‌ها نشان می‌دهد که با وجود تلاش نهادهای حمایتی، بخش

۱. مظفر کریمی، بیمه درمان روستاییان، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۶.

۲. آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۸.

۳. گزارش عملکرد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه، ۱۳۸۷.

۴. همان.



قابل توجهی از خانوارهای زیر خط فقر از «حمایت مستمر» این نهادها برخوردار نبوده‌اند. هرچند که طی سال‌های اخیر خط فقر به‌طور رسمی اعلام نشده، اما برآورد رسمی سال ۱۳۸۴، بیانگر این است که حدود ۸ میلیون نفر در آن سال زیر خط فقر بوده‌اند.<sup>۱</sup> در همان سال جمعیت (مددجویان و طرح شهید رجایی) مورد حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) حدود ۴/۱ میلیون نفر بوده که در سال ۱۳۸۶ به حدود ۴/۵ میلیون نفر رسیده است.<sup>۲</sup> علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶ سازمان بهزیستی کشور به حدود ۱۷۴ هزار خانوار نیازمند، مستمری معیشتی پرداخته و حدود ۱۳۷ هزار نفر به‌طور مستمر کمک هزینه توانبخشی از این سازمان دریافت کرده‌اند.<sup>۳</sup>

به‌طور کلی، با بررسی آمار و اطلاعات دستگاه‌های مرتبط می‌توان در مورد نحوه پوشش نظام تأمین اجتماعی کشور در زمان تهیه این گزارش، چنین نتیجه‌گیری کرد:

- حدود ۸۰۰ هزار نفر از افراد مزد و حقوق‌بگیر (مشمول بیمه اجباری) از بیمه اجتماعی برخوردار نبوده‌اند.

- حدود ۸/۶ میلیون نفر از شاغلان غیرمزد و حقوق‌بگیر (۸۵ درصد) از بیمه اجتماعی (بازنشستگی) برخوردار نبوده‌اند، هرچند که به‌لحاظ قانونی امکان پوشش بیمه اختیاری را داشته‌اند.

- حدود ۶ میلیون نفر از کل جمعیت کشور فاقد پوشش بیمه درمانی بوده‌اند. هرچند که با اجرای طرح بیمه پایه درمان ایرانیان، امکان پوشش برای آنان فراهم شده است.

- به‌دلیل کمبود اعتبارات کمیته امداد امام خمینی (ره) حدود ۲۰۴ هزار نفر نیازمند واجد شرایط در نوبت حمایت بوده‌اند. طی سال ۱۳۸۷، آمار این افراد حدود ۱۹۷۰۰ خانوار (۲۰۵ هزار نفر) بوده است.<sup>۴</sup>

- به‌دلیل کمبود اعتبارات سازمان بهزیستی، حدود ۳۰۰ هزار زن بی‌سرپرست نیازمند خدمات بهزیستی و حدود ۸۸۰ هزار معلول نیازمند حمایت، نتوانسته‌اند از خدمات این سازمان برخوردار شوند.<sup>۵</sup>

- با وجود آنکه صاحب‌نظران مستقل تعداد افراد زیر خط فقر را بیش از آمار رسمی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می‌دانند،<sup>۶</sup> اما با فرض پذیرش گزارش این وزارت، (حدود ۸ میلیون نفر زیر خط

۱. بررسی وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۸۷.

۲. سالنامه آماری ۱۳۸۶ کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۷.

۳. سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

۴. سالنامه آماری ۱۳۸۷ کمیته امداد امام خمینی (ره)، آذرماه ۱۳۸۸.

۵. آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی، مرکز پژوهش‌های مجلس، دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۸۸.

۶. حسین راغفر، نقل از خبرگزاری فارس، ۲۰ اسفندماه ۱۳۸۷.



فقر)،<sup>۱</sup> حدود ۴۵ درصد از جمعیت واجد شرایط حمایت‌های اجتماعی، از این حمایت‌ها برخوردار نبوده‌اند.

نکته قابل توجه اینکه طبق گزارش مسئولان سازمان بهزیستی کشور در جلسه کمیسیون اجتماعی (مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۲)، به دلیل کمبود اعتبارات حمایتی این سازمان: - تعداد مددجویان تحت پوشش پرداخت مستمری (دائم) این سازمان از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸ هیچ افزایشی نداشته است؛

- حدود ۱۵۸ هزار خانوار واجد شرایط مستمری در آن تاریخ، در نوبت حمایت بوده‌اند؛ - میزان کمک‌ها و مستمری‌های قابل پرداخت به خانوارهای زیر پوشش طی سه سال اخیر هیچ افزایشی نداشته است؛

به‌طور کلی، در لایه حمایتی به دلیل اقتضای این نوع حمایت و رایگان بودن خدمات، همواره تقاضای زیادی برای پوشش وجود دارد. بنابراین بهره‌گیری از روش‌ها و سازوکارهای دقیق و مطمئن برای شناسایی و پذیرش افراد و خانوارهای واجد شرایط یک ضرورت است. ناکارآمدی این روش‌ها و اتکا به تحقیقات محلی و سلیق فردی موجب می‌شود که افرادی بدون داشتن استحقاق از این خدمات استفاده کنند و بخشی از نیازمندان واقعی از آن محروم بمانند و در واقع خدمات حمایتی به هدف واقعی اصابت نکنند.<sup>۲</sup>

با وجود آنکه در قانون ساختار نظام جامع بند «ز» ماده (۹) بر سیاست نیازمندیابی فعال با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی تأکید شده است، در وضع موجود که مبتنی بر خوداظهاری است، صرفاً افرادی در نظام حمایتی زیر پوشش قرار می‌گیرند که خودشان این حق را مطالبه کنند و در تحقیقات محلی نیاز آنان تأیید شود. ضمن آنکه در این روش بررسی، احتمال خطا بسیار زیاد است، همیشه افرادی هم وجود دارند که به خاطر معذوریت‌های فرهنگی و اجتماعی مایل نیستند به‌طور مستقیم مراجعه و درخواست کمک کنند و بنابراین مورد حمایت قرار نمی‌گیرند.

ازسوی دیگر، در کشور ما آمار دقیقی از جمعیت نیازمند اعلام نشده و حتی در مورد مبنای تعیین خط فقر و جمعیت واقع در زیر خط فقر نیز توافق کاملی بین صاحب‌نظران و سیاستگذاران وجود ندارد<sup>۳</sup> و همین امر سبب شده است که نتوان با اطمینان درباره نسبت پوشش جمعیتی نظام

۱. وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، بهمن‌ماه ۱۳۸۷.

۲. بررسی روش‌های شناسایی و پذیرش مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، آبان‌ماه ۱۳۸۸.

۳. بررسی وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، بهمن‌ماه ۱۳۸۷.



حمایتی قضاوت کرد.

بنابراین، می‌توان گفت که در کشور ما دو مشکل اصلی مرتبط با پوشش جمعیت در نظام تأمین اجتماعی عبارتند از:

- اجباری نبودن پوشش بیمه اجتماعی برای بخش قابل توجهی از جامعه (شامل افراد غیرمزد و حقوق‌بگیر، خویش‌فرمایان، روستاییان، کارفرمایان، شاغلان مشاغل غیررسمی، زنان خانه‌دار و...).

- فقدان روشی دقیق و مطمئن برای شناسایی و پذیرش مشمولان نظام حمایتی به نحوی که همه افراد نیازمند جامعه شناسایی شوند و به تناسب میزان نیازشان مورد حمایت قرار گیرند.

**ب) جامعیت:** مطابق تعریفی که از جامعیت ارائه شد، خدمات نظام تأمین اجتماعی در ایران جامعیت لازم را ندارد. به این معنا که همه خطرهای پوشش داده نمی‌شوند و اطمینان و امنیت خاطر در افراد پوشش‌یافته ایجاد نمی‌شود. شرایط برخورداری از خدمات در برخی موارد (مانند بیمه‌های بازنشستگی، ازکارافتادگی و بازماندگان) دشوار و دور از دسترس است. ضمن آنکه همین خدمات در برخی موارد به سهولت برقرار می‌شود. علاوه بر این، بسته‌های خدمتی صندوق‌های بازنشستگی با هم متفاوت است (مثلاً سازمان تأمین اجتماعی حدود ۱۸ نوع خدمت بیمه‌ای ارائه می‌کند درحالی که سایر صندوق‌ها تعداد کمتری از این خدمات را در تعهد دارند).

علاوه بر نابسامانی بسته‌های خدمات، سطح خدمات و مزایای بیمه‌ای هم استاندارد و معیار مشخصی ندارد. اختلاف‌نظرها و ابهامات موجود در این زمینه خود موجب ایجاد انتظارات و مطالبات اجتماعی و برخی نارضایتی‌ها می‌شود. برای مثال روشن نیست که:

- حداقل حقوق ماهیانه یک کارگر ساده (که خود معیاری برای محاسبه برخی مزایای تأمین اجتماعی نیز هست) چگونه باید برآورد شود؟

- حداقل هزینه یک خانوار برای گذران زندگی (که مبنای پرداخت‌های حداقلی نظام حمایتی است) چگونه باید تعیین شود؟

- سطح حداقل (کف) مستمری بازنشستگان و درصد رشد سالیانه آن با چه معیار و مبنایی باید محاسبه و تعیین شود؟

- مرز بین سطح همگانی (پایه) و تکمیلی در بیمه‌های درمانی چیست و کدام خدمات، داروها و یا تکنیک‌های نوین پزشکی باید در تعهد سطح همگانی قرار گیرد.

- خدمات و داروهای گرانبه‌تر و بیماری‌های دیردرمان و پرهزینه (مانند بیماری‌های خاص، بیماری‌های روانی،...) چگونه باید پوشش داده شوند؟

اینها و موارد مشابه دیگر، پرسش‌هایی است که بی‌پاسخ ماندن آنها حدود و شمول تعهدات



نظام تأمین اجتماعی را در ابهام باقی می‌گذارد و خود می‌تواند منشأ بسیاری از نارضایتی‌ها، تفسیر به رأی‌ها و مصارف نابجا در حوزه‌های بیمه‌ای و حمایتی باشد.

ج) **پایداری:** پایداری نظام تأمین اجتماعی معمولاً از دو سو (پایداری مدیریتی و پایداری مالی) در معرض مخاطره قرار می‌گیرد. جابجایی مکرر مدیران، تضعیف جایگاه نمایندگان تشکل‌های مردمی در شوراهای و مجامع این سازمان‌ها، غلبه تصمیمات دولتی بر دیدگاه‌های کارشناسی از جمله مواردی است که تداوم آن می‌تواند پایداری نظام تأمین اجتماعی را به خطر اندازد.

از سوی دیگر، تضعیف منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش روزافزون بدهی‌های معوقه دولت و کارفرمایان،<sup>۱</sup> کاهش سهم سود سرمایه‌گذاری در بودجه صندوق‌ها، افزایش‌های بی‌رویه حقوق بازنشستگان بدون تأمین بار مالی آن، افزایش بی‌رویه مصارف و هزینه‌های درمانی و نبود عزمی جدی برای وصول به موقع درآمدها و مطالبات این صندوق‌ها، از موارد مهم دیگری است که پایداری منابع مالی بیمه‌های اجتماعی را تهدید می‌کند.

به‌طور کلی روند تغییر شاخص‌ها و عوامل اثرگذار بر پایداری صندوق‌های بیمه اجتماعی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۵ به این شرح بوده است.<sup>۲</sup>

— متوسط رشد سالیانه بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی حدود ۳ درصد و متوسط رشد مستمری‌بگیران آن حدود ۸/۲ درصد بوده است.

- متوسط رشد سالیانه منابع سازمان تأمین اجتماعی حدود ۳۰/۹ درصد و رشد مصارف آن حدود ۳۳/۴ درصد بوده است.

— بیمه‌شدگان بازنشستگی کشوری به‌طور متوسط سالیانه ۱/۸ درصد کاهش یافته و مستمری‌بگیران آن به‌طور متوسط ۸ درصد افزایش یافته است.

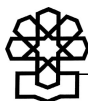
- نسبت مصارف به منابع در مورد سازمان بازنشستگی کشوری از ۱۲۸ به ۱۸۲ رسیده است.

- نسبت پشتیبانی صندوق (تعداد بیمه شده به مستمری‌بگیر) در مورد سازمان تأمین اجتماعی از ۸/۴ به ۶/۸ و در مورد بازنشستگی کشوری از ۲/۷ به ۱/۶ کاهش یافته است.

مجموع این عوامل بیانگر شدت ناپایداری منابع مالی در صندوق‌های بازنشستگی اصلی کشور است. ناپایداری مدیریتی مشکل دیگر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های زیرمجموعه آن است. ماهیت بلندمدت تعهدات نظام تأمین اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی ایجاب می‌کند که این مجموعه به‌طور نسبی از ثبات مدیریت برخوردار باشد و دستخوش تغییرات کوتاه‌مدت نشود. به

۱. ارزیابی چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس (دفتر مطالعات اجتماعی)، بهمن ماه ۱۳۸۸.

۲. برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه، ۱۳۸۶.



همین منظور در قوانین این حوزه، ساختار و تشکیلات کلان سازمان‌ها و صندوق‌های یاد شده، مبتنی بر مشارکت سه‌جانبه (دولت، بیمه شده و کارفرما) پیش‌بینی شده تا عزل و نصب مدیران از این طریق انجام شود و ثبات مدیریتی به‌طور نسبی فراهم گردد. با وجود این، از زمان تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تاکنون، این مجموعه و دستگاه‌های تابعه آن چندین بار دچار تغییرات مدیریتی شده‌اند.

یقیناً بی‌ثباتی در مدیریت کلان موجب ناپایداری در سایر سطوح مدیریتی، بی‌اطمینانی در منابع انسانی، عدم پیگیری برنامه‌های بلندمدت و میان‌مدت و ابتلا به روزمره‌گی و حل مسائل جاری شده است که برای سازمان‌های بیمه‌گر یک آفت بزرگ محسوب می‌شود.

**د) انسجام ساختاری:** اصول فراگیری، استمرار، جامعیت و پایداری در نظام تأمین اجتماعی مستلزم طراحی یک ساختار منسجم و یکپارچه است. در صورتی‌که بخش‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی تأمین اجتماعی در ساختارهای مجزا و ناهمسو عمل کنند، پیامدهایی مانند موازی‌کاری، همپوشانی، خلأ پوشش، تعدد روش، تنوع خدمات و در نتیجه هدرروی منابع به‌وجود می‌آید و موجب می‌شود که اصول یاد شده تحقق نیابد.

تجربه نشان داده است که منابع مالی قابل توجه نظام تأمین اجتماعی تمایل مدیران بخش‌های مختلف را برای تسلط بر این منابع یا تأثیرگذاری بر نحوه مصرف آن برمی‌انگیزد. برخی از مدیران مایلند برای راضی کردن مردم و یا پاسخ دادن به خواسته‌ها و مطالبات آنی آنان، منابع نظام تأمین اجتماعی را به اقتضای شرایط، نابجا یا جابجا مصرف کنند. چنین وضعیتی - به‌خصوص وقتی که نظام اداری تأمین اجتماعی چندپاره باشد - احتمال وقوع بسیار دارد. مصارف موردی و آنی برای پاسخگویی به مراجعات مردمی و درخواست‌های مقطعی، از جمله آفت‌های رایج در نظام‌های تأمین اجتماعی چندپاره است.

از سوی دیگر، چندپاره بودن نظام تأمین اجتماعی موجب چندگانگی در بسته‌های خدمتی و شرایط و روش‌های خدمت‌رسانی می‌شود و احساس تبعیض را در اذهان بخشی از جامعه دامن می‌زند. علاوه بر این، همواره بخشی از جامعه به‌دلیل شرایط ناگوار اقتصادی یا اجتماعی از دید همه بخش‌های حمایتی دور می‌ماند (خلأ پوشش) و بخش دیگری به‌دلیل تمکن مالی یا دسترسی به مراکز تصمیم‌گیری می‌تواند از حمایت‌های مکرر برخوردار شود (همپوشانی).

در حال حاضر، نشانه‌هایی از وجود مشکلات یاد شده در نظام تأمین اجتماعی کشور ما مشاهده می‌شود. برخی از این مشکلات عبارتند از:

**- فقدان هماهنگی و همسویی بین سازمان‌ها و مؤسسات بیمه‌ای:** وجود همپوشانی در جمعیت بیمه شده، تعدد در روش‌ها و ضوابط پوشش بیمه‌ای، تفاوت در شرایط و مزایای



بازنشستگی، تفاوت چشمگیر در نرخ حق بیمه و تعهدات پایه صندوق‌های بازنشستگی، شرایط دشوار انتقال سوابق بیمه‌ای بین صندوق‌ها.

**- فقدان هماهنگی و همسویی کافی بین نهادها و سازمان‌های حمایتی:** تفاوت در سطح خدمات حمایتی، وجود همپوشانی و فعالیت‌های موازی، عدم تمرکز در توزیع منابع و امکانات مؤسسات خیریه و مردمی، نبود تقسیم کار تخصصی به‌خصوص بین سازمان بهزیستی با کمیته امداد امام خمینی (ره).

**- فقدان هماهنگی و تعامل مناسب بین لایه‌های حمایتی و بیمه‌ای:** وجود همپوشانی بین لایه‌های حمایتی و بیمه‌ای (در زمینه بیمه درمان)، نبود تعامل مناسب برای جابجایی هدفمند افراد تحت پوشش بین این دو لایه، عدم تعیین حد و مرزهای بین این دو لایه، وجود خلأ پوشش و تعهدات بین این دو لایه. علاوه بر این، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه خدمات درمانی که هر کدام می‌توانست در حوزه مأموریت خود نقش مؤثری در انسجام و هماهنگی بین ارکان و اجزای نظام تأمین اجتماعی داشته باشد، طی سال‌های اخیر با افت شدید فعالیت روبرو بوده و عملکرد محسوسی نداشته است. عدم ایفای نقش این شوراهای موجب شده که اختلاف نظر بین دستگاه‌های مسئول یا مرتبط با وظایف نظام جامع تأمین اجتماعی در برخی زمینه‌ها (مانند پزشک خانواده و نظام ارجاع، تعرفه‌های خدمات درمانی، حق بیمه سرانه، بیمه پایه درمان ایرانیان، اساسنامه صندوق‌های بازنشستگی و...) شدت یابد و به‌جای آنکه این اختلاف‌نظرها در شوراهای یاد شده حل‌وفصل شود، از طریق رسانه‌های همگانی به متن جامعه سرایت کند.<sup>۱</sup>

**(ه) شاخص‌های فرابخشی:** بخشی از شاخص‌های مرتبط با حوزه رفاه و تأمین اجتماعی بین بخشی هستند به این معنا که عملکرد بخش‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و... نیز بر آنها مؤثر است. با وجود این، بهبود این شاخص‌ها هدف نهایی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی محسوب می‌شود. از این نوع شاخص‌ها، دو شاخص رفاه اجتماعی و توزیع درآمد که بیانگر سطح رفاه جامعه و میزان نابرابری بین طبقات مختلف جامعه است، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**- شاخص رفاه اجتماعی:** این شاخص با اندازه‌گیری تلفیق ضریب جینی و درآمد سرانه، رفاه جامعه را مورد سنجش قرار می‌دهد و هرچه مقدار آن بیشتر باشد، نشانه آن است که جامعه از رفاه بیشتری برخوردار است. براساس گزارش‌های رسمی دولت،<sup>۲</sup> این شاخص طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ همواره نسبت به قبل رشد داشته است. البته آهنگ این رشد در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ در

۱. ارزیابی چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۸.

۲. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶ و نظارت بر عملکرد سه‌ساله اول برنامه چهارم توسعه (جلد اول)، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، ۱۳۸۸.



مقایسه با سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ کندتر بوده است.

#### جدول ۴. روند تغییر شاخص رفاه اجتماعی طی سال‌های ۱۳۸۲ - ۱۳۸۶

۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	
۲۹۷۶۶۸۲	۲۸۰۲۱۵۵	۲۶۲۵۷۱۶	۲۴۹۸۴۲۳	۲۲۹۷۵۹۱	شاخص رفاه اجتماعی (ریال)
۴/۶	۴/۹	۳/۶	۶/۱	۵/۹	رشد شاخص نسبت به سال قبل (درصد)

مأخذ: گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶ و نظارت بر عملکرد سه‌ساله اول برنامه چهارم توسعه.

**- شاخص‌های توزیع درآمد:** نسبت هزینه دهک‌های بالا به دهک‌های پایین و همچنین ضریب جینی از جمله شاخص‌هایی هستند که نحوه توزیع درآمد را نشان می‌دهند. هرچه مقدار این دو شاخص کمتر شود، بیانگر کاهش نابرابری و کم شدن فاصله درآمدی بین طبقات جامعه است. در جدول ۵ روند تغییر این شاخص‌ها طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ نشان داده شده است.

#### جدول ۵. روند تغییر شاخص‌های توزیع درآمد طی سال‌های ۱۳۸۳ - ۱۳۸۶

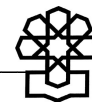
۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	جامعه	شاخص
۱۵/۱۷	۱۵/۲۱	۱۴/۱۵	۱۴/۶۴	شهری	نسبت هزینه دهک بالا
۱۳/۰۶	۱۳/۵۷	۱۲/۹۷	۱۳/۴۱	روستایی	به دهک پایین
۰/۴۱۲۰	۰/۴۱۶۵	۰/۴۰۶۱	۰/۴۰۷۹	شهری	ضریب جینی
۰/۳۹۲۳	۰/۴۰۱۹	۰/۳۸۹۶	۰/۳۹۵۸	روستایی	

مأخذ: همان.

این جدول نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۶ نسبت به سال ۱۳۸۳، نسبت هزینه دهک درآمدی بالا به پایین در جامعه شهری افزایش و در جامعه روستایی کاهش یافته است. در همین دوره، ضریب جینی در جامعه شهری افزایش و در جامعه روستایی کاهش نشان می‌دهد. به بیان دیگر میزان نابرابری در جامعه شهری افزایش یافته ولی در جامعه روستایی کاهش نشان می‌دهد.

## ۲-۱. حوزه روابط کار

هرچند که قوانین و مقررات ناظر بر روابط کار - به دلیل اتکا به مقاوله‌نامه‌های بین‌المللی کار- از جامعیت و انسجام نسبی برخوردار است، اما به دلیل گذشت دو دهه از تصویب قانون کار، اصلاح این قانون و مقررات آن متناسب با شرایط و نیازهای اقتصادی و اجتماعی کشور ضرورت دارد. در این راستا، مواد (۴۱) و (۱۰۱) و بند «و» ماده (۹۶) قانون برنامه چهارم توسعه، تکالیفی را به شرح زیر برای دولت برای بازنگری در قوانین و مقررات ناظر بر روابط کار معین کرده است:



- بند «د» ماده (۴۱) - بازنگری در قانون و مقررات مربوط به نیروی کار با سازوکار سه‌جانبه‌گرایی (دولت، کارگر و کارفرما) مبتنی بر:

• انتزاع تکالیف معطوف به تأمین اجتماعی و شغلی از متن قانون کار و انتقال آن به قانون تأمین اجتماعی و بیمه بیکاری،

• ایجاد انعطاف لازم در این قوانین برای حل اختلافات (بین کارگر و کارفرما)،

• وضع مقرراتی خاص متناسب با شرایط و مقتضیات بخش‌های مختلف اقتصادی.

- ماده (۱۰۱) تدوین و به تصویب رساندن برنامه ملی کار شایسته براساس راهبرد سه‌جانبه‌گرایی مبتنی بر:

• تضمین عزت نفس، برابری فرصت‌ها، آزادی و امنیت نیروی کار و همراه با صیانت لازم.

• شامل محورهای حقوق بنیادین کار، گفتگوهای اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی، حقوق صنفی و مدنی کارگری، تعامل و انعطاف بیشتر در بازار کار، اشتغال مولد و رعایت مقوله‌نامه‌های بین‌المللی.

- بند «و» ماده (۹۶) اتخاذ تدابیر مورد نیاز برای:

• کاهش طول دوره استفاده از مقرری بیمه بیکاری

• افزایش سابقه مورد نیاز برای احراز مقرری بیمه بیکاری.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که مواد قانونی یاد شده آن‌گونه که انتظار می‌رود، اجرا نشده است. بازنگری قانون کار موضوع ماده (۴۱)، که سال‌هاست در دستور کار دولت است، با وجود تهیه و انتشار پیش‌نویس‌های مختلف، هنوز در هیئت دولت به تصویب نرسیده است تا به مجلس شورای اسلامی ارائه شود.

براساس ماده (۸) قانون رفع برخی از موانع تولید و سرمایه‌گذاری (مصوب ۱۳۸۷/۸/۵ مجمع تشخیص مصلحت نظام) اصلاحاتی در چند ماده از قانون کار مواد (۷، ۱۰ و ۲۱) صورت گرفته که در شرایط قراردادهای کار و پایان کار کارگران تغییراتی را در جهت تأمین خواسته کارفرمایان ایجاد کرده است. همچنین دولت موظف شده است ظرف سه ماه از تاریخ تصویب و ابلاغ این قانون نسبت به اصلاح روابط کار در ماده (۲۷) قانون کار و دیگر مواد مربوطه اقدام نماید که به‌نظر می‌رسد اقدامی صورت نگرفته است.

همچنین، در جهت اصلاح قانون بیمه بیکاری (موضوع بند «ه» ماده (۹۶) طی این سال‌ها مطالعاتی انجام شده، اما با وجود تهیه پیش‌نویس‌هایی از سوی دستگاه‌های ذیربط،<sup>۱</sup> لایحه آن

۱. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶ و نظارت بر عملکرد سه‌ساله اول برنامه چهارم توسعه، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی،



تاکنون به تصویب هیئت دولت نرسیده است. به نظر می‌رسد تأثیر فشارهای اجتماعی و مقاومت تشکل‌های کارگری در برابر این اصلاحات، علت اصلی ناتمام ماندن این اقدامات بوده است. در زمینه کار شایسته موضوع ماده (۱۰۱) نیز، بر مبنای قانون باید برنامه ملی توسعه کار شایسته در قالب لایحه‌ای تنظیم و به مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌شد که تاکنون در این زمینه اقدام نشده است.

بنابراین، می‌توان گفت که مواد مرتبط با روابط کار در قانون برنامه چهارم توسعه به‌طور کامل اجرا نشده است. در حالی که برخی مطالعات حاکی از ضرورت اصلاح و بازنگری در قانون کار، قانون شوراهای اسلامی کار و قانون بیمه بیکاری در جهت بهبود فضای کسب‌وکار و تعامل مناسب بین کارگران و کارفرمایان متناسب با شرایط اقتصادی کشور است.<sup>۱</sup>

## ۲. مروری بر مشکلات و چالش‌های اساسی بخش

نتایج این مطالعه نشان داد که بخش قابل توجهی از جمعیت کشور از دسترسی به خدمات نظام تأمین اجتماعی محروم هستند. علاوه بر این، آن بخش از جمعیت هم که برخوردار از خدمات تأمین اجتماعی به‌شمار می‌آیند، به خدمات جامع و مناسبی که امنیت خاطر آنان را تأمین کند، دسترسی ندارند. ناپایداری منابع مالی و بی‌ثباتی مدیریتی مشکل مهم دیگری است که نظام تأمین اجتماعی کشور با آن مواجه است.

در حوزه روابط کار نیز به دلیل عدم سازگاری قوانین و مقررات (به‌خصوص قانون کار و قانونی بیمه بیکاری) با شرایط اقتصادی و اجتماعی امروز، نیاز به اصلاح این قوانین محرز است که با وجود تأکید قانون برنامه چهارم بر این امر، این قوانین اصلاح نشده است.

مهمترین مشکلات و چالش‌ها در دو حوزه مورد بررسی به این شرح است:

### ۲-۱. مشکلات و چالش‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی

#### الف) مشکلات

- محرومیت بیش از ۹ میلیون نفر {خانوار} از شاغلان، از پوشش بیمه‌های بازنشستگی،
- فقدان پوشش حدود ۶ میلیون نفر از جمعیت کشور در نظام بیمه درمانی،
- محرومیت حدود نیمی از جمعیت زیر خط فقر (بین ۳ تا ۴ میلیون نفر) از خدمات نظام حمایتی،

۱. بررسی موانع کسب‌وکار در قوانین کار و تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)،



- وابستگی بیمه‌های درمانی و اجتماعی غیراجباری به اعتبارات دولتی،
  - کافی نبودن سطح خدمات حمایتی در مقایسه با حداقل معیشت زندگی،
  - عدم تعهد نظام بیمه‌ای نسبت به بخشی از خطرات و بیماری‌ها یا خدمات رایج پزشکی،
  - ناپایداری منابع مالی و عدم تعادل بین منابع و مصارف در سازمان‌های بیمه‌ای،
- هرچند که ممکن است بتوان بخشی از این مشکلات را به کمبود منابع مالی مرتبط دانست، اما بی‌تردید بخش عمده‌ای از آنها به عوامل ساختاری و مدیریتی بازمی‌گردد. زیرا در صورت وجود ساختار و مدیریت کارآمد، نظام تأمین اجتماعی (حداقل در لایه بیمه‌ای) به منابع مالی درونی خود متکی می‌شود و به کمک‌های دولتی نیاز چندانی ندارد.

### ب) چالش‌ها و موانع ساختاری

- فقدان نظام چندلایه تأمین اجتماعی با ساختاری یکپارچه و دربرگیرنده سه رکن بیمه‌ای، حمایتی و تکمیلی: در این مورد وضع موجود را می‌توان دارای نواقص زیر دانست:

• فقدان طرح بیمه بازنشستگی پایه (ملی) برای کسانی که مشمول بیمه‌های اجباری مزدبگیران قرار نمی‌گیرند،

• قانونمند نبودن بیمه پایه ایرانیان و عدم تضمین استمرار آن برای سال‌های آینده،

• تعدد قوانین و مقررات و چندگانگی و ناهماهنگی روش‌ها و شرایط در صندوق‌های بازنشستگی کشور.

- تحمیل قوانین و مقررات غیرکارشناسی و مغایر با اصول محاسبات بیمه‌ای بر صندوق‌های

بازنشستگی و بروز بحران منابع مالی در این صندوق‌ها:

• عدم اصلاح سن بازنشستگی به تناسب افزایش امید به زندگی.

• تداوم اجرای قوانین بازنشستگی پیش از موعد،

• عدم اصلاح عوامل (پارامترهای) مؤثر بر تعادل منابع و مصارف بیمه‌ها به تناسب تغییر

شاخص‌های اقتصادی و جمعیتی و نرخ بیکاری.

- بی‌ثباتی مدیریت در نظام تأمین اجتماعی به‌خصوص در سطح مدیریت صندوق‌ها و

سازمان‌های بیمه‌گر:

• تضعیف نقش نمایندگان کارگری و کارفرمایی در شوراها و مجامع صندوق‌ها،

• غلبه نقش و تصمیمات دولتی در اداره صندوق‌های بیمه‌ای.

- ناپایداری منابع مالی در نظام تأمین اجتماعی (در هر دو حوزه بیمه‌ای و حمایتی) و عدم

تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌ها:



- افزایش‌های بی‌رویه در حقوق و مزایای بازنشستگان بدون تأمین بار مالی آن برای بلند مدت؛
- عدم پرداخت بدهی‌های معوقه دولت به سازمان‌های بیمه‌گر،
- عدم وصول حق بیمه بر مبنای دستمزد واقعی برای مشمولان تأمین اجتماعی،
- تضعیف اهرم‌های نظارتی صندوق‌های بیمه‌ای برای تأمین منابع مالی خود،
- کاهش سهم سود ذخایر و سرمایه‌گذاری‌ها در بودجه سالیانه صندوق‌های بازنشستگی،
- هدفمند نشدن یارانه‌ها و در نتیجه محروم ماندن نظام حمایتی تأمین اجتماعی از این کمک‌ها،
- دامن زدن به انتظارات و مطالبات مردم در رسانه‌ها بدون تأمین منابع مالی آن،
- و ...

این موارد را می‌توان عوامل و علل عمده مشکلات موجود در نظام تأمین اجتماعی کشور دانست. بی‌تردید، هر پیشنهادی برای اصلاح و بهبود وضع موجود باید متوجه رفع این علل و عوامل باشد. هرچند که برخی از این مشکلات (از جمله ناپایداری منابع مالی و بی‌ثباتی مدیریتی) با رعایت قوانین موجود و رعایت الزامات محاسبات بیمه‌ای قابل رفع است، اما الزام دستگاه‌های اجرایی به رعایت این قوانین و نیز طراحی ساختار یکپارچه نظام چندلایه تأمین اجتماعی نیازمند احکام جدیدی در قانون برنامه پنجم توسعه است.

## ۲-۲. مشکلات و چالش‌های حوزه روابط کار

به دلیل عدم سازگاری بخشی از قوانین و مقررات ناظر بر روابط کار با شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور، هیچ‌یک از طرف‌های ذینفع در این زمینه (کارگر، کارفرما و دولت) از این شرایط راضی نیستند. دولت طی ده سال اخیر همواره بر اصلاح این قوانین و مقررات تأکید داشته و بخشی از تکالیف قانونی معطوف به اصلاح روابط کار از سوی دولت پیشنهاد شده است.

کارفرمایان نیز مشکلاتی را از ناحیه این قوانین ابراز می‌کنند که برخی از آنها عبارتند از:<sup>۱</sup>

- گستردگی شمول قانون کار بدون توجه به تفاوت‌های ماهیتی و منطقه‌ای مشاغل و کارگاه‌ها،
- الزامات یکسویه برای کارفرمایان بدون ایجاد مسئولیت متقابل برای کارگران،
- محدودسازی اختیارات مدیریتی بنگاه‌ها به خصوص در ارتباط با نیروی انسانی،
- تحمیل بخشی از وظایف خاص دولت (بهداشت، مسکن و خدمات رفاهی کارگران) به کارفرمایان،

- و ...

از سوی دیگر، کارگران نیز ناراضی‌هایی را ابراز می‌دارند که عمدتاً معطوف به فقدان

۱. همان.



- سازوکارهای اجرایی و نظارتی مؤثر برای اجرا و پایبندی به قوانین و مقررات کار است از جمله:<sup>۱</sup>
- عقد قراردادهای کار بدون رعایت مقررات قانون کار،
  - عدم رعایت الزامات قانون کار در فسخ قراردادها، اخراج کارگران و پرداخت حقوق و مزایای آنان،
  - ایجاد شرکت‌های پیمانکاری نیروی انسانی برای فرار از تکالیف قانون کار،
  - عدم رعایت سه‌جانبه‌گرایی در تصمیمات کلان و اصلاح قوانین و مقررات مرتبط با روابط کار.

### ۳. مقایسه مواد برنامه با سیاست‌های کلی برنامه ابلاغی مقام معظم رهبری و چالش‌های بخش

سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه که از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شده، دربرگیرنده مواردی مرتبط با نظام جامع تأمین اجتماعی است که در جدول ۶ با مواد پیشنهادی لایحه برنامه پنجم تطبیق داده شده است. با توجه به این جدول، به نظر می‌رسد برخی از مضامین سیاست‌های کلی ابلاغ شده در لایحه برنامه پنجم توسعه مورد توجه قرار نگرفته و یا از جایگاه بایسته‌ای برخوردار نیست.

**جدول ۶. تطبیق مواد لایحه برنامه پنجم در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی با سیاست‌های کلان برنامه پنجم توسعه**

قلمرو	بند	سیاست‌های کلان	مواد مرتبط از لایحه برنامه
بیمه‌ای	«۱۹-۵»	توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم	مواد (۲۹ و ۴۲)
	«۲۵-۴»	ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی	-
حمایتی و توانمندسازی	«۲۵-۵»	تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی	مواد (۲۰، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۹، ۴۲، ۴۸، ۵۵، ۵۶ و ۶۶)
	«۳۴-۱»	جبران نابرابری‌های غیرموجه درآمدی از طریق سیاست‌های مالیاتی، اعطای یارانه‌های هدفمند و سازوکارهای بیمه‌ای	مواد (۴۳، ۴۴)
	«۳۴-۲»	تکمیل بانک اطلاعات مربوط به اقشار دو دهک پایین درآمدی و بهنگام کردن مداوم آن	-
	«۳۴-۳»	هدفمند کردن یارانه‌های آشکار و اجرای تدریجی هدفمند کردن یارانه‌های غیرآشکار	ماده (۴۳)
	«۳۵-۳»	کاهش فاصله دو دهک بالا و پایین درآمدی جامعه به طوری که ضریب جینی به حداکثر ۰/۳۵ در پایان برنامه برسد	-
	«۲۵-۶»	توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی	-

۱. مروری بر مهمترین موضوعات مورد اختلاف در قانون کار جمهوری اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۸.



قلمرو	بند	سیاست‌های کلان	مواد مرتبط از لایحه برنامه
	«۲۰-۲»	سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن	-
	«۳۵-۷»	حمایت از اقشار محروم و زنان سرپرست خانوار	ماده (۴۴)

با توجه به این جدول، مواردی از سیاست‌های کلی که باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد، به این شرح است:

«۴-۲۵» ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

«۲-۳۴» تکمیل بانک اطلاعات مربوط به اقشار دو دهک پایین درآمدی و بهنگام کردن مداوم آن

«۳-۳۵» کاهش فاصله دو دهک بالا و پایین درآمدی جامعه به طوری که ضریب جینی به

حداکثر ۰/۳۵ در پایان برنامه برسد.

«۶-۳۵» توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی.

«۲-۲۰» سامان بخشی مناطق حاشیه‌نشین و پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های عمومی ناشی از آن.

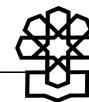
در بخش پیشین این گزارش برخی از مهمترین چالش‌های موجود در حوزه رفاه و تأمین

اجتماعی و روابط کار برشمرده شد. تطبیق چالش‌های یاد شده با مواد پیشنهادی لایحه برنامه پنجم

آروده شده است.

#### جدول ۷. تطبیق مواد مرتبط در لایحه برنامه پنجم با چالش‌های اساسی بخش

حوزه	مشکلات و چالش‌ها	مواد مرتبط در لایحه
رفاه و تأمین اجتماعی	فقدان نظام چندلایه تأمین اجتماعی با ساختاری یکپارچه و دربرگیرنده سه رکن بیمه‌ای، حمایتی و تکمیلی	ماده (۳۱)
	تحلیل قوانین و مقررات غیرکارشناسی و مغایر با اصول محاسبات بیمه‌ای بر صندوق‌های بازنشستگی	ماده (۳۰)
	بی‌ثباتی مدیریت در نظام تأمین اجتماعی به خصوص در سطح مدیریت صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر	ماده (۳۰)
	ناپایداری منابع مالی در نظام تأمین اجتماعی و عدم تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی	ماده (۳۰)
روابط کار	الزامات یکسویه در قانون کار برای کارفرمایان بدون ایجاد مسئولیت متقابل برای کارگران	-
	محدودسازی اختیارات مدیریتی بنگاه‌های اقتصادی در زمینه مدیریت نیروی انسانی	-
	تحمیل بخشی از وظایف خاص دولت (مانند بهداشت مسکن و رفاه کارگران) به کارفرمایان	-
	فقدان سازوکارهای مؤثر برای اجرای قانون کار از طریق کارفرمایان و رعایت حقوق قانونی کارگران	-
	عدم رعایت سه‌جانبه‌گرایی در تصمیمات و سیاستگذاری‌های مرتبط با روابط کار	-



بنابراین، چالش‌های اساسی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در مواد لایحه برنامه پنجم مورد توجه قرار گرفته است و به نظر می‌رسد که با اعمال اصلاحات پیشنهاد شده در این گزارش، قابلیت اجرایی آنها برای رفع مشکلات و مواجهه با این چالش‌ها افزایش خواهد یافت. اما در حوزه روابط کار، هیچ ماده‌ای که اصلاح قوانین و مقررات ناظر بر روابط کار را در جهت رفع این مشکلات مد نظر داشته باشد، پیشنهاد نشده است. این درحالی است که در قانون برنامه چهارم توسعه، مواد (۴۱) و (۱۰۱) به این موضوع اختصاص یافته بود.

#### ۴. تطبیق مواد لایحه با اسناد بالادستی

##### الف) قانون اساسی

هدف‌های مورد نظر در لایحه برنامه پنجم توسعه به‌طور کلی با اهداف اصولی از قانون اساسی منطبق است. گسترش پوشش نظام تأمین اجتماعی و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های اجتماعی و سلامت منطبق با هدف‌های بند «۱۲» اصل سوم و اصل بیست‌ونهم قانون اساسی است. همچنین برنامه‌های معطوف به حمایت از اقشار کم‌درآمد و نیازمند، بهبود شرایط کار و اشتغال‌زایی در راستای هدف‌های اصل چهارم سوم است. با وجود این، هیچ‌یک از مواد لایحه پیشنهادی با اصول قانون اساسی مغایر به نظر نمی‌رسد.

##### ب) سند چشم‌انداز

جایگاه بخش در سند چشم‌انداز بیست‌ساله نظام جمهوری اسلامی به‌صورت «برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت قضایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و ...» ترسیم شده است. مواد مورد بررسی در این لایحه در راستای هدف‌های این سند ارزیابی می‌شوند.

#### فصل سوم - بررسی محتوایی مواد مرتبط در لایحه برنامه پنجم توسعه

فصل سوم لایحه - اجتماعی

ماده (۲۹) حذف شود.



### ۱-۳. بیمه‌های اجتماعی

#### ماده (۳۰)

به دولت اجازه داده می‌شود در راستای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی نسبت به اصلاح ساختار این صندوق‌ها براساس اصول زیر اقدام نماید:

الف) کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت (به استثنای مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه) در طول برنامه پنجم.

ب) استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها از طرق مختلف از جمله تجدیدنظر در ساختار بیمه‌های اجتماعی، درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه به ویژه صندوق خدمات درمانی و بازنشستگی کشوری و اصلاح ساختار و تجهیز سایر صندوق‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی براساس اساسنامه مصوب دولت.

تبصره- شرایط احراز، زمان بهره‌مندی، نظام امتیازبندی بازنشستگی (مشاغل غیرتخصصی)، تعیین مشاغل سخت و زیان‌آور، میزان و ترکیب نرخ حق بیمه، افزایش سنواتی و چگونگی اصلاح ساختار صندوق‌ها براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

#### بررسی موضوع:

۱. مفاد بند «الف» این ماده بیانگر اقدام مشخصی نیست. معلوم نیست دولت چگونه می‌خواهد وابستگی صندوق‌ها به بودجه عمومی را کاهش دهد درحالی که بخش عمده این وابستگی‌ها ناشی از مصوبات قانونی است.
۲. اقداماتی که به موجب بند «ب» و تبصره این ماده به عهده هیئت وزیران گذارده شده ماهیت تقنینی دارند و تغییر آنها مستلزم اصلاح قوانین مربوط در مجلس شورای اسلامی است.
۳. اگر اصلاح این قوانین (که ماهیت بلندمدت دارند) به عهده دولت گذاشته شود نقض غرض است چون موجب ناپایداری و تزلزل در صندوق‌های بیمه‌ای می‌شود.

#### پیشنهادها

۱. در صدر ماده، به جای عبارت «اقدام نماید»، عبارت «اقدامات قانونی لازم را انجام دهد» جایگزین شود.
۲. در بند «الف»، اقدامات مورد نظر مشخص و از آن رفع ابهام شود.
۳. در بند «ب» اقداماتی که جنبه تقنینی دارند حذف و اقداماتی که در چارچوب اختیارات دولت است، جایگزین شود.
۴. متن تبصره پیشنهادی دولت که ماهیت تقنینی دارد حذف و اقدامات مورد نظر به تصویب آیین‌نامه اجرایی موکول شود.



### متن پیشنهادی ماده (۳۰)

به دولت اجازه داده می‌شود در راستای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی نسبت به اصلاح ساختار این صندوق‌ها براساس اصول زیر اقدامات قانونی لازم را انجام دهد:

الف) کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت (به‌استثنای مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه) در طول برنامه پنجم، از طریق: تنظیم عوامل مؤثر بر منابع و مصارف صندوق‌ها منطبق بر محاسبات بیمه‌ای، کاهش حمایت‌های غیربیمه‌ای صندوق‌ها و انتقال آن به نهادهای حمایتی، تقویت سازوکارهای وصول به‌موقع حق بیمه‌ها و تأمین درآمدهای صندوق‌ها و همچنین تقویت فعالیت‌های اقتصادی و سرمایه‌گذاری سودآور، به‌نحوی که سهم سود سرمایه‌گذاری در منابع هر صندوق در پایان برنامه حداقل به (۲۰) درصد کل منابع آن صندوق برسد.

ب) استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها از طرق مختلف ازجمله تجدیدنظر در ساختار بیمه‌های اجتماعی، درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه به‌ویژه صندوق خدمات درمانی و بازنشستگی کشوری و اصلاح ساختار و تجهیز سایر صندوق‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی براساس اساسنامه مصوب دولت با تأکید بر کاهش تصدیگری، واگذاری امور خدماتی و اجرایی به کارگزاری‌ها، توسعه خدمات الکترونیکی، تقویت مشارکت مردم و شرکای اجتماعی صندوق‌ها و توسعه فعالیت‌های اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مخاطبان.

تبصره- شرایط احراز، زمان بهره‌مندی، نظام امتیازبندی بازنشستگی (مشاغل غیرتخصصی)، تعیین مشاغل سخت و زیان‌آور، میزان و ترکیب نرخ حق بیمه، افزایش سنواتی و چگونگی اصلاح ساختار صندوق‌ها براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. آیین‌نامه اجرایی این ماده به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

### ماده (۳۱)

دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با رعایت لایه‌های متفاوت مساعدت‌های اجتماعی، مستمری‌های پایه، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های مکمل اجتماعی و درمان اقدام نماید. تبصره- نیروهای مسلح با انزن مقام معظم رهبری مشمول این ماده می‌باشند.



## بررسی موضوع

۱. نظام تأمین اجتماعی چندلایه یکی از راهکارهای مناسب برای تحقق اهداف تأمین اجتماعی است.
۲. اگر طراحی و استقرار این نظام مستلزم ایجاد تغییراتی در قوانین مختلف حمایتی، بیمه‌ای و تکمیلی باشد، نیازمند قانونگذاری است و اصلاح آنها خارج از چارچوب اختیارات هیئت وزیران است.
۳. لایه‌هایی که برای نظام تأمین اجتماعی چندلایه برشمرده شده، با مبانی علمی و تجربه‌های موفق جهانی منطبق نیست و بین آنها همپوشانی و خلأ پوششی وجود دارد.
۴. با توجه به وجود مدل‌های مختلف از نظام چندلایه (متناسب با نظام‌های سیاسی و اقتصادی کشورها)، بیم آن می‌رود که مدل مورد نظر بانک جهانی که در کشور ما بیشتر روی آن تبلیغ شده و ناسازگار با سیاست عدالت اجتماعی است، مد نظر قرار گیرد.
۵. بهتر است چارچوب و ساختار کلان مدل مورد نظر از «نظام تأمین اجتماعی چندلایه» متناسب با سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی (مبتنی بر عدالت اجتماعی) در قانون برنامه مشخص شود.
۶. نیروهای مسلح باید در هر صورت نظام تأمین اجتماعی خاص خود را داشته باشند و مناسب‌تر آن است که مشمول این ماده نشوند.

## پیشنهادهای

۱. محدودسازی اقدامات دولت به چارچوب اختیارات قانونی آن.
۲. تعیین مدل تأمین اجتماعی چندلایه منطبق با سیاست‌های کلی نظام با محوریت «عدالت اجتماعی» مبتنی بر سه رکن اصلی «مساعده‌های اجتماعی»، «بیمه‌های اجتماعی» و «بیمه‌های تکمیلی».
۳. حذف تبصره پیشنهادی دولت.

## متن پیشنهادی ماده (۳۱)

در اجرای بند «۵-۳۵» سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، دولت مکلف است ساختار حوزه‌های بیمه‌ای و حمایتی نظام تأمین اجتماعی را به گونه‌ای اصلاح کند که حداکثر تا پایان سال دوم برنامه «نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه» با لحاظ حداقل سه لایه مساعده‌های اجتماعی (شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی)، بیمه‌های اجتماعی پایه (شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه) و بیمه‌های مکمل (بازنشستگی و درمان) با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور مستقر گردد.

تبصره- آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و پس از تأیید



شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

#### ماده (۳۲)

الف) بیمه‌های اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی خصوصی توسط بخش غیردولتی، براساس آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب دولت می‌رسد، ایجاد گردد.

ب) کلیه بیمه‌شدگان (به‌استثنای کادر نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات) می‌توانند نسبت به تغییر صندوق بیمه‌ای خود به صندوق‌های موضوع بند «الف» اقدام نمایند. ضوابط تغییر صندوق و نقل‌وانتقال حق بیمه و سوابق بیمه‌ای بین صندوق‌های موضوع این بند در آیین‌نامه بند «الف» این ماده تعیین می‌گردد.

ج) سهم دولت از حق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد که خود را نزد یکی از صندوق‌های بیمه و بازنشستگی بیمه می‌نمایند، در آیین‌نامه موضوع بند «الف» این ماده تعیین می‌گردد.

د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

#### بررسی موضوع

۱. به نظر می‌رسد عبارت صدر ماده سهواً حذف شده و به این دلیل ماده دچار ابهام است.

#### ۲. در مورد بند «الف»

- تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که خصوصی‌سازی و رقابت در بیمه‌های بازنشستگی پایه نه موفق بوده و نه قابل توصیه است.

- صندوق‌های بازنشستگی کوچک و محدود در بلندمدت محکوم به شکست و ورشکستگی هستند مگر آنکه بتوانند حق بیمه‌های بالا دریافت کنند یا سودآوری آنان از طریق سرمایه‌گذاری ذخایر تضمین شود که در مورد کشور ما هیچ یک از این دو شرط، تحقق‌پذیر نیست.

- صندوق‌های بازنشستگی خصوصی نمی‌توانند نقش بازتوزیعی داشته باشند و به همین دلیل فعالیت رقابتی آنها در بیمه‌های پایه و همگانی با سیاست عدالت اجتماعی ناسازگار است.

با توجه به تجربه‌های جهانی، فعالیت و رقابت بیمه‌های خصوصی تنها در سطح بیمه‌های تکمیلی قابل توصیه است و این نوع فعالیت را تأیید می‌کند.

#### ۳. در مورد بند «ب»

- اختیار تغییر صندوق بیمه‌ای از سوی بیمه‌شدگان (جابجایی بین صندوق‌ها) در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بند «ک» ماده (۶) و همچنین قانون مدیریت خدمات کشوری ماده (۱۰۲) مورد تأکید قرار گرفته و نیاز به قانونگذاری ندارد.

- مفاد این بند اختیار جابجایی یک‌طرفه بیمه‌شدگان به صندوق‌های خصوصی را می‌دهد که مغایر با اصول و موازین بیمه‌های اجتماعی است و می‌تواند موجب انتقال افراد پردرآمد به بیمه‌های



خصوصی، باقی ماندن فقرا در بیمه‌های عمومی، تشدید نابرابری بین اقشار جامعه، تضعیف صندوق‌های بازنشستگی عمومی و ایجاد انحصارهای ناموجه برای بخش خصوصی شود.

#### ۴. در مورد بند «ج»

- بخشی از حق بیمه اجتماعی صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌طور عام) و همچنین کارگران باربر، رانندگان حمل‌ونقل عمومی، خادمین مساجد و... در حال حاضر هم از سوی دولت پرداخت می‌شود. اما این بیمه‌ها که به‌صورت موردی و مقطعی به اجرا درآمده، تفاوت و تبعیض بین این اقشار را افزایش داده و نتوانسته است پوشش بیمه اجتماعی خویش‌فرمایان را تا حد مؤثری افزایش دهد.

- از سوی دیگر، مفاد این بند یک توصیه کلی و مبهم است که در مقایسه با قوانین موجود هیچ ترجیحی ندارد و نمی‌تواند مشکلات موجود را کاهش دهد.

### پیشنهادها

۱. بندهای «الف، ب و ج» این ماده حذف شود.

۲. بند «د» به‌عنوان تبصره «۲» به ماده قبلی ملحق شود:

#### متن پیشنهادی تبصره منتقل شده از ماده (۳۲) به ماده (۳۱)

د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

#### ماده (۳۳)

دولت مکلف است تا پایان برنامه ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی‌های جدید به سازمان‌های بیمه‌ای و کاهش بدهی‌های معوقه از محل واگذاری دارایی‌ها و یا سهام شرکت‌های دولتی و سایر منابع، همه‌ساله نسبت به پرداخت سهم مشارکت در حق بیمه و سایر تعهدات خود اقدام نماید.

### بررسی موضوع

۱. پرداخت بدهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه‌ای یک ضرورت است که می‌تواند آنها را تا حد زیادی از بحران مالی کنونی نجات دهد.

۲. دولت به تکلیف قانونی خود بند «ه» ماده (۹۶) قانون برنامه چهارم توسعه مبنی بر تسویه این بدهی‌ها تا پایان برنامه چهارم عمل نکرده و همین امر مشکلات مالی زیادی را برای بیمه‌ها ایجاد کرده است.



۳. مفاد این ماده مبنی بر «کاهش بدهی‌های معوقه» مبهم است و هیچ الزامی ایجاد نمی‌کند، چون مشخص نیست چه میزان از این بدهی‌ها باید کاهش یابد.

۴. اگر قرار است بدهی‌های دولت به بیمه‌ها کاهش یابد، روند تصویب قوانینی که این تعهدات را ایجاد می‌کند نیز باید متوقف شود و در واقع تعهد قانونی جدیدی هم ایجاد نشود.

### پیشنهادها

۱. در سطر اول به جای «بدهی‌های جدید» عبارت «تعهدات جدید» جایگزین شود.

۲. عبارت «*سالیانه حداقل ۲۰ درصد از*» بعد از کلمه «کاهش» اضافه شود.

### متن پیشنهادی ماده (۳۳)

دولت مکلف است تا پایان برنامه ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی‌های تعهدات جدید به سازمان‌های بیمه‌ای و کاهش *سالیانه حداقل ۲۰ درصد از بدهی‌های معوقه* از محل واگذاری دارایی‌ها و یا سهام شرکت‌های دولتی و سایر منابع، همه‌ساله نسبت به پرداخت سهم مشارکت در حق بیمه و سایر تعهدات خود اقدام نماید.

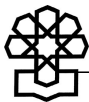
### ماده (۳۴)

به کارکنان مشمول صندوق‌های بازنشستگی اجازه داده می‌شود در صورت انتقال به سایر دستگاه‌ها، بازخریدی، اخراج، انصراف و استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند. حق بیمه سهم بیمه شده و کارفرما (به‌استثنای افراد منتقل شده) به‌عهده بیمه شده می‌باشد.

### بررسی موضوع

- این ماده، اصلاح شده بند «الف» ماده (۱۴۷) قانون برنامه چهارم توسعه<sup>۱</sup> است.
- به‌منظور تسهیل در جابجایی کارکنان بین دستگاه‌ها و استمرار پوشش بیمه‌ای آنان، تصویب این ماده ضرورت دارد.
- به‌نظر می‌رسد لازم است تکلیف کارکنانی که در هر یک از حالات یاد شده مشمول مقررات صندوق بازنشستگی دیگری قرار می‌گیرند، از نظر نحوه پرداخت حق بیمه سهم کارفرما، روشن شود.

۱. بند «الف» ماده (۱۴۷) به کارکنان مشمول صندوق‌های بازنشستگی اجازه داده می‌شود در صورتی که بازخرید خدمت شوند و یا به دستگاه‌های دیگر منتقل شوند و یا با استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) در بخش غیردولتی اشتغال یابند کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند.



### پیشنهاد

- بعد از عبارت «به استثنای افراد منتقل شده» داخل پرانتز عبارت «و افرادی که زیر پوشش صندوق بازنشستگی دیگری قرار می‌گیرند» اضافه شود.

#### متن پیشنهادی ماده (۳۴)

به کارکنان مشمول صندوق‌های بازنشستگی اجازه داده می‌شود در صورت انتقال به سایر دستگاه‌ها، بازخریدی، اخراج، انصراف و استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند. حق بیمه سهم بیمه شده و کارفرما (به استثنای افراد منتقل شده و افرادی که زیر پوشش صندوق بازنشستگی دیگری قرار می‌گیرند) به عهده بیمه شده می‌باشد.

#### ماده (۳۵)

در صورتی که نرخ رشد مستمر اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آنها بیش از رشد طبیعی مستمر کارگران بوده و با سال‌های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آنکه این افزایش مستمر به دلیل ارتقای شغلی نباشد، سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگران و کارفرما به نسبت مستمر واقعی و مستمر اعلام شده سال‌های قبل را از کارفرمای ذریبط دریافت نماید.

### بررسی موضوع

- این ماده، با اندکی تفاوت در بند «ح» ماده (۹۶) قانون برنامه چهارم نیز آمده است.
- از نظر نحوه اجرا و حدود اختیارات سازمان تأمین اجتماعی برای تعیین مابه‌التفاوت، دچار ابهام است.
- اهداف این ماده در قالب ماده (۳۰) این لایحه قابل تأمین است و آوردن آن به صورت مجزا ضرورتی ندارد.

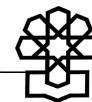
پیشنهاد: این ماده حذف شود.

#### ۳-۲. سلامت

#### ماده (۳۶)

#### علت توجیهی

۱. مواد قانونی مشابه در برنامه چهارم: بند «الف» ماده (۸۴، ۸۶، ۸۹ و ۹۷)
۲. سلامت و رفاه شاخص‌هایی اثر نهایی هستند که نتیجه عملکرد نهادهای عمومی را در جامعه



نشان می‌دهند. بنابراین برای رسیدن به نتایج بهتر (انسان سالم و سلامت همه‌جانبه) هماهنگی دستگاه‌های اجرایی مؤثر بر سلامت لازم است.

۲. پراکندگی نهادهای سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مؤثر بر سلامت داریم.

۴. بخش‌های مؤثر بر سلامت (حاکمیتی و غیرحاکمیتی) باید مطابق برنامه‌ای هماهنگ نقش خود را ایفا کنند تا عدالت در سلامت محقق شود.

۵. تمامی مداخلاتی که در جامعه به اشکال گوناگون توسط دستگاه‌های اجرایی انجام می‌شود بر سلامت مؤثر است و باید از نظر اثر بر سلامت مورد ارزیابی قرار گیرند. اولویت با طرح‌های ملی است تا اگر بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از عوارض سلامتی آنها زیاد باشد یا از انجام آن جلوگیری کرد یا پیش‌بینی جبران عوارض سلامتی قبل از اجرا انجام شود.

۶. بخش‌های مختلف دولتی و غیردولتی نظام ارائه خدمت و بیمه‌ای خود را برحسب ضرورت و یا ضعف سیاستگذاری و نظارت با رویکرد خدمات بیمارستانی راه‌اندازی کرده‌اند (بانک‌ها، وزارت اقتصاد، شهرداری، وزارت نفت و...) که خدمات متفاوت با تعرفه‌های گوناگون فراهم می‌کنند و باعث هرج‌ومرج و نابرابری و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت شده‌اند. رویکرد علمی و جهانی که هزینه اثربخش است پیشگیری و تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت نظام پزشکی خانواده است.

۷. تدارک خدمات مداوم سلامت نیازمند نظامی یکپارچه و سطح‌بندی شده است تا هزینه اثربخش (کارآ) و قابل تنظیم و نظارت باشد تا بهره‌مندی عادلانه و مصرف بهینه و منصفانه خدمات سلامت فراهم شود. درحال حاضر تمامی بخش‌های دولتی و غیردولتی (حتی نظامی) بدون در نظر گرفتن توان مالی مردم و دولت، اثربخشی، کیفیت و... صرفاً براساس سودآوری آخرین فناوری‌های سلامت را وارد و با هزینه‌های مختلف مردم را مجبور به مصرف و دولت را مجبور به پوشش هزینه‌ها می‌کند (آمپول‌های میلیونی سرطان، PET Scan، گاما نایف و...).

۸. با وجود فناوری‌های غیراثربخش و گران‌پولی برای مداخلات مؤثر نمی‌ماند و عملاً بیمه‌ها ورشکسته و پرداخت از جیب مردم بالا می‌رود و سلامت و تولید به خطر می‌افتد.

۹. اشتغال پزشکان در بخش دولتی یا خصوصی می‌تواند بسیاری از مشکلاتی که اکنون وجود دارد را برطرف نماید.

## نقد

۱. دولت در تمامی موارد مخیر به انجام است که باید الزام ایجاد شود.

۲. بخش خصوصی حتماً باید در سطح‌بندی دیده شود.

۳. بحث عدالت در بهره‌مندی از خدمات مغفول مانده است.



## متن پیشنهادی

در راستای بند «۱-۱۹» سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری به منظور حفظ یکپارچگی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت دولت مکلف است، اقدام‌های زیر را انجام دهد:

الف) استانداردهای ملی جهت تدوین پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی سلامت تدوین و توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد. مصادیق طرح‌های بزرگ توسط معاونت اعلام می‌شود.

ب) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی را در سال اول برنامه باز طراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید.

تبصره «۱»- پزشکیانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی نمی‌باشند. به هیئت وزیران اجازه داده می‌شود تعرفه خدمات درمانی را در این‌گونه بیمارستان‌ها حداکثر معادل هزینه تمام شده خدمات به منظور جبران خدمات پزشکان تعیین نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند.

تبصره «۲»- ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص، توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی توسط بخش‌های دولتی و غیردولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح‌بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت.

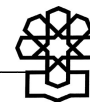
### ماده (۳۷)

به منظور پوشش تأمین اجتماعی مشمولان وظیفه نیروهای مسلح در صورت ازکارافتادگی یا فوت به لحاظ خدمتی یا غیرخدمتی صندوق بیمه مستمری ازکارافتادگی، بیمه عمر و حوادث کارکنان فوق در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تشکیل می‌گردد.  
اساسنامه صندوق فوق طی سال اول برنامه به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح پس از تأیید ستاد کل نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

## بررسی موضوع

تشکیل صندوق موضوع این ماده می‌تواند یکی از خلأهای نظام تأمین اجتماعی کشور را در زمینه حمایت از مشمولان وظیفه نیروهای مسلح پر کند بنابراین تصویب آن توصیه می‌شود. با وجود این ماهیت حقوقی صندوق باید روشن شود.

پیشنهاد: عبارت «با ماهیت عمومی غیر دولتی» بعد از کلمه «فوق» اضافه شود.



### متن پیشنهادی ماده (۳۷)

به منظور پوشش تأمین اجتماعی مشمولان وظیفه نیروهای مسلح در صورت ازکارافتادگی یا فوت به لحاظ خدمتی یا غیرخدمتی صندوق بیمه مستمری ازکارافتادگی، بیمه عمر و حوادث کارکنان فوق با ماهیت عمومی غیردولتی، در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تشکیل می‌گردد. اساسنامه صندوق فوق طی سال اول برنامه به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح پس از تأیید ستاد کل نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

### ماده (۳۸)

#### علل توجیهی

۱. مواد قانونی برنامه چهارم: (۵، ۳۰، ۳۳ و ۴۷)، بند «ج ۸۴، ۸۵، ۸۷، ۸۹، ۹۵ و ۱۰۳»
۲. منابع عمومی: نیروی انسانی، تسهیلاتی، تجهیزاتی، مالی است که از طریق دولت از محل ثروت ملی و یا مالیات تأمین می‌شود.
۳. شهرک‌های دانش و سلامت مکان‌هایی برای ارائه خدمات سلامت و آموزش و پژوهش به افراد خارجی خواهند بود که قابل نظارت هم هستند تا قیمت‌های غیرمعارف و غیرمنصفانه خدمات را در بخش دولتی و غیردولتی منجر نشوند.
۴. برنامه چهارم نهادی را موظف نکرده بود آیین‌نامه بنویسد. وزارت بهداشت و سازمان گردشگری، وزارت امور خارجه، وزارت بازرگانی و وزارت اقتصاد و دارایی، قوه قضائیه و.. ذینفع این قضیه هستند و در طراحی آیین‌نامه باید همکاری کنند.
۵. اصلاح الگوی تغذیه به‌عنوان یکی از سیاست‌های کلان ابلاغی مقام معظم رهبری از نظر کمی و کیفی نیازمند سرمایه‌گذاری و حمایت دولت از محل منابع عمومی در تدارک غذاهای سالم و ایمن برای آحاد جامعه به‌ویژه گروه هدف دانش‌آموزان است.

#### نقد

۱. در برنامه‌های توسعه دولت در قبال اختیاراتی که برای پنج سال می‌خواهد باید مکلف شود اقداماتی را انجام دهد تا به اهداف تعیین شده برسد، لذا به‌کار الفاظی که احتمال عمل نکردن به اقدامات را افزایش دهد باید در برنامه پرهیز شود، لذا منطقی است که حتی‌المقدور الفاظ مجاز است، می‌تواند، اختیار دارد و... به مکلف است تغییر یابد.
۲. با توجه به اهمیت اصلاح الگوی تغذیه ضروری است که محل‌های حمایت‌های دولت به‌طور مشخص بیان شود تا مکلف به اجرا باشد.



۳. برای تدارک خدمات سلامت با کیفیت و مداوم نیاز به نیروی انسانی است که به تعداد مناسب براساس استانداردهای مورد قبول تربیت شوند. درحال حاضر بخش‌های دولتی و به‌ویژه غیردولتی مؤسسات آموزشی دارند که با توان متفاوت و نامناسب به هر میزان که تمایل دارند و براساس مشتریان آموزشی خود نیروی انسانی تربیت می‌کنند و ظرفیت مازاد در سیستم ایجاد کرده‌اند که از توان اشتغال در سیستم با لحاظ اصل رقابت در به‌کارگیری خارج است. اجرای سیاست ادغام آموزش پزشکی در خدمات سلامت در نظام سلامت با وجود مؤسسات آموزشی غیردولتی و دولتی که از سیاست‌های آموزشی وزارت بهداشت تبعیت نمی‌کنند امکانپذیر نیست. لازم است ظرفیت مازاد ایجاد شده با کاهش تعداد رشته‌های غیرضروری و ایجاد رشته‌های جدید و... مدیریت شود در غیر این‌صورت با تورم و بحران نیروی انسانی ناکارآمد روبرو می‌شویم. مطابق با نیاز آینده نظام سلامت سطح‌بندی مؤسسات آموزشی علوم پزشکی طراحی شده است که لازم است تمامی مؤسسات دولتی و غیردولتی از آن تبعیت کنند.

۴. مطالعه بهره‌مندی خدمات سلامت نشان داده است که خدمات بیمارستانی به‌ویژه در بخش غیردولتی سهم زیادی در افزایش پرداخت مستقیم از جیب مردم دارد. همچنین بسیاری از تسهیلات سلامتی عمری بیش از ۳۰ تا ۵۰ سال دارند، لذا برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت به‌ویژه در بخش بستری و در نتیجه رقابت منطقی با بخش غیردولتی با هدف افزایش بهره‌مندی مردم از این خدمات و تنظیم بازار سلامت لازم در بازه‌های منطقی تسهیلات سلامت تجهیز و بازسازی و یا نوسازی و مقاوم‌سازی شوند.

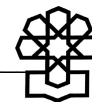
### ماده پیشنهادی

#### به‌منظور حفظ و ارتقای سلامت

الف) دولت مکلف است، حمایت لازم را از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک‌های سلامت (به‌منظور جذب گردشگران سلامت) به‌عمل آورد. آیین‌نامه این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ب) دولت مکلف است سالیانه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام و از طریق تخصیص منابع اعتباری، تولید، واردات، تدارک، توزیع و عرضه آنها را با اولویت سبد غذایی دانش‌آموزان مورد حمایت قرار دهد.

ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برای متناسب‌سازی کمیّت و کیفیت نیروهای گروه پزشکی با نیازهای سلامت کشور و استفاده بهینه از ظرفیت‌های واحدهای



ارائه‌دهنده خدمات سلامت، در سال اول برنامه (و سپس هر دو سال یکبار) نیازهای آموزشی و فرهنگی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی کشور را براساس راهبردهای پزشکی خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات استخراج و اعمال کند و عملکرد کمی و کیفی آنها را ارزیابی و رتبه‌بندی نماید.

#### ماده (۳۹)

به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، اقدام‌های زیر انجام می‌شود:  
ب) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید. کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

### علل توجیهی

#### مواد قانونی مرتبط در برنامه چهارم: (۴۰، ۴۶، ۵۶ و ۸۸)

- ضعف سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها مبتنی بر شواهد و اطلاعات متقن و معتبر،
- تعدد منابع تولید اطلاعات و آمار و ارائه آمارهای ضد و نقیض / پاسخگو نبودن واحدهای تولید اطلاعات و آمار/ عدم اتکا به اطلاعات و آمار تولیدی/ عدم دسترسی مناسب و به موقع به اطلاعات و آمار/ ضعف تولید و انتشار اطلاعات آمار در واحدهای ارائه خدمات به ویژه در بخش غیردولتی،
- نیاز به قانون سلبی و ایجابی برای جمع‌آوری، کدگذاری، تحلیل، تفسیر، توزیع و نشر آمار و اطلاعات حوزه سلامت به طور پایدار و مطمئن از سوی وزارت بهداشت و اتصال آن به شبکه جهانی آمار نهادهای بین‌المللی سلامت،
- نیاز به قانون ایجابی لازم برای راه‌اندازی شبکه آمار و اطلاعات سلامت الکترونیک به منظور بهره‌برداری سریع و به موقع در امر تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت در بهداشت، درمان و آموزش و پژوهش.

### ارزیابی

- نیاز به قانون ایجابی برای اتصال زنجیره تولید آمار و اطلاعات و کاربست آن در تولید سیاست یا برنامه ضروری است.
  - تدوین استانداردهای ارائه خدمات و پایش آنها ضروری است.
- با توجه به موارد فوق و نقاط ضعف مطرح شده پیشنهاد می‌گردد مواردی که با حروف پر نگاشته شده اضافه شود.



### ماده پیشنهادی

«به منظور یکپارچه سازی داده ها و اطلاعات حوزه سلامت و توسعه مدیریت دانش در این حوزه اقدام های زیر انجام می شود:

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت، نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایران و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر استانداردهای ملی انفورماتیک سلامت، در هماهنگی با سایر پایگاه های داده ملی نظیر پایگاه اطلاعات ثبت احوال، با حفظ حریم خصوصی و محرمانگی داده ها، حداکثر تا پایان سال دوم برنامه اقدام نماید.

ب) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است آیین نامه اجرایی و شاخص های اندازه گیری میزان استقرار سامانه مذکور را در سال اول برنامه تدوین و به تصویب هیئت وزیران برساند و هر سال، مقدار تحقق شاخص ها را محاسبه و پس از ارسال به کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی به اطلاع عموم می رسد.

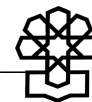
ج) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید. کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند.

تبصره «۱» - وزارت بهداشت و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت دادگستری آیین نامه حفظ حریم خصوصی افراد در سامانه های سلامت الکترونیکی و شیوه دسترسی به خدمات مذکور را حداکثر تا پایان سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند.

تبصره «۲» - کلیه نهادهای دولتی و غیردولتی و عمومی غیردولتی موظفند تدابیر لازم برای اتصال مراکز سلامت تابعه خود به این سامانه را فراهم نمایند.

### ماده (۴۰)

به پزشکی که براساس اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق کمتر توسعه یافته که فهرست آنها به تصویب هیئت وزیران می رسد به طور مستمر (حداقل دو سال) خدمت نمایند با تصویب هیئت وزیران فوق العاده خاص علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت



خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می‌شود.

با توجه به اینکه این امر در چارچوب قوانین و مقررات فعلی قابل انجام است پیشنهاد حذف این ماده داده می‌شود.

## ماده (۴۱)

### علل توجیهی

مواد قانونی مرتبط برنامه چهارم: بند «ب» ۸۸، ۸۵، ۸۶، ۹۲، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۳»

آسیب مردم از بیماری‌های غیرواگیردار و عوارض آنها مشکلات بسیاری را برای نظام سلامت کشور ایجاد کرده است:

۱. مرگومیر بالا و عوارض بالای جامعه ناشی از حوادث، بیماری‌های قلبی-عروقی به جهت مسائل تغذیه‌ای (تولید و مصرف غذاهای غیرسالم)، فشارهای روحی-روانی، عدم تحرک، دخانیات، تهدیدکننده‌های سلامت.

۲. تبلیغات سوء تهدیدکننده‌های سلامت از جمله خدمات سلامت، تجهیزات پزشکی، دارو و... موجب آسیب مردم می‌شود و نظارت بر تبلیغات در حوزه‌های مختلف دولتی و غیردولتی به صورت یکپارچه انجام نمی‌شود.

۳. فقدان قانون سلبی لازم برای ممانعت از جلوگیری تولید، ورود، توزیع، تبلیغ و مصرف مواد غذایی و کالای مصرفی آسیب‌رسان به سلامتی.

### ارزیابی

۱. از آنجا که بیش از ۵۰ درصد تعیین‌کننده‌های سلامت مؤلفه اجتماعی و اقتصادی هستند، سهم کردن تمامی دستگاه‌های اجرایی که بر سلامت جامعه اثر دارند در قالبی یکپارچه برای سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع عمومی امری است ضروری.

۲. نظام‌مند کردن و تجمیع منابع مالی که دستگاه‌های اجرایی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها هزینه می‌کنند در قالبی هماهنگ لازم است (برنامه‌های غربالگری مختلف).

۳. فقدان قانون ایجابی لازم برای تأمین منابع لازم پایدار ازسوی حاکمیت برای تهیه و اجرای «برنامه جامع حفظ و ارتقای سلامت و کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی»،

۴. درحال حاضر تمامی بخش‌های دولتی و غیردولتی (حتی نظامی) بدون در نظر گرفتن توان مالی مردم و دولت، اثربخشی، کیفیت و... صرفاً براساس سودآوری آخرین فناوری‌های سلامت را وارد و با حربه‌های مختلف مردم را مجبور به مصرف و دولت را مجبور به پوشش هزینه‌ها می‌کند.



(آمپول‌های میلیونی سرطان، PET Scan، گاما نایف و...).

۵. با وجود فناوری‌های غیراثربخش و گران پولی برای مداخلات مؤثر نمی‌ماند و عملاً بیمه‌ها ورشکسته و پرداخت از جیب مردم بالا می‌رود و سلامت و تولید به خطر می‌افتد.

۶. تنظیم بازار خدمات و کالاهای سلامت برای حفاظت از سلامت مردم ضروری است. مطالعات نشان می‌دهد که حتی در کشورهای توسعه‌یافته بسیاری از خدمات و کالاهای سلامت که مصرف می‌شوند کارآیی و اثربخشی لازم را ندارند و به زیان سلامت مصرف‌کننده است. لذا کنترل مصرف آنها امری ضروری است. بدین منظور منابع مالی پایداری لازم است تا به موقع استانداردها تدوین و کنترل شوند.

۷. اعمال حاکمیت، شامل تنظیم مقررات مناسب و اجرای به موقع آنها نیازمند همکاری سازمان‌هایی درگیر در این موضوع است.

۸. براساس آمار و شواهد موجود سالیانه به‌طور میانگین حدود ۲۷ هزار نفر بر اثر تصادفات جاده‌ای جان خود را دست می‌دهند. براساس آمار پزشکی قانونی سهم متوفیان ناشی از تصادفات رانندگی در کشور از کل متوفیان ۱۰ درصد بوده که این میزان بیش از پنج برابر متوسط جهانی است.

با توجه به موارد فوق مواردی که با حروف پر آمده اضافه و پیشنهاد می‌شوند.

### ماده پیشنهادی

برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌های زیر انجام می‌شود:

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به‌طور مستمر هشدارهای لازم را از طریق رسانه‌های گروهی به‌ویژه رسانه ملی به اطلاع عموم رسانده و سازوکارهای لازم را برای کنترل استانداردها در فرآورده‌ها، کالاهای آسیب‌رسان به سلامت مردم و داروهای با احتمال سوء مصرف ایجاد نماید.

تبصره - فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور تعیین و ابلاغ می‌شود.

ب) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدام‌های لازم برای درمان فوری و



بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی، انتقال آنها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. در اجرای این بند اعتبارات لازم همه ساله تحت ردیف خاصی در بودجه های سنواتی منظور خواهد شد.

#### بند الحاقی

- دولت موظف است با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی در طول سال های برنامه، نسبت به سیاستگذاری و برنامه ریزی برای غنی سازی فرآورده های غذایی راهبردی با ریزمغذی های حیاتی، کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس کلیه روغن های خوراکی به کمتر از ۲ درصد و کاهش مصرف شکر و نمک خوراکی تا سطح مطلوب براساس ضوابط و استانداردهای اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نماید.

#### بند الحاقی

- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مکلف است به منظور ارتقای ظرفیت های انسانی و زیرساخت های لازم برای بهبود وضعیت ایمنی در کشور اقدامات زیر را با همکاری دستگاه های اجرایی مرتبط انجام دهد:

۱. تقویت، توسعه و آمادگی شبکه امداد و نجات کشور از طریق: نیازسنجی، تهیه، تأمین و نگهداری اقلام امدادی مورد نیاز آسیب دیدگان و تجهیزات امداد و نجات اعم از زمینی، هوایی، دریایی و تجهیزات ارتباطی و مخابراتی به میزان استانداردهایی که توسط مراجع ذیصلاح کشور تعیین می شود.

۲. افزایش و گسترش آموزش های همگانی و عمومی امداد و نجات در سراسر کشور به میزان سالیانه ۱۰ درصد از افراد جامعه نسبت به سال پایه طی برنامه پنجم، آموزش های تخصصی امداد و نجات کشور به تناسب وظایف دستگاه های اجرایی ذیربط و گنجاندن اصول اولیه خودامدادی و دگرامدادی در برنامه ها و متون آموزشی مقاطع دانش آموزی و دانشجویی و کارکنان دولت جهت ارتقای سطح فرهنگ ایمنی در کشور.

#### ماده الحاقی

#### دلایل توجیهی

باتوجه به سیاست های اصل چهل و چهارم قانون اساسی و قانون مدیریت خدمات کشوری و با توجه به علاقه بخش خیریه به مشارکت در بخش سلامت، استمرار قانون جلب همکاری های



نهادهای مردمی و نمایندگان جامعه در تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت بر عملکرد واحدهای ارائه خدمات پیشنهاد می‌شود که ماده‌ای به شرح ذیل اضافه شود.

در راستای اجرای ماده (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری و به منظور تقویت امور حاکمیتی و کاهش تصدیگری در بخش سلامت، هزینه‌های خدمات مراکز درمانی که توسط هیئت‌های امنای اداره می‌شوند براساس هزینه‌های واقعی قابل قبول که توسط شورای عالی بیمه تعیین می‌گردد، دریافت خواهد شد. دولت مکلف است حمایت مالی لازم را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر از این مراکز به عمل آورد. برنامه‌ریزی لازم در این خصوص به نحوی صورت می‌گیرد که در هر سال برنامه حداقل پنج درصد به واحدهای خدمات سلامت که به این شیوه اداره می‌شوند اضافه گردد.

تبصره «۱» - مراکز فوق اختیارات اداری و مالی، مدیریتی و جذب و به کارگیری نیروی انسانی را در چارچوب مصوبات هیئت امنا دارند.

تبصره «۲» - ترکیب هیئت امنا، روش انتخاب آنها، نحوه نظارت و ارزشیابی واحد و سایر موارد براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که ظرف سه ماه پس از تصویب این لایحه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

### ۳-۳. بیمه سلامت

#### ماده (۴۲) بندهای «الف و ب»

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، کاهش تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر انجام می‌شود:

الف) دولت مکلف است ضوابط و سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را برای تحت پوشش قرار گرفتن آحاد جامعه فراهم نماید.

ب) به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، درمانی، خدمات بیمه پایه سلامت روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

### بررسی موضوع

- مصادیق تعیین شده در صدر ماده بعضاً جزء اختیارات مدیریتی دستگاه‌هاست و به مصوبه قانونی نیاز ندارد و در مورد صندوق توسعه ملی نیز با سیاست‌های کلی مغایر است.

- بند «الف» نسبت به قوانین دائمی موجود (از جمله قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و قانون تأمین اجتماعی) ترجیحی ندارد و الزامی ایجاد نمی‌کند.



- بند «ب» تکرار بند «ج» ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم است. از آنجا که تصویب این بند، مستلزم افزایش اعتبارات بیمه سلامت روستاییان است، تحقق آن در برنامه پنجم - بدون اصلاح سایر عوامل مؤثر - عملی به نظر نمی‌رسد.

### پیشنهادها

۱. مصادیق تعیین شده در صدر ماده حذف شود تا دولت در چارچوب اختیارات قانونی خود عمل کند.
۲. بند «الف» به نحوی اصلاح شود که ضمانت اجرایی آن افزایش یابد.
۳. بند «ب» حذف شود.

### متن پیشنهادی ماده (۴۲) و بند «الف» آن

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، کاهش تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر انجام می‌شود:

الف) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است تا پایان سال اول برنامه، ضوابط و سازوکارهای لازم را برای پوشش همگانی (۱۰۰ درصد) بیمه‌های درمانی و تضمین فراگیری و استمرار آن تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را برای تحت پوشش قرار گرفتن آحاد جامعه با اولویت بیمه‌های مبتنی بر اشتغال، فراهم سازد.

### ادامه ماده (۴۲) بند «ج»

ج) حق بیمه پایه سلامت به شرح زیر سهمی از درآمد بیمه‌شونده خواهد بود:

۱. اقساط نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل ۵ درصد حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صد درصد آن از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.
۲. خانوارهای کارکنان کشوری و لشگری شاغل و بازنشسته معادل ۵ درصد حقوق و مزایای مستمر که حداکثر آن تا دو برابر حق بیمه مشمولین جزء «۱» این بند خواهد بود، تعیین می‌گردد. تا هفتاد و پنج درصد (۷۵ درصد) حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.
۳. خانوارهای کارگران و مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی.
۴. سهم حق بیمه پایه سلامت خانوارهای سایر اقساط متناسب با گروه‌های درآمدی با پیشنهاد وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

تبصره - دستگاه‌های اجرایی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهیانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه‌گر مربوطه واریز نمایند.



## بررسی موضوع

تعیین و کسر حق بیمه بر مبنای درصدی از درآمد در مقایسه با وضع موجود (حق بیمه مبتنی بر هزینه سرانه) عادلانه‌تر است، زیرا که افراد و خانوارها به تناسب درآمدهای خود حق بیمه می‌پردازند و به تناسب نیازشان استفاده می‌کنند. اما در مورد نحوه تعیین حق بیمه هر یک از گروه‌های بیمه شده، نکات زیر قابل بیان است:

### در مورد جزء «۱»

۱. تعیین حق بیمه اقشار نیازمند معادل ۵ درصد حداقل دستمزد مشمولان قانون کار برای تأمین منابع بیمه درمان نیازمندان کافی نخواهد بود. چرا که در وضعیت مشابه، حق بیمه سهم درمان مشمولان قانون تأمین اجتماعی ۹ درصد حقوق و مزایای آنان است و علاوه بر این، در قانون تأمین اجتماعی مأخذ کسر حق بیمه «جمع حقوق و مزایای مستمر بیمه شده» است. بنابراین، محدودسازی حق بیمه اقشار نیازمند به «حداقل دستمزد» و آن هم با «نرخ ۵ درصد» از دو سو (هم مأخذ و هم نرخ) بیمه درمان نیازمندان را با کسری اعتبار روبرو خواهد ساخت.

### در مورد جزء «۲»

۱. ایراد وارده بر ۵ درصد موضوع جزء «۱»، در این مورد هم قابل ذکر است.  
۲. عبارت «حقوق و مزایای مستمر» مبهم و قابل تفسیرهای متفاوت است.  
۳. تعیین سقف برای حق بیمه «تا دو برابر حق بیمه مشمولین جزء «۱» این بند» از منظر قابل قبولی برخوردار نیست. چرا که این سقف در مورد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی هم‌اکنون تا ۷ برابر حداقل دستمزد مشمول کسر حق بیمه است.  
۴. تعیین این سقف با هدف بازتوزیعی صدر ماده «حق بیمه مبتنی بر درآمد» مغایر است.  
۵. تعیین سهم دولت از حق بیمه به صورت شناور بین صفر تا ۷۵ درصد، منابع حق بیمه را بیش از حد به محدودیت‌های اعتباری دولت وابسته می‌سازد و این وضع مغایر اهداف بند «۳۰» همین لایحه (کاهش وابستگی صندوق‌ها به دولت) است.

در این مورد، بهتر است سهم کارفرمایی دولت از حق بیمه کارکنان به صورت «درصدی از حقوق و مزایا» تعیین و قطعی شود و کمک‌های مازاد بر آن به صورت شناور در نظر گرفته شود.

### در مورد جزء «۳»

کلمه «کارگران» ضرورتی ندارد و با توجه به گستردگی مفهوم کارگر ممکن است ابهام ایجاد کند.



درحالی که عبارت «مشمولین تأمین اجتماعی» (که عبارت صحیح آن «مشمولان قانون تأمین اجتماعی» است)، منظور را تأمین می‌کند.

#### در مورد جزء «۴»

۱. مفاد این بند در مورد حق بیمه «خانوارهای سایر اقشار» مبهم است چرا که نه نرخ حق بیمه تعیین شده و نه سهم دولت بنابراین، واگذاری این امر به هیئت وزیران (در شرایطی که برای سایر گروه‌ها در قانون تعیین تکلیف شده) می‌تواند دوگانگی و احتمالاً تبعیض ایجاد کند.
۲. در صورتی که دولت به دلیل محدودیت اعتبارات، سهم این اقشار را کمتر از حد نیاز برآورد نماید، صندوق بیمه درمان با کسری اعتبار مواجه خواهد شد.

#### در مورد تبصره این بند

۱. مفاد این تبصره به صورت کامل‌تر در ماده (۲۷) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت آمده است و در صورت تمديد آن قانون، این تبصره ضرورتی ندارد.

#### به‌طور کلی

۱. اجزا ذیل بند «ج»، مغایر اهداف صدر آن است، چرا که تغییر مبنای حق بیمه به «سهمی از درآمد بیمه شونده» می‌تواند عدالت عمودی (بازتوزیعی) را برقرار کند، اما تعیین سقف «تا دو برابر» مانع تحقق این هدف است و همچنین سهم متفاوت دولت برای اقشار مختلف، بی‌عدالتی را افزایش می‌دهد.
۲. این بند، مغایر با بند «ی» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است<sup>۱</sup> و مفاد ماده قانونی یاد شده عادلانه‌تر و برای پایداری صندوق‌ها مناسب‌تر به نظر می‌رسد. مطابق این ماده، دولت اختیار لازم برای تنظیم حق بیمه‌ها را دارد و نیاز به قانونگذاری مجدد نیست.

#### پیشنهاد

۱. اجزای «۱»، «۲»، «۳» و «۴» ذیل بند «ج» حذف و بند «ی» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و

---

۱. بند «ی» ماده (۶): نحوه مشارکت مالی:

۱. بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی‌باشد.
۲. درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.
۳. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.



تأمین اجتماعی ملاک عمل قرار گیرد.

۲. تبصره بند «ج» حذف شود.

### متن پیشنهادی بند «ج» ماده (۴۲)

ج) حق بیمه پایه سلامت سهمی از درآمد بیمه‌شونده خواهد بود. چگونگی تعیین حق بیمه برای اقشار مختلف بیمه شده با رعایت بند «ی» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

#### ادامه ماده (۴۲)

د) وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند سالیانه نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات استاندارد سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی حداکثر معادل قیمت تمام شده در شرایط رقابتی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نمایند.

#### تبصره «۱»<sup>۱</sup>

تبصره «۲» - استانداردهای خدمات پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و قبل از پایان سال دوم برنامه به تصویب شورای عالی استاندارد خواهد رسید.

### بررسی موضوع

۱. مطابق این بند، شورای عالی بیمه خدمات درمانی از فرآیند بازنگری و تعیین تعرفه‌ها حذف شده و این وظیفه به عهده «معاونت» گذاشته شده است. در این صورت بیم آن می‌رود که:
  - از نظرات طرف‌های ذینفع از قبیل سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی، سازمان نظام پزشکی و...، به‌طور مؤثر استفاده نشود و در نتیجه تعرفه‌های مصوب قابلیت اجرا نداشته باشد.
  - با توجه به تجربه سال‌های اخیر، بین این وزارتخانه‌های ذیربط تفاهم ایجاد نشود و موضوعی که از فوریت و اهمیت برخوردار است، دستخوش مناقشات بین دو وزارت گردد.
۲. عبارت «شرایط رقابتی» مبهم است و اگر به مفهوم اقتصادی آن مد نظر باشد، قابلیت اجرا ندارد.
۳. در مورد تبصره «۲»، واگذاری وظیفه تصویب استانداردهای خدمات پایه سلامت به شورای عالی استاندارد تناسبی با وظایف این شورا ندارد و در حیطه وظایف شورای عالی بیمه خدمات درمانی است.

۱. در مورد تبصره «۱» این بند، در گزارش مربوط به حوزه بهداشت و درمان اظهار نظر می‌شود.



## پیشنهادها

۱. در بند «د» به جای «معاونت»، «شورای عالی بیمه خدمات درمانی» جایگزین شود.
۲. در تبصره «۲» به جای «شورای عالی استاندارد»، «شورای عالی بیمه خدمات درمانی» جایگزین شود.

### متن پیشنهادی بند «د» ماده (۴۲)

د) وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند سالیانه نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات استاندارد سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی حداکثر معادل قیمت تمام شده در شرایط رقابتی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت شورای عالی بیمه خدمات درمانی جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نمایند.

تبصره «۱»- حذف

تبصره «۲»- استانداردهای خدمات پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و قبل از پایان سال دوم برنامه به تصویب شورای عالی استاندارد بیمه خدمات درمانی خواهد رسید.

### ادامه ماده (۴۲)

ه) سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه پایه سلامت مکلفند با رعایت نظام ارجاع نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت اقدام نمایند. دستورالعمل اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت و الزام رعایت راهنماهای بالینی ظرف مدت یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و ابلاغ خواهد شد.

## بررسی موضوع

۱. خرید خدمات سلامت جزء وظایف ذاتی سازمان‌های بیمه‌گر است که طبق قوانین موجود انجام می‌گیرد و نیاز به قانونگذاری جدید ندارد.
۲. اصطلاح «خرید راهبردی» مبهم است و چون برای نخستین بار در قانون به کار می‌رود ممکن است در اجرا موجب تفسیر به رأی شود و نیازهای بیمه‌شدگان تحت‌الشعاع محدودیت مالی بیمه‌ها گردد.
۳. اقدامات موضوع این بند در حیطه وظایف شورای عالی بیمه خدمات درمانی است که «معاونت» جایگزین آن شده است.



## پیشنهادها

۱. تعیین مصداق‌های «خرید راهبردی خدمات سلامت» با تأکید بر رعایت تعهدات بیمه‌ها و نیازهای اساسی بیمه‌شدگان، به هیئت وزیران واگذار شود.
۲. اقدامات مورد در این بند به متولی اصلی آن که شورای عالی بیمه خدمات درمانی و هیئت وزیران است، واگذار شود.

### متن پیشنهادی بند «ه» ماده (۴۲):

ه) سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه پایه سلامت مکلفند با رعایت نظام ارجاع نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت اقدام نمایند. دستورالعمل اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، نحوه خرید راهبردی (مبتنی بر تعهدات قانونی صندوق‌های بیمه و نیازهای اساسی بیمه‌شدگان آنها) و الزام رعایت راهنماهای بالینی ظرف مدت یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

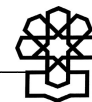
### ادامه ماده (۴۲)

و) کلیه شرکت‌ها، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای صرفاً با رعایت ضوابط ابلاغی از طرف هیئت وزیران مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت می‌باشند.

ز) سازمان‌های بیمه‌گر تجاری صرفاً در چارچوب سیاست‌ها و ضوابط مصوب هیئت وزیران مجازند در زمینه ارائه خدمات بیمه درمان به فعالیت بپردازند. بیمه‌شدگان مجازند نسبت به جابجایی صندوق‌های بیمه خود اقدام نمایند. آیین‌نامه نحوه جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه‌ای پایه سلامت ظرف مدت یک سال به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

## بررسی موضوع

۱. مفاد بند «و» و بخش اول بند «ز» مطابق قوانین موجود در حیطه وظایف شورای عالی بیمه خدمات درمانی است و انتقال این وظایف به هیئت وزیران، ضروری به نظر نمی‌رسد ضمن آنکه پیامدهای منفی هم دارد.
۲. با توجه به فعال بودن شورای عالی بیمه خدمات درمانی، قوانین موجود برای تحقق این هدف‌ها کفایت می‌کند.
۳. درباره بخش دوم بند «ز»، مبنی بر «مجاز بودن بیمه‌شدگان به جابجایی صندوق‌های بیمه‌ای



خود» قانون دائمی<sup>۱</sup> وجود دارد و نیازی به قانونگذاری مجدد نیست.  
پیشنهاد: بندهای «و» و «ز» حذف شود.

### ۳-۴. حمایتی و توانمندسازی

#### ماده (۴۳)

به منظور تحقق عدالت در تخصیص منابع و امکانات مادی کشور، کاهش فقر و نابرابری درآمدی، دولت در چارچوب قانون هدفمند کردن یارانه‌ها نسبت به تدوین سیاست‌ها و سازوکارهای اجرایی مورد نیاز، اصلاح ساختاری نهادهای حمایتی و صندوق‌های بیمه‌ای از طریق ادغام یا تجمیع ساختاری یا مدیریتی یا واگذاری وظایف و منابع و انحلال اقدام نماید.  
تبصره - اجرای این حکم در مورد نهادهای حمایتی زیر نظر مستقیم مقام معظم رهبری منوط به اذن ایشان خواهد بود.

### بررسی موضوع

۱. این ماده شامل مجموعه‌ای از احکام متناقض و نامربوط است. به خصوص اصلاح ساختاری صندوق‌های بیمه‌ای و نهادهای حمایتی در کنار سازوکارهای هدفمندسازی یارانه‌ها در یک ماده قانونی قابل جمع نیست و هر کدام موضوع تخصصی جداگانه‌ای است که در مواد مختلف این لایحه به آنها پرداخته شده است.

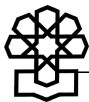
۲. نگارش متن این ماده بدون توجه به متن مواد (۳۰) و (۳۱) این لایحه صورت گرفته و با آن مغایرت دارد.

۳. اقدام در خصوص انحلال سازمان‌ها یا صندوق‌های یاد شده، یک وظیفه قانونگذاری است و واگذاری آن به دولت مغایر اصل هشتادوپنجم قانون اساسی است.

۴. طراحی «سازوکارهای اجرایی مورد نیاز» جزء اختیارات دولت است و نیازی به قانونگذاری ندارد.

پیشنهاد: این ماده و تبصره آن حذف شود.

۱. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، بند «ک» ماده (۶): نحوه جابجایی: جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه همگانی به صورت انفرادی و گروهی براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران مجاز خواهد بود.

**ماده (۴۴)**

به منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی کشور، کمک‌های مردمی، کمک دستگاه‌های اجرایی و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر توسط دولت انجام می‌شود.

الف) طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه.

ب) اجرای برنامه‌های توانمندسازی به‌گونه‌ای که حداقل سالیانه ۱۰ درصد خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین زهنی، توانمند شده و از پوشش حمایت‌های مستقیم خارج شوند.

ج) تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه.

**بررسی موضوع****در باره بند صدر ماده**

۱. عبارت «با استفاده از منابع بودجه عمومی کشور، کمک‌های مردمی، کمک دستگاه‌های اجرایی و منابع صندوق توسعه ملی» ضرورتی ندارد چون منابع برنامه‌ها در قوانین بودجه سالیانه تعیین می‌شود.
۲. تعیین مصارف «صندوق توسعه ملی» در این ماده مغایر سیاست‌های کلی است و به‌موجب اساسنامه صندوق تعیین خواهد شد.

**در باره بند «الف»**

۱. مفهوم «سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی» روشن نیست و این نگرانی وجود دارد که موجب کاهش سطح خدمات شود. درحالی که «ارتقای سطح خدمات حمایتی و توانمندسازی» یک ضرورت است.
۲. اگر «سطح‌بندی خدمات» یا «ارتقای سطح خدمات» مد نظر باشد، این کار در چارچوب «نظام تأمین اجتماعی چند لایه»، که در ماده (۳۱) این لایحه پیش‌بینی شده، انجام می‌گیرد و نیازی به این بند نیست.

**در باره بند «ب»**

۱. کاهش ۱۰ درصدی خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی در هر سال، قابل اجرا به‌نظر نمی‌رسد.



متوسط سالیانه خانوارهای از پوشش خارج شده در اثر برنامه‌های خودکفایی کمیته امداد امام خمینی (ره) نسبت به کل خانوارهای تحت پوشش در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ کمتر از یک‌دهم درصد بوده است.<sup>۱</sup> مطابق این بند، ظرفیت خودکفاسازی در کمیته امداد امام خمینی (ره) باید ۱۰۰ برابر شود.

۲. بیش از ۵۵ درصد خانوارهای زیر پوشش این نهاد (از قبیل کودکان و نوجوانان، دانش‌آموزان و دانشجویان، سالمندان و...) اصولاً مستعد خودکفایی و توانمندسازی نیستند.

۳. افرادی که پس از توانمندسازی از پوشش حمایتی خارج می‌شوند نباید بلا تکلیف بمانند چون تا مدت‌ها بعد از آن آسیب‌پذیر خواهند بود.

### پیشنهاد

۱. در صدر ماده، «با استفاده از منابع بودجه عمومی کشور، کمک‌های مردمی، کمک دستگاه‌های اجرایی و منابع صندوق توسعه ملی» حذف شود.
۲. بند «الف» این ماده حذف و بندهای مرتبط از مواد (۹۵) و (۹۷) قانون برنامه چهارم، که تداوم اجرای آنها ضروری است، تمدید شود.
۳. بند «ب» به نحوی اصلاح شود که جامعه هدف «خانوارهای مستعد خودکفایی» باشند و نه کل خانوارهای زیر پوشش.
۴. بند «ج» (با حذف کلمه «سرانه» که در این مورد مفهومی ندارد) تصویب شود.

### متن پیشنهادی ماده (۴۴)

در راستای بندهای «۱-۳۴» و «۳-۳۵» سیاست‌های کلی برنامه پنجم و به منظور جبران نابرابری‌های غیرموجه درآمدی و کاهش ضریب جینی به حداکثر ۰/۳۵ در پایان برنامه، دولت مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

الف) طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال و آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به‌ویژه برای جمعیت واقع در سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ب) اجرای برنامه‌های توانمندسازی توسط نهادهای حمایتی، به‌گونه‌ای که با بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت‌های بخش دولتی، عمومی و غیردولتی، تا پایان برنامه حداقل ۵۰ درصد از افراد مستعد خودکفایی در ابتدای برنامه، از پوشش حمایت‌های مستقیم خارج و زیر پوشش نظام بیمه‌ای قرار گیرند.

۱. گزارش بررسی وضعیت اعطای تسهیلات خوداشتغالی به مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۶ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، آذرماه ۱۳۸۸.



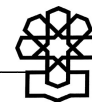
- ج) تعیین سالیانه خط فقر مطلق و نسبی و پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق در نظام حمایتی و توانمندسازی (مساعده‌های اجتماعی).
- د) اجرای طرح بیمه‌های پایه اجتماعی و سلامت به‌منظور پوشش کامل جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی در این طرح‌ها.
- ه) پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت درآمدی جمعیت زیر خط فقر و سه دهک پایین درآمدی جامعه، به‌منظور اجرای برنامه‌های جبرانی و افزایش قدرت خرید آنان.
- و) فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.
- ز) افزایش مستمری ماهیانه خانوارهای نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی به تناسب بعد خانوار، به‌نحوی که مستمری یک خانوار پنج نفره بر مبنای چهل درصد (۴۰ درصد) حداقل دستمزد موضوع قانون کار تعیین و کلیه سطوح به همان نسبت هر سال افزایش یابد.
- ح) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵ درصد) جمعیت هدف در پایان برنامه.
- ط) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل پنجاه درصد (۵۰ درصد) جمعیت هدف در پایان برنامه.
- ی) تدوین، تصویب و اجرای طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار (با رویکرد مهارت‌افزایی، اشتغال‌زایی، بیمه اجتماعی و خدمات اجتماعی) با پوشش حداقل پنجاه درصد (۵۰ درصد) جمعیت هدف در پایان برنامه<sup>۱</sup>.
- ک) تأمین حق سراجه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه.
- ل) ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

### ۳-۵. سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده

#### ماده (۴۵)

سند جامع ملی ساماندهی امور جوانان توسط سازمان ملی جوانان تهیه و پس از تأیید معاونت به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

۱. در حال حاضر نسبت پوشش حمایتی برای سالمندان حدود ۲۰ درصد و برای زنان سرپرست خانوار حدود ۳۵ درصد است.



## اشکالات

- **عدم رعایت تناسب با برنامه‌های پیشین:** اشاره به تدوین و تصویب سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان از برنامه سوم بند «الف» ماده (۱۵۷) آغاز شده و در برنامه چهارم ماده (۱۱۲) نیز تدوین این سند مورد تأکید قرار گرفته است. این سند در سال ۱۳۸۳ توسط سازمان ملی جوانان تهیه و به تصویب هیئت وزیران رسید. برنامه‌های این سند تا پایان قانون برنامه چهارم توسعه تنها در مرحله تصویب و تنظیم باقیمانده و به مرحله اجرا نرسیده است (براساس اطلاعات دریافتی از سازمان ملی جوانان در پایان سال ۱۳۸۷<sup>۱</sup> از ۱۳ برنامه اصلی این سند تنها ۸ برنامه آن به تصویب نهایی رسیده است (که از این ۱۳ برنامه تنها ۲ برنامه، برنامه عمل مصوب دارد) و ۵ برنامه دیگر در مرحله تدوین مانده است که نیازمند بررسی کارشناسی است).

- **عدم رعایت دقت، وضوح، الزام‌آوری و سنجش‌پذیری:** الزامی برای اجرا شدن برنامه سند در متن ماده مربوطه دیده نمی‌شود.

برنامه‌های سند با ذکر صریح و شفاف وظایف دستگاه‌ها در قبال موضوعات مربوطه و تعیین راهکارهای قانونی با تأکید بر قوانین بودجه سالیانه در متن لایحه آورده نشده است. شاخص‌های ارزیابی میزان تحقق برنامه‌های سند و دستگاه یا دستگاه‌های مسئول تنظیم، سنجش و پایش برنامه‌های سند مشخص نشده است.

**پیشنهاد می‌شود این ماده به شکل زیر اصلاح شود:**

**به‌منظور ساماندهی امور جوانان:**

الف) دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی زیربند که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، موظفند براساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان ضمن ایجاد «برنامه ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواتی خود از طریق ستاد ملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدام‌های لازم را جهت اجرایی شدن این اسناد در طول سال‌های برنامه به‌عمل آورند.

ب) دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی زیربند که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، موظفند با همکاری سازمان ملی جوانان و قوه قضائیه میزان تحقق شاخص‌های مصوب شورای عالی جوانان را درخصوص اجرایی نمودن «برنامه ساماندهی امور جوانان» مورد سنجش و پایش قرار دهند.

۱. آخرین تغییرات برنامه‌های سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان براساس نامه ارسالی از سازمان ملی جوانان به شماره



تبصره - آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط سازمان ملی جوانان و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور در ۶ ماهه نخست سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده (۴۶) دفتر فرهنگی و اجتماعی باید تکمیل کنند.

ماده (۴۷) عیناً متن لایحه دولت ابقا شود.

#### ماده (۴۸)

به منظور استمرار، توسعه و ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در جهت حفظ کرامت ایثارگران با اولویت عرضه منابع مالی، فرصت‌ها، امکانات و تسهیلات و امتیازات به ایثارگران (پدر و مادر، همسر و فرزندان شهدا و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان) اقدام‌های زیر انجام می‌شود:

الف) تأمین صددرصد سرانه درمانی بیمه پایه سلامت و درمان شامل بیمه همگانی و مکمل برای ایثارگران و افراد تحت تکفل آنها و هزینه کامل درمانی خاص (صرفاً برای بیماری‌های خاص ناشی از جراحات منجر به ایثارگری) توسط دستگاه‌های اجرایی و در خصوص ایثارگران غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران.

ب) کلیه دستگاه‌های اجرایی موظفند تا ۲۰ درصد اعتبارات فرهنگی خود را با تأیید معاونت صرف ترویج فرهنگ ایثار و شهادت نمایند.

ج) به منظور کاهش هزینه‌های مهندسی ساخت مسکن، بنیاد شهید و امور ایثارگران و دستگاه‌های اجرایی زیربند مجاز به ارائه خدمات مربوطه بوده و خدمات ارائه شده جایگزین خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان می‌باشد.

د) صددرصد هزینه تحصیلی فرزندان شهید و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه حداقل پنج ۵ سال اسارت غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و چنانچه شاغل باشند توسط دستگاه اجرایی مربوط تأمین و پرداخت می‌شود.

هـ) دولت مجاز است حمایت‌های مالی و حقوقی موضوع این قانون را از ایثارگران در امور فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به عمل آورد.

و) دستگاه‌های اجرایی موظفند حداقل بیست و پنج (۲۵) درصد نیاز استخدامی خود را از میان جانبازان بالای پنجاه (۵۰) درصد و آزادگان با حداقل سه ۳ سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگانی که حداقل پنج سال سابقه اسارت دارند بدون الزام به رعایت شرط سنی، تحصیلی، و آزمون تأمین و ابتدا آنان را به صورت رسمی قطعی استخدام نمایند.

ز) دانشگاه‌ها و مراکز و موسسات آموزشی و پژوهشی و وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند حداقل ده ۱۰ درصد اعضای هیئت علمی مورد نیاز خود را از بین جانبازان بالای ۵۰ درصد و آزادگان با حداقل ۳ سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه ۵ سال اسارت که دارای مدرک دکتری تخصصی می‌باشند حسب مورد از طریق استخدام و یا موافقت با انتقال با کارکنان دیگر دستگاه‌ها یا تبدیل وضعیت کارکنان غیر هیئت علمی تأمین و از ابتدا آنان را به صورت عضو هیئت علمی رسمی قطعی با احتساب سوابق آموزشی، پژوهشی و اجرایی



مرتبط و تاثیر آن در در پایه و مرتبه علمی بدون الزام به رعایت شرط سنی و آزمون استخدام نمایند. مسئولیت اجرای این حکم به طور مستقیم متوجه وزرا و روسای دستگاه‌های مذکور می‌باشد و مقامات یاد شده در این خصوص راساً مجاز به اتخاذ تصمیم می‌باشند. احکام و امتیازات این بند شامل اعضای هیئت علمی فعلی دارای شرایط علمی فوق خواهد بود.

### بررسی موضوع

۱. درباره بند «الف» - ارائه این خدمات ضروری است و تصویب آن توصیه می‌شود.

۲. درباره بند «ب» -

از آنجا که دستگاه‌هایی از قبیل وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و... موضوع ترویج فرهنگ ایثار و شهادت را ضمن موضوعات پژوهشی و کاری خود دارند و اقدامات انجام شده و یا در حال انجام در این حوزه‌ها با ظرفیت‌های موجود همخوانی دارد، شاید اختصاص این رقم بالا به این امر منجر به عدم مدیریت صحیح این اعتبارات و موازی کاری در این حوزه شود. از سوی دیگر در بحث ترویج فرهنگ ایثار و شهادت به تنوع، جذابیت، تکرار و تکنولوژی نیاز است. علاوه بر این، وظایف سیاستگذاری و تبیین راهبردها و اهداف کلان این امر بر عهده «شورای هماهنگی و نظارت بر امر ترویج فرهنگ ایثار و شهادت» است. از این رو لازم است تا جهت جلوگیری از موازی کاری، این شورا بر مصرف این هزینه‌ها نظارت داشته باشد.

۳. درباره بند «ج» - خدمات مهندسی در پروسه‌های ساخت‌وساز یک ضرورت انکارناپذیر است. قانون نظام مهندسی نیز برای سلامت ساخت‌وساز تدوین شده است. جایگزینی خدمات بنیاد شهید و امور ایثارگران به جای نظام مهندسی صحیح نیست. بنیاد شهید می‌تواند برای کمک به خانواده شهدا و ایثارگران هزینه آن را (به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم) پرداخت کند.

۴. درباره بند «د» - بخش عمده‌ای از خدمات موضوع این بند در حال حاضر از سوی بنیاد شهید و امور ایثارگران ارائه می‌شود اما به منظور قانونمند شدن این خدمات در طول برنامه پنجم، تصویب آن لازم به نظر می‌رسد.

۵. درباره بند «ه» - بخش عمده‌ای از اقدامات موضوع این بند در حال حاضر از سوی بنیاد شهید و امور ایثارگران در قالب توافق نامه‌های دو جانبه انجام می‌شود اما این ماده قانونی در صدد ارتقای سطح این خدمات و قانونمند ساختن آن است که تصویب آن لازم به نظر می‌رسد.

۶. درباره بند «و» - به دلیل آنکه این موضوع در لایحه جامع خدمات رسانی به ایثارگران به‌طور کامل دیده شده، پیشنهاد حذف داده می‌شود.

۷. درباره بند «ز» - تصویب آن عیناً توصیه می‌شود.



### متن پیشنهادی ماده (۴۸)

به منظور استمرار، توسعه و ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در جهت حفظ کرامت ایثارگران با اولویت عرضه منابع مالی، فرصت‌ها، امکانات و تسهیلات و امتیازات به ایثارگران (پدر و مادر، همسر و فرزندان شهدا و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان) اقدام‌های زیر انجام می‌شود:

الف) تأمین صددرصد سرانه درمانی بیمه پایه سلامت و درمان شامل بیمه همگانی و مکمل برای ایثارگران و افراد تحت تکفل آنها و هزینه کامل درمانی خاص (صرفاً برای بیماری‌های خاص ناشی از جراحات منجر به ایثارگری) توسط دستگاه‌های اجرایی و در خصوص ایثارگران غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران.

ب) کلیه دستگاه‌های اجرایی موظفند تا ۲۰ درصد اعتبارات فرهنگی خود را با تایید معاونت و با نظارت شورای هماهنگی و نظارت بر امر ترویج فرهنگ ایثار و شهادت، صرف ترویج فرهنگ ایثار و شهادت نمایند. ضمناً این اعتبار با نظارت این شورا هزینه خواهد شد.

ج) به منظور کاهش هزینه‌های مهندسی ساخت مسکن، بنیاد شهید و امور ایثارگران و دستگاه‌های اجرایی ذیربط مجاز به ارائه خدمات مربوطه بوده و خدمات ارائه شده جایگزین خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان می‌باشد. مجازند تا ۱۰۰ درصد هزینه خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان را برای خانواده شهدا و ایثارگران تأمین کنند.

د) صددرصد هزینه تحصیلی فرزندان شهید و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه حداقل پنج ۵ سال اسارت غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و چنانچه شاغل باشند توسط دستگاه اجرایی مربوط تأمین و پرداخت می‌شود.

ه) دولت مجاز است حمایت‌های مالی و حقوقی موضوع این قانون را از ایثارگران در امور فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به عمل آورد.

و) حذف شود.

ز) دانشگاه‌ها و مراکز و مؤسسات آموزشی و پژوهشی و وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند حداقل ده ۱۰ درصد اعضای هیئت علمی مورد نیاز خود را از بین جانبازان بالای ۵۰ درصد و آزادگان با حداقل ۳ سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه ۵ سال اسارت که دارای مدرک دکتری تخصصی می‌باشند حسب مورد از طریق استخدام و یا موافقت با انتقال با کارکنان دیگر دستگاه‌ها یا تبدیل وضعیت کارکنان غیر هیئت علمی تأمین و از ابتدا آنان را به صورت عضو هیئت علمی رسمی قطعی با احتساب سوابق آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط و تأثیر آن در در پایه و مرتبه علمی بدون الزام به رعایت شرط سنی و آزمون استخدام نمایند. مسئولیت اجرای



این حکم به طور مستقیم متوجه وزرا و روسای دستگاه‌های مذکور می‌باشد و مقامات یاد شده در این خصوص رأساً مجاز به اتخاذ تصمیم می‌باشند. احکام و امتیازات این بند شامل اعضای هیئت علمی فعلی دارای شرایط علمی فوق خواهد بود.

### خلاصه وضعیت مواد فصل سوم اجتماعی بیمه‌های اجتماعی، سلامت، بیمه سلامت، حمایت و

#### توانمندسازی سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده، ایثارگران

ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
۲۹	به منظور ارتقای سطح شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با سطح توسعه انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور سند راهبردی «ارتقای سطح شاخص توسعه انسانی» پس از تصویب هیئت وزیران اجرا شود.	حذف
۳۰	<p>به دولت اجازه داده می‌شود در راستای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی نسبت به اصلاح ساختار این صندوق‌ها براساس اصول زیر اقدام نماید:</p> <p>الف) کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت (به استثنای مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه) در طول برنامه پنجم.</p> <p>ب) استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها از طرق مختلف از جمله تجدیدنظر در ساختار بیمه‌های اجتماعی، درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه به ویژه صندوق خدمات درمانی و بازنشستگی کشوری و اصلاح ساختار و تجهیز سایر صندوق‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی براساس اساسنامه مصوب دولت</p> <p><b>تبصره -</b> شرایط احراز، زمان بهره‌مندی، نظام امتیازبندی بازنشستگی (مشاغل غیرتخصصی)، تعیین مشاغل سخت و زیان‌آور، میزان و ترکیب نرخ حق بیمه، افزایش سنواتی و چگونگی اصلاح ساختار صندوق‌ها براساس آیین‌نامه‌ای خواهد</p>	<p>به دولت اجازه داده می‌شود در راستای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی نسبت به اصلاح ساختار این صندوق‌ها براساس اصول زیر اقدامات قانونی لازم را انجام دهد:</p> <p>الف) کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت (به استثنای مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه) در طول برنامه پنجم، از طریق: تنظیم عوامل مؤثر بر منابع و مصارف صندوق‌ها منطبق بر محاسبات بیمه‌ای، کاهش حمایت‌های غیربیمه‌ای صندوق‌ها و انتقال آن به نهادهای حمایتی، تقویت سازوکارهای وصول به موقع حق بیمه‌ها و تأمین درآمدهای صندوق‌ها و همچنین تقویت فعالیت‌های اقتصادی و سرمایه‌گذاری سودآور، به نحوی که سهم سود سرمایه‌گذاری در منابع هر صندوق در پایان برنامه حداقل به ۲۰ درصد کل منابع آن صندوق برسد.</p> <p>ب) استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها از طرق مختلف با تأکید بر کاهش تصدیگری، واگذاری امور خدماتی و</p>



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>اجرائی به کارگزاری‌ها، توسعه خدمات الکترونیکی، تقویت مشارکت مردم و شرکای اجتماعی صندوق‌ها و توسعه فعالیت‌های اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مخاطبان.</p> <p>تبصره- آیین‌نامه اجرایی این ماده به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p>	<p>بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p>	
<p>در اجرای بند «۵-۳۵» سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، دولت مکلف است ساختار حوزه‌های بیمه‌ای و حمایتی نظام تأمین اجتماعی را به‌گونه‌ای اصلاح کند که حداقل تا پایان سال دوم برنامه «نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه» با لحاظ حداقل سه لایه مساعدت‌های اجتماعی (شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی)، بیمه‌های اجتماعی پایه (شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه) و بیمه‌های مکمل (بازنشستگی و درمان) با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور مستقر گردد.</p> <p>تبصره «۱»- آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p> <p>تبصره «۲»- کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.</p>	<p>دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با رعایت لایه‌های متفاوت مساعدت‌های اجتماعی، مستمری‌های پایه، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های مکمل اجتماعی و درمان اقدام نماید.</p>	۳۱
<p>متن پیشنهادی یا اصلاحی: الف) حذف ب) حذف ج) حذف د) منتقل به ماده (۳۱)</p>	<p>الف) بیمه‌های اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی خصوصی توسط بخش غیردولتی براساس آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب دولت می‌رسد، ایجاد گردد.</p>	۳۲



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
	<p>ب) کلیه بیمه‌شدگان (به‌استثنای کادر نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات) می‌توانند نسبت به تغییر صندوق بیمه‌ای خود به صندوق‌های موضوع بند «الف» اقدام نمایند. ضوابط تغییر صندوق و نقل‌وانتقال حق بیمه و سوابق بیمه‌ای بین صندوق‌های موضوع این بند در آیین‌نامه بند «الف» این ماده تعیین می‌گردد.</p> <p>ج) سهم دولت از حق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد که خود را نزد یکی از صندوق‌های بیمه و بازنشستگی بیمه می‌نمایند در آیین‌نامه موضوع بند «الف» این ماده، تعیین می‌گردد.</p> <p>د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.</p>	
دولت مکلف است تا پایان برنامه ضمن جلوگیری از ایجاد تعهدات جدید به سازمان‌های بیمه‌ای و کاهش سالیانه حداقل ۲۰ درصد از بدهی‌های معوقه از محل واگذاری دارایی‌ها و یا سهام شرکت‌های دولتی و سایر منابع، همه‌ساله نسبت به پرداخت سهم مشارکت در حق بیمه و سایر تعهدات خود اقدام نماید.	دولت مکلف است تا پایان برنامه ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی‌های جدید به سازمان‌های بیمه‌ای و کاهش بدهی‌های معوقه از محل واگذاری دارایی‌ها و یا سهام شرکت‌های دولتی و سایر منابع، همه‌ساله نسبت به پرداخت سهم مشارکت در حق بیمه و سایر تعهدات خود اقدام نماید.	۳۳
به کارکنان مشمول صندوق‌های بازنشستگی اجازه داده می‌شود در صورت انتقال به سایر دستگاه‌ها، با خریدی، اخراج، انصراف و استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند. حق بیمه سهم بیمه شده و کارفرما (به‌استثنای افراد منتقل شده و افرادی که زیر پوشش صندوق بازنشستگی دیگری قرار می‌گیرند) به‌عهده بیمه شده می‌باشد.	به کارکنان مشمول صندوق‌های بازنشستگی اجازه داده می‌شود در صورت انتقال به سایر دستگاه‌ها، با خریدی، اخراج، انصراف و استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند. حق بیمه سهم بیمه شده و کارفرما (به‌استثنای افراد منتقل شده) به‌عهده بیمه شده می‌باشد.	۳۴
حذف	در صورتی که نرخ رشد دستمزد اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آنها بیش از رشد طبیعی دستمزد کارگران بوده و با سال‌های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آنکه	۳۵



ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
	<p>این افزایش دستمزد به دلیل ارتقای شغلی نباشد سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگران و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سال‌های قبل را از کارفرمای ذیربط دریافت نماید.</p>	
۳۶	<p>به‌منظور حفظ یکپارچگی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت به دولت اجازه داده می‌شود:</p> <p>الف) استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تدوین و توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد</p> <p>ب) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی را در سال اول برنامه بازطراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید</p> <p><b>تبصره «۱»</b> - پزشکی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی نمی‌باشند. به دولت اجازه داده می‌شود تعرفه خدمات درمانی را در این‌گونه بیمارستان‌ها حداکثر معادل هزینه تمام شده خدمات به‌منظور جبران خدمات پزشکان تعیین نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند.</p> <p>مشروط به آنکه صرفاً از یک محل به میزان بخش دولتی بدون هیچ‌گونه دریافتی دیگری حقوق و مزایا دریافت نمایند.</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی،</p>	<p>در راستای بند «۱-۱۹» سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری به‌منظور حفظ یکپارچگی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت دولت مکلف است، اقدام‌های زیر را انجام دهد:</p> <p>الف) استانداردهای ملی جهت تدوین پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی سلامت تدوین و توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد مصادیق طرح‌های بزرگ توسط معاونت اعلام می‌شود</p> <p>ب) سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی را در سال اول برنامه بازطراحی و از ابتدای سال دوم در سراسر کشور اجرا نماید .</p> <p><b>تبصره «۱»</b> - پزشکی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی نمی‌باشند. به هیئت وزیران اجازه داده می‌شود تعرفه خدمات درمانی را در این‌گونه بیمارستان‌ها حداکثر معادل هزینه تمام شده خدمات به‌منظور جبران خدمات پزشکان تعیین نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی درمانی کشور، تأسیس، تخصیص، توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی</p>



ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
	دندانپزشکی و آزمایشگاهی توسط بخش‌های دولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت.	و آزمایشگاهی توسط بخش‌های دولتی و غیردولتی بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت.
۳۷	به منظور پوشش تأمین اجتماعی مشمولان وظیفه نیروهای مسلح در صورت از کار افتادگی یا فوت به لحاظ خدمتی یا غیر خدمتی صندوق بیمه مستمری از کار افتادگی، بیمه عمر و حوادث کارکنان فوق در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تشکیل می‌گردد. اساسنامه صندوق فوق طی سال اول برنامه به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح پس از تأیید ستاد کل نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.	به منظور پوشش تأمین اجتماعی مشمولان وظیفه نیروهای مسلح در صورت از کار افتادگی یا فوت به لحاظ خدمتی یا غیر خدمتی صندوق بیمه مستمری از کار افتادگی، بیمه عمر و حوادث کارکنان فوق با ماهیت عمومی غیردولتی، در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تشکیل می‌گردد. اساسنامه صندوق فوق طی سال اول برنامه به پیشنهاد وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح پس از تأیید ستاد کل نیروهای مسلح به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.
۳۸	به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت: الف) دولت حمایت لازم را از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک‌های سلامت (به منظور جذب گردشگران سلامت) به عمل آورد. آیین‌نامه این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. ب) دولت مکلف است سالیانه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبب غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام و مورد حمایت قرار دهد. ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برای متناسب‌سازی کمیّت و کیفیت نیروهای گروه پزشکی با نیازهای سلامت کشور و استفاده بهینه از ظرفیت‌های واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت، در سال اول برنامه (و سپس هر دو سال یک بار) نیازهای آموزشی و فرهنگی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی کشور را بر اساس	به منظور حفظ و ارتقای سلامت: الف) دولت مکلف است، حمایت لازم را از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک‌های سلامت (به منظور جذب گردشگران سلامت) به عمل آورد. آیین‌نامه این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. ب) دولت مکلف است سالیانه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبب غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام و از طریق تخصیص منابع اعتباری، تولید، واردات، تدارک، توزیع و عرضه آنها را با اولویت سبب غذایی دانش آموزان مورد حمایت قرار دهد. ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برای متناسب‌سازی کمیّت و کیفیت نیروهای گروه پزشکی با نیازهای سلامت کشور و استفاده بهینه از ظرفیت‌های واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت، در سال اول برنامه



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
(و سپس هر دو سال یک بار) نیازهای آموزشی و فرهنگی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی کشور را براساس راهبردهای پزشکی خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات استخراج و اعمال کند و عملکرد کمی و کیفی آنها را ارزیابی و رتبه‌بندی نماید.	راهبردهای پزشکی خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات استخراج و اعمال کند و عملکرد کمی و کیفی آنها را ارزیابی و رتبه‌بندی نماید.	
به منظور یکپارچه‌سازی داده‌ها و اطلاعات حوزه سلامت و توسعه مدیریت دانش در این حوزه اقدام‌های زیر انجام می‌شود: الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت، نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایران و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر استانداردهای ملی انفورماتیک سلامت، در هماهنگی با سایر پایگاه‌های داده ملی نظیر پایگاه اطلاعات ثبت احوال، با حفظ حریم خصوصی و محرمانگی داده‌ها، حداکثر تا پایان سال دوم برنامه اقدام نماید. ب) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است آیین‌نامه اجرایی و شاخص‌های اندازه‌گیری میزان استقرار سامانه مذکور را در سال اول برنامه تدوین و به تصویب هیئت وزیران برساند و هر سال، مقدار تحقق شاخص‌ها را محاسبه و پس از ارسال به کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی به اطلاع عموم می‌رسد ج) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با	به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، اقدام‌های زیر انجام می‌شود: الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران و براساس اطلاعات طبقه‌بندی شده اقدام می‌نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند. ب) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با	۳۹



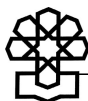
پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید. کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.</p> <p>تبصره «۱» - وزارت بهداشت و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت دادگستری آیین‌نامه حفظ حریم خصوصی افراد در سامانه‌های سلامت الکترونیکی و شیوه دسترسی به خدمات مذکور را حداکثر تا پایان سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند.</p> <p>تبصره «۲» - کلیه نهادهای دولتی و غیردولتی و عمومی غیر دولتی موظفند تدابیر لازم برای اتصال مراکز سلامت تابعه خود به این سامانه را فراهم نمایند.</p>		
حذف	<p>به پزشکی که براساس اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق کمتر توسعه‌یافته که فهرست آنها به تأیید معاونت می‌رسد به‌طور مستمر (حداقل دو سال) خدمت نمایند با تصویب هیئت وزیران فوق‌العاده خاص علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می‌شود.</p>	۴۰
<p>برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p> <p>الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به‌طور مستمر هشدارهای لازم را از طریق رسانه‌های گروهی به‌ویژه رسانه ملی به اطلاع عموم رسانده و سازوکارهای لازم را برای کنترل استانداردها در فرآورده‌ها، کالاهای آسیب‌رسان به سلامت مردم و داروهای با احتمال سوء مصرف ایجاد نماید</p> <p>تبصره - فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش</p>	<p>برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p> <p>الف) فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در صد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت تعیین و ابلاغ می‌شود.</p> <p>ب) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	۴۱



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور تعیین و ابلاغ می‌شود</p> <p>ب) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدام‌های لازم برای درمان فوری و بدون قیدوشرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی، انتقال آنها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به‌عمل آورد. در اجرای این بند اعتبارات لازم همه‌ساله تحت ردیف خاصی در بودجه‌های سنواتی منظور خواهد شد</p> <p>بند الحاقی - دولت موظف است با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی در طول سال‌های برنامه، نسبت به سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای غنی‌سازی فرآورده‌های غذایی راهبردی با ریزمغذی‌های حیاتی، کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس کلیه روغن‌های خوراکی به کمتر از ۲ درصد و کاهش مصرف شکر و نمک خوراکی تا سطح مطلوب براساس ضوابط و استانداردهای اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نماید.</p> <p>بند الحاقی - جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مکلف است به‌منظور ارتقای ظرفیت‌های انسانی و زیرساخت‌های لازم برای بهبود وضعیت ایمنی در کشور اقدامات زیر را با همکاری دستگاه‌های اجرایی مرتبط انجام دهد:</p> <p>۱. تقویت، توسعه و آمادگی شبکه امداد و نجات کشور از طریق: نیازسنجی، تهیه، تأمین</p>	<p>موظف است اقدام‌های لازم برای درمان فوری و بدون قیدوشرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی، انتقال آنها در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به‌عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق، عوارضی معادل ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری به‌طور علی‌الحساب به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد. توزیع این منابع توسط وزارتخانه مزبور با تأیید معاونت براساس عملکرد واحدهای فوق‌الذکر بر مبنای تعرفه‌های مصوب، هر سه ماه یک‌بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه‌کرد اعتبارات مذکور را هر ۶ ماه یک‌بار به بیمه مرکزی و معاونت گزارش نماید.</p> <p>ج) تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالیانه توسط کارگروه موضوع بند «الف» تعیین و اعلام می‌شود. از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.</p> <p>تبصره - عدم رعایت مفاد بند «ج» این ماده مستوجب جزای نقدی از ۱۰۰ میلیون ریال تا یک میلیارد ریال خواهد بود. در صورت تکرار برای هر دفعه بیست ۲۰ درصد به نصاب حداقل و حدکثر مذکور و قبلی حسب مورد اضافه می‌شود.</p>	



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>و نگهداری ارقام امدادی مورد نیاز آسیب‌دیدگان و تجهیزات امداد و نجات اعم از زمینی، هوایی، دریایی و تجهیزات ارتباطی و مخابراتی به میزان استانداردهایی که توسط مراجع ذیصلاح کشور تعیین می‌شود</p> <p>۲. افزایش و گسترش آموزش‌های همگانی و عمومی امداد و نجات در سراسر کشور به میزان سالیانه ۱۰ درصد از افراد جامعه نسبت به سال پایه طی برنامه پنجم، آموزش‌های تخصصی امداد و نجات کشور به تناسب وظایف دستگاه‌های اجرایی ذیربط و گنجاندن اصول اولیه خودامدادی و دگرامدادی در برنامه‌ها و متون آموزشی مقاطع دانش‌آموزی و دانشجویی و کارکنان دولت جهت ارتقای سطح فرهنگ ایمنی در کشور</p>		
<p>به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p> <p>الف) وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است تا پایان سال اول برنامه، ضوابط و سازوکارهای لازم را برای پوشش همگانی (۱۰۰ درصد) بیمه‌های درمانی و تضمین فراگیری و استمرار آن تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را برای تحت پوشش قرار گرفتن آحاد جامعه با اولویت بیمه‌های مبتنی بر اشتغال، فراهم سازد.</p> <p>ب) حذف</p> <p>ج) حق بیمه پایه سلامت سهمی از درآمد بیمه‌شونده خواهد بود. چگونگی تعیین حق بیمه برای اقشار مختلف بیمه شده با رعایت بند «ی» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، به پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید شورای عالی رفاه و</p>	<p>به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، کاهش تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p> <p>الف) دولت مکلف است ضوابط و سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را برای تحت پوشش قرار گرفتن آحاد جامعه فراهم نماید</p> <p>ب) به‌منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، درمانی، خدمات بیمه پایه سلامت روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.</p> <p>ج) حق بیمه پایه سلامت به شرح زیر سهمی از درآمد بیمه‌شونده خواهد بود:</p>	۴۲



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p> <p>د) وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند سالیانه نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات استاندارد سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی حداکثر معادل قیمت تمام شده در شرایط رقابتی اقدام و مراتب را پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نمایند.</p> <p><b>تبصره «۱» - حذف</b></p> <p><b>تبصره «۲» -</b> استانداردهای خدمات پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و قبل از پایان سال دوم برنامه به تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی خواهد رسید.</p> <p>ه) سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه پایه سلامت مکلفند با رعایت نظام ارجاع نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت اقدام نمایند. دستورالعمل اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، نحوه خرید راهبردی (مبتنی بر تعهدات قانونی صندوق‌های بیمه و نیازهای اساسی بیمه‌شدگان آنها) و الزام رعایت راهنماهای بالینی ظرف مدت یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p> <p><b>و) حذف</b></p> <p><b>ز) حذف</b></p>	<p>۱. اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل ۵ درصد حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صد درصد آن از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.</p> <p>۲. خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل ۵ درصد حقوق و مزایای مستمر که حداکثر آن تا دو برابر حق بیمه مشمولین جزء یک این بند خواهد بود، تعیین می‌گردد. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.</p> <p>۳. خانوارهای کارگران و مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی.</p> <p>۴. سهم حق بیمه پایه سلامت خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p> <p><b>تبصره -</b> دستگاه‌های اجرایی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهیانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه‌گر مربوطه واریز نمایند.</p> <p>د) وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند سالیانه نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات استاندارد سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی حداکثر معادل قیمت تمام شده در شرایط رقابتی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نمایند.</p> <p><b>تبصره «۱» -</b> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون تحمیل بار مالی جدید، نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت را براساس استانداردهای اعتباربخشی مصوب به مؤسسات مورد تأیید در بخش غیردولتی واگذار نماید. به نسبتی که نظارت به مؤسسات مذکور واگذار می‌شود،</p>	



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
	<p>منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزاد و تعدیل می‌گردد</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - استانداردهای خدمات پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و قبل از پایان سال دوم برنامه به تصویب شورای عالی استاندارد خواهد رسید.</p> <p>ه) سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه پایه سلامت مکلفند با رعایت نظام ارجاع نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت اقدام نمایند. دستورالعمل اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت و الزام رعایت راهنماهای بالینی ظرف مدت یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و ابلاغ خواهد شد</p> <p>و) کلیه شرکت‌ها، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای صرفاً با رعایت ضوابط ابلاغی از طرف هیئت وزیران مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت می‌باشند</p> <p>ز) سازمان‌های بیمه‌گر تجاری صرفاً در چارچوب سیاست‌ها و ضوابط مصوب هیئت وزیران مجازند در زمینه ارائه خدمات بیمه درمان به فعالیت بپردازند. بیمه‌شدگان مجازند نسبت به جابجایی صندوق‌های بیمه خود اقدام نمایند. آیین‌نامه نحوه جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه‌ای پایه سلامت ظرف مدت یکسال به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p>	
حذف	<p>به‌منظور تحقق عدالت در تخصیص منابع و امکانات مادی کشور، کاهش فقر و نابرابری درآمدی، دولت در چارچوب قانون هدفمند کردن یارانه‌ها نسبت به تدوین سیاست‌ها و سازوکارهای اجرایی مورد نیاز، اصلاح ساختاری نهادهای حمایتی و صندوق‌های بیمه‌ای از طریق ادغام یا تجمیع ساختاری یا</p>	۴۳



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
	<p>مدیریتی یا واگذاری وظایف و منابع و انحلال ادغام نماید.</p> <p><b>تبصره -</b> اجرای این حکم در مورد نهادهای حمایتی زیرنظر مستقیم مقام معظم رهبری منوط به اذن ایشان خواهد بود.</p>	
<p>در راستای بنسدهای «۱-۳۴» و «۳-۳۵» سیاست‌های کلی برنامه پنجم و به‌منظور جبران نابرابری‌های غیرموجه درآمدی و کاهش ضریب جینی به حداکثر ۰/۳۵ در پایان برنامه، دولت مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:</p> <p>الف) طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال و آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به‌ویژه برای جمعیت واقع در سه دهک پایین درآمدی در کشور.</p> <p>ب) اجرای برنامه‌های توانمندسازی توسط نهادهای حمایتی، به‌گونه‌ای که با بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت‌های بخش دولتی، عمومی و غیردولتی، تا پایان برنامه حداقل ۵۰ درصد از افراد مستعد خودکفایی در ابتدای برنامه، از پوشش حمایت‌های مستقیم خارج و زیر پوشش نظام بیمه‌ای قرار گیرند.</p> <p>ج) تعیین سالیانه خط فقر مطلق و نسبی و پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق در نظام حمایتی و توانمندسازی (مساعده‌های اجتماعی).</p> <p>د) اجرای طرح بیمه‌های پایه اجتماعی و سلامت به‌منظور پوشش کامل جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی در این طرح‌ها</p> <p>هـ) پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت درآمدی جمعیت زیر خط فقر و سه دهک پایین درآمدی جامعه، به‌منظور اجرای برنامه‌های جبرانی و افزایش قدرت خرید آنان</p> <p>و) فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از</p>	<p>به‌منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی کشور، کمک‌های مردمی، کمک دستگاه‌های اجرایی و منابع صندوق توسعه ملی اقدام‌های زیر توسط دولت انجام می‌شود:</p> <p>الف) طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه</p> <p>ب) اجرای برنامه‌های توانمندسازی به‌گونه‌ای که حداقل سالیانه ۱۰ درصد خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین زهنی، توانمند شده و از پوشش حمایت‌های مستقیم خارج شوند</p> <p>ج) تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه</p> <p>۴۴</p>	



ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
		<p>حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا. (ز) افزایش مستمری ماهیانه خانوارهای نیازمند تحت پوشش نهاد های حمایتی به تناسب بعد خانوار، به نحوی که مستمری یک خانوار پنج نفره بر مبنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل دستمزد موضوع قانون کار تعیین و کلیه سطوح به همان نسبت هر سال افزایش یابد.</p> <p>ح) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه.</p> <p>ط) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) جمعیت هدف در پایان برنامه</p> <p>ی) تدوین، تصویب و اجرای طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار (با رویکرد مهارت افزایی، اشتغال زایی، بیمه اجتماعی و خدمات اجتماعی) با پوشش حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) جمعیت هدف در پایان برنامه<sup>۱</sup>.</p> <p>ک) تأمین حق بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال های اجرای برنامه.</p> <p>ل) ساماندهی و توسعه مشارکت های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.</p>
۴۵	<p><u>سند جامع ملی ساماندهی امور جوانان توسط سازمان ملی جوانان تهیه و پس از تأیید معاونت به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</u></p>	<p>به منظور ساماندهی امور جوانان: الف) دستگاه های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذیربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می کنند، موظفند بر اساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان ضمن ایجاد «برنامه</p>

۱. در حال حاضر نسبت پوشش حمایتی برای سالمندان حدود ۲۰ درصد و برای زنان سرپرست خانوار حدود ۳۵ درصد است.



ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
		<p>ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواتی خود از طریق ستاد ملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدام‌های لازم را جهت اجرایی شدن این اسناد در طول سال‌های برنامه به عمل آورند (ب) دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذیربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، موظفند با همکاری سازمان ملی جوانان و قوه قضائیه میزان تحقق شاخص‌های مصوب شورای عالی جوانان را درخصوص اجرایی نمودن «برنامه ساماندهی امور جوانان» مورد سنجش و پایش قرار دهند. تبصره - آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط سازمان ملی جوانان و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور در ۶ماهه نخست سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p>
۴۶	<p>به‌منظور تحقق بخشیدن به منزلت و کرامت انسانی زنان خانه‌دار و ارزشگذاری مادی و معنوی امر مقدس خانه داری و خدمات آنان در فرآیند اقتصادی و اجتماعی جامعه، وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، کار و امور اجتماعی، رفاه و تأمین اجتماعی، معاونت و بانک مرکزی و مرکز امور زنان و خانواده ریاست‌جمهوری، در سال اول برنامه نسبت به تعریف و شناسایی کارخانه‌داری زنان در خانه به‌عنوان فعالیت اقتصادی و اجتماعی اقدام و مرکز آمار ایران اثر فعالیت‌های مذکور را در حساب‌های ملی و سایر حساب‌های اقتصادی کشور لحاظ نماید.</p> <p>تبصره - دولت مجاز است مشوق‌های مالی لازم را برای حمایت از فعالیت‌های خانه‌داری زنان خانه‌دار موضوع این ماده ازجمله برنامه بیمه زنان خانه‌دار تدوین و ابلاغ نماید.</p>	<p>متن پیشنهادی یا اصلاحی</p>
۴۷	<p>به‌منظور ساماندهی و اعتباربخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ ایرانی - اسلامی و با تأکید بر</p>	<p>به‌منظور ساماندهی و اعتباربخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ ایرانی - اسلامی و با تأکید بر</p>



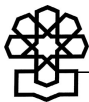
پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده، تأسیس مراکز و ارائه هرگونه خدمات مشاوره‌ای روان‌شناختی - اجتماعی نیازمند اخذ مجوز براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران می‌باشد.</p>	<p>تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده، تأسیس مراکز و ارائه هرگونه خدمات مشاوره‌ای روان‌شناختی - اجتماعی نیازمند اخذ مجوز براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران می‌باشد.</p>	
<p>به‌منظور استمرار، توسعه و ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در جهت حفظ کرامت ایثارگران با اولویت عرضه منابع مالی، فرصت‌ها، امکانات و تسهیلات و امتیازات به ایثارگران ( پدر و مادر، همسر و فرزندان شهدا و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان) اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p>	<p>به‌منظور استمرار، توسعه و ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در جهت حفظ کرامت ایثارگران با اولویت عرضه منابع مالی، فرصت‌ها، امکانات و تسهیلات و امتیازات به ایثارگران (پدر و مادر، همسر و فرزندان شهدا و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان) اقدام‌های زیر انجام می‌شود:</p>	
<p>الف) تأمین صد درصد سرانه درمانی بیمه پایه سلامت و درمان شامل بیمه همگانی و مکمل برای ایثارگران و افراد تحت تکفل آنها و هزینه کامل درمانی خاص (صرفاً برای بیماری‌های خاص ناشی از جراحات منجر به ایثارگری) توسط دستگاه‌های اجرایی و درخصوص ایثارگران غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران در چارچوب قانون جامع خدمات‌رسانی به ایثارگران.</p>	<p>الف) تأمین صد درصد سرانه درمانی بیمه پایه سلامت و درمان شامل بیمه همگانی و مکمل برای ایثارگران و افراد تحت تکفل آنها و هزینه کامل درمانی خاص (صرفاً برای بیماری‌های خاص ناشی از جراحات منجر به ایثارگری) توسط دستگاه‌های اجرایی و درخصوص ایثارگران غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران</p>	
<p>ب) کلیه دستگاه‌های اجرایی موظفند تا ۲۰ درصد اعتبارات فرهنگی خود را با تأیید معاونت و با نظارت شورای هماهنگی و نظارت بر امر ترویج فرهنگ ایثار و شهادت، صرف ترویج فرهنگ ایثار و شهادت نمایند. ضمناً این اعتبار با نظارت این شورا هزینه خواهد شد.</p>	<p>ب) کلیه دستگاه‌های اجرایی موظفند تا ۲۰ درصد اعتبارات فرهنگی خود را با تأیید معاونت صرف ترویج فرهنگ ایثار و شهادت نمایند.</p>	۴۸
<p>ج) به‌منظور کاهش هزینه‌های مهندسی ساخت مسکن، بنیاد شهید و امور ایثارگران و دستگاه‌های اجرایی ذیربط مجاز به ارائه خدمات مربوطه بوده و خدمات ارائه شده جایگزین خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان می‌باشد. مجازند تا ۱۰۰ درصد هزینه خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان را برای خانواده شهدا و ایثارگران تأمین کنند.</p>	<p>ج) به‌منظور کاهش هزینه‌های مهندسی ساخت مسکن، بنیاد شهید و امور ایثارگران و دستگاه‌های اجرایی ذیربط مجاز به ارائه خدمات مربوطه بوده و خدمات ارائه شده جایگزین خدمات مهندسی موضوع قانون نظام مهندسی ساختمان می‌باشد.</p>	



پیشنهاد مرکز	متن لایحه دولت	ماده
<p>د) صد درصد هزینه تحصیلی فرزندان شهید و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه حداقل پنج ۵ سال اسارت غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و چنانچه شاغل باشند توسط دستگاه اجرایی مربوط تأمین و پرداخت می‌شود.</p>	<p>د) صد درصد هزینه تحصیلی فرزندان شهید و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه حداقل پنج ۵ سال اسارت غیرشاغل توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و چنانچه شاغل باشند توسط دستگاه اجرایی مربوط تأمین و پرداخت می‌شود.</p>	
<p>ه) دولت مجاز است حمایت‌های مالی و حقوقی موضوع این قانون را از ایثارگران در امور فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به عمل آورد.</p>	<p>ه) دولت مجاز است حمایت‌های مالی و حقوقی موضوع این قانون را از ایثارگران در امور فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به عمل آورد.</p>	
<p>و) حذف</p>	<p>و) دستگاه‌های اجرایی موظفند حداقل بیست و پنج درصد نیاز استخدامی خود را از میان جانبازان بالای پنجاه درصد و آزادگان با حداقل سه سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگانی که حداقل پنج سال سابقه اسارت دارند بدون الزام به رعایت شرط سنی، تحصیلی و آزمون تأمین و ابتدا آنان را به صورت رسمی قطعی استخدام نمایند.</p>	
<p>ز) دانشگاه‌ها و مراکز و مؤسسات آموزشی و پژوهشی و وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند حداقل ده درصد اعضای هیئت علمی مورد نیاز خود را از بین جانبازان بالای ۵۰ درصد و آزادگان با حداقل ۳ سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه پنج سال اسارت که دارای مدرک دکتری تخصصی می‌باشند حسب مورد از طریق استخدام و یا موافقت با انتقال با کارکنان دیگر دستگاه‌ها یا تبدیل وضعیت کارکنان غیرهیئت علمی تأمین و از ابتدا آنان را به صورت عضو هیئت علمی رسمی قطعی با احتساب سوابق آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط و تأثیر آن در در پایه و مرتبه علمی بدون الزام به رعایت شرط سنی و آزمون</p>	<p>ز) دانشگاه‌ها و مراکز و مؤسسات آموزشی و پژوهشی و وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلفند حداقل ده درصد اعضای هیئت علمی مورد نیاز خود را از بین جانبازان بالای ۵۰ درصد و آزادگان با حداقل ۳ سال سابقه اسارت و فرزندان شهدا و جانبازان بالای ۷۰ درصد و آزادگان با سابقه پنج سال اسارت که دارای مدرک دکتری تخصصی می‌باشند حسب مورد از طریق استخدام و یا موافقت با انتقال با کارکنان دیگر دستگاه‌ها یا تبدیل وضعیت کارکنان غیرهیئت علمی تأمین و از ابتدا آنان را به صورت عضو هیئت علمی رسمی قطعی با احتساب سوابق آموزشی، پژوهشی و اجرایی مرتبط و تأثیر آن در در پایه و مرتبه علمی بدون الزام به رعایت شرط سنی و آزمون</p>	

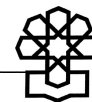


ماده	متن لایحه دولت	پیشنهاد مرکز
	استخدام نمایند. مسئولیت اجرای این حکم به‌طور مستقیم متوجه وزرا و رؤسای دستگاه‌های مذکور می‌باشد و مقامات یاد شده در این خصوص رأساً مجاز به اتخاذ تصمیم می‌باشند. احکام و امتیازات این بند شامل اعضای هیئت علمی فعلی دارای شرایط علمی فوق خواهد بود.	نمایند. مسئولیت اجرای این حکم به‌طور مستقیم متوجه وزرا و رؤسای دستگاه‌های مذکور می‌باشد و مقامات یاد شده در این خصوص رأساً مجاز به اتخاذ تصمیم می‌باشند. احکام و امتیازات این بند شامل اعضای هیئت علمی فعلی دارای شرایط علمی فوق خواهد بود.
<b>ماده الحاقی</b>		
<p>- در راستای اجرای ماده (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری و به‌منظور تقویت امور حاکمیتی و کاهش تصدیگری در بخش سلامت، هزینه‌های خدمات مراکز درمانی که توسط هیئت‌های امنا اداره می‌شوند براساس هزینه‌های واقعی قابل قبول که توسط شورای عالی بیمه تعیین می‌گردد، دریافت خواهد شد. دولت مکلف است حمایت مالی لازم را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر از این مراکز به‌عمل آورد. برنامه‌ریزی لازم در این خصوص به‌نحوی صورت می‌گیرد که در هر سال برنامه حداقل پنج درصد به واحدهای خدمات سلامت که به این شیوه اداره می‌شوند اضافه گردد.</p> <p>تبصره - مراکز فوق اختیارات اداری و مالی، مدیریتی و جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی را در چارچوب مصوبات هیئت امنا دارند.</p> <p>۲. در راستای بندهای «۳۴» و «۳۵» سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه و به‌منظور کاهش ضریب جینی به میزان حداکثر ۳۵ درصد و ارتقای رفاه عمومی در پایان برنامه، دولت موظف است سیاست‌های ذیل را تهیه و به اجرا گذارد:</p> <p>الف) طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی به‌ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور</p> <p>ب) فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی خانوادگی و اجتماعی فقرا</p> <p>ج) اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک متناسب با ظرفیت‌های محلی از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت‌های عمومی.</p> <p>د) طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر، ایجاد فرصت‌های اشتغال به‌ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.</p> <p>هـ) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵ درصد جمعیت هدف.</p> <p>و) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل ۷۵ درصد جمعیت هدف در پایان برنامه.</p> <p>ز) تداوم اجرای طرح توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار.</p> <p>ح) توسعه مشارکت‌های مردمی و ساماندهی خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسه خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.</p> <p>ط) افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی‌سرپرست و زنان سرپرست برنامه خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای ۴۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد در سال اول.</p>		



## منابع و مأخذ

۱. آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۸.
۲. ارزیابی چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۸.
۳. بررسی روش‌های شناسایی و پذیرش مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، آبان‌ماه ۱۳۸۸.
۴. بررسی وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۸۷.
۵. بررسی وضعیت اعطای تسهیلات خوداشتغالی به مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، آذرماه ۱۳۸۸.
۶. بررسی موانع کسب‌وکار در قوانین کار و تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۷.
۷. برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.
۸. تامپسون، لارنس. سالمندی و خردمندی، ترجمه زهره کسای، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.
۹. سالنامه آماری ۱۳۸۶ کمیته امداد امام‌خمينی (ره)، ۱۳۸۷.
۱۰. سالنامه آماری ۱۳۸۷ کمیته امداد امام‌خمينی (ره)، آذرماه ۱۳۸۸.
۱۱. سالنامه آماری ۱۳۸۶ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.
۱۲. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۳.
۱۳. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب آبان‌ماه ۱۳۷۳.
۱۴. کریمی، مظفر. بیمه درمان روستاییان، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۶.
۱۵. گزارش عملکرد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه، ۱۳۸۷.
۱۶. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶ و نظارت بر عملکرد سه‌ساله اول برنامه چهارم توسعه (جلد اول)، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی. ۱۳۸۸.
۱۷. مروری بر مهمترین موضوعات مورد اختلاف در قانون کار جمهوری اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۸.
۱۸. ابوالحلاج، مسعود و همکاران. نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰-۱۳۸۴، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.
۱۹. اخوان‌بهبهانی، علی. آشنایی با شاخص‌های بخش سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۶.
۲۰. اخوان‌بهبهانی، علی. چالش‌های پیش روی بخش سلامت، مجلس و پژوهش شماره ۴۸.
۲۱. بانک جهانی، مترجم شادپور کامل، مطالعه نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.
۲۲. رضوی، سیدمعاون و همکاران. «عدالت در تأمین مالی نظام سلامت»، معاونت سلامت وزارت بهداشت،



- درمان و آموزش پزشکی.
۲۳. سالنامه آماری کشور سال ۱۳۸۶، مرکز آمار ایران.
۲۴. فروزانفر، محمدحسین و همکاران. گزارش طرح پیش‌بینی روند شاخص‌های نظام سلامت ایران و کشورهای منطقه تا سال ۱۴۰۴.
۲۵. فضائی، امیرعباس. اندازه‌گیری شاخص عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.
۲۶. نقوی، محسن و همکاران. بار بیماری‌ها و آسیب‌ها و بار عوامل خطر سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵.
۲۷. نقوی، محسن و همکاران. بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.
28. World health Statistics 2009, World Health Organization.





شناسنامه گزارش

شماره مسلسل: ۱۰۲۵۰

عنوان گزارش: بررسی لایحه برنامه پنجم توسعه (۳)، فصل سوم - اجتماعی: بیمه‌های اجتماعی، سلامت، بیمه سلامت، حمایت و توانمندسازی سرمایه اجتماعی، جوانان و خانواده ایثارگران

نام دفاتر: مطالعات اجتماعی (دفتر اصلی)، مطالعات فرهنگی (دفتر فرعی)

تدوین‌کنندگان: علی اخوان‌بهبهانی، مظفر کریمی، بابک سلطان‌زاده، عباس وثوق

ناظر علمی: ایروان مسعود اصل

متقاضیان: کمیسیون بهداشت و درمان، کمیسیون فرهنگی، کمیسیون اجتماعی

اظهار نظرکنندگان: محمد تقی جغتایی، علی ماهر، علی الله همدانی، محمود براتی‌نیا، منوچهر نامغ،

قدرت‌الله قدسی، آرش رشیدیان، علی حسن‌زاده، مجید چراغعلی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی:

۱. لایحه برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

۲. سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه

تاریخ انتشار: ۱۳۸۹/۳/۱۲