

# «لایحه احکام مورد نیاز اجرای

## برنامه ششم توسعه

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۹-۱۳۹۵) - ویرایش جدید»

### (بخش بهداشت و درمان)<sup>۱</sup>

#### مقدمه

ویژگی برنامه ششم، ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت و اقتصاد مقاومتی قبل از زمان تدوین برنامه است که به راهبردهای اصلی برای اداره امور کشور از جمله حوزه سلامت پرداخته است. مواد متعددی از سیاست‌های کلی سلامت نیازمند قانونگذاری است ولی در تدوین سیاست‌های کلی برنامه ششم، به دلیل اینکه برش ۵ ساله از این سیاست‌ها برداشته شد به آنها پرداخته نشد. راهبردهای زیرساختی و اساسی از جمله رویکرد تحقق سلامت‌محور در همه قوانین و سیاست‌ها، مقررات و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی مواردی از این دست هستند.

در بررسی احکام لایحه مشاهده می‌شود که در مرحله تدوین برنامه، این برش باز هم کوچک‌تر شد و موارد مهمی از قبیل تهیه پیوست سلامت برای قوانین و طرح‌های کلان توسعه‌ای، بندهای «۲» و «۴» مربوط به سیاست‌های کلی سلامت ماده (۷)، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، مراقبت یکپارچه سلامت در قالب شبکه‌های بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات مغفول مانده‌اند. در ادامه به ارزیابی کلیات لایحه از منظر بهداشت و درمان و موادی که مستقیماً به این بخش مرتبط هستند پرداخته می‌شود.

#### ارزیابی کارشناسی

#### نقاط قوت

۱. ماده (۴) دستگاه‌های اجرایی از جمله وزارت بهداشت و درمان را مکلف می‌کند تا پایان برنامه ششم توسعه ۱۰۰ درصد واحدهای عملیاتی خود را براساس بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد اداره کنند و این امر منجر به مدیریت مالی بهتر دستگاه‌ها در راستای افزایش بهره‌وری خواهد شد.
۲. در ماده (۱۰) دستگاه‌های اجرایی موظف به کاهش حجم، اندازه و ساختار خود و انحلال یا ادغام سازمان‌ها و مؤسسات زیرمجموعه خود می‌شوند که مبتنی بر اصول اساسی مدیریت منابع و بندهای اقتصاد مقاومتی است.

مشخصات لایحه

دوره دهم - سال اول

شماره ثبت:

۱۰۴

شماره چاپ:

۱۱۵

تاریخ چاپ:

۱۳۹۵/۴/۳۰

معاونت پژوهش‌های

اجتماعی - فرهنگی

دفتر: مطالعات اجتماعی

مشخصات گزارش

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۴۹۴۷

تاریخ انتشار:

۱۳۹۵/۵/۲۴

۱. دولت در اجرای ماده (۱۴۱) آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی لایحه «احکام مورد نیاز اجرای برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۹-۱۳۹۵)» را جهت بررسی به مجلس شورای اسلامی تقدیم کرد که در مجلس با شماره ۱۰۴ ثبت شده است. در تاریخ ۱۳۹۵/۵/۴ نامه‌ای به امضای معاون رئیس‌جمهور به مجلس شورای اسلامی ارسال و طبق آن ویرایش جدید لایحه مذکور با عنوان «لایحه برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۹-۱۳۹۵) - ویرایش جدید» به مجلس شورای اسلامی تقدیم شده است. لذا با توجه به تصمیم هیئت رئیسه محترم مبنی بر در دستور کار قرار گرفتن ویرایش جدید، مجموعه گزارش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی با استناد به ویرایش جدید لایحه تهیه و ذیل همان لایحه ثبت شده با شماره ۱۰۴ منتشر می‌شوند.

## نقاط ضعف

۱. برنامه سلامت محور نیست، به طوری که سلامت جزء موضوعات محوری برنامه قرار نگرفته است و الزام دولت به ارائه پیوست سلامت برای طرح‌های توسعه‌ای (بند «۴-۲» سیاست‌های کلی سلامت) در برنامه دولت وجود ندارد.
۲. با وجود اینکه رویکرد اقتصاد مقاومتی در کلیات لایحه حکمفرماست ولی در حوزه بهداشت و درمان الزاماتی از قبیل اولویت‌بندی، اجرای نظام ارجاع و حمایت از تولیدات دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی لحاظ نشده است و در جداول پیوست مربوط به طرح‌های اقتصاد مقاومتی برای وزارت بهداشت و درمان تکلیفی قرار داده نشده است.

## بررسی مواد اختصاصی حوزه سلامت

### ماده (۱۸)

در ماده (۱۸) در راستای تأمین مالی پایدار برای بخش سلامت دولت را تا پایان سال اول اجرای برنامه ششم مجاز به «تدوین» و «اجرای» برنامه نظام بیمه سلامت با رعایت محورهایی از قبیل پوشش همگانی و اجباری بیمه سلامت (جزء «۱»)، سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع و مبتنی بر پزشک خانواده (جزء «۲»)، مبنای محاسبه حق بیمه پایه سلامت خانوار برای گروه‌های مختلف (جزء «۳») و مدیریت منابع عمومی دولت مربوط به خرید بسته خدمات بیمه پایه سلامت (جزء‌های «۴» و «۵») داشته است.<sup>۲</sup>

در این ماده سه نکته قابل توجه است:

۱. مجاز بودن دولت بستر را برای تغییر سیاست‌های اجرای وزارت بهداشت با تغییر دولت و مدیریت‌ها فراهم می‌کند و ضمانت اجرایی لازم را ندارد.
۲. در خصوص سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی و تجویز صرفاً براساس راهنماهای بالینی می‌باشد، درحالی که تکلیف موضوعاتی اساسی همچون تک‌شغله شدن پزشکان، تعیین بسته خدمات بهداشتی و درمانی، تعرفه و ضوابط خرید این خدمات و اصلاح نظام پرداخت مشخص نشده است. درحالی که در سیاست‌های کلی سلامت به آنها تأکید شده است.
۳. و نکته آخر اینکه تکلیف مدیریت منابع که طبق بند «۲-۷» سیاست‌های کلی سلامت باید از طریق نظام بیمه‌ای صورت پذیرد، مشخص نشده است.

### ماده (۱۹)

در بند «۱» تولید نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز شده است، در بند «۲» اجازه ایجاد سازمان اورژانس کشوری را می‌دهد و در بند «۳» برای مدیریت مصرف دارو، تجویز داروهای خارج از فهرست رسمی دارویی تهیه شده توسط سازمان غذا و دارو را تخلف محسوب می‌نماید.

در این ماده نیز توجه به سه نکته ضروری است:

---

۲. در خصوص مؤسسه صندوق حمایت و بازنشستگی کارکنان فولاد به‌طور مفصل در گزارش گروه رفاه و استخدامی مرکز پرداخته شده است.

۱. واگذاری ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بخش خصوصی مشروط به رعایت و تأکید بر دسترسی عادلانه و بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات و تقویت زیرساخت‌های نظارتی به وزارت بهداشت فرصت پرداختن به تکالیف تولیتی را خواهد داد. اما در صورت عدم تبیین زیرساخت‌های لازم از قبیل نظام ارجاع، تک‌شغله شدن پزشکان، اصلاح نظام پرداخت و تعیین الزامات و نظارت کارآمد، نظام سلامت دچار آسیب‌هایی از قبیل تقاضای القایی، افزایش هزینه‌ها، کاهش کیفیت خدمات، کاهش پوشش بیمه‌ای بسته‌های خدمات و... خواهد شد.

۲. در شرایطی که سیاست کشور بر کوچک‌سازی بدنه دولت است و در ماده (۱۰) همین برنامه هم جزء برنامه‌های دولت در ۵ سال آینده آمده است، ایجاد سازمان اورژانس نیازمند مستندات و شواهد کافی است. در غیر این صورت صرفاً منجر به تحمیل منابع مالی بیشتر (تأمین منابع از قبیل نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی) به دولت خواهد بود.

۳. تعیین فهرست رسمی دارویی به‌عهد سازمان غذا و دارو است ولی تعیین اعضای کمیته‌ای که موظف است این فهرست را سالیانه بازنگری نماید باید توسط مرجع صلاحیتداری که تضاد منافع ندارد تعیین شود. همچنین علاوه بر تجویز داروهای خارج از فهرست لازم است **چرخه ورود، توزیع و عرضه و تجویز دارو** به طور همزمان لحاظ شود. چون در غیر این صورت این حکم به هدف خود نخواهد رسید.

## جمع‌بندی

۱. در بررسی لایحه احکام پیشنهادی برنامه ششم توسعه از منظر اسناد بالادستی تدوین احکام برنامه ششم توسعه مرتبط با حوزه سلامت (سیاست‌های کلی سلامت، سیاست اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ابلاغی مقام معظم رهبری) به موارد کلیدی و زیرساختی شامل: تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت، تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات، اولویت‌پیشگیری بر درمان، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، - ارتقای سلامت روانی جامعه، ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک، تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی پرداخته نشده است.

۲. به دلیل مجاز شناخته شدن دولت برای اجرای مواد مرتبط با بخش بهداشت و درمان و عدم تعیین شاخص‌هایی از قبیل پیامد مورد انتظار، زمان و... ضمانت اجرایی لازم را ندارد و از این منظر بُعد نظارتی مجلس تضعیف می‌شود. همچنین با تغییر مدیریت‌ها، سیاست‌های بخش بهداشت و درمان دولت به‌صورت سلیقه‌ای تغییر می‌کند.

در مجموع و با توجه به نکات فوق‌الذکر تصویب موادی در خصوص الزام به اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، تک‌شغله شدن پزشکان، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی به‌نظر ضروری می‌رسد. از این منظر پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

## ۱. ماده الحاقی

پزشکانی که در استخدام پیمانی یا رسمی مراکز آموزشی درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت در مراکز تشخیصی، درمانی و بیمارستان‌ها اعم از خصوصی و خیریه نمی‌باشند. هرگونه پرداخت یا دریافت از این بابت ممنوع است. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران مشمول حکم این ماده خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمت این دسته از افراد، نظام جبران خدمت متناسب با عملکرد را تدوین و از محل منابع عمومی یا هر منبع دیگر تأمین می‌نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند مشروط به اینکه تنها از یک محل به میزان بخش دولتی و بدون هیچ دریافتی دیگر، حقوق و مزایا دریافت نمایند.

کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های وابسته، هیئت رئیسه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آنها ممنوع است. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مذکور و معاونین مربوطه آنها و مسئولین مالی دستگاه‌های مذکور است.

سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان و تکمیلی موظفند نسبت به لغو قرارداد با این اشخاص و یا مراکز محل فعالیت ایشان اقدام نموده و از تعهد خدمات تجویز شده توسط ایشان خودداری نمایند. در غیر این صورت این مؤسسات از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت نیز بهره‌مند نخواهند شد. مفاد این ماده در طول برنامه ششم توسعه و براساس دستورالعملی که به تصویب شورای عالی بیمه سلامت می‌رسد به تدریج اجرا می‌گردد.

صدور یا تمدید مجوز اشتغال، پروانه مطب، پروانه تأسیس کلینیک، درمانگاه و بیمارستان و واحدهای پاراکلینیک و امثال آن در بخش‌های غیردولتی، خصوصی و خیریه جهت پزشکان و پیراپزشکان موضوع این بند ممنوع است.

## ۲. ماده الحاقی

کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفه‌های مصوب دولت از خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نموده در صورت درخواست سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت با آنها قرارداد همکاری منعقد نمایند. صدور یا تمدید پروانه‌های قانونی فعالیت مؤسسات و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت غیردولتی، خصوصی و خیریه منوط به انعقاد قرارداد همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یا ارائه گواهی نداشتن نیاز از سوی این سازمان‌ها می‌باشد.

دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه‌های مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، مشمول مواد (۵۸۸) تا (۵۹۴) قانون مجازات اسلامی حسب مورد خواهد بود.

## ۳. ماده الحاقی

دولت مکلف است سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، در سال اول برنامه اجرا و در حین اجرا بازطراحی شود به نحوی که تا پایان برنامه کلیه ایرانیان از پوشش پزشک

خانواده و نظام ارجاع برخوردار باشند. ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی - درمانی، تأمین و تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی بر مبنای نیاز کشور در چارچوب نظام ارجاع و بر مبنای سطح بندی خدمات سلامت صورت می گیرد.

نظام بیمه‌ای مکلف است با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صرفاً از طریق سامانه ارجاع نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس گایدلاینهای مصوب اقدام نماید

#### ۴. ماده الحاقی

تصویب قوانین و مقررات و طرح‌های بزرگ توسعه‌ای جدید و یا ادامه طرح‌های بزرگ توسعه‌ای موجود اعم از دولتی و غیردولتی و اجرای آنها، علاوه بر سایر پیوست‌ها و الزامات قانونی منوط به دارا بودن پیوست سلامت و رعایت کامل آن در طول دوره اجرا و بهره‌برداری است. چارچوب پیوست سلامت و نحوه تهیه و تدوین آن و مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای برای این طرح‌ها به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پس از تصویب هیئت وزیران برای اجرا ابلاغ می‌شود.

#### ۵. ماده الحاقی

در راستای سیاست‌های کلی جمعیت دولت مکلف است ضمن اجرای تکالیف ذیل با اتخاذ تصمیمات مناسب شرایط لازم برای افزایش نرخ باروری به بیش از حد جانشینی را تا پایان برنامه ششم توسعه فراهم آورد.

۱. سازمان بهزیستی مکلف است از طریق مرکز فوریت‌های اجتماعی و مددکاری جهت پیشگیری از اختلاف و بحران‌های خانوادگی و وقوع طلاق اقدامات خود را در جهت مشارکت تمام سازمان‌ها و نهادهای متولی خدمات مشاوره‌ای سازمان می‌نماید.

۲. صدا و سیما مکلف است در برنامه‌های خود ترویج ازدواج، ضدارزش بودن طلاق و آسیب‌های اجتماعی آن برای زوجین و فرزندان، فرهنگ افزایش پایبندی زوجین به خانواده و حفظ حرمت خانواده را به عنوان محورهای اصلی مدنظر قرار دهد.

۳. در کلیه بخش‌های دولتی مشمول ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری اولویت استخدام در شرایط مساوی با مردان متأهل دارای فرزند و سپس مردان متأهل فاقد فرزند است.

۴. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است در راستای سیاست‌های تحکیم خانواده ظرف ۶ ماه تمهیدات لازم برای ایجاد بیمه تأمین اجتماعی زنان متأهل خانه‌دار حداقل دارای ۳ فرزند را در قالب نظام چند لایه تأمین اجتماعی فراهم آورد.

۵. قانون باننشستگی پیش از موعد کارکنان دولت صرفاً جهت بانوان متأهل دارای حداقل ۲ فرزند تا پایان برنامه ششم توسعه تمدید و لازم‌الاجرا می‌باشد. اعتبار مورد نیاز این کار همه ساله در قوانین بودجه سنواتی کل کشور پیش‌بینی و تأمین خواهد شد.

۶. دولت مکلف است بعضی از اعتبارات عمرانی خود را به تأمین خوابگاه‌های مناسب برای دانشجویان متأهل اختصاص دهد. اولویت استفاده از این خوابگاه‌ها با زوجین دارای فرزند می‌باشد.

#### ۶. ماده ... الحاقی

دولت موظف است در راستای سیاست‌های جدید جمعیتی، از طریق ایجاد اشتغال و تسهیل ازدواج، تحکیم خانواده شامل ارتقای مهارت‌های فردی و گروهی، ارائه خدمات مشاوره جهت افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی و سلامت جنسی، گسترش سبک

زندگی سالم، افزایش بارداری‌های برنامه‌ریزی شده، کاهش میزان ناباروری‌های اکتسابی طبق جدول ۱ پیوست، نرخ باروری کلی را ضمن تأمین سلامت مادر و کودک، طی سال‌های اجرای برنامه به تدریج افزایش دهد به طوری که نرخ باروری کل تا پایان برنامه به ۲/۱ درصد برسد. به منظور تأمین همزمان سلامت مادر و کودک، موظف است در جهت ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان براساس جدول زیر برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

جدول ۱. ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۹

عنوان	واحد	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
کاهش نسبت مرگ مادران	در صد هزار تولد زنده	۱۸	۱۷	۱۶.۵	۱۶	۱۵
کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه	میزان در هزار تولد زنده	۱۵/۶	۱۴/۴	۱۳/۳	۱۲/۳	۱۱/۳
افزایش درصد زایمان طبیعی	درصد	۵۳/۵	۵۴/۵	۵۵/۵	۵۶/۵	۵۷/۵
افزایش بارداری‌های برنامه‌ریزی شده	میزان	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش
افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی در چارچوب سلامت باروری و جنسی	درصد	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش	۲ درصد افزایش
کاهش شیوع ناباروری‌های اکتسابی	درصد	۱ درصد کاهش	۱ درصد کاهش	۱ درصد کاهش	۱ درصد کاهش	۱ درصد کاهش
کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان	هزار تولد زنده	۷/۶	۷/۲	۶/۸	۶/۵	۶/۲

