

۷. کمیسیون بهداشت و درمان وظایف، اختیارات و اولویت‌های پیشنهادی

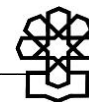
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۷۰۶۶
خردادماه ۱۳۹۹

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۳.....	۱. معرفی کمیسیون بهداشت و درمان
۴.....	۲. اهم قوانین حوزه فعالیت کمیسیون بهداشت و درمان
۱۳.....	۳. دستگاه‌های مرتبط با وظایف کمیسیون بهداشت و درمان
۲۶.....	۴. اولویت‌های کاری کمیسیون بهداشت و درمان
۳۰.....	۵. ارزیابی ساختار، وظایف و عملکرد کمیسیون بهداشت و درمان
۳۲.....	جمع‌بندی
۳۴.....	منابع و مأخذ
۳۵.....	پیوست‌ها



۷. کمیسیون بهداشت و درمان وظایف، اختیارات و اولویت‌های پیشنهادی

چکیده

گزارش حاضر سعی دارد با معرفی اجمالی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، اطلاعات لازم را در اختیار منتخبین مردم در مجلس یازدهم قرار دهد. در همین راستا، ضمن توضیح کلی در مورد وظایف کمیسیون براساس آیین‌نامه داخلی مجلس، اهم دستگاه‌های ذی‌ربط و قوانین مرتبط با حوزه‌های اصلی وظایف آن را برمی‌شمارد. در انتها نیز ساختار، وظایف و عملکرد کمیسیون ارزیابی و مهم‌ترین اولویت‌های کاری کمیسیون بهداشت و درمان در مجلس یازدهم در دو بُعد تقنینی و نظارتی مورد اشاره قرار گرفته است. طبق آیین‌نامه داخلی مجلس (ماده (۵۲)) محدوده وظایف کمیسیون بهداشت و درمان حوزه‌های بهداشت و درمان، امداد، بهزیستی، تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی و هلال‌احمر است. بندها و احکام متعددی در اسناد بالادستی (قانون اساسی، سیاست‌های کلی سلامت، سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی و غیره) به مسائل مرتبط با حوزه وظایف کمیسیون بهداشت و درمان پرداخته و قوانین متعددی نیز در این باره وجود دارد که اهم آنها عبارتند از: قانون تشکیل وزارت بهداشت، قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان، قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی، قانون تشکیل سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، قانون مدیریت بحران و غیره. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه سلامت، سازمان انتقال خون، سازمان تأمین اجتماعی، جمعیت هلال‌احمر، سازمان بهزیستی و سازمان مدیریت بحران از جمله دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط کمیسیون مزبور هستند.

در حال حاضر، حوزه وظایف این کمیسیون در امور مربوط به بهداشت و درمان با تعدد قوانین، بعضاً تداخل قوانین و در مواردی نیز قوانین متضاد مواجه است. لذا قانونگذاری جدید در اولویت آن قرار ندارد و در حوزه تقنینی، بازبینی، اصلاح و احیاناً پوشش خلأهای موجود موضوعی است که باید مورد توجه نمایندگان قرار گیرد. بسیاری از تکالیف این حوزه در اسناد و قوانین بالادستی نیز بر زمین مانده‌اند. بنابراین، تقویت بُعد نظارتی نیز اجتناب‌ناپذیر است.

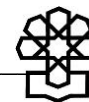
در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی نیز در بُعد تقنینی، «تصویب قانون جامع و مستقل نظام تأمین اجتماعی چند لایه مشتمل بر الگوی کلان، لایه‌های مساعدت و بیمه‌های اجتماعی (پایه و تکمیلی) و

نیز شیوه‌نامه شناسایی اقتصادی خانواده‌ها» و در بُعد نظارتی «الزام دولت به پرداخت دیون خود به سازمان تأمین اجتماعی» و «اصلاحیه مالیه عمومی وزارت بهداشت» اولویت‌های اصلی هستند. در مجموع، بررسی انجام شده پیرامون اقدامات مجلس دهم نشان می‌دهد که عمده تمرکز کمیسیون بهداشت و درمان بر روی مسائل بهداشتی درمانی بوده است و سایر حوزه‌ها در حاشیه قرار گرفته‌اند. البته تمرکز کمیسیون بر امور بهداشتی درمانی، در حوزه نظارتی به مراتب بیشتر از تقنینی بوده است، ولی این درحالی است که بسیاری از تکالیف تعیین شده در اسناد و قوانین بالادستی برای حوزه بهداشت و درمان نیز بلا تکلیف مانده است. ترکیب اعضای کمیسیون به طوری که اگر ایشان تحصیلات پزشکی، پیراپزشکی دارند، نیز می‌تواند زمینه تعارض منافع در رابطه با امور محوله به این کمیسیون را فراهم کند؛ لذا، لازم است ترکیب اعضای آن به شکلی باشد که متخصصان حوزه‌های دیگر (نظیر: اقتصاد، مدیریت، جامعه‌شناسی، حقوق و...) نیز بتوانند در آن عضو شوند.

مقدمه

مجلس شورای اسلامی در ساختار نظام جمهوری اسلامی جایگاه و نقشی بس بااهمیت دارد تا جایی که امام خمینی (ره) در وصف آن فرمودند: «مجلس در رأس همه امور است». تعداد زیادی از اصول قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز معطوف به جایگاه این نهاد و وظایف آن است. مهم‌ترین و اصلی‌ترین وظیفه مجلس، وظیفه قانونگذاری است. مجلس شورای اسلامی رکن اصلی نهاد قانونگذاری در کشور است و در هر زمینه‌ای که لازم ببیند، می‌تواند قانون وضع کند. از طرفی در راستای وظیفه نظارت بر حسن انجام امور کشور، پاسخگو کردن مسئولان و دولت به مطالبات مردم، ابزارهای مختلفی در اختیار نمایندگان محترم قرار گرفته است، همانند: تذکر شفاهی و کتبی، سؤال، استیضاح، تحقق و تفحص، رأی اعتماد و غیره.

هر نماینده در برابر تمام ملت مسئول است و حق دارد در همه مسائل داخلی و خارجی کشور اظهارنظر نماید. بخشی از وظایف و مسئولیت‌های مجلس از طریق کمیسیون‌های تخصصی آن انجام می‌شود که برحسب حوزه‌های مختلف تشکیل می‌شوند. به‌طور معمول طرح‌ها و لوایح اعلام وصول شده توسط مجلس ابتدا در کمیسیون‌های مربوط مورد بررسی کارشناسی قرار می‌گیرد و در هنگام طرح در صحن علنی مجلس نظر کمیسیون‌های تخصصی نیز اعلام می‌گردد. کمیسیون‌های تخصصی مجلس در محدوده تخصصی خود دارای وظایف و اختیارات دیگری همچون رسیدگی به درخواست‌های تحقیق و تفحص، رسیدگی به سؤال نمایندگان از رئیس‌جمهور و وزیران، بررسی موارد ارجاعی از لوایح برنامه توسعه و بودجه سالیانه، بررسی گزارش‌های عملکردی و نظارتی از اجرای قوانین مربوط به دستگاه‌های ذی‌ربط، تهیه گزارش موردی و سالیانه درخصوص امور اجرایی دستگاه‌ها و نحوه اجرای



قوانین به خصوص قانون برنامه توسعه و بودجه سالیانه و ارائه پیامدهای مثبت، منفی و پیشنهاد نحوه اصلاح آن می‌باشند. بنابراین، کمیسیون‌های تخصصی به‌عنوان ارکان مهم در انجام وظایف مجلس شورای اسلامی محسوب می‌شوند.

بی‌تردید، انجام وظایف فوق به‌طور صحیح، نیازمند شناخت وضع موجود و علم و دانش کافی در بین نمایندگان است، این گزارش در تلاش است تا با ارائه تصویری کلی در مورد وظایف کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وضعیت قوانین و مقررات حوزه فعالیت‌های آن، دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط و همچنین اولویت‌های کشور در حوزه فعالیت این کمیسیون، اطلاعات اولیه برای انجام وظایفی که قانون برای آن تعیین کرده است را در اختیار منتخبین مردم که در کمیسیون مذکور مجلس یازدهم عضو خواهند شد قرار دهد.

۱. معرفی کمیسیون بهداشت و درمان

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی یکی از کمیسیون‌های تخصصی مجلس است که برای انجام وظایف محوله در محدوده حوزه‌های: بهداشت و درمان، امداد، بهزیستی، تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی و هلال‌احمر تشکیل شده است.^۱

طبق آیین‌نامه داخلی مجلس (ماده (۴۵))، هریک از کمیسیون‌های تخصصی مجلس که مطابق آیین‌نامه مذکور تشکیل می‌گردند در محدوده تخصصی خود دارای وظایف و اختیاراتی به شرحی که در ذیل آمده است می‌باشند.

- بررسی طرح‌ها و لوایح ارجاعی و گزارش آن به مجلس شورای اسلامی.
- بررسی و تصویب آزمایشی طرح‌ها و لوایح و همچنین تصویب دائمی اساسنامه سازمان‌ها، شرکت‌ها و مؤسسات دولتی یا وابسته به دولت طبق اصل هشتادوپنجم (۸۵) قانون اساسی.
- رسیدگی به درخواست‌های تحقیق و تفحص.
- رسیدگی به سؤال نمایندگان از رئیس‌جمهور و وزیران.
- بررسی موارد ارجاعی از لوایح برنامه توسعه و بودجه سالیانه و گزارش آن به کمیسیون تلفیق.
- کسب اطلاع از کم‌وکیف اداره امور کشور، دریافت و بررسی گزارش‌های عملکردی و نظارتی از اجرای قوانین مربوط به دستگاه‌های ذی‌ربط.
- تهیه گزارش موردی و سالیانه درخصوص امور اجرایی دستگاه‌ها و نحوه اجرای قوانین به خصوص قانون برنامه توسعه و بودجه سالیانه و ارائه نکات مثبت، منفی و پیشنهاد نحوه اصلاح آن و تقدیم به مجلس جهت قرائت.

۱. طبق ماده (۵۲) قانون آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی.

بنابراین، کمیسیون بهداشت و درمان در محدوده حوزه‌های مورد اشاره در صدر این بخش (یعنی بهداشت و درمان، امداد، بهزیستی، تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی و هلال احمر) وظایف و اختیارات فوق را برعهده دارد. هر نماینده بجز رئیس مجلس ملزم است عضویت یکی از کمیسیون‌های تخصصی را بپذیرد و در صورت تمایل می‌تواند در کمیسیون‌های دیگر مجلس، با حق اظهارنظر و بدون حق رأی شرکت کند.^۱ تعداد اعضای کمیسیون‌های تخصصی حداقل ۱۹ نفر و حداکثر ۲۳ نفر است.^۲ همچنین، هریک از کمیسیون‌های تخصصی مجلس موظف هستند از میان اعضای خود کمیته و یا کمیته‌های فرعی متناسب با موضوعات مربوط تشکیل دهد. مصوبات کمیته‌های فرعی بعد از تصویب در کمیسیون رسمیت خواهد داشت.^۳

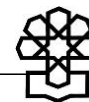
۲. اهم قوانین حوزه فعالیت کمیسیون بهداشت و درمان

موضوعات مربوط به حوزه فعالیت‌های کمیسیون بهداشت و درمان در قوانین بالادستی مورد توجه قرار گرفته‌اند و علاوه بر آن، در طول سال‌های فعالیت مجلس شورای اسلامی در موارد متعددی نیز، قوانین دائمی خاص حوزه‌های مذکور به تصویب رسیده است که در ادامه اهم آنها به تفکیک مورد اشاره قرار می‌گیرند.

۲-۱. اسناد و قوانین بالادستی

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران
- سیاست‌های کلی سلامت
- سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی
- سیاست‌های کلی نظام در بخش پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه
- قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران
- نقشه جامع علمی کشور
- نقشه جامع علمی سلامت کشور
- سیاست‌های کلی جمعیت

۱. ماده (۶۸) قانون آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی.
 ۲. ماده (۲۸) قانون آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی.
 ۳. ماده (۵۹) قانون آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی.



۱-۲. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

در بند «۱۲» از اصل سوم قانون اساسی به پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه برطبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه اشاره شده است و بندهای «۲» و «۴» از اصل بیست‌ویکم نیز به ترتیب بر حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی‌سرپرست و ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست تأکید دارند. طبق اصل بیست‌ونهم نیز برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی و دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

همچنین، براساس اصل چهل‌وسوم نیز برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، ضوابطی برای اقتصاد جمهوری اسلامی ایران تعیین شده است که یکی از آنها تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه است.

۲-۱-۲. سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران

جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز برخوردار از سلامت، رفاه و امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است.

۳-۱-۲. سیاست‌های کلی سلامت

کلیه بندهای سیاست‌های کلی سلامت با حوزه وظایف کمیسیون بهداشت و درمان ارتباط دارند، از اهم موضوعات مورد تأکید به این موارد می‌توان اشاره نمود؛ تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین،^۱ اولویت پیشگیری بر درمان،^۲ ارتقای سلامت روانی جامعه،^۳ ممانعت از تقاضای القایی،^۴ نظام سطح‌بندی،^۵ راهنماهای بالینی،^۶ طرح ژنریک،^۷ نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات،^۸

۱. بند «۲»

۲. بند «۱-۲»

۳. بند «۳»

۴. بند «۵»

۵. بندهای «۵» و «۸»

۶. بند «۵»

۷. بند «۵»

۸. بند «۵»

تأمین امنیت غذایی،^۱ تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت،^۲ مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه.^۳ ارزیابی فناوری‌های سلامت،^۴ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی،^۵ اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد،^۶ شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها،^۷ وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت،^۸ هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان،^۹ مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت^{۱۰} و توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی.^{۱۱}

۴-۱-۲. سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی

بند «۷» از سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (با محوریت؛ تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا)) به‌طور مستقیم با بخش سلامت مرتبط است؛ برخی بندها نیز از حیث کلام‌محور بودن بخشی از حوزه‌های مرتبط با وظایف کمیسیون (به‌ویژه در بخش سلامت؛ مثل دارو، تجهیزات پزشکی) با این حوزه‌ها مرتبط هستند، این بندها عبارتند از:

بند «۶»؛ افزایش تولید داخلی نهاده‌ها و کالاهای اساسی (به‌ویژه در اقلام وارداتی) و اولویت دادن به تولید محصولات و خدمات راهبردی و ایجاد تنوع در مبادی تأمین کالاهای وارداتی با هدف کاهش وابستگی به کشورهای محدود و خاص.

بند «۸»؛ مدیریت مصرف با تأکید بر اجرای سیاست‌های کلی اصلاح الگوی مصرف و ترویج مصرف کالاهای داخلی همراه با برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت و رقابت‌پذیری در تولید.

بند «۲۴»؛ افزایش پوشش استاندارد برای کلیه محصولات داخلی و ترویج آن.

بند «۱۶» نیز که به صرفه‌جویی در هزینه‌های عمومی کشور با تأکید بر تحول اساسی در ساختارها، منطقی‌سازی اندازه دولت و حذف دستگاه‌های موازی و غیرضرور و هزینه‌های زاید، اشاره دارد، به‌واسطه گستردگی آن به‌ویژه از حیث ارتباطی که با دستگاه‌های اجرایی مرتبط با وظایف کمیسیون دارد، باید مورد توجه قرار گیرد.

۱. بند «۶»

۲. بند «۷»

۳. بند «۲-۷»

۴. بند «۱-۸»

۵. بند «۹»

۶. بند «۷-۹»

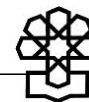
۷. بند «۱-۱۰»

۸. بند «۳-۱۰»

۹. بند «۴-۱۰»

۱۰. بند «۱۱»

۱۱. بند «۱۳»



۵-۱-۲. قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

مواد (۷۰) الی (۸۰) قانون برنامه ششم با حوزه وظایف کمیسیون بهداشت و درمان مرتبط می‌باشند. بندهای مذکور موضوعات مختلفی را شامل می‌شوند که برخی از آنها عبارتند از: نظام ارجاع و پزشکی خانواده، استقرار پرونده الکترونیک سلامت، طرح نظام دارویی ژنریک، اصلاح نظام پرداخت، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، خرید راهبردی خدمات سلامت، گسترش کمی و کیفی بیمه سلامت، ممنوعیت اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی، تربیت نیروی انسانی متناسب با نیاز، مالیات بر سیگار، رایگان بودن هزینه آزمایش ژنتیک مددجویان بهزیستی و کمیته امداد امام (ره)، موضوع افزایش نیم درصد حقوق گمرکی برای اختصاص به هلال‌احمر، افزایش ضریب پوشش بیمه‌های حمایتی به ۱۰۰ درصد تا پایان مدت اجرای قانون برنامه، حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان، تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه، ایجاد پایگاه اطلاعات، سامانه و پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی، مبتنی بر شکل‌گیری پرونده الکترونیک رفاه و تأمین اجتماعی.

۶-۱-۲. سیاست‌های کلی جمعیت

بندهای ذیل از سیاست‌های کلی جمعیت به حوزه فعالیت کمیسیون بهداشت و درمان مربوطند:

۱. ارتقای پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.
۲. اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران به‌ویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط.
۳. تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی - ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.
۴. ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی - ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی.
۵. ارتقای امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست‌محیطی و بیماری‌ها.
۶. فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی سازوکار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.

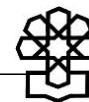
۲-۱-۲. سیاست‌های کلی نظام در بخش پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه

چهار بند (بندهای «۱» تا «۴») از ۹ بند سیاست‌های پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه با حوزه امداد ارتباط دارند، اهم محور بندهای مذکور عبارتند از: آگاهی و آماده‌سازی مسئولان و مردم برای رویارویی با عوارض ناشی از سوانح و حوادث غیرمترقبه، تقویت مطالعات علمی و پژوهشی کاستن از خطرات آن، مدیریت واحد با تعیین رئیس‌جمهور برای آمادگی و اقدام مؤثر و فرماندهی بحران، ایجاد نظام مدیریت جامع اطلاعات برای هشدار به‌موقع و اطلاع‌رسانی دقیق و بهنگام در زمان وقوع حادثه، آمادگی‌ها و امکانات لازم برای اجرای سریع و مؤثر عملیات جستجو و نجات در ساعات اولیه، امداد و اسکان موقت آسیب‌دیدگان، تنظیم سیاست‌های تبلیغاتی و اطلاع‌رسانی و سازمان‌دهی کمک‌های داخلی و خارجی در زمینه‌های فوق، استفاده از امکانات مورد نیاز بخش‌های مختلف و برنامه‌های جامع علمی برای بازتوانی روانی و اجتماعی آسیب‌دیدگان.

۲-۲. اهم قوانین حوزه‌های فعالیت کمیسیون بهداشت و درمان

۲-۲-۱. حوزه بهداشت و درمان

- قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان
- قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی
- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی
- قانون تشکیل سازمان نظام پرستاری
- قانون تشکیل سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی
- قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت
- قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی
- قانون طبابت
- قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور
- قانون هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران
- قانون چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته به آن
- قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور
- قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی



- قانون اساسنامه انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور
- قانون مجوز اداره مستقل داروخانه وسیله کمک داروسازان کشور
- قانون اجازه تأسیس مطب

- قانون ثبت اجباری بیماری‌های سرطانی
- قانون اصلاح خدمت خارج از مرکز پزشکان و دندانپزشکان و داروسازان

۲-۲-۲. حوزه تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی

- قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- قانون اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران

۲-۲-۳. حوزه بهزیستی

- قانون تشکیل سازمان بهزیستی کشور
- قانون اصلاح لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور
- قانون جامع حمایت از حقوق معلولان
- قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست
- قانون انتزاع بنیاد شهید از سازمان بهزیستی کشور
- قانون واگذاری قیمومت محجوران تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور به سازمان مذکور تا زمان تعیین قیم توسط دادگاه صالح

۲-۲-۴. حوزه امداد و هلال‌احمر

- قانون وظایف و مسئولیت‌های جمعیت هلال‌احمر
- قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران
- قانون مدیریت بحران
- قانون اصلاح موادی از اساسنامه جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران

۲-۳. ساختار برخی از قوانین و تغییرات انجام شده بر روی آنها

۲-۳-۱. قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان (مصوب: ۱۳۷۵/۰۲/۱۲)

این قانون با هدف تأمین نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز کشور تصویب شده است و در متن آن، موضوعاتی از قبیل مدت تعهد خدمت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها، مشمولین، افراد معاف از خدمت یا شرایط تخفیف در مدت میزان آن، میزان خدمت تحصیلکردگان خارج از کشور و حقوق و مزایای حین انجام خدمت تعیین شده است. قانون مربوط به

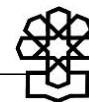
تعهد خدمت پزشکان و پیراپزشکان پیش‌تر در تاریخ ۱۳۶۷/۰۱/۳۰ مورد تصویب مجلس قرار گرفته است، که در سال ۱۳۷۰ اصلاح و بندهایی هم به آن الحاق شد. بعدها قانون سال ۱۳۷۵ برای افرادی که پس از تاریخ ۱۳۶۷/۴/۱ فارغ‌التحصیل شده یا می‌شوند، مصوب شد. این دو قانون دارای تفاوت‌هایی هستند که اهم آنها مدت زمان تعهد است، بدین شرح که طبق قانون سال ۱۳۶۷ و اصلاحات و الحاقیه‌های بعدی آن مدت زمان تعهد خدمت، پنج سال اول بعد از فارغ‌التحصیلی تعیین شده است، ولی در قانون سال ۱۳۷۵ و اصلاحات و الحاقیه‌های بعدی آن این مدت ۲۴ ماه اول بعد از فارغ‌التحصیلی تعیین شده است. همچنین، طبق قانون سال ۱۳۷۵ همسران و فرزندان شهدا، آزادگان، مفقودین جنگ تحمیلی، یک نفر برادر یا خواهر شهید یا مفقود، برادران و خواهران دو شهید یا بالاتر، آزادگان، جانبازان انقلاب اسلامی بالای ۲۵ درصد و نیز مادرانی که حضانت فرزند خود را به‌عهده دارند و تک‌فرزند خانواده از خدمات موضوع قانون معاف هستند؛ ولی، در قانون سال ۱۳۶۷ این معافیت وجود ندارد، بلکه بانوان متأهل مشمول خدمت خارج از مرکز و همسران و فرزندان شهدا، اسرا و مفقودین جنگ و جانبازان انقلاب اسلامی و نیز مادرانی که سرپرستی یا حضانت فرزند خود را به‌عهده‌دار هستند؛ می‌توانند خدمت ماده (۱) این قانون را در هر نقطه از کشور انجام دهند.

۲-۳-۲. قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی (مصوب ۱۳۴۶/۰۴/۲۲)

این قانون ضمن تعیین مجازات مربوط به تخلفات در حوزه مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی (عرضه یا فروش جنسی به‌جای جنس دیگر، مخلوط کردن مواد خارجی برای سوءاستفاده، عدم رعایت استاندارد و فرمول ثبت شده، فروش جنس فاسد و یا تاریخ گذشته، به‌کار بردن مواد اضافی غیرمجاز، رقابت مکارانه)، به شرایط مسئول فنی کارخانه‌های مواد خوردنی - آشامیدنی - آرایشی و بهداشتی اشاره می‌کند. مهم‌ترین تغییرات آن اصلاح ماده (۱۳) قانون در تاریخ ۱۳۷۹/۹/۲۰ است که بر آن اساس جریمه مربوط به تخلف از مقررات بهداشتی نظیر عدم رعایت بهداشت فردی، وضع ساختمانی، وسایل کار و سازوکار رسیدگی به تخلفات مذکور نیز در قانون مشخص شد. پیش‌تر در قانون سال ۱۳۴۶، رسیدگی به تخلفات به آیین‌نامه‌ای تدوین شده توسط وزارت بهداشت و وزارت دادگستری موکول شده بود.

۲-۳-۳. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱)

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی با هدف جامعیت‌نگری، انتظام‌بخشی و یکپارچگی در برنامه‌ها و فعالیت‌های بخش حمایتی و تأمین اجتماعی کشور در ۱۳۸۳/۲/۲۱ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب گردید. این قانون شامل ۱۹ ماده است که در قالب سه فصل تنظیم شده و براساس ماده یک آن، نظام جامع رفاه در اجرای اصل بیست‌ونهم قانون اساسی و برای انسجام‌بخشی به سیاست‌های رفاهی به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای



اجتماعی، طبیعی و پیامدهای آن برقرار می‌شود. در این قانون، اصول و سیاست‌های کلی قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی مشخص شده و تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به‌مثابه ارکان آن پیش‌بینی شده است. هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های آموزش، اشتغال، مسکن، سلامت و دیگر حوزه‌های مرتبط با تأمین اجتماعی؛ تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای بیمه‌ای، امدادی و حمایتی؛ مدیریت منابع یارانه‌های اجتماعی؛ بررسی و ارزیابی مستمر برنامه‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی؛ تشکیل پایگاه جامع اطلاعاتی و بررسی و اصلاح اساسنامه همه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی از مهم‌ترین مأموریت‌هایی است که برای این دو رکن تأسیسی در این قانون تعیین شده است.^۱

۴-۳-۲. قانون مدیریت بحران (مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۲۳)

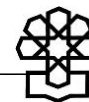
قانون مدیریت بحران با هدف ارتقای توانمندی جامعه در امور پیش‌بینی و پیشگیری، کاهش خطر و آسیب‌پذیری، پاسخ مؤثر در برابر مخاطرات طبیعی، حوادث و بحران‌ها، تأمین ایمنی، تقویت تاب‌آوری با ایجاد مدیریت یکپارچه در امر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی و انسجام در زمینه‌های اجرایی و پژوهشی، اطلاع‌رسانی متمرکز، سامان‌دهی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده و نظارت دقیق بر فعالیت دستگاه‌های ذی‌ربط در حوزه حوادث و سوانح و کمک به توسعه پایدار برای مدیریت بحران کشور به تصویب رسیده است و موضوع اصلی آن ارتقای توانمندی جامعه و مدیریت یکپارچه در امور مربوط به حوزه حوادث و سوانح و کمک به توسعه پایدار برای مدیریت بحران کشور می‌باشد. قانون مدیریت بحران مفاهیم و واژگان مربوط به بحران (مخاطره، بحران، آسیب‌پذیری، خطر، مدیریت بحران، پیشگیری و کاهش خطر، آمادگی، پاسخ، بازسازی و بازتوانی، تاب‌آوری، شرایط اضطراری) و همچنین اسناد ملی و استانی که در اجرای قانون باید تدوین شوند (سند راهبرد ملی مدیریت بحران، برنامه ملی کاهش خطر حوادث و سوانح، برنامه استانی کاهش خطر حوادث و سوانح، برنامه ملی آمادگی و پاسخ، برنامه استانی آمادگی و پاسخ، برنامه ملی بازسازی و بازتوانی، پیوست کاهش خطر) را تعریف می‌کند. سایر موارد که در قانون به آنها اشاره شده عبارتند از: ارکان مدیریت بحران، اعضای شورای عالی مدیریت بحران، وظایف شورای عالی، وظایف سازمان مدیریت بحران، ترکیب اعضای ستادهای مدیریت بحران در سطوح ملی، استانی و شهرستانی در سازمان، استانداری‌ها و فرمانداری‌ها، شرایط اعلام شروع و خاتمه شرایط اضطراری و فرماندهی و وظایف ستاد در سطوح مختلف شهرستان، استان و ملی، وظایف دستگاه‌ها و نهادهای مسئول در مدیریت بحران، تأمین اعتبارات، جبران خدمت و تخلفات و پایش و ارزیابی مدیریت بحران.

۱. رضا امیدی، (۱۳۹۸)، تحلیل تعارض در سیاست‌گذاری اجتماعی؛ بررسی فرایند تدوین قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره ۸، شماره ۳.

۵-۳-۲. قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰)

به‌منظور رفع موانع پیش روی افراد دارای معلولیت در جامعه و انطباق مفاد قانون تحولات کشور به‌ویژه در رابطه با نظام اداری و تسهیلات استخدامی، استفاده از ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل جدید کشور در بهبود سطح زندگی افراد جامعه هدف، ایجاد تمهیدات و اقدامات لازم توسط دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط با توجه به وظایف و مسئولیت‌های آنان حذف موارد بازدارنده برای اجرای مطلوب و ارائه راهکارهای مناسب برای نیازهای مغفول مانده در قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (مصوب ۱۳۸۳)، قانون حمایت از حقوق معلولان که با عنوان لایحه حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت به مجلس شورای اسلامی تقدیم گردیده بود، در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۰ و تأیید شورای محترم نگهبان، به تصویب رسید. افراد تحت پوشش این قانون همانند قانون جامع حمایت از حقوق معلولان شامل: معلولین با ضایعه جسمی، ذهنی، روانی یا توأم؛ به تشخیص کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی است. این قانون در ۱۰ فصل، خدماتی را در زمینه مناسب‌سازی، دسترس‌پذیری و تردد و تحرک (فصل دوم)، خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی (فصل سوم)، امور ورزشی، فرهنگی، هنری و آموزشی (فصل چهارم)، کارآفرینی و اشتغال (فصل پنجم)، مسکن (فصل ششم)، فرهنگ‌سازی و ارتقای آگاهی‌های عمومی (فصل هفتم)، حمایت‌های قضایی و تسهیلات مالیاتی (فصل هشتم)، معیشت و حمایت‌های اداری و استخدامی (فصل نهم)، به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهد. شایان ذکر است در ماده (۳۳) این قانون بیان شده است «قانون جامع حمایت از حقوق معلولان مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۱۶ از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون نسخ می‌شود».

نکته اساسی در قانون حمایت افراد دچار معلولیت بی‌توجهی به اجرای کامل این قانون (عدم تخصیص اعتبار لازم و عدم تحقق برخی از بندهای قانون) است؛ چراکه براساس قانون مذکور، حداقل مستمری افراد دارای معلولیت باید برابر دستمزد یک کارگر باشد، یعنی یا معلولان باید دارای شغل باشند و یا حداقل حقوق و دستمزد (یک میلیون و ۵۱۰ هزار تومان) را دریافت کنند؛ اما، متأسفانه تاکنون این مهم تحقق نیافته است. علاوه بر این، یکی از مهم‌ترین مشکلات افراد معلول در کشور، اشتغال آنان است که با وجود قانون ابلاغی به دستگاه‌ها برای اختصاص یافتن ۳ درصد از سهم استخدام‌ها به افراد معلول، این قانون به‌نوعی ازسوی دستگاه‌ها اجرا نمی‌شود و یا تلاش می‌کنند تعداد کمی از افراد معلول را جذب کار کنند. همچنین، با توجه به اینکه همه افراد در مسیر زندگی خود باید از مسیر (تأمین حداقلی) شغل و مسکن عبور کنند تا بتوانند به مقصد ازدواج برسند تا زمانی که مشکل اشتغال و مسکن معلولان برطرف نشود، نمی‌توان انتظار داشت مسئله ازدواج معلولان حل شود.



۳. دستگاه‌های مرتبط با وظایف کمیسیون بهداشت و درمان

ماموریت‌ها، اهداف، وظایف و ساختار سازمانی برخی از اهم دستگاه‌های اجرایی کشور که کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی وظیفه رسیدگی و نظارت بر عملکرد آنها را برعهده دارد عبارتند از:

۳-۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

براساس ماده (۱) قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴/۰۷/۰۹، این وزارتخانه به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم بهداشت و درمان و بهزیستی و آموزش و پژوهش پزشکی و تحقق بندهای «۴» و «۱۲» و «۱۳» اصل سوم و آن قسمت از اهداف اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مربوط به خدمات بهداشت و درمان و بهزیستی می‌باشد، تشکیل شده است. با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، وزارت بهداشتی و بهزیستی منحل و کلیه وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان دارایی‌ها، اعتبارات و تعهدات آن وزارتخانه و سازمان‌های وابسته به آن و آن قسمت از وظایف و اختیارات، امکانات، کارکنان، دارایی‌ها، اعتبارات و تعهدات وزارت فرهنگ و آموزش عالی در زمینه بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی به وزارت بهداشت منتقل شده است. خلاصه وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح ذیل است:

- تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پژوهش، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی
- تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن
- ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان
- تعیین رشته‌ها و مقاطع تحقیقی مورد نیاز کشور
- تحقیقات بنیادی و کاربردی در رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی
- توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی - درمانی
- تأمین تسهیلات برخوردار همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات
- تأمین مالی با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی
- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی، مواد خوراکی، آشامیدنی، بهداشت، آرایشی، آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی
- بهداشت مؤسسات خدماتی و تولیدی مربوط به خدمات و مواد مذکور در فوق
- صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه‌ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی، ساخت فرآورده‌های دارویی و مواد

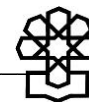
بیولوژیک، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی

- صدور پروانه اشتغال صاحبان حرف پزشکی و وابسته پزشکی
- تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی
- تعیین ضوابط ارزیابی، نظارت و کنترل بر برنامه‌ها و خدمات واحدها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی، بهداشتی، درمانی و بهزیستی و انجام این امور براساس استانداردهای مربوطه
- تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی و فرآورده‌های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور
- پژوهش و آموزش در زمینه طب سنتی خواص دارویی گیاهان و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی

۲-۳. سازمان بیمه سلامت ایران

با تصویب بند «ب» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده شده و کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز شد. این سازمان که ذیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اداره می‌شد از زمان تصویب قانون برنامه ششم توسعه، طبق بند «الف» ماده (۷۲) قانون مذکور، از وزارتخانه مذکور منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود. اهداف این سازمان عبارتند از: توسعه کمی و کیفی خدمات بیمه سلامت، پوشش فراگیر خدمات سلامت، پوشش عادلانه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب، رفع همپوشانی بیمه‌ای و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که اهم وظایف آن به شرح ذیل است:

- پرداخت هزینه‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های خدمات بیمه پایه سلامت بیمه‌شدگان تحت پوشش
- خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات و براساس سیاست‌های مصوب
- حفظ حقوق بیمه‌شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارائه خدمات بیمه
- بررسی، مطالعه و تحقیق کاربردی در زمینه امور بیمه سلامت
- همکاری در سامان‌دهی ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت» با نهادهای قانونی مربوط



- اعمال استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقد شده با واحدهای ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت
- عقد قرارداد با کارگزاری‌ها به منظور برون‌سپاری امور تصدی‌گری
- وصول حق بیمه پایه سلامت
- نظارت بر ارائه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی
- برقراری تراز منابع و مصارف سازمان
- تعیین ضوابط انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی و بیمه‌شدگان
- تعیین ضوابط تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروه‌ها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد برای پیشنهاد به هیئت امناء
- احراز صلاحیت مراکز تشخیصی و درمانی به منظور عقد قرارداد

۳-۳. سازمان اورژانس و فوریت‌های بیمارستانی

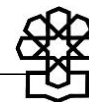
طبق بند «ب» ماده (۷۲) قانون برنامه ششم توسعه و به منظور توسعه کمی و کیفی و سامان‌دهی و یکپارچه‌سازی فرماندهی شبکه اورژانس پیش‌بیمارستانی (۱۱۵)، سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور به عنوان مؤسسه دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از محل منابع، ساختار و نیروی انسانی موجود براساس وظایف قانونی خود ایجاد گردیده است. طبق تبصره حکم قانونی فوق واحدهای استانی و شهرستانی سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی کشور کماکان به صورت ادغام‌یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت خواهند نمود. این سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است. حوزه فعالیت سازمان در سراسر کشور و مرکز اصلی آن در تهران است و واحدهای استانی و شهرستانی فوریت‌های پیش‌بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت می‌نمایند. اهم وظایف سازمان به شرح ذیل است:

- ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی، در سوانح عمدی و غیرعمدی، حوادث غیرمترقبه و فوریت‌های پزشکی
- تدوین سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، راهبردها و برنامه‌های خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی
- برنامه‌ریزی طرح‌های توسعه کمی و کیفی پایگاه‌های اورژانس شهری، جاده‌ای، ریلی، هوایی، دریایی، نوترکیبی و نوین
- تدوین و ابلاغ ضوابط، استانداردها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با اورژانس پیش‌بیمارستانی

- طراحی، اجرا، پایش، پشتیبانی، نظارت و ارتقای شبکه ارتباطات رادیویی و بی‌سیم اورژانس پیش‌بیمارستانی
- فرماندهی و هدایت عملیات و تریاژ و درمان اضطراری بیمار یا مصدوم در محل حادثه و انتقال وی به مرکز بهداشتی و درمانی
- تدوین شرایط صدور، تمدید و تعلیق یا لغو مجوز تأسیس و فعالیت ارائه‌دهنده خدمات آمبولانس و فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس زمینی، هوایی و دریایی
- جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات و طراحی نظام یکپارچه فناوری اطلاعات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور
- ایجاد ارتباط و هماهنگی با سازمان‌های همکار و پشتیبان در شرایط عادی و بحران برای ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی
- ارائه برنامه‌های توسعه و ارتقای دانش حرفه‌ای کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی
- تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها برای ارتقای سطح آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تعامل، همکاری و همیاری با اورژانس کشور و برنامه‌ریزی برای استفاده از نیروهای داوطلب حرفه‌ای
- استفاده از ظرفیت سایر دستگاه‌ها جهت توسعه خدمات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس و ارتقای سطح فرهنگ جامعه در این رابطه

۴-۳. سازمان غذا و دارو

پیشینه استقرار تشکیلاتی برای انجام وظایف سازمان غذا و دارو به تشکیل حوزه معاونت دارویی در سال ۱۳۵۲ در وزارت بهداشتی برمی‌گردد. حتی تشکیلاتی به نام «سازمان غذا و دارو» در سال ۱۳۵۵ به مدت یکسال در وزارت بهداشتی ایجاد گردید، ولی در ادامه برچیده شد. متعاقباً تغییراتی در بخش‌های تحت پوشش معاونت دارویی ایجاد گردید و در سال ۱۳۵۸ حوزه این معاونت علاوه بر غذا، بخش‌های مربوط به تجهیزات پزشکی و امور آزمایشگاهی را نیز تحت پوشش خود داشت و تحت نام «حوزه معاونت دارویی، غذایی و آزمایشگاهی» فعالیت می‌نمود و عنوان «آزمایشگاهی» به مجموع فعالیت‌های آزمایشگاهی تشخیص طبی و امور آزمایشگاهی کنترل دارو و غذا مربوط می‌شد. اما به تدریج بخش‌های مربوط به تجهیزات و ملزومات پزشکی و نیز امور آزمایشگاهی تشخیص طبی به حوزه معاونت درمان منتقل شد. ولی از سال ۱۳۶۴ تاکنون حوزه معاونت دارویی با نام‌های مختلف بخش‌های دارویی و غذایی، آرایشی، بهداشتی و امور آزمایشگاهی کنترل غذا و دارو را اداره کرده است. در سال ۱۳۸۸ سازمان غذا و دارو با تصویب «شورای عالی اداری» برای راهبری امور غذایی و دارویی



تشکیل گردید. طبق بند «۱» مصوبه مذکور، سازمان غذا و دارو از ادغام شرکت سهامی دارویی و تجهیزات پزشکی کشور با مرکز توسعه غذا و دارو در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد و کلیه وظایف و اختیارات، نیروی انسانی، پست‌های سازمانی، امکانات، دارایی‌ها و بدهی‌های شرکت و مرکز مذکور، به سازمان غذا و دارو منتقل گردید. دامنه تشکیلاتی حوزه معاونت دارویی و غذایی در استان‌ها نیز به صورت مدیریت امور دارو و غذا و تحت نظر معاونت امور درمان استان یا دانشگاه بوده است. در سال ۱۳۷۰ سمت معاون دارو و غذا در استان‌ها به لحاظ تشکیلاتی تعریف شد. اما در سال ۱۳۷۳ تمامی معاونت‌های دارویی و غذایی در حوزه معاونت درمان ادغام شد. تا اینکه دوباره از سال ۱۳۷۹ این تشکیلات استقلال خود را به دست آورد و حوزه معاونت غذا و دارو دوباره در سطح استان‌ها موجودیت پیدا کرد. هدف سازمان غذا و دارو حمایت از سلامت مردم در مواجهه با فرآورده‌های آرایشی، بهداشتی و مواد غذایی می‌باشد و وظایف آن عبارتند از:

- تدوین و ارائه سیاست‌ها، برنامه‌ها و خط‌مشی‌های دارویی، غذایی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، بیولوژیک، شیرخشک، تجهیزات، اقلام و ملزومات پزشکی مصرفی و غیرمصرفی و اقلام بسته‌بندی و اسباب‌بازی

- تعیین، تدوین و اعلام ضوابط، ویژگی‌ها و مقررات مربوط به واردات، صادرات، تهیه، تولید، انبارش، حمل‌ونقل، توزیع، عرضه و انهدام مواد، محصولات و فرآورده‌های فوق‌الذکر

- تعیین، تدوین و اعلام ضوابط و ویژگی‌های مربوط به ارزیابی و کنترل بر برنامه‌ها و خدمات واحدهای دارویی، غذایی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، ملزومات و تجهیزات پزشکی و اقلام بسته‌بندی و اسباب‌بازی

- صدور، تمدید و لغو موقت و دائم پروانه مؤسسات تولیدی، وارداتی، نگهداری، حمل‌ونقل، عرضه و توزیع دارویی، تولیدی مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی و غیرمصرفی

- صدور پروانه‌ها و مجوزهای بهداشتی ساخت و ورود مواد، فرآورده‌ها و اقلام فوق‌الذکر

- انجام نظارت، آزمایش و کنترل کیفی مواد، فرآورده‌ها و اقلام فوق‌الذکر

- تعیین شرایط صدور، تمدید، لغو موقت و دائم مجوزها و پروانه‌های آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو

- تعیین مبانی خدمات دارویی و آزمایشگاهی و تعیین تعرفه‌های دولتی و خصوصی مربوطه

- احیای مصرف داروهای گیاهی و گسترش استفاده از آن

- تهیه، خرید و تأمین دارو، شیرخشک، تجهیزات و اقلام پزشکی در جهت تأمین و تحویل اقلام

ضروری بازار از طریق منابع داخلی و خارجی

- سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرای تحقیقات مرتبط با کنترل، آزمایش و ارتقای کیفیت اقلام موضوع مصوبه تشکیل این سازمان

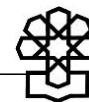
۳-۵. انستیتو پاستور ایران

انستیتو پاستور ایران مؤسسه‌ای تحقیقاتی، تولیدی و آموزشی است که با هدف تأمین بهداشت و سلامت جامعه در سال ۱۲۹۹ تأسیس شد، با توجه به اینکه در آن زمان ضرورت تأسیس مؤسسه‌ای علمی که بتواند در زمینه‌های واگیر فعالیت داشته و قادر به تولید برخی از واکسن‌ها باشد در کشور احساس می‌شده است. بر این اساس در سال ۱۲۹۸ مذاکرات لازم بین هیئت‌های ایرانی و فرانسوی در انستیتو پاستور پاریس صورت گرفت و در تاریخ ۲۰ ژانویه ۱۹۲۰ میلادی (۱۲۹۹ شمسی) قرارداد همکاری بین دو کشور به امضا رسید. از این زمان فعالیت رسمی انستیتو پاستور ایران آغاز شد و کماکان نیز ادامه دارد. اهم وظایف انستیتو عبارتند از:

- انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در زمینه شناخت و کنترل بیماری‌ها و ارائه طریق در امر مبارزه با آنها به منظور ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه
- اجرای تحقیقات بنیادی و کاربردی در زمینه تولید فراورده‌های بیولوژیکی، مواد و معرف‌های آزمایشگاهی، محلول‌های تزریقی حیوانات آزمایشگاهی در راستای تأمین نیازمندی‌های کشور
- انجام تحقیقات در زمینه علوم پایه پزشکی و بهداشت
- تولید فراورده‌های بیولوژیکی، مواد و معرف‌های آزمایشگاهی، محلول‌های تزریقی و حیوانات آزمایشگاهی به منظور تأمین نیازهای نیازمندی‌های کشور و قطع وابستگی و جلوگیری از خروج ارز
- ایجاد دوره‌های مستقل آموزشی در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی و اجرای طرح‌های مشترک تحقیقاتی و آموزشی با همکاری دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی داخل و خارج از کشور

۳-۶. هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران

در سال‌های اوج دفاع مقدس، برای کمتر شدن بوروکراسی اداری در کشور و برای اینکه نهادی خاص بتواند تجهیزات مورد نیاز برای درمان مصدومان جنگی را تأمین کند، دفتر هیئت امنای تبصره ارزی تشکیل شد. بعد از جنگ قرار شد مصوبه‌ای به مجلس برای تأسیس نهادی قانونی به منظور حفظ اهداف مذکوره فرستاده شود. بعد از تصویب مجلس هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی برای معالجه بیماران در سال ۱۳۷۸ تأسیس شد. ایجاد زمینه معالجه همه بیماران در داخل کشور و بی‌نیاز کردن کشور از اعزام بیمار برای معالجه به خارج از کشور، ایجاد وابستگی علمی و فنی در زمینه مداوای بیماری‌های بیماران یاد شده در بند قبل و کاهش صرفه‌جویی ارزی. سازمان دارای وظایفی بدین شرح است:



- ایجاد هرگونه تسهیلات برای واحدهای درمانی داخل کشور و تجهیز آنها
- بهبود کیفی و کمی امکانات مراکز آموزشی و درمانی داخل کشور
- اعزام متخصصان پزشکی و پیراپزشکی و حرفه‌های وابسته برای دوره‌های آموزشی
- زمینه‌سازی و ایجاد تسهیلات و امکانات درخصوص موارد ذکر شده در بندهای فوق برای ساخت و سرمایه‌گذاری در تولید در حد امکان، با رعایت قوانین و مقررات مربوط

۷-۳. سازمان انتقال خون

با استناد به اساسنامه سازمان انتقال خون مصوب ۱۳۶۳/۰۳/۰۲ مجلس، این سازمان وابسته به وزارت بهداشتی و دارای شخصیت حقوقی مستقل است که امور آن طبق ضوابط اساسنامه مذکور، مقررات عمومی دولت و سایر مقررات مربوطه به صورت غیرانتفاعی اداره می‌شود. همچنین، در اساسنامه (ماده (۳)) آمده است که حوزه فعالیت سازمان در سراسر کشور است و مرکز اصلی آن در تهران و دارای واحدهای سازمانی مناسب (نظیر پایگاه‌های منطقه‌ای، اقماری و بیمارستانی و مراکز تهیه و توزیع و یا واحدهای مناسب) در شهرستان‌ها خواهد بود. وظایف و اختیارات سازمان عبارت است از:

- ترغیب و گردآوری داوطلبان اهدای خون
- اجرای برنامه‌های آموزشی جهت آگاهی مردم به امر اهدای خون
- گسترش شبکه خون‌رسانی در سراسر کشور
- ایجاد واحدهای سیار و پایگاه‌های محلی در مناطق مختلف شهرها برای خون‌گیری
- انجام آزمایشات ایمنی و گروه‌بندی برای آماده کردن خون و فراورده‌های آن
- توزیع خون و فراورده‌های آن به مراکز بهداشتی، درمانی، بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌ها و مؤسسات
- تولید فراورده‌های مختلف خونی (پلاسمایی و سلولی و مشابه) با تعریف و تعیین وزارت بهداشتی
- تهیه و تنظیم و اجرای برنامه‌های آموزشی مورد نیاز گروه پزشکی و وابسته پزشکی در محدوده تکالیف سازمان برطبق ضوابط و مقررات آموزشی کشور
- پژوهش‌های علمی در زمینه تعیین و تکمیل روش‌های مناسب برای تهیه فراورده‌های خونی و پلاسمایی، پژوهش‌های اختصاصی در زمینه‌های ایمونوهما‌تولوژی، ایمونوشیمی و شیمی پروتئین‌ها و زمینه‌های وابسته و انجام تحقیقات بالینی و پایه
- گروه‌بندی نسوج برای پیوند اعضا و انتقال گلبول‌های سفید
- تشخیص اختلال‌های انعقاد خون
- تعیین شرایط استاندارد برای جمع‌آوری، نگهداری خون و فراکسیون‌های پلاسما، وسایل مورد مصرف، صدور کارت و شرایط پزشکی مجاز برای اهدای خون

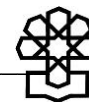
- تشویق مادی و معنوی داوطلبان اهدای خون و پلاسما برای همکاری آنها و تهیه بعضی فرآورده‌ها

۸-۳. سازمان نظام پزشکی

اولین بار در سال ۱۳۳۹ قانون نظام پزشکی به تصویب رسید. این قانون تاکنون چندین بار دستخوش اصلاحات شده است، طبق آخرین قانون آن که در ۱۳۸۳/۰۸/۱۶ به تصویب رسید، نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمانی است مستقل دارای شخصیت حقوقی که طبق قانون^۱ اهداف آن عبارتند از: تلاش در جهت تحقق بخشیدن به ارزش‌های عالی‌ه اسلامی در کلیه امور پزشکی، تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی، مشارکت در جهت ارتقای سطح دانش پزشکی، حفظ و حمایت از حقوق بیماران، حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی، تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذی‌ربط در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی. وظایف و اختیارات سازمان نیز به شرح ذیل است:

- اظهارنظر مشورتی در تهیه و تدوین لوایح، طرح‌ها، تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط با امور پزشکی
- تنظیم دستورالعمل‌های تبلیغاتی و آگهی‌های دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی و امور پزشکی و اعلام به مراجع ذی‌ربط
- تدوین و تصویب مقررات و ضوابط خاص صنفی مربوط به استاندارد کردن تابلوها و سرنسخته‌های مؤسسات پزشکی و پزشکان شاغل حرف پزشکی و وابسته پزشکی
- اجرای برنامه‌های آموزش مداوم اعضا موضوع این قانون در راستای قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی با مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- صادر نمودن کارت عضویت برای اعضای سازمان موضوع این قانون
- رسیدگی انتظامی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی که عنوان جرائم عمومی را نداشته باشند.
- اظهارنظر کارشناسی در مورد جرائم پزشکی به‌عنوان مرجع رسمی به دادگاه‌ها و دادرها
- همکاری با مراجع ذی‌صلاح در جهت رسیدگی به تخلفات غیرصنفی و جرائم شاغلین به حرف پزشکی و وابسته به پزشکی و اظهارنظرهای کارشناسی مشورتی در این رابطه با مراجع ذی‌ربط
- همکاری با مراجع ذی‌صلاح در جهت حفظ احترام و شئون پزشکی در جامعه
- همکاری با مراجع ذی‌ربط در جهت گسترش فعالیت‌های علمی و تحقیقاتی و انتشارات پزشکی
- اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی

۱. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۸۳/۰۸/۱۶.



- اظهارنظر و مشارکت فعال در تعیین و یا تجدیدنظر در میزان مالیات و عوارض مشاغل مؤسسات و شاغلان حرف پزشکی و همکاری با مراجع ذیصلاح در وصول آن
- مشارکت در تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های نظارتی در مورد مطب‌ها، مؤسسات درمانی و بهداشتی و دیگر مراکز پاراکلینیک در بخش خصوصی
- صدور پروانه اشتغال مطب‌های پزشکی و حرف وابسته و تمدید آنها و مشارکت در صدور پروانه مؤسسات پزشکی براساس مقررات و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عضویت در شوراهای گسترش و برنامه‌ریزی دانشگاه‌ها و مشارکت در تعیین ظرفیت دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی
- همکاری در تدوین آیین‌نامه‌های ارزشیابی و مشارکت در اجرای آن برای مراکز درمانی و بیمارستانی
- کمک به رفع مشکلات رفاهی و مالی شاغلان حرف پزشکی کم‌درآمد و خسارت‌دیده از طریق صندوق تعاون و رفاه
- همکاری با مراجع ذیربط در ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی به هنگام بروز حوادث و سوانح غیرمترقبه از طریق تشویق و بسیج اعضای سازمان
- مشارکت فعال در تدوین برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی
- همکاری و مشارکت در جهت اشتغال فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی
- انجام کلیه مسئولیت‌ها، وظایف و اختیاراتی که تاکنون در قوانین مختلف ازسوی مجلس شورای اسلامی به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران محول گردیده است.

۹-۳. سازمان تأمین اجتماعی

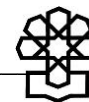
به‌موجب ماده (۱) سازمان تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۰۴/۰۳ مجلس، این سازمان به‌منظور اجرا و تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی تشکیل شد. البته این ماده در تاریخ ۱۳۵۸/۰۴/۲۸ تغییر کرد و براساس آن مصوب شد که، سازمان تأمین اجتماعی به‌منظور اجرا و تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی، همچنین تمرکز وجوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی و سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از محل وجوه و ذخایر به‌صورت سازمانی مستقل وابسته به وزارت بهداشتی و بهزیستی تشکیل شود که دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است. متعاقباً با تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به‌موجب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۳/۲۱، هم‌اکنون وزارت رفاه و تأمین اجتماعی جایگزین وزارت بهداشتی و بهزیستی در این خصوص شده است. وظایف و اختیارات سازمان عبارت است از:

- جمع‌آوری و تمرکز کلیه وجوه موضوع حق بیمه مشمولین قانون تأمین اجتماعی و سایر وجوه و درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر و اموال سازمان
- انجام تعهدات موضوع قانون تأمین اجتماعی
 - طبق ماده (۳) قانون تأمین اجتماعی، موضوع این قانون شامل موارد زیر است:
 - الف) حوادث و بیماری‌ها
 - ب) بارداری
 - ج) غرامت دستمزد
 - د) ازکارافتادگی
 - هـ) بازنشستگی
 - و) مرگ
- مشمولین قانون تأمین اجتماعی از کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی نیز طبق مقررات مربوط برخوردار خواهند شد.
- سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه ذخائر سازمان

۱۰-۳. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

با استناد به اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح سازمان مذکور در اجرای ماده (۱۷۴) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و از ادغام سازمان بیمه و بازنشستگی ارتش جمهوری اسلامی ایران و سازمان بیمه و بازنشستگی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و بیمه و بازنشستگی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح ایجاد گردیده است. طبق ماده (۷) اساسنامه مذکور، سازمان با رعایت مقررات این اساسنامه و سایر قوانین و مقررات مربوط، وظیفه هدایت متمرکز، هماهنگی، برنامه‌ریزی، اجرا، پشتیبانی، نظارت و کنترل فعالیت زیرمجموعه‌های خود را برعهده دارد و در چارچوب تدابیر فرماندهی معظم کل قوا وظایف و اختیارات زیر را برعهده خواهد داشت:

- تأمین خدمات اجتماعی (تأمین نیازهای اساسی و رفاهی مشمولین خدمات سازمان در موارد محوله به سازمان با توجه به بند یکم اصل چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران)
- انجام کلیه امور بیمه‌ای و خدمات درمانی مربوط به نیروهای مسلح در چارچوب قوانین و مقررات مربوط
- انجام امور مربوط به بازنشستگان، وظیفه‌بگیران و مستمری‌بگیران در چارچوب اهداف مندرج در این اساسنامه
- استفاده از ظرفیت و توان درمانی و خدمات کشور براساس طرح‌های مصوب نیروهای مسلح



- انجام فعالیت‌های اقتصادی، بازرگانی و سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر سازمان و صندوق‌های تابعه
- انجام فعالیت‌های حمایتی، امدادی و مشاوره‌ای در چارچوب اساسنامه سازمان
- جمع‌آوری کلیه کسورات قانونی اعم از سهم بیمه شده و سهم دولت و اعتبارات و درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری (فعالیت اقتصادی) با رعایت سهم هر صندوق و بهره‌برداری از آنها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط
- حمایت و پشتیبانی از کانون‌های بازنشستگی نیروهای مسلح در چارچوب اهداف این اساسنامه
- انجام هزینه‌های اداری، مالی و تشکیلاتی سازمان از محل درآمدهای آن

۱۱-۳. سازمان بهزیستی

با استناد به لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور، مصوب ۱۳۵۹/۰۳/۲۴ شورای انقلاب، سازمان بهزیستی در جهت تحقق مفاد اصول بیست‌ویکم و بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به‌منظور تأمین موجبات برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزشیابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه‌های بهزیستی در زمینه حمایت خانواده‌های بی‌سرپرست و نیازمند و ارائه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و درمانی و توانبخشی حرفه‌ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی‌سرپرست و معلولین غیرقابل توانبخشی و سالمندان نیازمند و آموزش نیروی انسانی خدمات بهزیستی و توانبخشی و تأمین موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت‌های گروه‌های داوطلب و مؤسسات غیردولتی، سازمان بهزیستی کشور تشکیل شده است. از زمان تأسیس سازمان بهزیستی ۵۲ وظیفه برعهده آن گذاشته شد، که رسیدگی به امور کودکان بی‌سرپرست، زنان بی‌سرپرست و سرپرست خانوار، مسئولیت سلامت روان جامعه، امور مربوط به مهدهای کودک، سالمندان، معلولان، کودکان کار و خیابانی، زنان آسیب‌دیده و در معرض آسیب، کاهش طلاق، مشاوره، اشتغال و مسکن، آموزش‌های پیش از ازدواج و غیره بخشی از آن است. تلاش برای حفظ کیان خانواده‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، نگهداری و مراقبت و توانبخشی معلولان و آماده‌سازی آنان برای از سرگیری زندگی عادی در جامعه، توسعه پژوهش‌های کاربردی برای پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی، بازپروری، اصلاح و ارشاد ناسازگاران و آسیب‌دیدگان اجتماعی، تأمین موجبات تشویق و جلب مشارکت‌های مردمی به‌منظور بهبود کیفیت خدمات‌رسانی و حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر و نیز تشویق و حمایت از بخش غیردولتی به‌منظور سرمایه‌گذاری در هریک از حالت‌های توان‌بخشی، اجتماعی؛ از عمده‌ترین وظایف و مسئولیت‌های سازمان بهزیستی ذکر شده است.

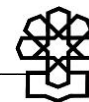
۱۲-۳. جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

مطابق قانون اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۶۷/۰۲/۰۸ مجلس، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران (جمعیت سابق شیر و خورشید سرخ ایران) که در این اساسنامه جمعیت نامیده می‌شود مؤسسه‌ای خیریه، غیرانتفاعی و دارای شخصیت حقوقی مستقل می‌باشد. جمعیت، به کلیه تعهدات و قراردادهای بین‌المللی مربوط به اهداف و وظایف جمعیت‌های هلال احمر و صلیب سرخ و نیز مقررات اتحادیه جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر که با قانون اساسی و سایر قوانین جمهوری اسلامی ایران مغایرت نداشته باشد، پایبند بوده و در مسائل امدادی و بهداشتی و درمانی برون‌مرزی و امدادی درون‌مرزی و تعهدات مربوطه طبق این اساسنامه عمل می‌کند. هدف جمعیت تلاش برای تسکین آلام بشری، تأمین احترام انسان‌ها و کوشش در جهت برقراری دوستی و تفاهم متقابل و صلح پایدار میان ملت‌ها و همچنین حمایت از زندگی و سلامت انسان‌ها بدون در نظر گرفتن هیچ‌گونه تبعیض میان آنهاست و وظایف ذیل برای آن در نظر گرفته شده است:

- خدمات امدادی در هنگام بروز حوادث و سوانح طبیعی در داخل و خارج از کشور
- کمک‌های اولیه در حوادث غیرمترقبه
- برنامه‌ریزی و اقدام برای آمادگی مقابله با حوادث و سوانح و آموزش عمومی در این زمینه و تربیت کادر امدادی و نیروی انسانی مورد نیاز
- ارسال کمک و اعزام عوامل امدادی و درمانی به سایر کشورها در صورت لزوم
- کمک به توانبخشی و ارائه خدمات اجتماعی برای تسکین آلام آوارگان، پناهندگان، مرضی و معلولین و ایجاد حس تعاون و تفاهم و دوستی و نیکوکاری بین مردم
- تلاش در جهت تسکین آلام بشری و کمک به امر سلامت جامعه و دفاع از ارزش‌های انسانی و کوشش در جهت برقراری دوستی و تفاهم متقابل و صلح پایدار میان ملت‌ها
- اداره امور جوانان جمعیت و توسعه مشارکت جوانان در تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های مربوط به آنها و تربیت و آموزش جوانان مذکور به‌منظور آماده ساختن آنان در انجام خدمات امدادی و عام‌المنفعه
- کمک به تهیه دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی مورد نیاز مراکز بهداشتی، درمانی و آموزشی کشور با موافقت وزارت بهداشت و با همکاری هلال احمر و صلیب سرخ جهانی که عضو اتحادیه بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر جهانی هستند.

۱۳-۳. سازمان مدیریت بحران کشور

با استناد به قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور، مصوب ۱۳۸۶/۱۰/۲۵، سازمان مدیریت بحران کشور به‌منظور ایجاد مدیریت یکپارچه در امر سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی و انسجام در



زمینه‌های اجرایی و پژوهشی، اطلاع‌رسانی متمرکز و نظارت بر مراحل مختلف مدیریت بحران و سامان‌دهی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده و استفاده از همه امکانات و لوازم مورد نیاز وزارتخانه‌ها، مؤسسات و شرکت‌های دولتی و عمومی، بانک‌ها و بیمه‌های دولتی، نیروهای نظامی و انتظامی، مؤسسات عمومی غیردولتی، شوراهای اسلامی، شهرداری‌ها، تشکلهای مردمی، مؤسساتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، دستگاه‌های تحت امر مقام معظم رهبری و نیروهای مسلح در صورت تفویض اختیار معظم‌له، جهت بهره‌مندی بهینه از توانمندی‌های ملی منطقه‌ای و محلی در مواجهه با حوادث طبیعی و سوانح پیش‌بینی نشده تشکیل شده است. اهم وظایف سازمان عبارتند از:

- تدوین سند راهبرد ملی مدیریت بحران، برنامه ملی کاهش خطر حوادث و سوانح، برنامه ملی آمادگی و پاسخ و برنامه ملی بازسازی و بازتوانی
- ارتقای همکاری و هماهنگی بین سازمانی برای هم‌افزایی و تحقق اهداف کلان از طریق تشکیل بانک اطلاعاتی تخصصی مدیریت بحران و دسترسی متناسب به نظام جامع مدیریت اطلاعات، مستندسازی و علت‌یابی، تهیه ضوابط فنی، استانداردها و دستورالعمل‌های مورد نیاز قانون مدیریت بحران
- ارتقای توان شناسایی مخاطرات و درک خطر حوادث و سوانح در سطح کشور
- کمک به ایجاد و ارتقای ظرفیت‌ها و مراکز پایش مخاطرات و هشدار سریع در دستگاه‌های مرتبط
- ایجاد آمادگی مطلوب سازمانی و عملیاتی برای پاسخ به بحران
- جذب، هدایت و توزیع امکانات و کمک‌های دولتی داخلی و خارجی
- ارتقای توانایی کشور برای بازتوانی و بازسازی پس از وقوع حوادث و بحران‌ها
- برنامه‌ریزی، هدایت و حمایت جهت ایجاد و ارتقای روش‌های جبران خسارت
- کمک به توسعه دانش و فناوری ارتقای مدیریت بحران کشور
- ایجاد چارچوب‌های لازم برای همکاری مؤثر در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی
- توسعه مشارکت‌های مردمی برای تقویت مدیریت بحران جامعه‌محور و ترویج فرهنگ ایمنی در جامعه

- پیش‌بینی نیازهای مالی، تجهیزات و اقلام امدادی مدیریت بحران
- نظارت بر عملکرد دستگاه‌های مشمول قانون مدیریت بحران از جمله نظارت بر نحوه ارائه خدمات به آسیب‌دیدگان و سایر وظایف در قانون مذکور

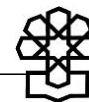
۴. اولویت‌های کاری کمیسیون بهداشت و درمان

۴-۱. حوزه بهداشت و درمان

نظام بهداشت و درمان کشور ما علی‌رغم سطح بالای خدماتی که ارائه می‌دهد، با چالش‌هایی جدی مواجه است. رشد روزافزون هزینه‌ها، فقدان هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی کافی، ناکارآمدی صندوق‌های بیمه، شیوه‌های سنتی درمان و خدمات خارج از سطح‌بندی و نظام ارجاع، ترکیب و توزیع نامتناسب نیروی انسانی، نظام ارزیابی عملکرد ناکارا و نظام جبران خدمت ناعادلانه و نابسامانی‌های حوزه دارو و تجهیزات پزشکی و به‌موازات آن فشار تحریم‌های یکجانبه به‌عنوان چالش مطرح هستند؛ همچنین فقدان سیستم اطلاعاتی کارا، عدم استفاده از شبکه اطلاعاتی یکپارچه، عدم استقرار کامل پرونده جامع الکترونیک سلامت، باعث شده تا نظام سلامت ما در استفاده از ظرفیت بالقوه نظام‌های اطلاعاتی که در ایجاد شفافیت و بهره‌وری بسیار مؤثر هستند موفق عمل نکند. البته، همه این مسائل در شرایطی است که اسناد و قوانین بالادستی مجموعه‌ای از راهکارها را برای حل مسائل فوق‌ارائه کرده است. ولی در مقام اجرا مورد توجه کافی قرار نگرفته‌اند. به‌طور کلی، اسناد بالادستی برای حل چالش‌های نظام سلامت و دستیابی به اهداف آن، موضوعات عدالت در سلامت، بهره‌وری نظام سلامت، پایداری منابع مالی و سلامت در همه سیاستگذاری‌ها را در اولویت قرار داده است. البته، ملاک تجربه و تقاضای عمومی نسبت به آن، نشان می‌دهد که سه موضوع اخیر برای مردم وجه انتزاعی داشته و عدالت در سلامت موضوعی ملموس است. همچنین، عدالت نسبت نزدیکی با ارزش‌های منعکس در اصول قانون اساسی داشته و مشخصاً در سیاست‌های کلی سلامت مورد اشاره قرار گرفته است. علاوه بر این تأکید می‌شود که به سایر اولویت‌ها نیز باید از دریچه عدالت و با در نظر گرفتن آن پرداخته شود. پایش سالیانه شاخص‌های عدالت در نظام سلامت بسیار ضروری بوده و با توجه به اهمیتی که برای دریافت‌کنندگان خدمات سلامت دارد می‌تواند دیدگاه ایشان را نسبت به نظام سلامت و رضایتمندی از آن بسیار تحت تأثیر قرار دهد. برای نیل به اهداف فوق‌اقداماتی که باید در اولویت کمیسیون بهداشت و درمان قرار گیرد به شرح ذیل است:^۱

الف) اقدامات تقنینی؛ حوزه سلامت به‌دلیل تعدد قوانین، قانونگذاری جدید در اولویت نمی‌باشد؛ حتی قوانین بعضاً با یکدیگر تداخل داشته و در مواردی متضاد هستند. لذا، بازبینی، اصلاح و احیاناً پوشش خلایق موجود موضوعی است که باید در اولویت قرار گیرد. به همین سبب، باید در مسیر تنقیح حرکت نمود. به‌عنوان مثال: قانون خوراکی و آشامیدنی، قانون بهداشت شهری، قانون طبابت و غیره.

۱. مشروح مهم‌ترین مسائل کشور در حوزه وظایف کمیسیون بهداشت و درمان براساس وضع موجود، وضع مطلوب و احکام مرتبط با آنها در قوانین و اسناد بالادستی به شرح پیوست ۱ و ۲ آمده است.



ب) **اقدامات نظارتی؛** موضوع مهم در حوزه نظارتی، استقرار کامل نظام ارجاع و پزشکی خانواده در کشور است که هم از حیث عدالت و همچنین بهره‌وری و پایداری منابع بسیار مهم است و تقریباً تمام نظام سلامت در گستره تأثیر آن قرار می‌گیرد. با استقرار نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده ارائه خدمات در قالب سطوح تعریف شده و مسیر مشخص انجام می‌شود؛ در این نظام هر فرد جامعه دارای پزشکی است که ضامن سلامتی او است و با توجه به اتصال سازوکارهای ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان با نظام‌های پرداخت و تشویق و تنبیه ایشان، رفتار آنها به سمت حداکثرسازی رفاه بیماران جهت‌دهی شده و از مواردی نظیر تقاضای القایی و ارائه خدمات بی‌کیفیت جلوگیری می‌شود. در قوانین متعددی بر اجرای پزشک خانواده تأکید شده است (از زمان تصویب برنامه چهارم توسعه)، با این حال اجرای کامل آن پس از حدود دو دهه به مانند یک آرزوی محقق نشده است. از این‌رو، در این برهه اجرای آن در گرو نظارت دقیق مجلس شورای اسلامی بر اجرای قوانین مربوطه توسط دولت و وزارت بهداشت است. در مرحله بعدی، لازم است اصلاح قوانین، معطوف بر رفع چالش‌های اجرایی و در راستای زمینه‌سازی برای کاهش موانع اجرای کامل این برنامه در دستور کار قرار گیرد. اولویت بعدی در امر نظارت، ارتقای بهره‌وری است که از جنبه افزایش روزافزون هزینه‌های سلامت، محدودیت منابع و لزوم مدیریت آن بسیار مهم است، در طول سال‌های گذشته بخش عمده‌ای از مفاد مورد تأکید و مصوب در قوانین و اسناد بالادستی کشور (سیاست‌های کلی سلامت، برنامه‌های چهارم، پنجم و ششم توسعه)، نیز معطوف به همین امر بوده است. به‌عنوان مثال، اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای، خرید راهبردی خدمات، پرداخت مبتنی بر عملکرد، کاربرد راهنماهای بالینی، واگذاری امور تصدیگری، مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل و غیره. ولی به‌دلیل عدم اجرای شایسته آنها و بعضاً بی‌توجهی کامل مسئولین بهداشتی درمانی، کماکان شاهد رشد هزینه‌های سلامت بوده و هستیم و پیش‌بینی می‌شود که این سیر صعودی در آینده نیز ادامه یابد. بنابراین، این امر نیز توجه جدی مجلس را می‌طلبد.

۲-۴. حوزه رفاه و تأمین اجتماعی

به استناد ماده (۲) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی، حوزه تأمین اجتماعی شامل سه حوزه بیمه‌ای، حوزه جنایتی و توانبخشی و حوزه امدادی می‌شود. در ادامه، مهم‌ترین اولویت‌های کمیسیون بهداشت و درمان در این حوزه مورد اشاره قرار می‌گیرند:

الف) تقنینی؛ اولویت تقنینی در این حوزه، استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه است. تقاضای بسیار مردم برای عضویت در صندوق‌های بیمه‌ای و یا درخواست مستمری‌بگیران برای دریافت مستمری‌های بالاتر از چالش‌های نظام تأمین اجتماعی فعلی است. افزایش تقاضا در حالی است که

نظام اقتصادی ایران، امکانات بیشتری را برای پاسخ به این مطالبات اجتماعی ندارد. اما از سوی دیگر بخش قابل توجهی از نیازمندان، سالمندان، زنان و کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، بیکاران، بیماران و آسیب‌دیدگان جسمی و روانی از خدمات رفاه و تأمین اجتماعی برخوردار نیستند و یا خدمات ارائه شده کفایت نیازهای آنها را نمی‌دهد. بنابراین، تنها راه موجود برای پاسخگویی به این مسائل، ارتقا و بهبود کارآمدی و اثربخشی نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور است. بهبود بهره‌وری اگر بخواهد فراتر از اقدامات جزئی که غالباً وابسته به عملکرد افراد است، پیگیری شود، بایستی آن را از طریق استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه^۱ محقق ساخت. نظام تأمین اجتماعی چندلایه از برنامه پنجم توسعه در دستور کار قرار گرفته؛ لکن، بجز ایجاد اجماع در سطوح کارشناسی، در حوزه اجرا توفیقی نیافته است.

حداقل ماحصل اجرای کامل این نظام، که در برنامه ششم توسعه نیز امتداد یافته، ایجاد شفافیت در پرداخت‌های رفاهی اعم از مساعدت‌های اجتماعی و بازنشستگی است. این شفافیت می‌تواند به حوزه‌های سرمایه‌گذاری و تأمین مالی تسری یابد. با توجه به اینکه در حال حاضر مفهوم نظام تأمین اجتماعی چندلایه در بین کارشناسان خبره مورد اجماع نسبی بوده و مطالعات و شیوه‌های متعددی برای اجرای آن موجود است و همچنین پشتوانه قانونی در برنامه‌های توسعه نیز داشته و تداخلی با قوانین اصلی نظیر قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۳ و نیز اصول قانون اساسی ندارد، می‌توان تصویب و پیگیری اجرای آن را یکی از اولویت‌های مجلس یازدهم معرفی نمود. علی‌رغم اینکه ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم توسعه^۲ و ماده (۸۱) برنامه ششم توسعه بر استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه تأکید داشتند و در این رابطه اجماع کارشناسی نسبتاً مطلوبی وجود

۱. تأمین اجتماعی چندلایه رویکرد نسبتاً جدیدی در نظام‌های تأمین اجتماعی جهان است. این رویکرد با هدف «فرزردایی» و پوشش حداکثری جامعه و رفع همپوشانی‌ها در نظام تأمین اجتماعی مورد توجه قرار گرفت. سازمان‌های مختلف از لایه‌های مختلف تأمین اجتماعی چندلایه تعاریف متفاوتی دارند، اما به‌طور کلی تقسیم‌بندی ذیل در تعارف مرسوم است. **لایه صفر:** به‌صورت غیربیمه‌ای و تأمین‌کننده حداقل حمایت به شکل مستمری اجتماعی است. هدف این لایه مقابله با فقر و کمک به افراد با شرایط خاص و اضطراری است.

لایه اول: این لایه به‌صورت بیمه‌ای است که با سطوح درآمد مرتبط است و هدف جایگزینی بخشی از درآمد طراحی شده است. در این لایه مخاطراتی از قبیل افت درآمد ناشی مخاطرات سیاسی و جمعیتی و نااطمینانی ناشی از نوسانات بازار پوشش داده می‌شود.

لایه دوم: این لایه ضرورتاً به‌صورت حساب پس‌انداز انفرادی و اجباری است.

لایه سوم: لایه سوم شامل تدابیری اختیاری است و به شکل‌های مختلف مانند حساب انفرادی، طرح‌های با مشارکت کارفرما و سیستم مبتنی بر مزایای معین یا حق بیمه معین اجرا می‌شود و از انعطاف‌پذیری لازم برای سازگاری با شرایط برخوردار است.

لایه چهارم: این لایه در واقع، سیستم حمایت (مالی و غیرمالی) از سالمندان به‌صورت بین نسلی و درون‌خانوادگی را ارائه می‌دهد که مراقبت‌های سلامت و نیز تأمین لوازم زندگی را شامل می‌شود و برای حمایت از کسانی است که به هر دلیلی نمی‌توانند در سایر لایه‌ها پوشش داده شوند.

۲. ماده (۲۷) - دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار **نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه** با لحاظ حداقل سه لایه:

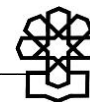
- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

این‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.



دارد، اما اقدام پیش‌برنده‌ای در این موضوع تاکنون صورت نگرفته است. در این خصوص پیشنهاد مشخص در مورد اقدامات مورد نیاز تقنینی برای اولویت فوق‌الذکر به شرح زیر است:

• تصویب قانون جامع و مستقل نظام تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر الگوی کلان، لایه‌های مساعدت و بیمه‌های اجتماعی (پایه و تکمیلی) و نیز شیوه‌نامه شناسایی اقتصادی خانواده‌ها

ب) نظارتی؛ ناپایداری مالی صندوق‌های بازنشستگی نیز مهم‌ترین موضوعی است که از بُعد نظارت باید مورد توجه قرار گیرد. براساس گزارش‌های مالی دولت، سازمان تأمین اجتماعی با ۹۹ هزار میلیارد تومان بدهی در مجموع ۱۳/۵ درصد از کل بدهی‌های دولت را به‌خود اختصاص داده و طلبکارترین دستگاه اجرایی کشور نسبت به دولت به حساب می‌آید. ازسوی دیگر، بدهی‌های سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت منجر به اجازه شورای اقتصادی سران برای انتشار ۵ هزار میلیارد تومان اوراق در زمستان سال ۱۳۹۸ گردیده است. این دو رخداد شاهد بزرگی بر ناپایداری مالی صندوق‌های بازنشستگی است. سازمان تأمین اجتماعی ازسوی بدهکار بزرگی است و ازسوی دیگر، طلبکاری بزرگ که موجب ناپایداری مالی این سازمان گردیده است. بنابراین، بررسی ناپایداری صندوق‌های بازنشستگی می‌تواند از اولویت‌های مهم مجلس یازدهم باشد که ضمن آن باید دو اقدام مهم صورت گیرد.

• **الزام دولت به پرداخت دیون خود به سازمان تأمین اجتماعی:** این التزام قاعدتاً نیازمند کنترل و مدیریت سایر هزینه‌های دولت است که به کرات در قوانین بودجه سنواتی مورد تأکید قرار می‌گیرد، اما محقق نخواهد شد، جز با نظارت و پیگیری نمایندگان محترم مردم در مجلس یازدهم. تلاش برای تحقق این مهم از اولویت‌های گروه رفاه و تأمین اجتماعی است.

• **اصلاح مالیه عمومی وزارت بهداشت:** روی دیگر جلوگیری از بحران در سازمان تأمین اجتماعی مدیریت تعهدات آن است که محقق نمی‌شود جز از طریق اصلاح مالیه وزارت بهداشت. منظور از اصلاح مالیه وزارت بهداشت کنترل هزینه‌های این وزارت از طریق اصلاح نظام پرداخت (بخش زیادی حداقل ۳۰ درصد) از هزینه‌های نظام سلامت صرف پرداخت حقوق پزشکان در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌شود) و استقرار کامل نظام پرونده الکترونیک سلامت، پزشک خانواده، غربالگری و غیره است که در مورد همه آنها قوانین لازم وجود دارد و حتی برخی از آنها مانند پرونده الکترونیک سلامت به شکل ناقص تاکنون انجام شده‌اند، اما استقرار کامل برنامه‌های مذکور نیازمند تمرکز و نظارت نمایندگان محترم مجلس یازدهم است.

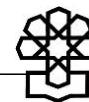
۵. ارزیابی ساختار، وظایف و عملکرد کمیسیون بهداشت و درمان

کمیسیون بهداشت و درمان طبق ماده (۵۲) آیین‌نامه داخلی مجلس برای انجام وظایف محوله در محدوده حوزه‌های بهداشت و درمان، امداد، بهزیستی، تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی و هلال احمر تشکیل شده است. با این حال، بررسی انجام شده پیرامون اقدامات مجلس دهم نشان می‌دهد که عمده تمرکز آن بر روی مسائل بهداشتی درمانی بوده است و سایر حوزه‌ها به حاشیه رانده شده‌اند. البته تمرکز کمیسیون بر امور بهداشتی درمانی در حوزه نظارتی به مراتب بیشتر از تقنینی بوده است که در ادامه به تفکیک به هرکدام پرداخته می‌شود:

الف) تقنینی: دوره دهم مجلس شورای اسلامی از روز هشتم خردادماه سال ۱۳۹۵ رسماً آغاز به کار کرد. از ابتدای این دوره تا به امروز، در مجموع ۱۲۰ طرح و لایحه در کمیسیون بهداشت و درمان مورد بررسی قرار گرفته است که از این میان در مورد ۱۸ طرح و لایحه (۱۵ طرح و ۳ لایحه) به عنوان کمیسیون اصلی و در مابقی کمیسیون فرعی بوده است. در بین طرح‌ها و لوایح اصلی، تنها سه مورد یعنی؛ طرح ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب‌رسان به سلامت در رسانه‌های ارتباط جمعی داخلی و بین‌المللی فضاهای مجازی، لایحه موافقتنامه همکاری در زمینه پیشگیری و واکنش به شرایط اضطراری در دریای خزر و لایحه موافقتنامه بین دولت جمهوری اسلامی ایران و دولت جمهوری آذربایجان راجع به همکاری در زمینه پیشگیری، محدودسازی و کاهش پیامدهای شرایط اضطراری به تأیید شورای نگهبان رسیده‌اند. مابقی نیز در وضعیت‌هایی همچون بررسی توسط کمیسیون، استرداد پیش از تصویب کلیات و غیره هستند و یا بایگانی شده‌اند. بنابراین، ضمن اینکه عمده اقدامات تقنینی کمیسیون در این دوره زمین مانده‌اند در مجموع، از این ۱۸ مورد طرح و لایحه اصلی، ۷ مورد مربوط به حوزه بهداشت و درمان، ۶ مورد تأمین اجتماعی، ۲ مورد آسیب‌دیدگان اجتماعی و بهزیستی، ۲ مورد در حوزه امداد و اضطرار و یک مورد هم لایحه مدیریت خدمات کشوری است. بنابراین، در حوزه تقنینی، مسائل مربوط به حوزه سلامت و بعد از آن با اختلاف یک طرح به حوزه تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی اختصاص یافته است.

ضمناً، بررسی لایحه برنامه ششم توسعه اقتصادی، فرهنگی اجتماعی و همچنین لوایح بودجه سنواتی سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶ را باید به لوایح بررسی شده توسط کمیسیون بهداشت و درمان اضافه نمود. جزئیات طرح‌ها و لوایح اصلی کمیسیون بهداشت به شرح پیوست ۳ مشاهده می‌شود.

ب) نظارتی: همان‌طور که قبلاً گفته شد کمیسیون‌های تخصصی مجلس در راستای انجام مسئولیت‌های قانونی خود از ابزارهایی نظیر سؤال از وزیر، تحقیق و تفحص، جلسات، سفرها و بازدیدهای نظارتی و غیره برخوردار هستند تا به وسیله آنها نقش نظارتی خود را ایفا کنند. طبق



گزارش‌های معاونت نظارت مجلس پیرامون عملکرد نظارتی مجلس دهم، از اجلاس‌های اول تا سوم کمیسیون بهداشت و درمان (گزارش اجلاس چهارم هنوز منتشر نشده است)، کمیسیون مذکور مجموعاً ۷ مورد تحقیق و تفحص را در دستور کار خود قرار داده است که پنج مورد آن مربوط به حوزه بهداشت و درمان است (دو مورد از این پنج مورد مربوط به طرح تحول سلامت است؛ نحوه اجرا و تخصیص و توزیع منابع آن، سه مورد نیز عبارتند از: بررسی عملکرد سازمان غذا و دارو، تفحص از سازمان انتقال خون در مورد فرایند انتقال پلاسما به خارج از کشور و انتقال داروهای استراتژیک به کشور و در آخر نحوه عملکرد در تولید، فروش و توزیع تجهیزات پزشکی در کشور)، دو مورد دیگر نیز مربوط به حوزه هلال‌احمر (عملکرد شرکت سرمایه‌گذاری جمعیت و در اخذ مبالغی از زائران اربعین و نیز بودجه‌های دریافتی از دولت در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و نحوه هزینه‌کرد آنها) می‌باشند. در طول این دوره تعداد ۱۶ بازدید انجام شده است که همگی مربوط به حوزه بهداشت و درمان هستند. در مجموع کمیسیون پنج مرتبه وزرای دولت را در صحن علنی مورد سؤال قرار داده‌اند که چهار مورد آن مربوط به وزیر بهداشت و یک مورد نیز مربوط به وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی می‌باشد که البته سؤال مربوط به وزیر تعاون نیز به حوزه سلامت (اجرای طرح تحول سلامت در سازمان تأمین اجتماعی) ارتباط دارد.

در بین جلسات نظارتی در خصوص کسب اطلاع از کم‌وکیف اداره امور کشور، دریافت و بررسی گزارش‌های عملکردی و نظارتی از اجرای قوانین مربوط به دستگاه‌های ذی‌ربط هم عمده موارد به حوزه بهداشت و درمان مربوط می‌شود؛ بدین شرح که در اجلاس اول، ۲۹ مورد از ۳۸ مورد، در اجلاس دوم ۵۰ مورد از ۶۷ مورد و در اجلاس سوم ۲۹ مورد از ۳۵ مورد مربوط به حوزه بهداشت و درمان بوده است. بنابراین، گرچه کمیسیون بهداشت و درمان در حوزه تقنینی به‌طور نزدیکی در رقابت با حوزه تأمین اجتماعی از سایر حوزه‌ها سهم بیشتری در تعداد طرح‌ها و لوایح داشته است، ولی در حوزه نظارتی غالباً به حوزه بهداشت و درمان پرداخته شده است و سایر حوزه‌ها به نوعی کاملاً در حاشیه قرار داشته‌اند. این در حالی است که بسیاری از تکالیف تعیین شده در اسناد و قوانین بالادستی برای حوزه بهداشت و درمان نیز بلا تکلیف مانده است. موضوع مهمی نظیر نظام ارجاع و پزشکی خانواده که از برنامه چهارم در قوانین اجرا شده بود و امید می‌رفت مجلس دهم در راستای استقرار کامل آن در کشور گام بردارد، ولی اقدام مهمی در این راستا انجام نشد، سایر موضوعات نظیر اصلاح نظام پرداخت، ممنوعیت هم‌زمان اشتغال پزشکان در بخش خصوصی و دولتی، حق فنی یکسان در بخش دولتی و خصوصی، استقرار نظام بیمه سلامت کارآمد (توسعه کمی‌وکیفی بیمه‌های درمانی)، استقرار پرونده الکترونیک سلامت، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر راهنماهای بالینی، یا به‌روزرسانی برخی قوانین قدیمی مثل قانون مواد خوراکی و آشامیدنی نیز به همین ترتیب.

البته ضمن اینکه تاحدی طبیعی است که به‌خاطر گستردگی حوزه سلامت، تعدد و تنوع موضوعات آن و همچنین پیچیدگی‌هایی که دارد مشمول صرف وقت بیشتری در کمیسیون شود، ولی با این حال به‌نظر می‌رسد که مسائل دیگر در سایه این ویژگی‌های حوزه سلامت به حاشیه رانده شده‌اند که در این میان ترکیب تخصص و تحصیلات اعضای کمیسیون بهداشت و درمان (ساختار کمیسیون) که قریب به اتفاق آنها پزشک هستند، نیز عاملی مؤثر بوده است. مسئله اخیر حتی حوزه بهداشت و درمان را در موقعیت‌های تعارض منافع قرار داده است و شاید دلیلی بر عدم پیگیری اجرای برخی مفاد از احکام و قوانین بالادستی که در فوق مورد اشاره قرار گرفت باشد.

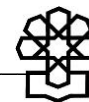
در مجموع، با توجه به ماهیت بین‌بخشی موضوعات مربوط به حوزه‌های شرح وظایف کمیسیون بهداشت و درمان و همچنین برای کاهش موقعیت‌های تعارض منافع لازم است چیدمان و ترکیب اعضای کمیسیون به شکلی باشد که ورود پزشکان به این کمیسیون با محدودیت روبه‌رو باشد تا از حوزه‌های دیگر (نظیر اقتصاد، مدیریت، جامعه‌شناسی، حقوق و غیره) نیز بتوانند در آن عضو شوند. در این صورت ایجاد رابطه بهتر بین سلامت و حوزه‌های دیگر که تحت تأثیر حضور تخصص‌های دیگر در کمیسیون بهداشت و درمان ایجاد خواهد شد، به اجرای بند «۲» سیاست‌های کلی سلامت یعنی «تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین» کمک خواهد کرد.

همچنین همپوشانی و قرابت‌بخشی از وظایف محول شده به کمیسیون در قالب امور بهزیستی و همچنین بیمه‌های اجتماعی (بخش غیردرمانی آن) با حوزه وظایف کمیسیون اجتماعی و قرابتی که با امور محوله به این کمیسیون دارند در به حاشیه رفتن امور مذکور بی‌تأثیر نیست؛ لذا، این موضوع نیز باید مورد توجه نمایندگان عضو کمیسیون بهداشت و درمان قرار داشته باشد.

جزئیات مهم اقدامات نظارتی مجلس مشتمل بر تحقیق و تفحص‌ها و نتایج آنها، سفرها و بازدیدهای نظارتی، سؤال از وزرا و مهم جلسات نظارتی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم در طول اجلاس‌های اول تا سوم به شرح پیوست ۷-۴ مشاهده می‌شود.

جمع‌بندی

کمیسیون بهداشت و درمان از مهم‌ترین کمیسیون‌های مجلس شورای اسلامی است که با امور مهم سلامت، رفاه اجتماعی و امداد و بهزیستی سروکار دارد. در این گزارش سعی شد تا مجموعه‌ای از حداقل اطلاعات لازم در مورد موضوعات مربوط به کمیسیون بهداشت و درمان، اعم از شرح وظایف، قوانین و دستگاه‌های اجرایی مربوط، اولویت‌هایی که باید مدنظر قرار دهد، برای آشنایی اعضای این کمیسیون در دوره یازدهم مجلس در اختیار ایشان قرار گیرد. امید است تا نمایندگان محترم با شناختی کافی از مسائل مربوط به کمیسیون بتوانند هم در بُعد تقنینی و هم اقدامات نظارتی



به‌خصوص در حوزه قوانین مهمی که در طول سال‌ها زمین مانده‌اند گام‌های مفیدی بردارند. شایان ذکر است که امور مربوط به کمیسیون در حوزه بهداشت و درمان با تعدد قوانین مواجه است و بعضاً شاهد تداخل قوانین و یا قوانین متضاد هستیم. لذا، قانونگذاری جدید در اولویت آن قرار ندارد و بازبینی، اصلاح و احیاناً پوشش خلأهای موجود موضوعی است که باید مورد توجه نمایندگان قرار گیرد. از حیث نظارت نیز پیگیری موضوع اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده که سال‌ها بر زمین مانده است، باید به‌طور جدی مورد توجه قرار گیرد. بسیاری دیگر از تکالیف این حوزه در اسناد و قوانین بالادستی نیز بر زمین مانده‌اند. بنابراین، تقویت بُعد نظارتی اجتناب‌ناپذیر است.

در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی نیز در بُعد تقنینی: تصویب «قانون جامع و مستقل نظام تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر الگوی کلان، لایه‌های مساعدت و بیمه‌های اجتماعی (پایه و تکمیلی)» و نیز شیوه‌نامه شناسایی اقتصادی خانواده‌ها» و در بُعد نظارتی: «الزام دولت به پرداخت دیون خود به سازمان تأمین اجتماعی» و «اصلاحیه مالیه عمومی وزارت بهداشت»، اولویت‌های اصلی هستند.

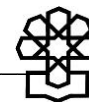
شایان ذکر است بررسی عملکرد کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم نشان می‌دهد که عمده تمرکز کمیسیون بهداشت و درمان بر روی مسائل بهداشتی درمانی بوده است و سایر حوزه‌ها در حاشیه قرار گرفته‌اند و این در حالی است که بسیاری از تکالیف تعیین شده در اسناد و قوانین بالادستی برای حوزه بهداشت و درمان نیز بلا تکلیف مانده است. چیدمان و ترکیب اعضای کمیسیون نیز موجب ایجاد موقعیت تعارض منافع در رابطه با امور این کمیسیون شده است و این از مسائل بحث‌برانگیز آن است. در این رابطه، عضویت متخصصان حوزه‌های دیگر (نظیر اقتصاد، مدیریت، جامعه‌شناسی، حقوق و...) در آن از اتفاقات مثبتی است که امید است در مجلس پیش رو شاهد آن باشیم.

منابع و مأخذ

۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
۲. سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۹۳/۰۱/۱۸.
۳. سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی، ابلاغی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۹۲/۱۱/۲۹.
۴. سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، ابلاغی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۸۲/۰۸/۱۲.
۵. سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۹۳/۰۲/۳۰.
۶. سیاست‌های کلی نظام در بخش پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه، ابلاغی مقام معظم رهبری؛ ۱۳۸۴/۰۶/۲۵.
۷. قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰).
۸. قانون آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی.
۹. پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۰. اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور، مصوب ۱۳۹۶/۱۱/۰۴ هیئت وزیران.
۱۱. قانون اساسنامه جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۶۷/۰۲/۰۸ مجلس شورای اسلامی.
۱۲. قانون مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی، مصوب ۱۳۴۶/۰۴/۲۲ مجلس شورای اسلامی و اصلاحات بعدی.
۱۳. قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، مصوب ۱۳۳۴/۰۳/۲۹ مجلس شورای اسلامی و الحاقات بعدی.
۱۴. قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان، مصوب ۱۳۶۷/۰۱/۳۰ مجلس شورای اسلامی و اصلاحات بعدی.
۱۵. قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان، مصوب ۱۳۷۵/۰۲/۱۲ مجلس شورای اسلامی و اصلاحات بعدی.
۱۶. قانون مدیریت بحران، مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۲۳ مجلس شورای اسلامی.
۱۷. قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۰۳/۳۰ مجلس شورای اسلامی.
۱۸. قانون هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، مصوب ۱۳۷۸/۰۹/۲۱ مجلس شورای اسلامی.
۱۹. قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰ مجلس شورای اسلامی.
۲۰. قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۱۶ مجلس شورای اسلامی.
۲۱. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱ مجلس شورای اسلامی.
۲۲. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۸۳/۰۸/۱۶ مجلس شورای اسلامی.
۲۳. اساسنامه سازمان انتقال خون ایران، مصوب ۱۳۶۳/۰۳/۰۲ مجلس شورای اسلامی.
۲۴. اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، مصوب ۱۳۸۸/۰۱/۳۰ مجلس شورای اسلامی.

25. <https://www.sid.ir/Fa/ScientificCenters/information.aspx?ID=3159>

26. www.FDA.gov.ir

**پیوست‌ها****پیوست ۱. مهم‌ترین مسائل کشور در حوزه بهداشت و درمان**

نظام‌های بهداشتی درمانی متشکل از افراد، سازمان‌ها و فعالیت‌هایی هستند که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد. براساس تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی این نظام‌ها، ارتقای سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آنها به‌گونه‌ای عدالت‌محور و حفاظت از آنها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها می‌باشد. برای رسیدن به اهداف فوق لازم است نظام‌های سلامت در چهار کارکرد اصلی خود یعنی؛ ارائه خدمات سلامت، تأمین مالی، تولید منابع و تولید عملکرد مناسبی داشته باشد. در این پیوست خلاصه‌ای از اهم چالش‌های مبتلا به کارکردهای اصلی نظام سلامت در کشور، وضعیت مطلوب و مورد انتظار و همچنین احکام و بندهایی که برای عملکرد مطلوب آنها در قوانین و اسناد بالادستی مصوب شده‌اند تشریح شده است تا مدنظر نمایندگان مجلس یازدهم، به‌خصوص اعضای کمیسیون بهداشت و درمان قرار گیرد.

کارکرد تولید

وضعیت موجود: در حال حاضر وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت با در اختیار داشتن مسئولیت خرید خدمات و ارائه خدمات سلامت هم‌زمان با وظیفه تولی‌گری، به یکی از بزرگترین مصادیق تعارض منافع در کشور تبدیل شده است و از این‌رو احقاق حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت بسیار دشوار شده است. ساختار طولی وزارت بهداشت و بوروکراسی زیاد آن باعث کاهش خلاقیت شده است و به‌خاطر تمرکز بر درمان، به‌طور شایسته به پیشگیری توجه نمی‌شود. از طرفی حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در مناصب و جایگاه‌های وزارت بهداشت و یا زیرمجموعه‌های آن و همچنین مشخص نبودن جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت و ابهام در مورد ارتباط آن با بخش دولتی نیز از دلایل دیگر ایجاد موقعیت‌های تعارض منافع در حوزه سلامت هستند که نقش مهمی در بروز فساد، هدررفت منابع و منحرف شدن این بخش از مسیر اصلی آن دارند. بخش سلامت کشور از فقدان ارتباط و انسجام کافی بین واحدهای درونی (حکمرانی درون‌بخشی) از یک‌سو و ضعف هماهنگی بین بخشی (رهبری بین بخشی) از سوی دیگر نیز رنج می‌برد؛ مورد اخیر باعث شده است تا اداره امور بین بخشی حوزه سلامت (مسائل ناشی از آلودگی هوا، ایمنی غذایی و...) از کارایی و اثربخشی مطلوبی برخوردار نباشد.

وضعیت مطلوب: لازم است ساختار وزارت بهداشت براساس وظیفه تولید آن تغییر کرده و ضمن تفکیک واقعی ارائه خدمت از بدنه خود، بر سیاستگذاری آگاه از شواهد، انسجام درون‌بخشی و رهبری بین بخشی تمرکز کند. همچنین ضمن شناسایی گلوگاه‌های بروز تعارض منافع و فساد در حوزه‌های مختلف سلامت، برای مقابله با آن مقررات موجود اصلاح و در صورت لزوم مقررات جدید وضع کند و با تقویت بُعد نظارتی خود، اجرای مؤثر آنها را تضمین نماید.

بندها و احکام مرتبط:

سیاست‌های کلی سلامت

۲. تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

۱-۲. اولویت پیشگیری بر درمان

۲-۴. تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای

۷. تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی

برنامه ششم توسعه

بند «ب» ماده (۷۴): ممنوعیت اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی

بند «ث» ماده (۷۴): اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان

کارکرد تأمین مالی

وضعیت موجود: افزایش فزاینده هزینه‌های نظام سلامت در کشور، سیاستگذاران و مدیران این بخش را به چالش کشیده است به طوری که علی‌رغم حجم بالای منابع مالی که به این بخش اختصاص داده می‌شود بین منابع قابل دسترس و منابع مورد نیاز شکاف وجود دارد. ضعف مدیریتی و بعضاً تعارض منافع، موجب اتلاف منابع از جمله پول، نیروی انسانی و تجهیزات شده است. صندوق‌های بیمه سلامت علاوه بر کمک زیادی که از بودجه‌های دولتی دریافت می‌کنند در انجام وظایف اصلی خود یعنی حفظ منافع ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات به اندازه کافی نیز موفق نمی‌باشند چرا که در جایگاه‌های اصلی خود (به‌عنوان کارگزار هوشمند) قرار ندارند و تنها اقدام به پرداخت صورتحساب‌ها می‌کنند. نظام پرداخت به پزشکان هزینه‌افزاست، بیمه‌ها سلامت‌محور نیستند و تقاضای القایی از مشکلاتی است که با آن مواجه هستیم. همچنین بخش زیادی از هزینه‌ها را مردم از جیب پرداخت می‌کنند و از این رو با فقر ناشی از هزینه‌های سلامت در برخی خانوارها مواجه هستیم.

وضعیت مطلوب: همان‌گونه که از دولت انتظار می‌رود سلامت را در اولویت خود قرار بدهد و سهم آن را از GDP به‌درستی تعیین و به‌نگام تخصیص دهد، از نظام سلامت نیز انتظار می‌رود ضمن ایجاد شفافیت در منابع و هزینه‌ها و اتخاذ راهکارهای اصولی و عادلانه مدیریت منابع، موجبات حفاظت مالی مردم را در استفاده از خدمات کافی و مطلوب فراهم نماید.

بندها و احکام مرتبط:

سیاست‌های کلی سلامت

۹-۱. همگانی ساختن بیمه پایه درمان

۹-۲. کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد

۹-۶. تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش‌افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی

۹-۷. اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم

۱۰. تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱۰-۱. شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها

۱۰-۲. افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد

۱۰-۳. وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت

۱۰-۴. پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی

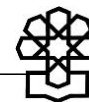
برنامه ششم توسعه

بند «الف» ماده (۷۰): اجباری بودن پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع

بند «ح» ماده (۷۰): دولت مکلف شده است تا طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چارچوب قانون اقدام کند.

بندهای «الف» و «ج» ماده (۷۴): سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور موظف و مکلف به خرید راهبردی خدمات شده‌اند

بند «ث» ماده (۷۴): پرداخت مبتنی بر عملکرد



ماده (۷۸) - کاهش درصد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت از طریق تعمیم و ارتقای بیمه‌های اجتماعی درمانی به یک درصد تا پایان برنامه ششم و کاهش سهم پرداخت از جیب به ۲۵ درصد

کارکرد تولید منابع

الف) منابع انسانی

وضعیت موجود: توزیع نامناسب نیروی انسانی بخش سلامت موجب شده است تا در برخی از مناطق کشور (عمدتاً مناطق محروم) دسترسی به خدمات سلامت به خصوص خدمات پزشکان بسیار دشوار باشد این در حالی است که در برخی مناطق، به خصوص کلان‌شهرها تعداد زیاد پزشکان، مشکلاتی را نظیر القای تقاضا برای کسب درآمدهای بیشتر موجب شده است. اقداماتی نظیر طرح پزشکان مناطق محروم یا تعرفه‌های ترجیحی نیز تاکنون نتوانسته‌اند مشکلات مربوط به توزیع عادلانه را حل کنند. از طرفی به دلیل فقدان بانک جامع اطلاعاتی از وضعیت نیروی انسانی حوزه سلامت، تربیت نیروی انسانی به تناسب نوع تخصص‌های مورد نیاز کشور با چالش مواجه شده است، به طوری که علی‌رغم اشباع برخی از رشته‌های تحصیلی در مورد برخی دیگر از جمله رشته‌های حد واسطه با کمبود مواجه هستیم. بین نظام‌های بازپرداخت به نیروی انسانی در بخش سلامت با کیفیت عملکرد آنها ارتباط مناسبی برقرار نشده است که این مسئله علاوه بر اینکه منجر به ارائه خدمات کم‌کیفیت و از طرفی کاهش کارایی در نظام سلامت شده است به خاطر شکاف غیرمنطقی که در دستمزدها ایجاد کرده است، نوعی احساس بی‌عدالتی نیز در بین کارکنان بخش سلامت به وجود آورده است.

وضع مطلوب: رشته‌های تحصیلی مورد نیاز برای تأمین نیازهای سلامتی جامعه در بخش‌های پیشگیری، درمان و همچنین توانبخشی شناسایی و به تعداد مورد نیاز تربیت و در جمعیت‌های مشخص به‌طور مؤثر به کار گرفته شوند تا نیازهای سلامتی جوامع در زمان نیاز با کیفیت مناسب و استاندارد مرتفع شود. لازم است مکانیسم‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد (براساس کیفیت) و توزیع عادلانه منابع مالی بازنگری گردد.

بندها و احکام مرتبط:

سیاست‌های کلی سلامت

۱۳. توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور

۹-۷. اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

قانون برنامه ششم توسعه

بند «ث» ماده (۷۴): تعیین نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور

ب) منابع اطلاعاتی:

وضعیت موجود: عدم بهره‌مندی کافی از نظام اطلاعات سلامت در ایران یکی از کمبودهایی است که مشکلات عمده‌ای را در سطح برنامه‌ریزی و همچنین اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی ایجاد کرده است. این مسئله ارزیابی نتایج اقدامات انجام شده را نیز دشوار و در مواردی ناممکن ساخته است. در برخی بخش‌ها سیستم‌های اطلاعاتی هنوز مکانیزه نشده‌اند و در موارد بسیاری نیز با سیستم‌های پراکنده مواجه هستیم. علی‌رغم هزینه‌های بسیاری که برای هرکدام از سیستم‌های جزیره‌ای موجود پرداخت شده است، ولی به دلیل یکپارچه نبودن، اثربخشی آنها در اقدامات مدیریتی بسیار پایین می‌باشد. ضمناً علی‌رغم مشکلاتی که عدم شفافیت در حوزه ارائه خدمات سلامت ایجاد کرده است، هنوز از سیستم‌های جامع اطلاعاتی (پرونده الکترونیک سلامت) بهره‌مند نشده‌ایم که هزینه‌های بالای فقدان آن را نیز مردم، دولت و نظام بیمه‌ای کماکان پرداخت می‌کنند.

وضعیت مطلوب: سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه یکی از ابزارهای اصلی سیاستگذاری مناسب و مدیریت صحیح است که در قوانین حوزه سلامت طراحی و استقرار آنها دیده شده است. به طوری که انتظار می‌رود با استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و تشکیل پایگاه اطلاعات برخط بیمه ضمن ایجاد داشبوردی از سلامت افراد جامعه، موجب ارتقای عدالت در بهره‌مندی از خدمات و مدیریت هزینه‌های سلامت مدیریت شوند.

بندها و احکام مرتبط:

سیاست‌های کلی سلامت

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

قانون برنامه ششم

بند «الف» ماده (۷۴): استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت توسط وزارت بهداشت، سامان‌دهی خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

بند «ج» ماده (۷۰): تشکیل پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سازمان بیمه سلامت

بند «ث» ماده (۷۴): اجرای نظام جامع ارائه خدمت از طرق پرونده الکترونیک سلامت

بند «ج» ماده (۷۴): خرید راهبردی صرفاً از طریق پرونده الکترونیک سلامت

کارکرد ارائه خدمت

وضعیت موجود: نظام ارائه خدمات سلامت کشور ما علی‌رغم سازمان‌دهی نسبتاً مناسبی که در بخش بهداشتی از آن برخوردار است، ولی از نابسامانی زیادی در سطوح مختلف خدمات درمانی رنج می‌برد. در واقع به دلیل عدم سطح‌بندی و اجرای نظام ارجاع در بخش خدمات درمانی، نه تنها خدمات به‌طور پیوسته صورت نمی‌گیرد، بلکه مردم نیز در دریافت خدمات سردرگم هستند. تخصص‌گرایی، تقاضای القایی، عدم پیروی از درمان، خدمات بی‌کیفیت، نارضایتی و پرداخت از جیب بالا برای مردم و همچنین افزایش بار مالی بر سیستم از نتایج نبود یک نظام خدمات سلامت یکپارچه و مبتنی بر سازمان‌دهی و سازوکارهایی مناسب (برای تعیین مسیر منطقی مردم در نظام سلامت و دریافت خدمات باکیفیت و با هزینه معقول) است. نظام فعلی از شیوه‌های سنتی درمان و فقدان مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی، بیماران مراحل پایانی حیات، بیماران مزمن و بیماران دوران نقاهت نیز رنج می‌برد و این وضعیت در مناطق کم‌جمعیت و یا دورافتاده دسترسی افراد را با مشکل مواجه ساخته است. عدم کاربرد راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد و همچنین نظارت ناکافی بر همین نظام درمانی فعلی منجر به بروز موارد زیادی خطای پزشکی و به خطر افتادن جان گیرندگان خدمت شده است. نابسامانی در حوزه طب سنتی نیز از دیگر مسائل مبتلا به نظام سلامت به‌شمار می‌رود.

وضعیت مطلوب: سطح‌بندی خدمات سلامت، رویکرد پزشکی خانواده و بهره‌مندی مردم از خدمات باکیفیت هر سطح از طریق نظام ارجاع و براساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد موجب خواهد شد بازار سلامت را از قواعد حاکم بر بازار سایر کالاها متمایز کرده موجب ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و بهره‌مندی عادلانه آنها از خدمات سلامت خواهد شد.

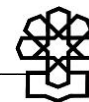
بندها و احکام مرتبط:

سیاست‌های کلی سلامت

۵. سامان‌دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی

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

۸. افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع



۸-۱. ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری و ادغام آنها در نظام آموزش علوم پزشکی

۲. افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها

۱۰-۲. افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

قانون برنامه ششم

بند «الف» ماده (۷۴): ارائه خدمات الکترونیکی سلامت با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

بند «ب» ماده (۷۴): ممنوعیت هم‌زمان اشتغال در بخش خصوصی و دولتی

بند «ت» ماده (۷۴): تعیین نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات

بند «ث» ماده (۷۴): محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت»

بند «ث» ماده (۷۴): سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور

بند «ج» ماده (۷۴): سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی

پیوست ۲. مهم‌ترین مسائل کشور در حوزه تأمین اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی

بدهی بالا و فزاینده سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت و شرکت‌های دارویی

وضعیت موجود: بخشی از ناپایداری مالی صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی عدم توانایی در پرداخت دیون خود می‌باشد. در مورد عدد واقعی بدهی‌های این سازمان اختلاف نظر وجود دارد. اما این بدهی‌ها آنقدر بزرگ هست که شورای اقتصادی سران کشور اجازه انتشار ۵ هزار میلیارد تومان اوراق در زمستان سال ۱۳۹۸ را جهت پرداخت مطالبات وزارت بهداشت، به تأمین اجتماعی داده است.

وضعیت مطلوب: وضع مطلوب به‌نحوی است که باید حجم تعهدات این سازمان که در وزارت بهداشت رقم می‌خورد مدیریت شود تا سازمان تأمین اجتماعی توانایی تسویه آنها را داشته باشد، اگر هزینه‌ها از سمت وزارت بهداشت مدیریت نشود، تأمین اجتماعی با هر نوع تزریق منابعی با کسری مواجه می‌شود.

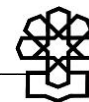
محدودیت صندوق‌ها در پاسخ‌گویی به نیازهای بیمه‌ای آحاد جامعه

وضعیت موجود: تقاضای بسیار مردم برای عضویت در صندوق‌های بیمه‌ای و یا درخواست مستمری‌بگیران برای دریافت مستمری‌های بالاتر از چالش‌های نظام تأمین اجتماعی فعلی است. افزایش تقاضا در حالی است که نظام اقتصادی ایران، امکانات بیشتری را برای پاسخ به این مطالبات اجتماعی ندارد. اما از سوی دیگر بخش قابل توجهی از نیازمندان، سالمندان، زنان و کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، بیکاران، بیماران و آسیب‌دیدگان جسمی و روانی از خدمات رفاه و تأمین اجتماعی برخوردار نیستند و یا خدمات ارائه شده کفایت نیازهای آنها را نمی‌دهد.

وضعیت مطلوب: تنها راه موجود برای پاسخ‌گویی به این مسائل، ارتقا و بهبود کارآمدی و اثربخشی نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور است. بهبود بهره‌وری اگر بخواهد فراتر از اقدامات جزئی که غالباً وابسته به عملکرد افراد است، پیگیری شود، بایستی آن را از طریق استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه محقق ساخت. حداقل ماحصل اجرای کامل این نظام، ایجاد شفافیت در پرداخت‌های رفاهی اعم از مساعدت‌های اجتماعی و بازنشستگی است. این شفافیت می‌تواند به حوزه‌های سرمایه‌گذاری و تأمین مالی تسری یابد.

پیوست ۳. طرح‌ها و لوایح اصلی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم

تاریخ آخرین وضعیت	آخرین وضعیت	تاریخ اعلام وصول	عنوان	دسته‌بندی
۱۳۹۸/۰۵/۲۶	استرداد پیش از تصویب کلیات	۱۳۹۷/۱۰/۰۲	طرح سامان‌دهی تعهدات دانش‌آموختگان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی	طرح
۱۳۹۸/۰۴/۱۶	گزارش مرکز پژوهش‌ها	۱۳۹۷/۱۱/۱۶	طرح حفظ کرامت آسیب‌دیدگان اجتماعی	
۱۳۹۷/۰۲/۰۵	بایگانی	۱۳۹۶/۰۹/۲۲	طرح استفساریه جزء «۴» بند «ب» تبصره «۲» ماده (۷۶) قانون تأمین اجتماعی	
۱۳۹۸/۰۳/۱۲	پیشنهاد نمایندگان	۱۳۹۶/۰۴/۲۷	طرح سامان‌دهی اهدا در مراکز درمان ناباروری	
۱۳۹۶/۰۸/۲۹	پیشنهاد نمایندگان	۱۳۹۶/۰۴/۲۵	طرح «حذف تبصره «۲» ماده (۴) قانون اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی»	
۱۳۹۸/۰۹/۱۷	پیشنهاد نمایندگان	۱۳۹۷/۰۴/۳۱	طرح اصلاح ماده (۵) قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران ساختمانی	
۱۳۹۶/۰۵/۲۹	گزارش مرکز پژوهش‌ها	۱۳۹۶/۰۴/۱۱	طرح لغو قانون اصلاح قانون انحصار دخانیات مصوب ۱۳۱۰	
۱۳۹۷/۰۷/۰۲	بایگانی	۱۳۹۶/۰۳/۲۶	طرح حذف ماده (۴۱) قانون تأمین اجتماعی	
۱۳۹۵/۰۸/۰۲	گزارش مرکز پژوهش‌ها	۱۳۹۵/۰۷/۰۳	طرح واگذاری خدمات حمایتی به کمیته امداد امام خمینی (ره) و خدمات توانبخشی به سازمان بهزیستی	
۱۳۹۶/۰۹/۲۵	بایگانی	۱۳۹۵/۰۴/۲۳	طرح استفساریه دریافت چهاردرصد (۰.۴٪) حق بیمه مشاغل سخت و زیان‌آور از واگذارنده به پیمانکار	
۱۳۹۷/۰۳/۱۹	گزارش مرکز پژوهش‌ها	۱۳۹۵/۰۳/۲۳	طرح بازنشسته کردن کسانی که در سن بازنشستگی بوده و هنوز حق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر پرداخت می‌نمایند (اعاده شده از شورای نگهبان)	
۱۳۹۶/۰۷/۲۹	بایگانی	۱۳۹۵/۰۳/۲۴	طرح الزام سازمان تأمین اجتماعی به برقراری مستمری بازنشستگان مشمول قانون بازنشستگی پیش از موعد کارکنان دولت مصوب ۱۳۸۶ براساس دو سال آخر بیمه‌پردازی سنوات ارفاقی آنان (اعاده شده از شورای نگهبان)	
۱۳۹۷/۰۳/۳۰	نظر شورای	۱۳۹۵/۰۳/۲۵	طرح ممنوعیت تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب‌رسان به سلامت در رسانه‌های ارتباط	



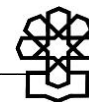
دسته بندی	عنوان	تاریخ اعلام وصول	آخرین وضعیت	تاریخ آخرین وضعیت
	جمعی داخلی و بین المللی فضاهاى مجازى (اعاده شده از شورای نگهبان)		نگهبان (تأیید)	
	طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور (اعاده شده از شورای نگهبان)	۱۳۹۵/۰۳/۲۴	گزارش کمیسیون پس از اعاده از شورای نگهبان	۱۳۹۶/۱۱/۲۴
لایحه	اصلاح بند «۳» ماده واحده قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت	۱۳۹۵/۱۱/۱۰	بایگانی	۱۳۹۶/۰۵/۰۲
	لایحه اصلاح و دائمی نمودن قانون مدیریت خدمات کشوری	۱۳۹۶/۱۱/۱۶	گزارش مرکز پژوهش‌ها	۱۳۹۸/۱۱/۰۵
	لایحه موافقتنامه همکاری در زمینه پیشگیری و واکنش به شرایط اضطراری در دریای خزر	۱۳۹۵/۱۲/۲۴	نظر شورای نگهبان (تأیید)	۱۳۹۶/۰۵/۱۲
	لایحه موافقتنامه بین دولت جمهوری اسلامی ایران و دولت جمهوری آذربایجان راجع به همکاری در زمینه پیشگیری، محدودسازی و کاهش پیامدهای شرایط اضطراری		نظر شورای نگهبان (تأیید)	۱۳۹۶/۰۷/۲۶

پیوست ۴. تحقیق و تفحص‌های کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم

اجلاسیه	عنوان	نتیجه
اول	نحوه اختصاص و توزیع منابع در طرح تحول نظام سلامت	نزد هیئت رئیسه (منتظر طرح در صحن علنی)
	عملکرد شرکت سرمایه‌گذاری جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران در خصوص بررسی منابع مالی درآمدها و هزینه‌ها و نحوه سرمایه‌گذاری و میزان حقوق و پاداش مسئولان مربوطه در ۱۰ سال اخیر	نزد کمیسیون
	عملکرد سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نزد هیئت رئیسه (منتظر طرح در صحن علنی)
	بررسی نحوه اجرای طرح تحول سلامت	نزد هیئت رئیسه (منتظر طرح در صحن علنی)
دوم	بررسی اقدام جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران در اخذ مبالغی از زائران اربعین در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و نحوه هزینه‌کرد آن و نیز بودجه‌های دریافتی از دولت طی این سال‌ها و هزینه‌کرد آنها	نزد کمیسیون
	نحوه عملکرد در تولید، فروش و توزیع تجهیزات پزشکی در کشور	نزد کمیسیون
سوم	سازمان انتقال خون در حوزه‌های مختلف از جمله فرایند انتقال پلاسما به خارج از کشور و انتقال داروهای استراتژیک به کشور	نزد کمیسیون

پیوست ۵. سؤال از وزرا در صحن علنی مجلس - کمیسیون بهداشت و درمان

اجلاسیه	موضوع	وزیر	توضیحات
اول	علت اصرار وزیر بر اجرای طرح تحول سلامت در سازمان تأمین اجتماعی	تعاون، کار و رفاه اجتماعی	به‌علت اقناع نماینده سؤال‌کننده، رأی‌گیری به عمل نیامد
دوم	عدم اجرای کامل قانون انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس علی‌رغم وجود مصوبه (۴۲۷) شورای عالی انقلاب فرهنگی	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	با توجه به توضیحات وزیر، سؤال مزبور از طرف مجلس وارد تشخیص داد نشد
	علت صدور مجوز واردات صافی دیالیز علی‌رغم تولید در داخل کشور	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	با توجه به توضیحات وزیر، سؤال مزبور از طرف مجلس وارد تشخیص داد نشد.
	علت مطالبه (۹) درصد حق بیمه جهت واریز به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	با توجه به توضیحات وزیر، نماینده سؤال‌کننده از پاسخ وزیر قانع شد.
سوم	تخلفات صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	با توجه به توضیحات وزیر، سؤال مزبور از طرف مجلس وارد تشخیص داده نشد

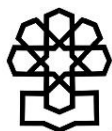


پیوست ۶. برخی از اهم گزارش‌ها و جلسات نظارتی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم

موضوع	اجلاس
دعوت از وزیر و معاونین وزارت بهداشت، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی و مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران جهت بررسی طرح تحول سلامت و تطبیق آن با قوانین بالادستی	اول
استماع گزارش رئیس سازمان انتقال خون در خصوص عملکرد و ارائه برنامه‌ها	
بررسی مشکلات مراکز درمانی ترک اعتیاد	
استماع گزارش مسئولین پدافند غیرعامل کشور در خصوص تهدیدات زیستی	
بررسی آخرین وضعیت پرداخت مطالبات مراکز درمانی، دانشگاهی، داروخانه‌ها، شرکت‌های پخش و تولیدی با حضور مسئولین دستگاه‌های اجرایی	
بررسی مشکلات رادیولوژیست‌های کشور	
بررسی ابعاد حادثه پلاسکو با حضور مسئولین سازمان اورژانس کشور	
نشست مشترک اعضا کمیسیون بهداشت و درمان با هیئت ارزیاب بین‌المللی طرح تحول سلامت	
بررسی مبانی قانونی، نقاط قوت و ضعف طرح تحول سلامت با حضور وزیر و معاونین وزارت بهداشت و مسئولین سازمان برنامه و بودجه	
بررسی آخرین وضعیت تولید و واردات دارو با حضور فعالان این صنعت و مسئولین وزارت بهداشت	
بررسی علت شیوع بیماری تب کریمه کنگو	
بررسی آخرین وضعیت توربسم‌درمانی در کشور با حضور مسئولین وزارت بهداشت	
بررسی مشکلات پرستاران با حضور مسئولین سازمان نظام پرستاری و وزارت بهداشت	
استماع گزارش رئیس هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران در خصوص اقدامات انجام شده و برنامه‌های آتی	
بررسی مشکلات مطروحه در جهت مطالبات دارویی کشور	
بررسی اقدامات و وضعیت اعتبارات طرح تحول سلامت و راهکارهای تأمین منابع پایدار حوزه سلامت (نشست مشترک کمیسیون بهداشت با کمیسیون برنامه و بودجه)	
بررسی وضعیت تولید و واردات تجهیزات پزشکی و انطباق آن با سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی	
بررسی وضعیت پرداخت مالیات توسط جامعه پزشکی	
استماع گزارش سرپرست سازمان تأمین اجتماعی در خصوص آخرین وضعیت پرداخت مطالبات مراکز درمانی	سوم
استماع گزارش مسئولین وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی مازندران در خصوص آخرین وضعیت اجرای پزشک خانواده و چالش‌های پیش رو	
بررسی مشکلات جامعه پزشکی کشور	
بررسی مشکلات بیماران خاص	
استماع گزارش مسئولین وزارت بهداشت در خصوص آخرین اقدامات صورت گرفته در جهت اجرایی نمودن پرونده الکترونیک سلامت، پزشک خانواده و سیستم ارجاع	
استماع گزارش مسئولین سازمان تأمین اجتماعی در خصوص مشکلات پیش روی سازمان و برنامه سازمان در جهت پرداخت مطالبات مراکز درمانی	
بررسی مسائل، مشکلات و چالش‌های پیش رو صنعت دارو و تجهیزات پزشکی در مواجهه با تحریم‌های پیش رو	
بررسی مشکلات تولیدکنندگان سرنگ و سرسوزن با حضور مسئولین وزارت بهداشت و فعالان این بخش	
بررسی نحوه قیمتگذاری دارو و تجهیزات پزشکی	
بررسی مسائل و مشکلات بیماران تالاسمی	
بررسی مشکلات سالمندان کشور	

پیوست ۷. سفرها و بازدیدهای نظارتی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس دهم

بازدید از رزمایش مشترک بهداری نیروی زمینی سپاه و دانشگاه‌های علوم پزشکی جنوب کشور جهت راه‌اندازی بیمارستان‌های صحرائی در استان سیستان و بلوچستان	اجلاسیه اول
بازدید از مراکز بهداشتی درمانی در شیراز و بررسی وضعیت نحوه اجرای طرح پزشک خانواده	
بازدید و بررسی وضعیت پزشک خانواده در استان مازندران	
بازدید و بررسی وضعیت پزشک خانواده در استان گیلان	
بازدید از وضعیت درمانی آسیب‌دیدگان حادثه پلاسکو	
بازدید از شرکت دارویی پویش دارو	اجلاسیه دوم
بازدید از پژوهشگاه رویان	
بازدید از مناطق زلزله‌زده غرب کشور	
بازدید از مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان در حال احداث اسلام شهر	
بازدید از مراکز بهداشت و درمانی رودهن، بومهن و پردیس	
دیدار با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان در خصوص بررسی وضعیت سلامت استان و بازدید از یکی از مراکز آموزشی درمانی	اجلاسیه سوم
دیدار با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سمنان در خصوص بررسی وضعیت سلامت استان و بازدید از یکی از مراکز آموزشی درمانی	
دیدار با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در خصوص بررسی وضعیت سلامت شهرستان کهنوچ و بازدید یکی از مراکز آموزشی درمانی و نشست با مجمع خیرین سلامت استان کرمان	
دیدار با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص بررسی وضعیت سلامت استان، بازدید از مراکز آموزشی درمانی اصفهان و فریدن و نشست با مجمع خیرین سلامت استان	
دیدار با مسئولین دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی در خصوص بررسی وضعیت سلامت استان و بازدید از مراکز آموزشی درمانی	
بازدید از پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی ابن سینا	



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۷۰۶۶

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: ۷. کمیسیون بهداشت و درمان؛ وظایف، اختیارات و اولویتهای پیشنهادی

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: محمد بختیاری علی‌آباد

همکاران: ابوالفضل عباسی، سیدسجاد پادام

ناظر علمی: مریم رهبری

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____



واژه‌های کلیدی: _____

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۳/۱