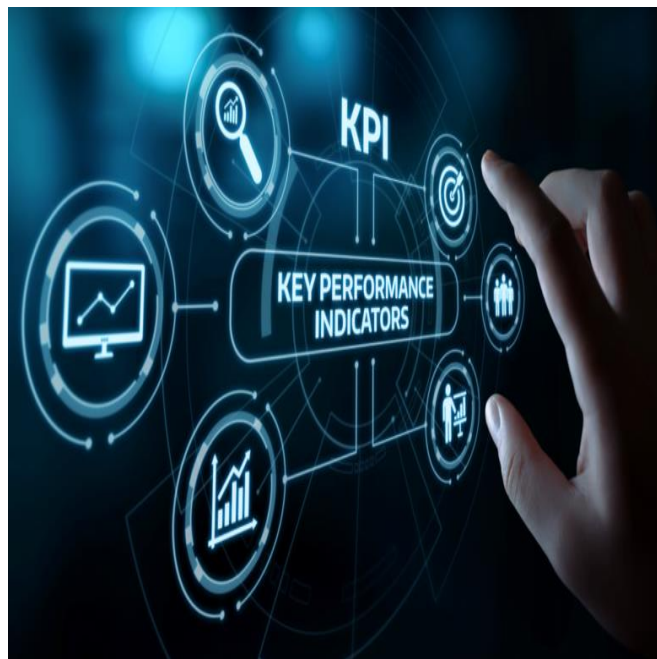


شاخص‌های کلیدی عملکرد و سلامت



مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری

گروه پژوهشی نظام‌های نوین برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و مدل‌سازی

مجموعه گزارش شماره ۴۳۷

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شناسه گزارش

شاخص‌های کلیدی عملکرد سلامت		عنوان
۱۴۰۳-۹-۱۰۴۸۵		کد شناسه
نظام‌های نوین برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و مدل‌سازی		گروه پژوهشی
مجید مزیدآبادی فراهانی		پدیدآورنده
مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری		ناشر
تابستان ۱۴۰۳		تاریخ انتشار
مطالب این گزارش لزوماً بیانگر نظر رسمی مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری نیست.		
حقوق معنوی اثر به پدیدآورندگان و حقوق مادی آن، به مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری تعلق دارد و استفاده از آن با ذکر مأخذ بلامانع است.		
آدرس: تهران - خیابان استاد نجات‌اللهی - خیابان استاد جعفر شهری (سپند) - پلاک ۱۶		
شماره تماس: ۰۲۱-۴۳۳۰۶۰۰۰	شماره پیام‌رسان: ۰۹۹۲۱۵۷۵۸۴۳	
آدرس سایت: https://www.cdrf.ir/		

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۳	۱- سلامت در اسناد بالادستی نظام سلامت
۷	۲- شاخص‌ها، تعاریف و مفاهیم
۹	۳- شاخص‌های کلیدی بخش سلامت
۱۰	۳-۱- هدف حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور
۱۹	۳-۲- شاخص‌های مربوط به هدف عدالت در دسترسی به خدمات سلامت
۳۱	۳-۳- مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه‌های سلامت
۴۰	۳-۴- شاخص‌های مربوط به کارایی نظام سلامت
۴۳	۴- برخی شاخص‌ها در استان‌ها
۴۳	۴-۱- روند مرگ و میر کودکان در استان‌های ایران
۴۵	۴-۲- مرگ و میر پسران زیر یک سال در استان‌های ایران
۴۶	۴-۳- مرگ و میر دختران زیر یک سال در استان‌های ایران
۴۷	۴-۴- مرگ و میر کودکان زیر یک سال در استان‌های ایران
۴۷	۴-۵- روند مرگ و میر پسران زیر پنج سال در استان‌های ایران
۴۸	۴-۶- مرگ و میر دختران زیر پنج سال در استان‌های ایران
۴۹	۴-۷- مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در استان‌های ایران
۵۲	۵- نتیجه‌گیری
۵۳	پیوست

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۲.....	نمودار ۱: مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۱۳.....	نمودار ۲: روند مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰.....
۱۴.....	نمودار ۳: مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۱۵.....	نمودار ۴: روند میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰.....
۱۶.....	نمودار ۵: نسبت مرگ و میر مادران در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۰.....
۱۷.....	نمودار ۶: روند نسبت مرگ و میر مادران در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۰.....
۱۸.....	نمودار ۷: امید به زندگی از بدو تولد در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۱۹.....	نمودار ۸: روند امید به زندگی از بدو تولد در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰.....
۲۲.....	نمودار ۹: ایمن‌سازی علیه کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتی در میان کودکان در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۲۳.....	نمودار ۱۰: ایمن‌سازی علیه سرخک در میان کودکان در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۲۳.....	نمودار ۱۱: روند ایمن‌سازی بر علیه بیماری کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتی در کودکان زیر دو سال در ایران و دیگر کشورها.....
۲۴.....	نمودار ۱۲: روند ایمن‌سازی بر علیه بیماری سرخک در کودکان زیر دو سال در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰.....
۲۵.....	نمودار ۱۳: شاخص پوشش فراگیر سلامت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱.....
۲۶.....	نمودار ۱۴: روند شاخص پوشش فراگیر سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰.....
۲۷.....	نمودار ۱۵: سرانه تخت به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴.....
۲۸.....	نمودار ۱۶: سرانه تخت به جمعیت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۱۷-۲۰۰۰.....
۲۹.....	نمودار ۱۷: سرانه پرستار به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴.....
۳۰.....	نمودار ۱۸: سرانه پزشک به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴.....
۳۰.....	نمودار ۱۹: سرانه پزشک به جمعیت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۱۷-۲۰۰۰.....
۳۳.....	نمودار ۲۰: ریسک هزینه‌های کمرشکن برای خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۳.....
۳۴.....	نمودار ۲۱: ریسک هزینه‌های فاجعه بار و کمرشکن سلامت به دلیل خدمات جراحی در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴.....
۳۵.....	نمودار ۲۲: ریسک هزینه کمرشکن به دلیل خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۳.....
۳۶.....	نمودار ۲۳: ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۰.....
۳۶.....	نمودار ۲۴: ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۳.....
۳۸.....	نمودار ۲۵: نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴.....
۳۸.....	نمودار ۲۶: نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۰.....
۴۰.....	نمودار ۲۷: هزینه‌های سلامت دولت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۰.....
۴۴.....	نمودار ۲۸: روند مرگ و میر کودکان زیر یک سال در ایران.....
۴۵.....	نمودار ۲۹: روند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران.....
۴۶.....	نمودار ۳۰: مرگ پسران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....
۴۶.....	نمودار ۳۱: مرگ دختران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....
۴۷.....	نمودار ۳۲: مرگ دختران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....
۴۸.....	نمودار ۳۳: مرگ پسران زیر پنج سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....
۴۸.....	نمودار ۳۴: مرگ دختران زیر پنج سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....
۴۹.....	نمودار ۳۵: مرگ زیر پنج‌سال در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶.....

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱: اسناد بالادستی مرتبط با سلامت در ایران	۳
جدول ۲: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور	۱۰
جدول ۳: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور	۱۱
جدول ۴: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	۱۹
جدول ۵: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	۲۱
جدول ۶: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با مشارکت عادلانه مردم در تأمین	۳۱
جدول ۷: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب	۳۲
جدول ۸: مقایسه ایران با کشورهای منتخب در ارتباط با افزایش کارایی نظام سلامت	۴۱
جدول ۹: مرگ و میر کودکان زیر یک سال در استان‌های ایران	۴۹
جدول ۱۰: مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در استان‌های ایران	۵۰
جدول ۱۱: اهداف کمی سنجه‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت	۵۹

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۹.....	شکل ۱: اهداف کلان بخش سلامت
۱۰.....	شکل ۲: شاخص‌های مربوط به حفظ و ارتقا سلامت
۱۹.....	شکل ۳: عدالت در دسترسی به خدمات سلامت
۳۱.....	شکل ۴: مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب

مقدمه

سلامتی و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها تلاش می‌کنند شرایطی را فراهم نمایند تا مردم از حداکثر سطح سلامت با توزیعی عادلانه از آن بهره‌مند شوند. در حال حاضر، تأمین سلامتی به عنوان یک حق و درخواست اجتماعی در مجموعه وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آنها قرار گرفته است. در سال‌های اخیر رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد. این رویکرد بینش کشورهای جهان و در نتیجه مداخلات مورد انتظار برای تحقق اهداف نظام سلامت را دگرگون کرد. در طی چند دهه گذشته، ساختارهای سلامت به صورت جامع و نظام‌مندی شکل گرفته و با راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نظام‌های سلامت کشورها تلاش کرده تا تأمین سلامت مردم را به عنوان یک اولویت در همه سیاست‌های خود در نظر بگیرند. در طی سال‌های اخیر با شکل‌گیری نظام‌های سلامت و استفاده از راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پیشرفت‌های چشمگیری در وضعیت سلامت مردم به دست آمده است. از جمله این دستاوردها می‌توان به ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر مانند آبله، فلج اطفال، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران اشاره کرد؛ اما نظام‌های سلامت هنوز با چالش‌های متعددی مواجه‌اند از جمله دگرگونی سیمای سلامت و افزایش بیماری‌های غیر واگیر و بیماری‌های نوپدید که خطر زیادی برای تهدید سلامت مردم به وجود آورده‌اند. از طرف دیگر، بحران‌های اقتصادی و کمبود منابع، نظام‌های سلامت را نیز تحت تأثیر قرار داده و با دستیابی به تکنولوژی‌های مدرن پزشکی نیز سالانه هزینه زیادی به نظام‌های سلامت و مردم تحمیل می‌شود. یکی از مشکلات کنونی در خصوص سلامت عمومی که دغدغه سیاستگذاران نظام‌های سلامت شده است، نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم می‌باشد. علت اصلی بسیاری از نابرابری‌های سلامت، خارج از حیطه اختیارات نظام‌های سلامت کشورهاست. عواملی از قبیل بی‌سوادی، کمبود درآمد خانوارها به دلیل توزیع ناعادلانه ثروت، نداشتن آگاهی و شیوه‌های نادرست زندگی و طبقه پایین اجتماعی از جمله عواملی هستند که در شرایط کنونی بر سلامت مردم تأثیرگذار می‌باشند و نادیده گرفتن آنها باعث عدم تحقق اهداف سلامتی و برقراری برابری در سلامت خواهد شد. برای اینکه مشکلات سلامت مردم که روز به روز پیچیده‌تر می‌گردد، شناخته و اندازه‌گیری شود، لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید گردد و این آمار و اطلاعات سلامت در مراحل مختلف برنامه‌ریزی و سیاستگذاری سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

سنجش و پایش شاخص‌های سلامت از آن جهت که بنیانی برای درک نابرابری‌ها در سلامت و همچنین میزان دستیابی به سلامت را به دست می‌دهد و می‌تواند راهنمایی‌های ارزنده‌ای برای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در بخش سلامت ایجاد کند، بسیار مهم قلمداد شده است. به همین دلیل در کشورهای مختلف، دستگاه‌های

متولی سلامت پیوسته فعالیت‌های قابل توجهی برای گردآوری اطلاعات لازم و تخمین شاخص‌های مختلف در بخش سلامت انجام می‌دهند. از سوی دیگر، مجامع بین‌المللی نیز سازمان جهانی بهداشت و دیگر نهادهای مرتبط با سلامت برای پایش سلامت جهانی و درک ناهمگونی‌ها در میان کشورهای مختلف به این مهم می‌پردازند.

برای صحبت از شاخص‌های سلامت نخست باید با معنای سلامت آشنا شد. در اعصار گذشته پزشکان متعددی در شرق و غرب عالم به مفهوم سلامت توجه داشته‌اند که می‌توان به بقراط و پزشک شهیر ایرانی ابن‌سینا و نظایر آن اشاره کرد. برخی از این تعاریف تنها به یک بعد از سلامت توجه داشته‌اند؛ اما برخی دیگر از دیدگاه جامع‌تری به سلامت نگریسته‌اند. با وجود این، آنچه به عنوان تعریف رسمی سلامت پذیرفته شده تعریفی می‌باشد که سازمان جهانی بهداشت از مفهوم سلامت در سال ۱۹۴۷ عرضه کرده است. بنا بر تعریف این سازمان، نداشتن بیماری و نقص عضو برابر با سلامت نیست و سلامتی، رفاه کامل جسمی، سلامت روانی و اجتماعی است. تعریف ارائه شده توسط آن سازمان را می‌توان تعریفی جامع از سلامت در نظر گرفت.

۱- سلامت در اسناد بالادستی نظام سلامت

سلامت برای نوع بشر بسیار اهمیت دارد و به همین دلیل کشورهای جهان برای حفاظت از سلامت آحاد مردم در قوانین مدنی و اسناد عالی خود به این مسئله اشاره کرده‌اند. جمهوری اسلامی نیز از این قاعده مستثنا نیست و به دلیل جهان‌شمول بودن موضوع سلامت، اسناد زیادی در کشور با مسئله سلامت مرتبط هستند. اهم این اسناد بالادستی در جدول (۱) درج شده است.

اصولاً قانون اساسی را به عنوان عالی‌ترین سند حقوقی یک کشور و راهنمایی برای تنظیم قوانین دیگر در نظر می‌گیرند. این قانون دربرگیرنده اصول سیاسی، ساختار، سلسله‌مراتب، جایگاه و حدود قدرت سیاسی دولت یک کشور و تعیین و تضمین‌کننده حقوق شهروندان است. یکی از مهم‌ترین حقوق آحاد مردم یک کشور، سلامت و دسترسی به خدمات سلامت می‌باشد که در قانون اساسی جمهوری اسلامی نیز منعکس شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی حق برخورداری از سلامت را مسئله‌ای همگانی توصیف نموده که این اصل در جرگه اصول حقوق بشری قرار می‌گیرد. اصل ۲۹ بیان می‌کند: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه حقی است همگانی... به منظور اجرای این اصل حیاتی، سازمان بیمه سلامت ایران (اساسنامه آن مشتمل بر ۱۶ ماده است) زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد تا حمایت مذکور در این اصل از یکایک شهروندان محقق شود. مضاف بر اصل ۲۹ می‌توان به بند ۱۲ اصل ۳ نیز اشاره کرد که بر رفع هرگونه محرومیت در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه تأکید دارد. اصول دیگری همانند اصل ۲۰ و ۲۱ و بند ۱ اصل ۴۳ نشانگر توجه ویژه قانونگذار اساسی به حق همگانی سلامت است. اصل ۲۱ به حق برخورداری از سلامت در دوره بارداری زنان، اصل ۲۰ هم صراحتاً به حقوق انسانی بدون هیچ‌گونه تبعیض بین زن و مرد و اصل ۴۳ که به سیاست‌های اساسی دولت می‌پردازد، بهداشت را یک نیاز اساسی برمی‌شمارد.

جدول ۱: اسناد بالادستی مرتبط با سلامت در ایران

ردیف	عنوان سند	زمان ابلاغ / تصویب	اصول یا بندهای مرتبط
۱	قانون اساسی	۱۱ و ۱۲ آذر ۱۳۵۸	اصول ۲۹، بند ۱۲ اصل ۳، ۲۱، ۲۰ و ۴۳
۲	سند چشم‌انداز ۱۴۰۴	۱۳ آبان ۱۳۸۲	بند ۴
۳	سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)	۱۸ فروردین ۱۳۹۳	تمامی بندهای این سند ارتباط مستقیم با بخش سلامت دارند
۴	سیاست‌های کلی برنامه توسعه هفتم	۲۱ شهریور ۱۴۰۱	بندهای ۶، ۱۲ و ۱۸
۵	قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳ خرداد ۱۳۶۷	تمامی بندهای این سند ارتباط مستقیم با بخش سلامت دارند

مواد ۳۷، ۴۶، ۴۸، ۶۹، ۳۹، ۴۷، ۴۹، بند (م) ماده ۲۸ و برخی دیگر از مواد و بندها	۴ اسفند ۱۳۹۳	قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)	۶
مواد ۸ و ۹ و برخی از دیگر مواد و بندها	۱۶ فروردین ۱۳۹۶	قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	۷
مواد ۷۰، ۷۲ و ۷۴ و بخشی دیگر از مواد	۱۴ اسفند ۱۳۹۵	قانون برنامه ششم توسعه	۸

از دیگر اسناد بالادستی که بر بخش سلامت تأثیرگذار است می‌توان به سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ اشاره کرد. این سند تبیین افقی ۲۰ ساله برای توسعه کشور در زمینه‌های مختلف فرهنگی، علمی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است که توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام تدوین گردید. اجرای سند مذکور از سال ۱۳۸۴ و در قالب چهار برنامه توسعه پنج ساله انجام می‌گیرد. بر اساس بند چهارم این سند، جامعه ایرانی باید از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط‌زیست مطلوب برخوردار شود. بنابراین همان‌گونه که مشاهده می‌شود، سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های پیشران جمهوری اسلامی به سمت توسعه پایدار در نظر گرفته شده است. از طرف دیگر این سند به امنیت غذایی، توزیع مناسب درآمد، فرصت‌های برابر، تأمین اجتماعی و دیگر مؤلفه‌ها که می‌توانند بر سلامت آحاد مردم مؤثر باشند نیز، توجه ویژه داشته است.

بر اساس اصل یک‌صد و دهم قانون اساسی جمهوری اسلامی، تعیین سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران از وظایف رهبر معظم انقلاب است. بر همین اساس، مقام معظم رهبری سیاست‌های کلی سلامت را سال ۱۳۹۳ ابلاغ فرمودند. سیاست‌هایی از این دست در بخش سلامت برای نخستین بار پس از انقلاب اسلامی در کشور تدوین و ابلاغ شده است. سیاست‌های مذکور مهم‌ترین و جامع‌ترین سندی است که در خصوص سلامت منتشر می‌شود. این سیاست‌ها که در ۱۴ بند تهیه شده با نگاهی همه‌جانبه، مسیر حرکت بخش سلامت را ترسیم می‌نماید. سیاست‌های مذکور نظام سلامتی کارآمد، عادلانه و نوآور را در مسیر تحقق جامعه‌ای سالم و توانمند تبیین می‌کند. برای نیل به این اهداف، در این سند بر رویکردهای متنوعی همچون ارتقای سلامت، پیشگیری و بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت فراگیر و با کیفیت تأکید شده است.

بخش سلامت یکی از بخش‌های مهم کشور است که تأمین مالی بهینه و مناسب بر ابعاد کمی و کیفی آن تأثیر می‌گذارد. در کشور ما بخش زیادی از خدمات سلامت توسط بخش دولتی ارائه می‌شود و دولت از طریق شورای عالی بیمه سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی بخش سلامت بر خدمات سلامت ارائه شده توسط بخش عمومی غیردولتی، خیریه و بخش خصوصی نیز اثرگذار است. قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب سال ۱۳۹۳، شامل مواد و بندهایی است که بر بخش سلامت مؤثر می‌باشد. ماده (۳۷) قانون یاد شده صراحتاً یک واحد درصد از مالیات ارزش افزوده را به عنوان سهم سلامت ذکر کرده و همچنین محل هزینه‌کرد آن را پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع) برشمرده است. بر اساس این ماده، اعتبارات جمع‌آوری شده پس از تحقق هدف مذکور برای تکمیل و تأمین

تجهیزات بیمارستانی، مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه نیافته، مصارف هیئت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت تخصیص می‌یابد.

بر اساس ماده (۳۸) قانون الحاق (۲)، سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی موظفاند شصت درصد (۶۰٪) صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی ظرف مدت دو هفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط پرداخت نمایند. ماده (۳۹) قانون پیش‌گفت نیز به حمایت بیمه‌ای از طلاب و ایثارگران پرداخته است. لازم به ذکر است در ماده (۴۹) این قانون دولت مکلف شده است مابه‌التفاوت خدمات بهداشتی و درمانی ایثارگران برای کلیه هزینه‌های مرتبط را که مطابق ضوابط آن دستگاه قابل پرداخت نیست و در تعهد صندوق‌های بیمه درمانی نمی‌باشد، از اعتبارات مربوطه آن دستگاه کسر و جهت پرداخت به مشمولان به حساب بنیاد شهید و امور ایثارگران اضافه نماید. بر اساس ماده (۴۶) قانون مذکور به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم سلامت مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تسهیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده و به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود. در قانون الحاق (۲) موضوع بستن عوارض بر کالاهای آسیب‌رسان بر سلامت نیز مشخص گردیده و ماده (۴۸) آن به این امر اختصاص داده شده است. بر اساس این ماده صد درصد (۱۰۰٪) مبلغ وصولی پس از واریز به خزانه و مبادله موافقت‌نامه به صورت درآمد-هزینه در اختیار دستگاه‌های اجرایی مربوطه قرار می‌گیرد. این مسئله همچنین از طریقی دیگر در ماده (۶۹) مطرح گردیده که در بندهای (الف) و (ب) آن موضوع اخذ عوارض از نوشیدنی‌های قندی و سیگار که محل هزینه‌کرد آن به صراحت عنوان شده است. لازم به ذکر است که در قانون الحاق (۲) مواد دیگری که به نوعی به بخش سلامت مرتبط هستند نیز وجود دارد.

کشور ایران پیش و پس از انقلاب در بازه‌های زمانی مختلف برنامه‌هایی را برای نیل به توسعه اجرا کرده است. برنامه‌های توسعه کشور از تاریخ تصویب قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (مصوب ۱۳۹۵) با توجه به این قانون تدوین و اجرا می‌شوند. در این قانون نیز مواد و بندهایی وجود دارد که با بخش سلامت مرتبط است. از جمله آنها می‌توان به ماده (۷) اشاره کرد که به تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اشاره داشته است. در این ماده وظایف و ترکیب این شورا مشخص شده است. بر اساس ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی با هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه

تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین گردیده، بر عهده افراد بیمه شده است. بر اساس بند (الف) ماده (۹) این قانون، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانای محاسباتی واحد و با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/ ۸/ ۱۳۷۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند.

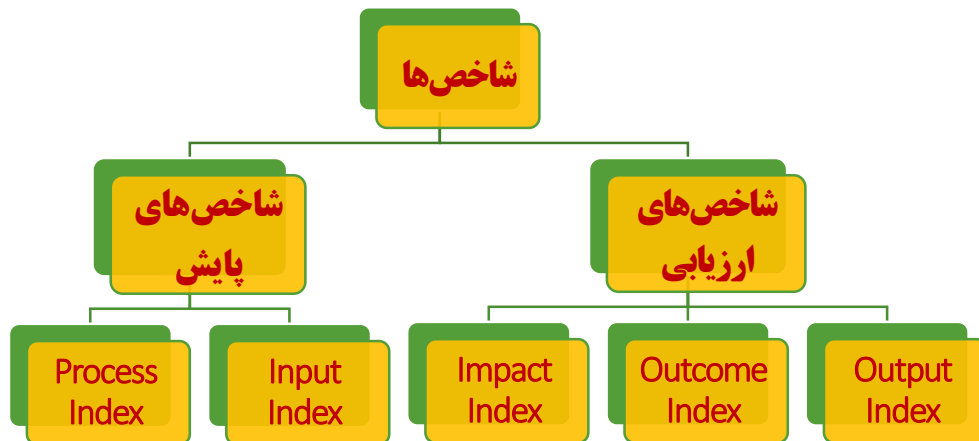
برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران برای اجرا بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ تدوین و در فروردین سال ۱۳۹۶ تصویب شد. با توجه به اینکه قانون برنامه هفتم پیشرفت تا زمان تنظیم این مجموعه هنوز به تصویب مجلس شورای اسلامی نرسیده است، قانون برنامه ششم توسعه کماکان وجاهت قانونی دارد. بخش ۱۴ قانون مذکور شامل موادی است که به صورت مستقیم با بخش سلامت ارتباط دارد. بر اساس ماده ۷۰ قانون مذکور دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول برنامه اقداماتی را به اجرا درآورد. در این ماده قانونی ضمن اجباری نمودن بیمه سلامت برای آحاد جمعیت کشور طی بند (الف)، سهم حق سرانه از حقوق و دستمزد کارکنان ۷ درصد تعیین شد. ماده ۷۲ قانون مذکور هم ارتباط ویژه‌ای با بخش سلامت دارد، به نحوی که در آن نقش تولیدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش سلامت تأکید شده و طی بند (ب) این ماده تصریح گردیده به منظور توسعه کمی و کیفی و ساماندهی و یکپارچه‌سازی فرماندهی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی (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 بر اساس وظایف قانونی خود ایجاد می‌شود. بر اساس ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی، منوط به اذن آنها، محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

۲- شاخص‌ها، تعاریف و مفاهیم

شاخص‌های سلامت به عنوان معیارهای خلاصه‌ای تعریف می‌شوند که ویژگی‌ها، ابعاد مختلف وضعیت سلامت و عملکرد نظام سلامت را نشان می‌دهند. شاخص‌های سلامت تلاش می‌کنند وضعیت سلامت یک جمعیت را توصیف و پایش کنند. شاخص‌های سلامت را می‌توان به شاخص‌های مثبت و منفی تقسیم کرد. شاخص‌هایی مثبت تلقی می‌شوند که افزایش در آن نمایانگر سلامت باشد. به عنوان مثال، امید به زندگی از بدو تولد شاخصی مثبت است، زیرا افزایش آن نشان‌دهنده افزایش طول عمر و کمبود بیماری است. همچنین، شاخص‌هایی منفی قلمداد می‌شوند که افزایش در آنها نشانگر کاهش در سلامتی باشد. در این زمینه می‌توان به شیوع و بروز بیماری‌هایی اشاره داشت که افزایش شیوع و وقوع بیماری‌ها، نشانگر کاهش سلامت است.

به طور کلی، شاخص‌های سلامت را می‌توان بر اساس آنچه اندازه‌گیری می‌کنند به ۶ گروه طبقه‌بندی کرد: نتایج سلامتی^۱، عوامل خطر^۲، پوشش مداخلات^۳، ساختار، فرایند و نتایج مرتبط غیر سلامت^۴. شاخص‌ها را همچنین از منظر برنامه‌ریزی می‌توان به شاخص‌های ارزیابی و پایش دسته‌بندی نمود. شاخص پایش به شاخصی گفته می‌شود که ورودی‌ها و فرایندها را در یک پروژه بررسی می‌کند. **شاخص پایش**، خود به دو دسته شاخص ورودی^۵ که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها برمی‌گردد (تعداد کودکان واجد شرایط واکسیناسیون) و شاخص فرایند^۶ که فعالیت‌های در حال اجرا را اندازه‌گیری می‌نماید (میزان پیشرفت برنامه واکسیناسیون)، تقسیم می‌شود. **شاخص ارزیابی**، خروجی‌ها و هدف نهایی را می‌سنجد یا به عبارتی به اندازه‌گیری آنچه در پایان یک برنامه حاصل می‌شود، می‌پردازد. این دسته از شاخص‌ها هم خود شامل شاخص‌هایی که خروجی فعالیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کند^۷ (میزان پوشش واکسیناسیون) و شاخص‌هایی که پیامد فعالیت‌ها را نشان می‌دهد^۸ (میزان ایمنی ناشی از واکسیناسیون) تقسیم می‌شوند. در صورتی که شاخص‌های مذکور اثرات بلندمدت فعالیت‌ها را نشان دهند به آنها شاخص تأثیر^۹ (مانند میزان کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قابل پیشگیری با واکسن) گفته می‌شود.

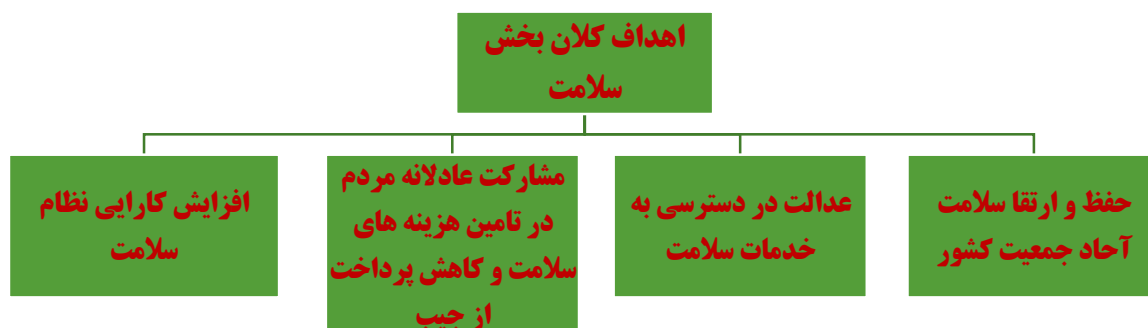
1. Health outcomes
2. Risk factors
3. Intervention coverage
4. Non-health related results
5. Input Index
6. Process Index
7. Output Index
8. Outcome Index
9. Impact Index



اگرچه همه این نوع شاخص‌ها در جای خود مهم هستند؛ اما یکی از چالش‌های ارزیابی شاخص‌ها، درک این نکته است که هر کدام در چه سطح از سطوح مدیریت کاربرد دارند. در هر کدام از این دسته شاخص‌ها، تعداد زیادی شاخص وجود دارد. بنابراین لازم است برنامه‌ریزان سلامت تلاش خود را بر اندازه‌گیری شاخص‌های اولویت‌دار و شاخص‌هایی که برای مقاصد برنامه‌ریزی در سطح کلان بیشتر تأکید دارند، متمرکز کنند. به این ترتیب، بر کاربرد شاخص‌های کلیدی عملکرد تأکید شده است. این شاخص‌ها داده‌های قابل اندازه‌گیری و عملی را ارائه می‌دهند که می‌تواند برای ارزیابی و ردیابی اثربخشی سیاست‌ها، مداخلات و ابتکارات با هدف دستیابی به اهداف توسعه پایدار استفاده شود. بنابراین تلاش شده است تا در این گزارش عمده شاخص‌های انتخابی بر اساس اهداف و کارکردهای بخش سلامت و اهداف توسعه هزاره پایدار منطبق بر بخش سلامت باشند.

۳- شاخص‌های کلیدی بخش سلامت

در حالی که انبوهی از شاخص‌های سلامت در موقعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ اما بر اساس اهداف کلانی که توسط بخش سلامت دنبال می‌شود می‌توان برخی از شاخص‌ها را بر اساس این اهداف به عنوان شاخص‌های کلیدی سلامت در نظر گرفت. همان‌گونه که شکل ۱ نشان می‌دهد بخش سلامت به طور کلی چهار هدف کلان را دنبال می‌کند. نخستین هدف و فلسفه وجودی بخش سلامت، حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت است. اصولاً سازمان‌ها و نظام‌های سلامت به همین دلیل به وجود آمده و گسترش پیدا کرده‌اند. نظام سلامت برای ارتقا سلامت آحاد جمعیت دست به ارائه خدمات سلامت می‌زند.



شکل ۱: اهداف کلان بخش سلامت

ممکن است خدمات سلامت به دلیل موانع فیزیکی (در دسترس نبودن فیزیکی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت یا اختلال در ارائه خدمات سلامت به هر دلیل)، موانع مالی و موانع فرهنگی به نحو احسن در دسترس مردم نباشند. بنابراین هدف دیگر بخش سلامت اطمینان از دسترسی عادلانه به خدمات سلامت است. ارائه خدمات سلامت نیازمند صرف منابع اقتصادی فراوانی است و آحاد جمعیت نیز برای استفاده از آنها در بسیاری موارد نیاز به صرف هزینه‌های گزافی هستند. بنابراین هدف سوم بخش سلامت، مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت مستقیم از جیب است. بخش سلامت یکی از پیچیده‌ترین بخش‌های اقتصاد است که محصولات متنوعی همچون خدمات بهداشتی، سرپایی، بستری و توانبخشی ارائه می‌کند. همانطور که گفته شد برای ارائه این خدمات، منابع اقتصادی چشمگیری در این بخش مصرف می‌شود که اگر این منابع به نحو مطلوبی ترکیب و مدیریت نشوند ناکارایی حاصله، سبب اتلاف منابع خواهد شد. بنابراین بخش سلامت ناگزیر است کارایی را در ارائه خدمات سلامت سرلوحه فعالیت‌های خود قرار دهد. در این گزارش شاخص‌های سلامتی که منطبق بر اهداف کلان بخش سلامت و کارایی می‌باشند، به صورت بین‌المللی برای مقایسه کشورها استفاده و به عنوان شاخص‌های کلیدی در نظر گرفته شده است.

۳-۱- هدف حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور



شکل ۲: شاخص‌های مربوط به حفظ و ارتقا سلامت

جدول ۲: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور

ردیف	کشور	نرخ مرگ و میر زیر یک سال (۲۰۲۱)	نرخ مرگ‌ومیر زیر ۵ سال (۲۰۲۱)	نسبت مرگ‌ومیر مادران (۲۰۲۰)	امید به زندگی از بدو تولد (۲۰۲۱)
۱	افغانستان	۴۳,۴	۵۵,۷	۶۲۰	۶۲
۲	ارمنستان	۹,۵	۱۰,۷	۲۷	۷۲
۳	آذربایجان	۱۶,۶	۱۸,۶	۴۱	۶۹,۴
۴	بحرین	۵,۹	۶,۹	۱۶	۷۸,۸
۵	مصر	۱۶,۲	۱۹	۲۸	۷۰,۲
۶	گرجستان	۸,۴	۹,۵	۲۲	۷۱,۷
۷	عراق	۲۰,۷	۲۴,۵	۲۵	۷۰,۴
۸	ایران	۱۰,۹	۱۲,۶	۲۲	۷۴
۹	اردن	۱۲,۶	۱۴,۶	۴۱	۷۶,۲
۱۰	قزاقستان	۹,۱	۱۰,۳	۱۳	۷۰,۲
۱۱	کویت	۷,۵	۸,۷	۷	۷۸,۷
۱۲	قرقیزستان	۱۵,۶	۱۷,۴	۵۰	۷۱,۹
۱۳	لبنان	۷,۱	۸,۲	۲۱	۷۵
۱۴	عمان	۸,۷	۱۰,۱	۱۷	۷۲,۵
۱۵	پاکستان	۵۲,۸	۶۳,۳	۱۵۴	۶۶,۱
۱۶	قطر	۴,۵	۵,۳	۸	۷۹,۳
۱۷	عربستان سعودی	۵,۷	۶,۷	۱۶	۷۷
۱۸	سوریه	۱۸,۴	۲۲,۳	۳۰	۷۲,۱
۱۹	تاجیکستان	۲۷,۶	۳۱,۴	۱۷	۷۱,۵
۲۰	تونس	۱۴	۴۱,۴	۳۷	۷۳,۷
۲۱	ترکیه	۷,۷	۹	۱۷	۷۶
۲۲	ترکمنستان	۳۵,۸	۴۱,۴	۵	۶۹,۲

۷۸,۷	۹	۶,۴	۵,۴	امارات	۲۳
۷۱	۳۰	۱۴,۱	۱۲,۶	ازبکستان	۲۴
۶۳,۷	۱۸۳	۶۱,۹	۴۶,۷	یمن	۲۵
۷۲,۴	۶۰,۱	۲۰,۱	۱۷	میانگین کشورهای منطقه چشم‌انداز	

جدول ۳: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم‌درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با حفظ و ارتقا سلامت آحاد جمعیت کشور

کشور / منطقه جغرافیایی	ایران	کشورهای منا	کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط	کشورهای پردرآمد
نسبت مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال (۲۰۲۱)	۱۱	۱۸	۳۱	۴
نسبت مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال (۲۰۲۱)	۱۲	۲۰	۳۹	۵
نسبت مرگ‌ومیر مادران (۲۰۲۰)	۲۲	۵۶	۲۳۲	۱۲
امید به زندگی در بدو تولد (۲۰۲۱)	۷۴	۷۳	۶۶,۹	۷۹,۹

نرخ مرگ و میر زیر یک سال^۱

تعریف: تعداد مرگ اطفال کمتر از یک سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده به عنوان مرگ و میر شیرخواران تعریف شده است. این شاخص از نوع شاخص‌های پیامدی در بخش سلامت می‌باشد.

$$IMR = \frac{\text{تعداد مرگ شیرخواران}}{\text{تعداد تولدهای زنده}} * 1000$$

نوع شاخص: Outcome

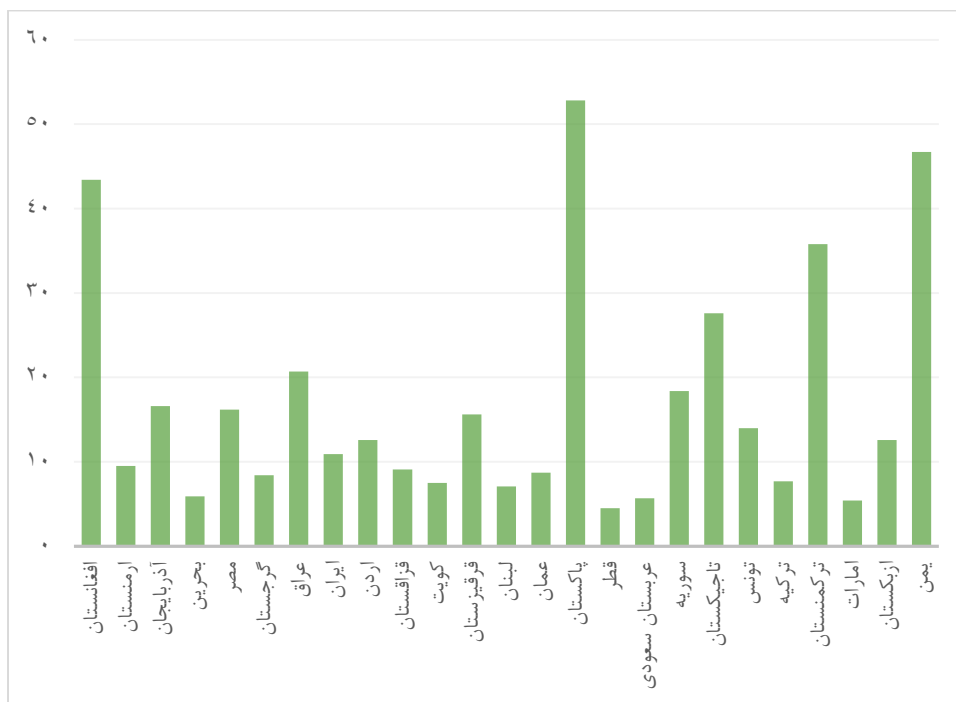
اهمیت: مرگ و میر کودکان زیر یک سال، جزء مهمی از مرگ‌ومیر زیر پنج سال است. در واقع بخش مهمی از مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال به عنوان یکی از اهداف توسعه پایدار مربوط به مرگ‌ومیر شیرخواران است؛ مانند مرگ‌ومیر زیر پنج سال، نرخ مرگ‌ومیر اطفال زیر یک سال میزان بقای کودکان را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی را که کودکان (و سایرین در جامعه) در آن زندگی می‌کنند، منعکس می‌نماید. از آنجایی که داده‌های مربوط به بروز و شیوع بیماری‌ها (داده‌های عوارض) اغلب در دسترس نیست، نرخ مرگ و میر بیشتر برای شناسایی جمعیت‌های آسیب‌پذیر استفاده می‌شود.

منبع داده‌ها: داده‌های مورد نیاز برای تهیه این شاخص را می‌توان از اطلاعات سامانه ثبت مرگ نوزادان، نظام ثبت مرگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام ثبت تولد توسط ثبت احوال به دست آورد.

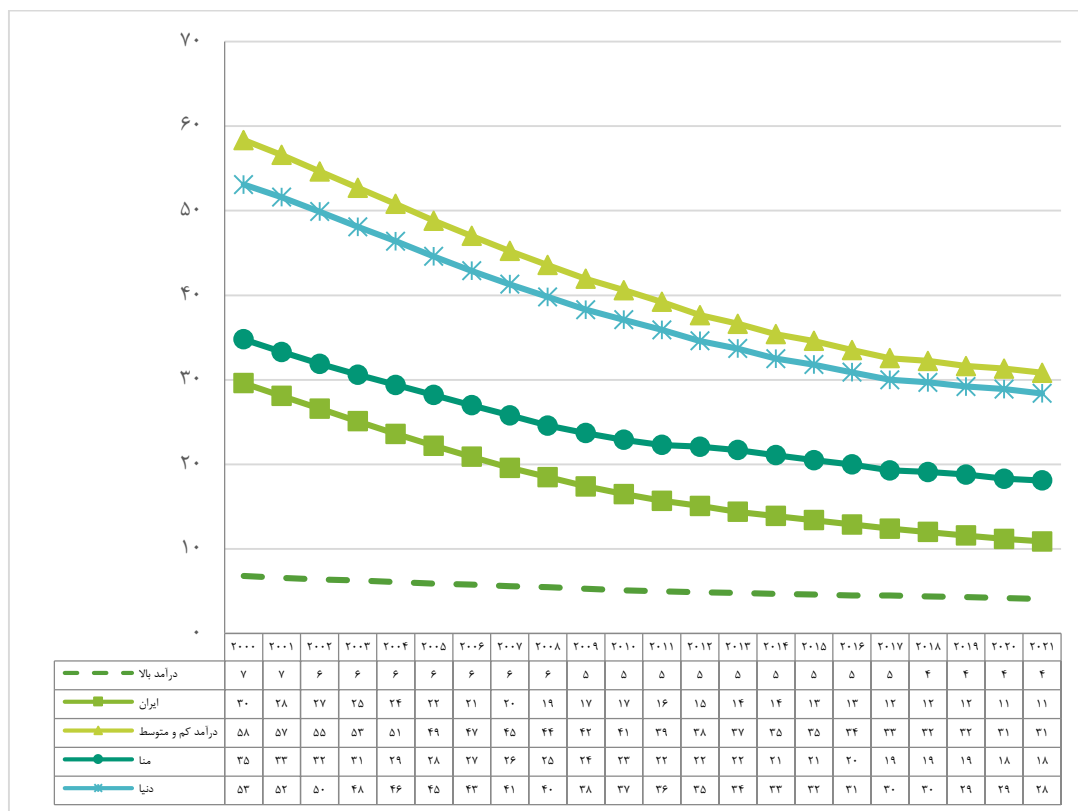
1. Infant Mortality Rate

سایر منابع جمع‌آوری داده‌ها: پیمایش‌های سلامت و جمعیت‌شناختی^۱
 دوره زمانی: داده‌های مورد نیاز این شاخص معمولاً به صورت سالیانه جمع‌آوری می‌شوند؛ بنابراین می‌توان به صورت سالیانه آن را برآورد و منتشر کرد.

وضعیت: همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد در سال ۲۰۲۱ میزان مرگ‌ومیر شیرخواران در ایران برابر با ۱۱ بوده است. به این معنی که در ۱۰۰۰ تولد زنده، ۱۱ کودک زیر یک سال از دست رفته‌اند. وضعیت این شاخص در کشور نسبت به کشورهای حوزه سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، مطلوب ارزیابی می‌شود و از متوسط کشورهای مذکور پایین‌تر است. البته امکان کاهش بیشتر این شاخص در ایران محتمل می‌باشد. همچنین این شاخص در سال ۲۰۲۱ برای کشورهای منطقه منا ۱۸، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط ۳۱ و کشورهای پردرآمد ۴ بوده است. با توجه به نمودار (۱)، بین سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ نرخ مرگ و میر شیرخواران در نقاط مختلف جهان کاهش یافته است. جالب توجه است که در طول سال‌های مورد مشاهده ایران توانسته تا حد زیادی خود را به میانگین کشورهای پردرآمد نزدیک‌تر کند.



نمودار ۱: مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۲: روند مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۱

نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال

تعریف: تعداد مرگ کودکان کمتر از پنج سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده.

$$U5M = \frac{\text{تعداد مرگ کودکان زیر پنج سال}}{\text{تعداد تولدهای زنده}} * 1000$$

نوع شاخص: Outcome

اهمیت: نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال^۱ یکی از مهم‌ترین شاخص‌های اهداف توسعه هزاره پایدار است و کاهش در آن بسیار مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت و دیگر مجامع بین‌المللی است.

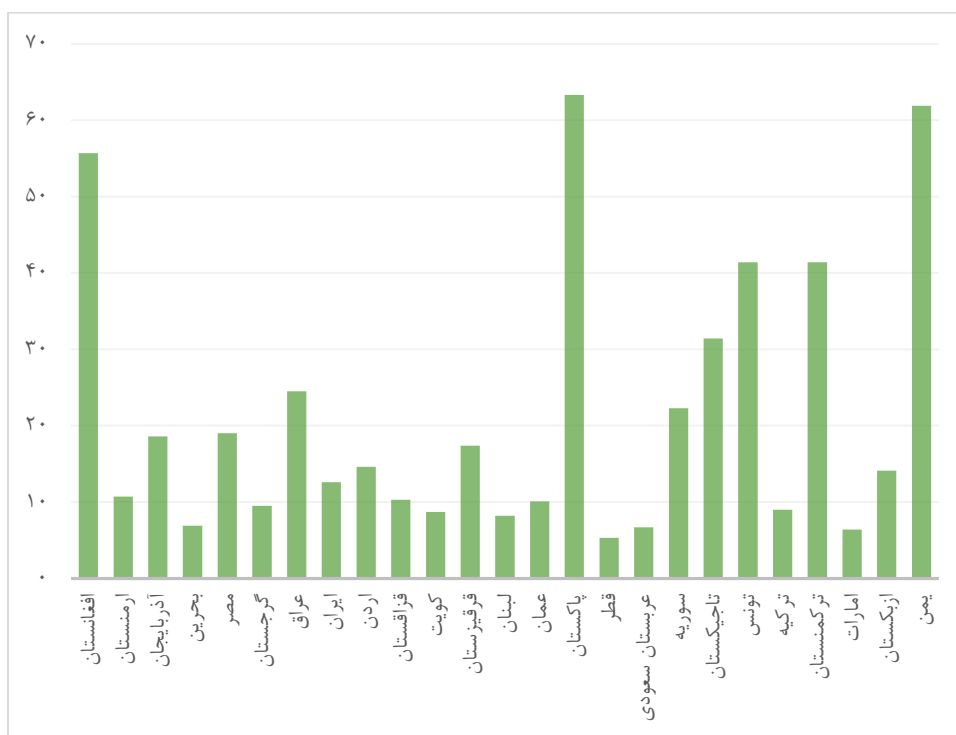
منبع داده‌ها: همانند میزان مرگ و میر شیرخواران، داده‌های مورد نیاز برای تهیه این شاخص را می‌توان از اطلاعات سامانه ثبت مرگ نوزادان، نظام ثبت مرگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام ثبت تولد سازمان ثبت احوال به دست آورد.

سایر منابع جمع‌آوری داده‌ها: پیمایش‌های سلامت و جمعیت‌شناختی.

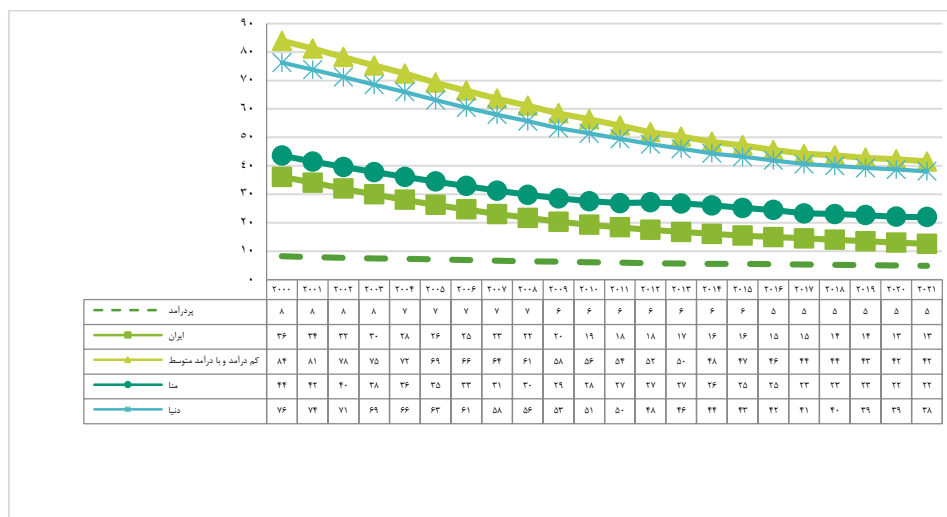
1. Under five mortality rate

دوره زمانی: با توجه به در دسترس بودن داده‌های مورد نیاز، می‌توان به صورت سالیانه این شاخص را برآورد و منتشر کرد.

وضعیت: در سال ۲۰۲۱ در ایران به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده نزدیک به ۱۲ کودک زیر پنج سال از دست رفته است. وضعیت کشور در مقایسه با متوسط کشورهای حوزه سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ که نزدیک به ۲۰ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است، مثبت ارزیابی می‌شود. ایران در این سال فاصله خوبی از متوسط کشورهای منطقه منا (۲۰ مورد مرگ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده) دارد. در همین زمان در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده ۳۹ کودک زیر پنج سال از دست رفته‌اند و این نسبت برای کشورهای پردرآمد برابر با ۵ بوده است. با توجه به روند شاخص مذکور، ایران در طول سال‌های مورد مشاهده روند مطلوبی در رابطه با نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال داشته و سال به سال کشور ما توانسته است از کشورهای منطقه منا و کم‌درآمد و با درآمد متوسط فاصله گرفته و به میانگین کشورهای پردرآمد نزدیک‌تر شود.



نمودار ۳: مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۴: روند میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران و دیگر کشورها در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱

نسبت مرگ و میر مادران^۱

تعریف: مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری (صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف) در طی یک سال معین به ازای ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده.

$$MMR = \frac{\text{تعداد مرگ مادران هنگام بارداری و تا ۴۲ روز پس از آن}}{\text{تعداد تولدهای زنده}} * 100000$$

نوع شاخص: Outcome

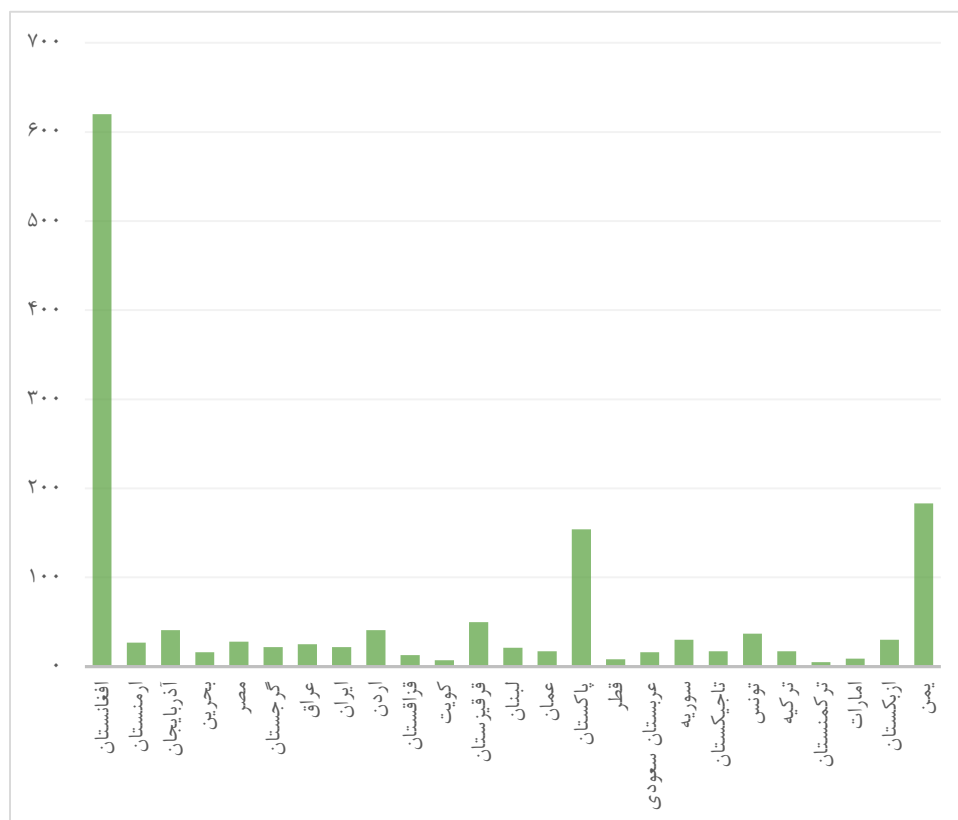
اهمیت: دیگر شاخص مهم در حوزه ارتقاء سلامت مربوط به مادران است، به طوری که نسبت مرگ و میر مادران بر اساس اهداف توسعه پایدار یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها تلقی شده و مجامع بین‌المللی خواستار هدایت منابع جهت کاهش آن شده‌اند. از دیگر آرمان‌های مهمی که اهداف توسعه هزاره پایدار دنبال می‌کند، سلامت مادران است. بر اساس آرمان سوم این اهداف، مرگ و میر مادران در دنیا تا سال ۲۰۳۰ باید کمتر از هزار نفر به ازای صد هزار تولد زنده باشد.

منبع داده‌ها: اطلاعات نظام کشوری مراقبت مرگ مادری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ثبت احوال.

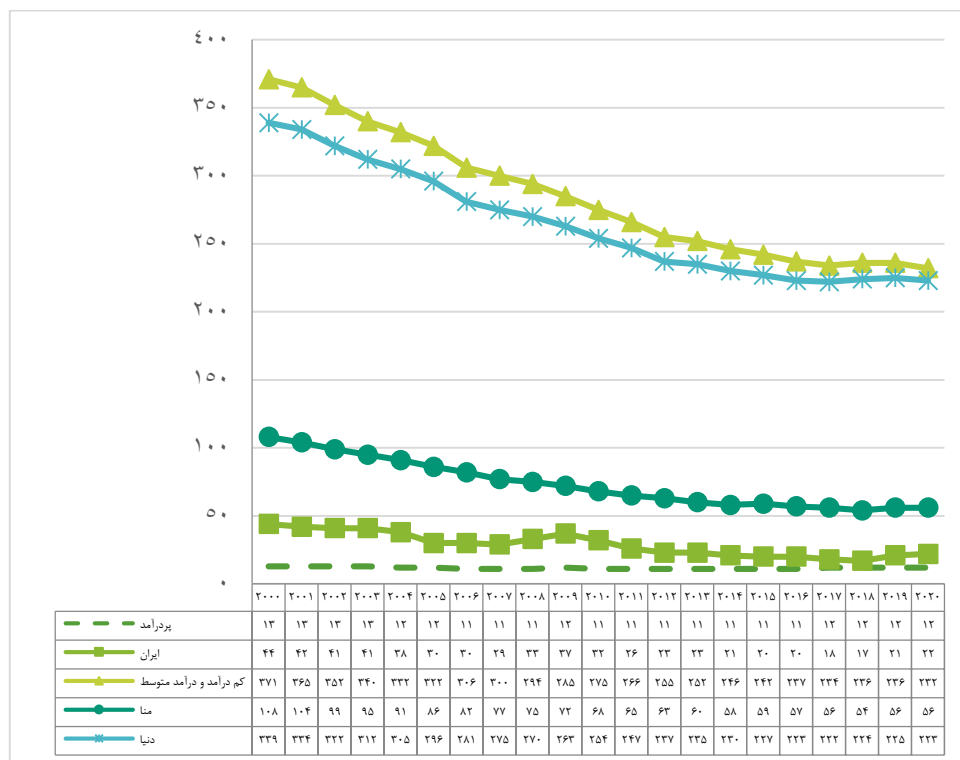
سایر منابع داده‌ها: پیمایش سلامت و جمعیت‌شناختی

دوره زمانی: این شاخص به صورت سالیانه قابل برآورد است.

وضعیت ایران: در ایران در سال ۲۰۲۰ تنها ۱۶ مادر به ازای صد هزار نفر تولد زنده از دست رفته است. وضعیت ایران در مقایسه با متوسط کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ بسیار مطلوب است. وضعیت کشور در مقایسه با میانگین کشورهای منطقه نیز مثبت می‌باشد. به طور کلی منطقه منا از نظر ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی، منطقه‌ای ناهمگون است و به دلیل برخی تنش‌های سیاسی در برخی از این کشورها وضعیت سلامت مناسب نیست. در این خصوص می‌توان به بروز جنگ داخلی در سوریه، سودان، یمن و افغانستان اشاره کرد که باعث شده است سلامت مادران و کودکان با مخاطره روبه‌رو شود. همان‌گونه که در نمودار ۵ نشان می‌دهد، مرگ میر مادران در یک روند بیست ساله برای جمهوری اسلامی رو به کاهش بوده و نسبت به کشورهای منا، حوزه سند چشم‌انداز و کشورهای با درآمد کم و متوسط در وضعیت بهتری قرار دارد.



نمودار ۵: نسبت مرگ و میر مادران در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۰



نمودار ۶: روند نسبت مرگ و میر مادران در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۰

امید به زندگی از بدو تولد^۱

تعریف: تعداد سال‌هایی است که انتظار می‌رود یک نوزاد تازه متولد شده اگر الگوهای رایج مرگ و میر در زمان تولد در طول زندگی‌اش ثابت باشد بتواند به زندگی ادامه دهد. این شاخص با توجه به جدول عمر^۲ و با یک سری فرمول پیچیده‌تر نسبت به بقیه شاخص‌ها برآورد می‌شود؛ اما به صورت ساده با فرمول زیر قابل برآورد است.

$$e_x = \frac{\text{تعداد شخص سال‌هایی که فرد زنده از بدو تولد زندگی می‌کند}}{\text{تعداد افراد زنده جمعیت در ابتدای سال}}$$

نوع شاخص: Impact

منبع داده‌ها: نظام ثبت مرگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ثبت احوال کشور.

سایر منابع داده‌ها: سرشماری مرکز آمار ایران.

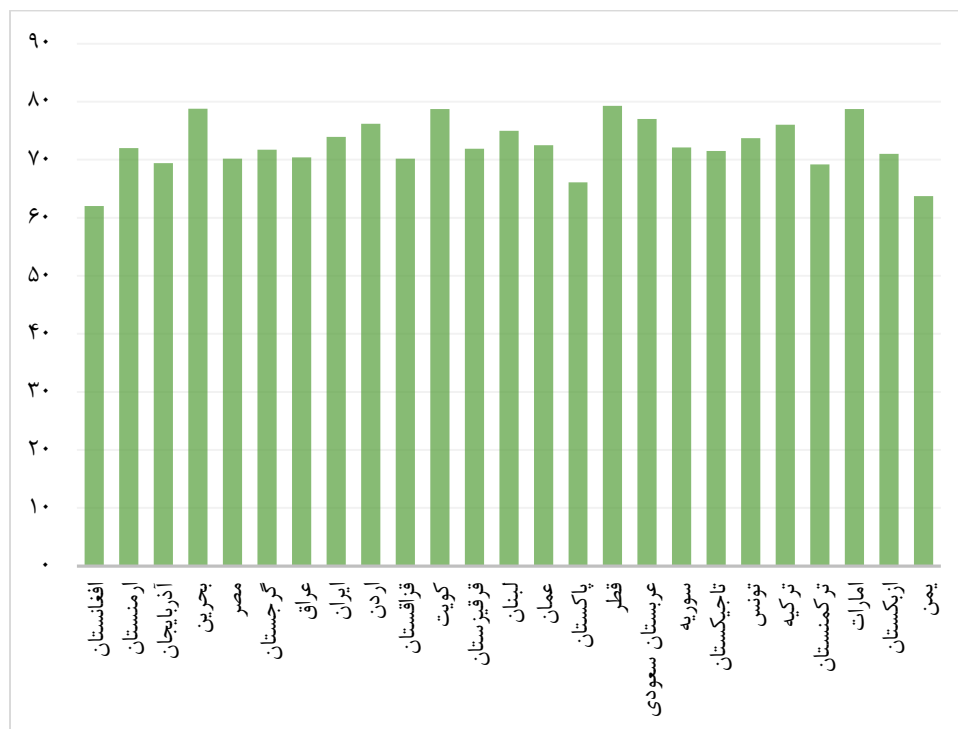
اهمیت: این شاخص یکی از ابعاد شاخص توسعه انسانی است. امید به زندگی از بدو تولد در مطالعات متفاوت برای مقایسه وضعیت سلامت کشورهای مختلف استفاده شده است. این شاخص که بر اساس جدول عمر به

1. Life Expectancy at Birth
2. Life Table

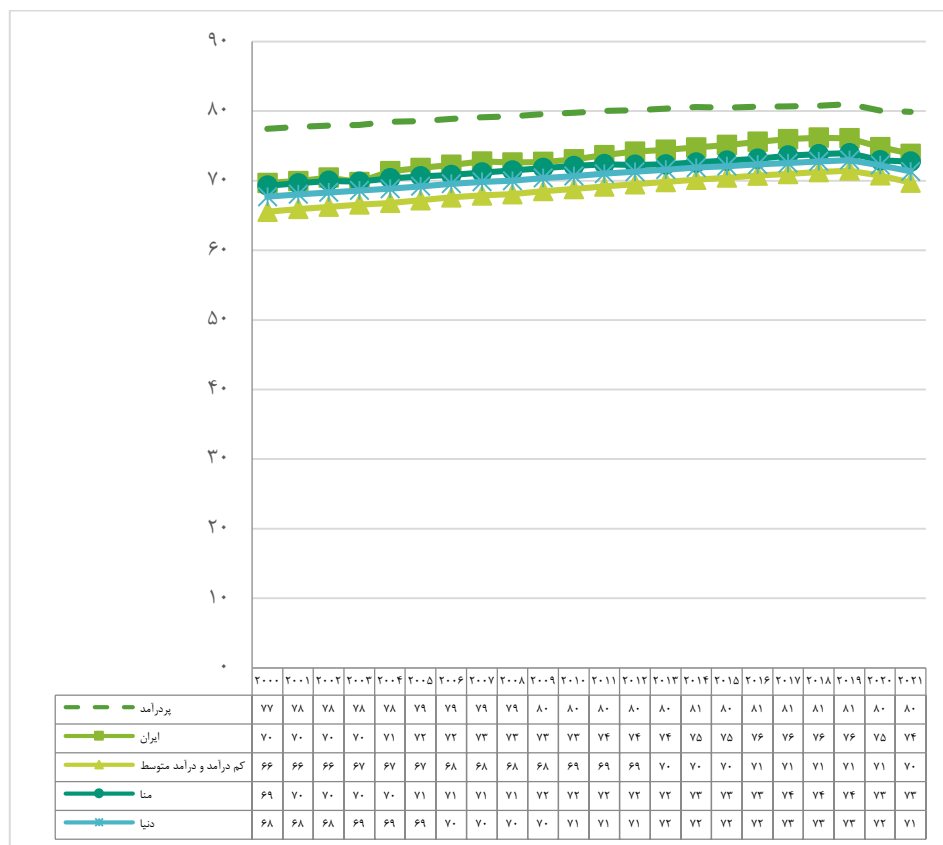
دست می‌آید نشان می‌دهد که یک نفر از بدو تولد با الگوهای مرگ و میر رایج چقدر احتمال می‌رود زندگی کند.

دوره زمانی: در مجامع بین‌المللی داده‌های مورد نیاز این شاخص به صورت دوسالانه جمع‌آوری می‌شود؛ بنابراین شاخص به صورت دو سال یک‌بار قابل برآورد و انتشار است.

وضعیت: در سال ۲۰۲۱ این شاخص برای ایران نزدیک به ۷۴ سال بوده که نزدیک به ۲ سال از میانگین کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ بیشتر است. در همین سال نیز امید به زندگی در کشور یک سال از امید به زندگی در منطقه منا بیشتر است. نکته جالب توجه، نزدیک بودن روند امید به زندگی کشورها در مقایسه با درآمد است. اگر نظام سلامت را به یک تابع تولید که ستانده آن امید به زندگی و نهاده آن هزینه سلامت است تشبیه کنیم دلیل این نزدیکی تا حدی قابل توجیه است. از نظر ادبیات اقتصادی، کشورهای پردرآمد به قسمت مسطح تابع تولید نزدیک‌تر شده‌اند. در قسمت مسطح تابع تولید، افزایش در هزینه‌های سلامت تأثیر اندکی بر پیامدهای سلامت دارد. جمهوری اسلامی ایران با این منطقه از تابع تولید سلامت فاصله دارد؛ اما امکان نائل شدن به سطح کشورهای پیشرفته دور از دسترس نخواهد بود.

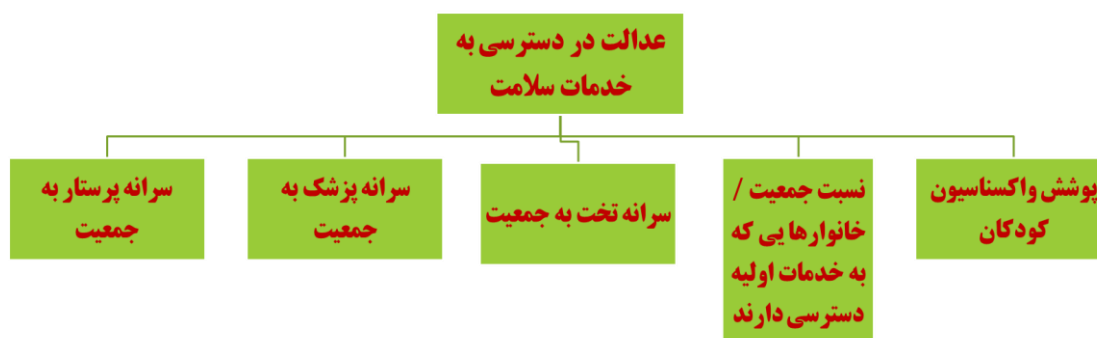


نمودار ۷: امید به زندگی از بدو تولد در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۸: روند امید به زندگی از بدو تولد در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۱

۳-۲- شاخص‌های مربوط به هدف عدالت در دسترسی به خدمات سلامت



شکل ۳: عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

جدول ۴: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

ردیف	کشور	ایمن‌سازی علیه بیماری‌های شایع کودکان		شاخص پوشش فراگیر سلامت (۲۰۲۱)	سرانه تخت به جمعیت (۲۰۱۹)	سرانه پزشک به جمعیت (۲۰۱۸)	سرانه پرستار به جمعیت (۲۰۱۸)
		کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتری (۲۰۲۱)	سرخک (۲۰۲۱)				
۱	افغانستان	۶۶	۶۳	۴۱	۰٫۳	۰٫۴	
۲	ارمنستان	۹۳	۹۴	۶۸	*۴٫۲	*۳	*۵
۳	آذربایجان	۸۹	۹۳	۶۶	*۳٫۲	*۶٫۴	
۴	بحرین	۹۸	۹۹	۷۶	*۱	*۲٫۵	
۵	مصر	۹۶	۹۶	۷۰	۱٫۴	۰٫۸	۲
۶	گرجستان	۸۵	۹۰	۶۸	*۲٫۹	*۵٫۱	*۵٫۵
۷	عراق	۷۸	۷۵	۵۹	۱٫۳	*۰٫۸	*۲٫۴
۸	ایران	۹۸	۹۹	۷۴	۱٫۶	*۱٫۶	۲٫۱
۹	اردن	۷۷	۷۶	۶۵	۱٫۵	۲٫۶	*۳٫۳
۱۰	قزاقستان	۹۵	۹۷	۸۰	*۶٫۱	۴	*۷٫۳
۱۱	کویت	۹۴	۹۴	۷۸	۲٫۱	*۲٫۶	۷٫۴
۱۲	قرقیزستان	۸۹	۹۳	۶۹	*۲٫۹	*۲٫۲	۵٫۶
۱۳	لبنان	۶۷	۶۷	۷۳	۲٫۷	۲٫۲	۱٫۷
۱۴	عمان	۹۹	۹۹	۷۰	۱٫۵	*۱٫۸	۴
۱۵	پاکستان	۸۳	۸۱	۴۵	۰٫۷	۱٫۱	۰٫۵
۱۶	قطر	۹۸	۹۹	۷۶	۱٫۳	*۲٫۵	۷٫۲
۱۷	عربستان سعودی	۹۷	۹۸	۷۴	۲٫۳	۲٫۷	۵٫۸
۱۸	سوریه	۴۸	۵۹	۶۴	۱٫۴	*۱٫۳	*۱٫۵
۱۹	تاجیکستان	۹۷	۹۷	۶۷	*۴٫۷	*۱٫۷	*۴٫۷
۲۰	تونس	۹۷	۹۵	۶۷	۲٫۲	*۱٫۳	*۲٫۵
۲۱	ترکیه	۹۵	۹۶	۷۶	۲٫۸	۲	۳
۲۲	ترکمنستان	۹۷	۹۷	۷۵	*۴	*۲٫۲	۴٫۴
۲۳	امارات	۹۶	۹۹	۸۲	۱٫۴	۲٫۶	۵٫۷
۲۴	ازبکستان	۹۸	۹۹	۷۵	*۴	*۲٫۴	*۱۱٫۲
۲۵	یمن	۷۲	۷۱	۴۲	۰٫۷	۰٫۵	۰٫۸
	میانگین کشورهای منطقه چشم‌انداز	۸۸٫۱	۸۹	۶۸	۲٫۴	۳٫۷	۵

*در دسترس‌ترین مشاهده

جدول ۵: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم‌درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

کشور / منطقه جغرافیایی	ایران	کشورهای چشم-انداز	میانگین دنیا	کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط	کشورهای پردرآمد
درصد ایمن‌سازی علیه کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتری در کودکان یک تا دو سال (۲۰۲۱)	۹۸	۸۹	۸۱	۸۰	۹۴
درصد ایمن‌سازی علیه سرخک در کودکان یک تا دو سال (۲۰۲۱)	۹۹	۸۸	۸۲	۸۱	۹۳
شاخص پوشش فراگیر سلامت (۲۰۲۱)	۷۴	۶۹	۶۸	-	۸۵
سرانه تخت به جمعیت (۲۰۱۷)	۱,۵۶	۱,۵۳	۲,۹	۲,۲۸	۵,۲
سرانه پزشک به جمعیت (۲۰۱۸)	۱,۵۸	۱,۳۹	۱,۶۱	۱,۳۲	۳,۱۵
سرانه پرستار به جمعیت (۲۰۱۸)	۲,۱	۲,۵	۴	۲,۶۱	۱۱,۲۶

ایمن‌سازی علیه بیماری‌های شایع کودکان

تعریف:

درصد ایمن‌سازی علیه بیماری‌های دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه: درصد کودکان یک تا دو ساله که سه دوز واکسن ترکیبی دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه را در یک سال معین دریافت کرده‌اند.

$$DPT = \frac{\text{تعداد کودکان یک تا دو سال که واکسن سه‌گانه را در یک سال مشخص دریافت کرده‌اند}}{\text{تعداد کودکان یک تا دو سال در یک سال مشخص}} * 100$$

درصد ایمن‌سازی علیه سرخک در کودکان یک تا دو سال: درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که حداقل یک دوز واکسن حاوی سرخک را در یک سال دریافت کرده‌اند.

$$Measles = \frac{\text{تعداد کودکان یک تا دو سال که واکسن سرخک را در یک سال مشخص دریافت کرده‌اند}}{\text{تعداد کودکان یک تا دو سال در یک سال مشخص}} * 100$$

نوع شاخص: Output

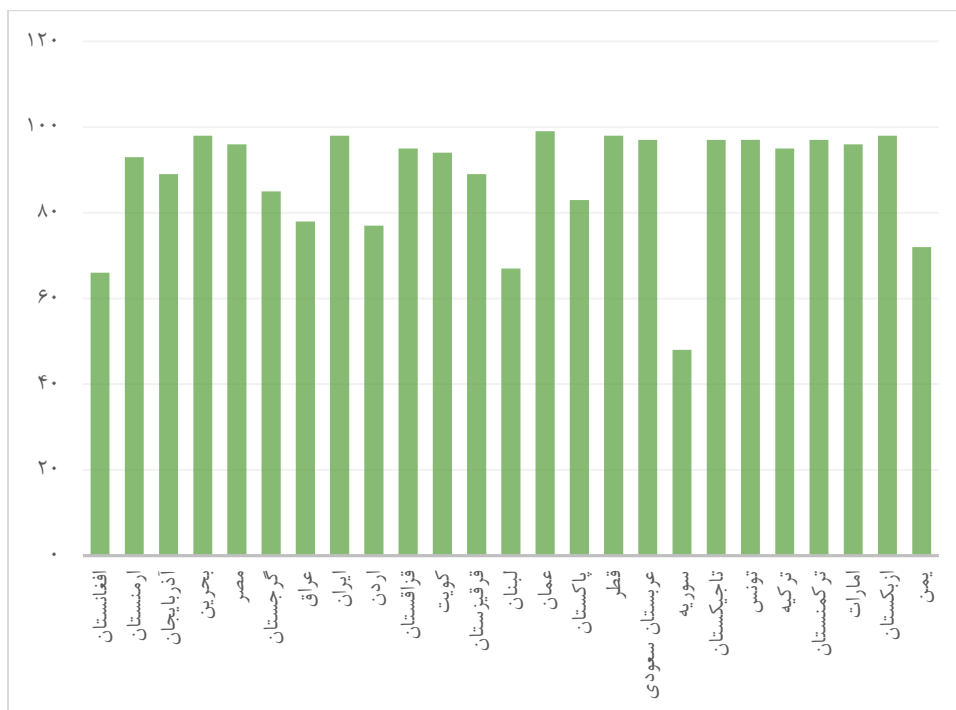
اهمیت: ایمن‌سازی جزء ضروری برای کاهش مرگ و میر زیر پنج سال است. برآوردهای پوشش ایمن‌سازی جهت نظارت بر پوشش خدمات ایمن‌سازی و هدایت تلاش‌های ریشه‌کنی و حذف بیماری استفاده می‌شود؛ بنابراین شاخص خوبی برای عملکرد نظام سلامت است.

منابع داده‌ها: سیستم اطلاعات روتین و سامانه سیب.

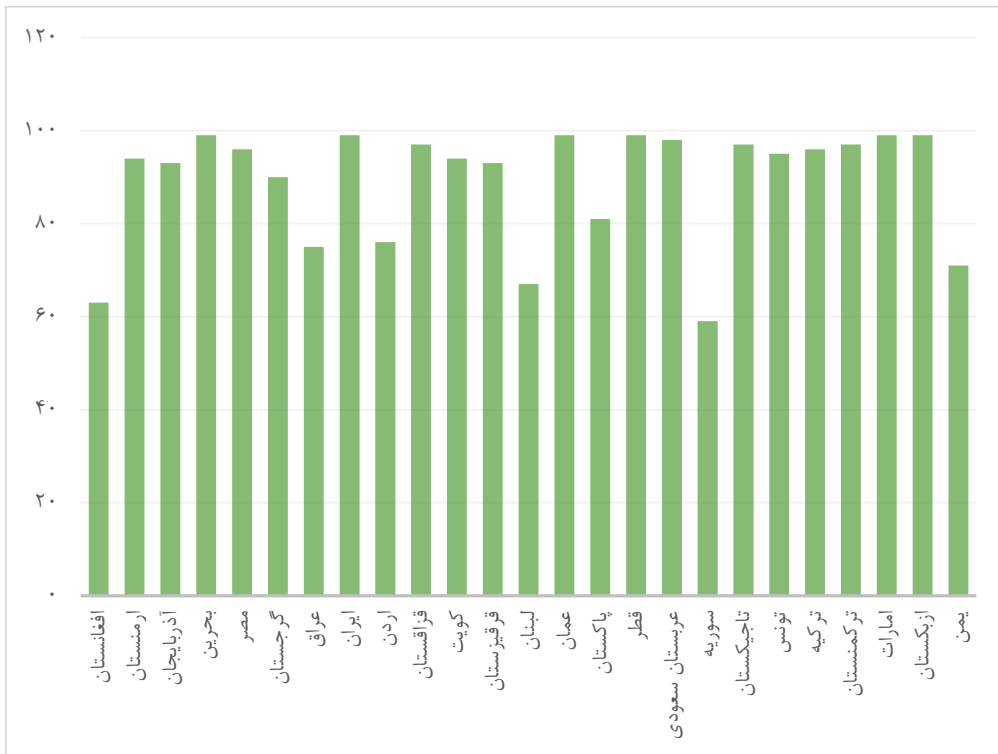
سایر منابع داده‌ها: سرشماری مرکز آمار ایران.

دوره زمانی: داده‌های مورد نیاز به صورت سالیانه در دسترس می‌باشند و این شاخص‌ها سالیانه قابل برآورد هستند.

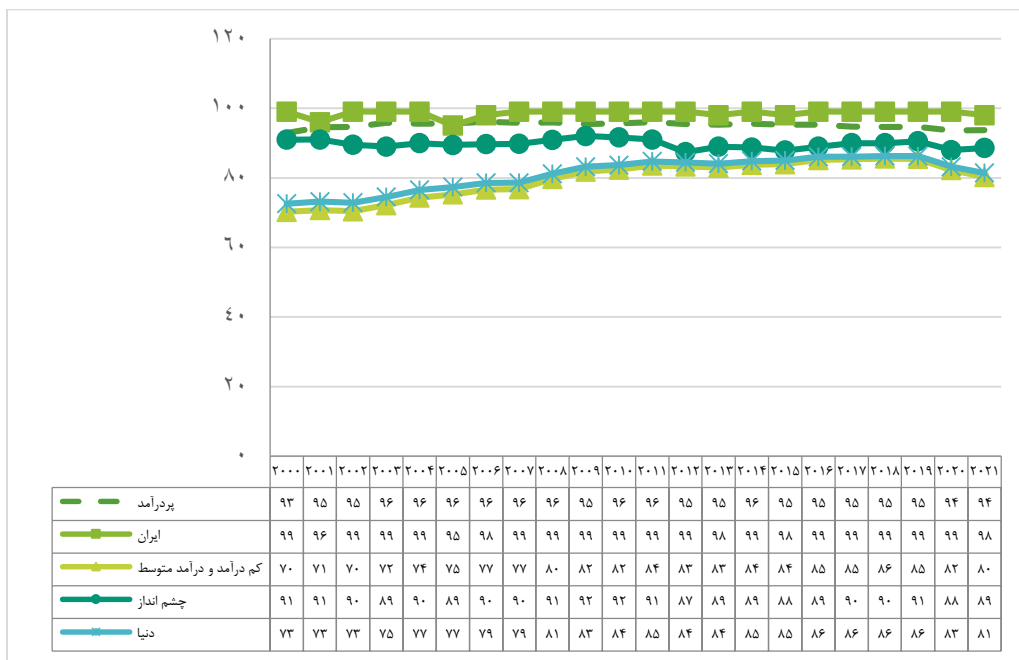
وضعیت: وضعیت ایمن‌سازی کودکان در جمهوری اسلامی ایران بسیار مطلوب بوده است. در سال ۲۰۲۱ نزدیک به ۹۸ درصد از کودکان یک تا دو ساله واکسن سه‌گانه (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) را دریافت کرده و همچنین ۹۹ درصد آنها در مقابل بیماری سرخک واکسینه شده‌اند. در همین سال میزان واکسیناسیون با واکسن‌های مشابه در میان کودکان ایرانی نسبت به کشورهای مورد مقایسه بالاتر بوده است. با توجه به نمودار ۹ روند واکسیناسیون در میان کودکان ایرانی پایدار بوده که از جمله دستاوردهای مثبت نظام سلامت کشور است.



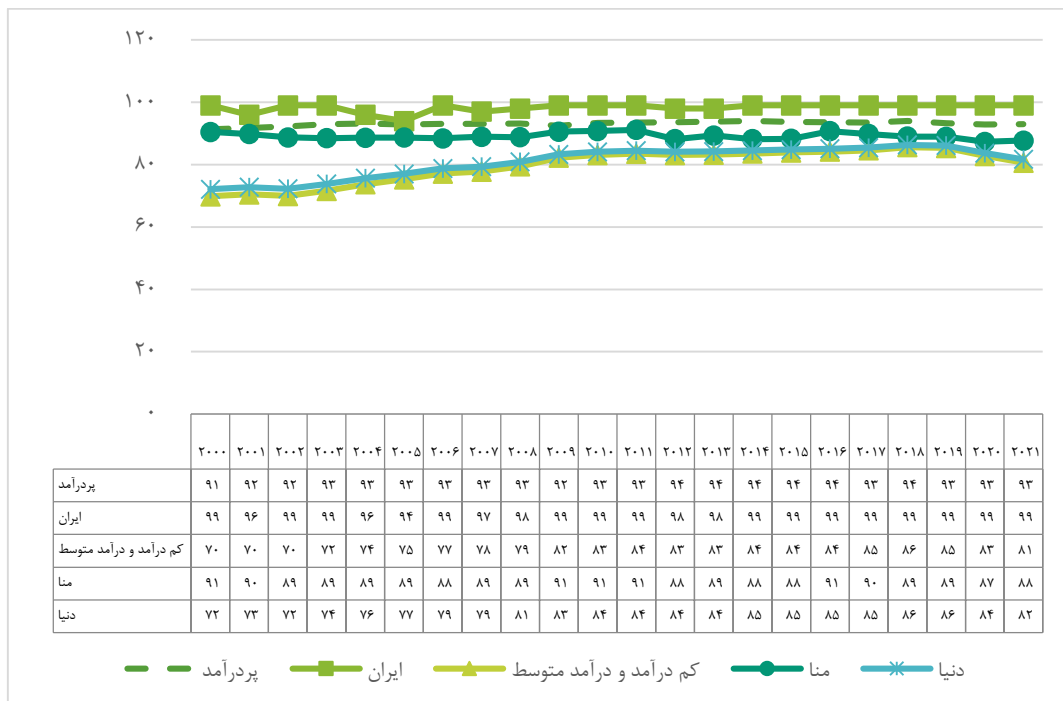
نمودار ۹: ایمن‌سازی علیه کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتری در میان کودکان در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۱۰: ایمن‌سازی علیه سرخک در میان کودکان در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۱۱: روند ایمن‌سازی علیه بیماری کزاز، سیاه‌سرفه و دیفتی در کودکان زیر دو سال در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۱-۲۰۰۰



نمودار ۱۲: روند ایمن‌سازی علیه بیماری سرخک در کودکان زیر دو سال در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۱

شاخص پوشش فراگیر سلامت^۱

تعریف: میانگین پوشش خدمات ضروری شامل بهداشت باروری، مادر، نوزاد و کودک، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرواگیر و ظرفیت و دسترسی به خدمات در میان جمعیت عمومی و محروم‌ترین افراد است. این شاخص در مقیاس بدون واحد از ۰ تا ۱۰۰ گزارش می‌شود و به عنوان میانگین هندسی، ۱۴ شاخص ردیاب پوشش خدمات سلامت محاسبه می‌شود.

$$UHC = \sqrt[14]{\text{حاصل ضرب ۱۴ شاخص در مورد دسترسی به خدمات سلامت مختلف}}$$

نوع شاخص: Output

اهمیت: این شاخص در رابطه با هدف ۳,۸ از اهداف توسعه پایدار است. این هدف به عنوان «دستیابی به پوشش بهداشت همگانی از جمله حفاظت از خطرات مالی، دسترسی به خدمات با کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ضروری و دسترسی به داروها و واکسن‌های ضروری، مؤثر، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه» تعریف شده است.

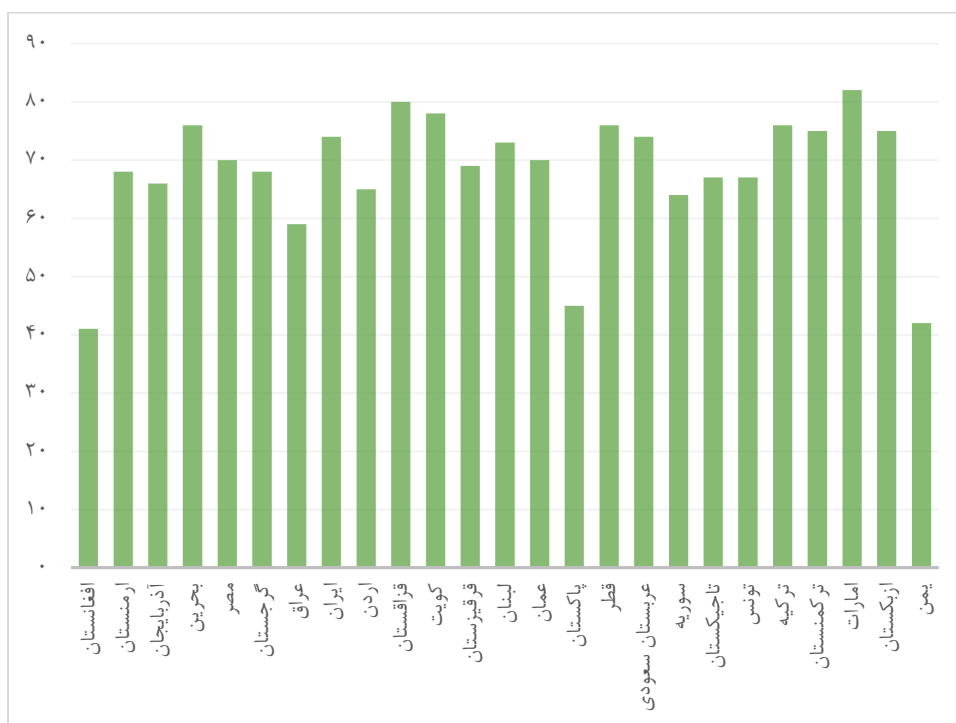
منبع داده‌ها: پیمایش سلامت و جمعیت‌شناختی.

سایر منابع جمع‌آوری داده‌ها: داده‌های مدیریتی.

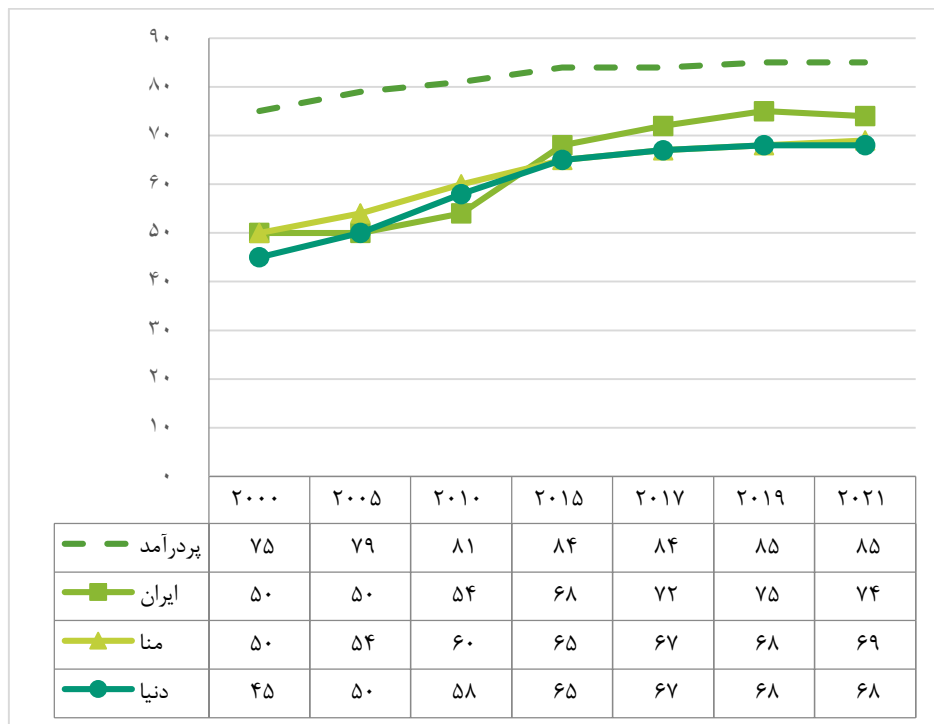
1. UHC service coverage index

دوره زمانی: با توجه به داده‌های مورد استفاده، این شاخص را بین ۱ تا ۵ سال می‌توان تهیه کرد.

وضعیت: در سال ۲۰۲۱ مقدار این شاخص در ایران برابر با ۷۴ بوده است، در حالی که در این سال مقدار این شاخص برای کشورهای منا ۶۹ و برای کشورهای حوزه سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و کل دنیا، ۶۸ بوده است. در این سال بالاترین مقدار شاخص پوشش فراگیر سلامت مربوط به کشورهای پردرآمد است. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ روند این شاخص در دنیا صعودی بوده و ایران توانسته است مقدار این شاخص را از حدود ۵۰ به ۷۴ برساند که نشانگر افزایش دسترسی به خدمات سلامت در کشور است.



نمودار ۱۳: شاخص پوشش فراگیر سلامت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۱



نمودار ۱۴: روند شاخص پوشش فراگیر سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۱

سرانه تخت بستری به جمعیت

تعریف: تعداد تخت‌های بیمارستانی موجود به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در یک جمعیت.

$$Bed = \frac{\text{تعداد تخت‌های بیمارستانی}}{\text{جمعیت}} * 1000$$

نوع شاخص: Output

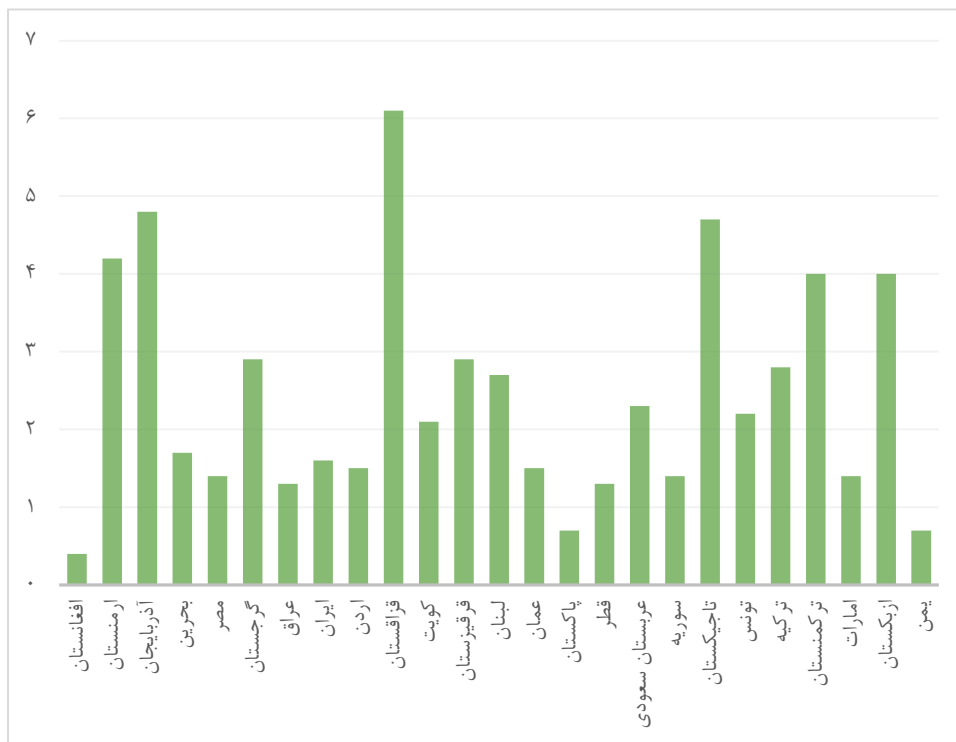
اهمیت: بر اساس ادبیات سلامت پزشکان و پرستاران و دیگر منابع انسانی حوزه سلامت به عنوان نیروی کار و تخت بیمارستانی و دیگر زیرساخت‌ها به عنوان سرمایه در نظر گرفته می‌شوند. تخت بیمارستانی به عنوان یکی از مهم‌ترین نشانگرهای سرمایه‌های فیزیکی در بخش سلامت قلمداد می‌شود که اگر وضعیت مطلوبی داشته باشد، دسترسی به خدمات سلامت افزایش و پیامدهای سلامت بهتر می‌شود.

منبع داده‌ها: سامانه آواب و نظام اطلاعات روتین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

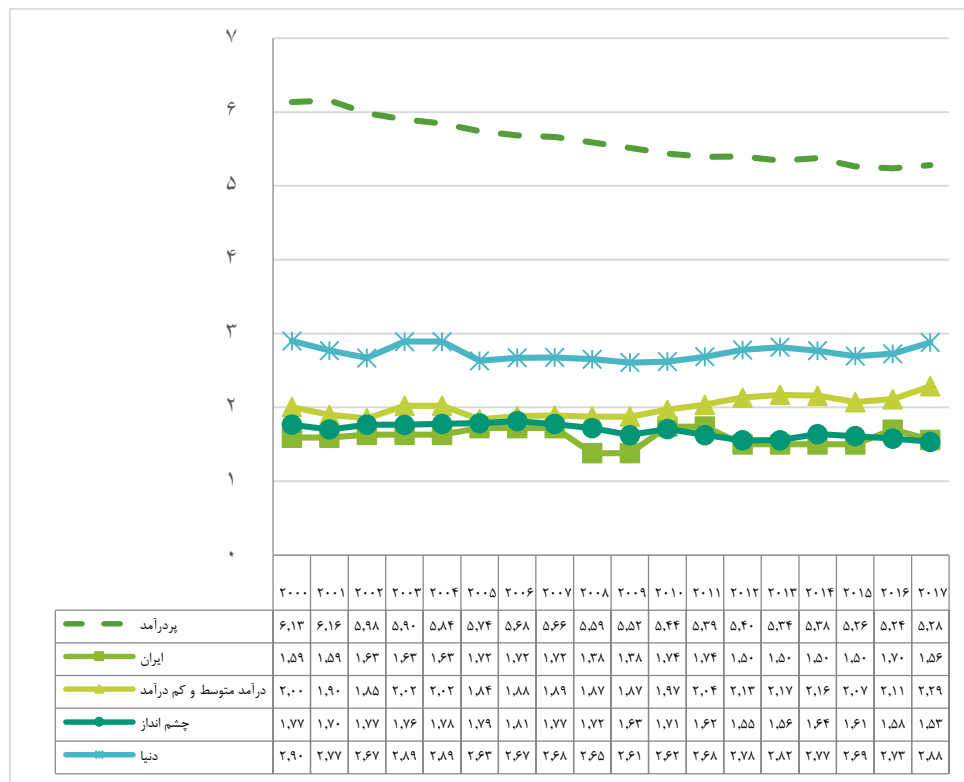
دوره زمانی: با توجه به دسترسی بودن داده‌های مورد نیاز، این شاخص به صورت سالانه قابل انتشار است.

وضعیت: شاخص تخت بیمارستانی به ازای هزار نفر در جدول ۴ و ۵ نشان داده شده است. به طور متوسط برای هزار نفر ایرانی در سال ۲۰۱۸ تقریباً ۱,۶ تخت وجود داشته که اندکی از میانگین کشورهای منطقه

چشم‌انداز (۱,۵۳) بیشتر است. همچنین مقدار این شاخص از میانگین دنیا و کشورهای با درآمد متوسط کمتر و به نحو محسوسی از میانگین آن در کشورهای پردرآمد پایین‌تر است. با توجه به روند سرانه تخت بیمارستانی در سال‌های مورد مشاهده می‌توان بیان داشت وضعیت زیرساخت‌های بخش سلامت مطلوب به نظر نمی‌رسد. این مسئله به‌ویژه در مقایسه با روند شاخص مذکور در میان کشورهای مورد مقایسه کاملاً نمایان است. به نظر می‌رسد با توجه به اختصاص منابع عمرانی یک درصد ارزش افزوده سهم سلامت موضوع ماده ۳۷ قانون الحاق (۲) و همچنین منطقی‌سازی تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش‌های دولتی و خصوصی شاهد بهبود وضعیت تخت‌های بستری باشیم. لازم به ذکر است که داده‌های شاخص تخت بیمارستانی به ازای هزار نفر منتشره توسط بانک جهانی روند یکسانی نداشت.



نمودار ۱۵: سرانه تخت به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴



نمودار ۱۶: سرانه تخت به جمعیت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۱۷

سرانه پرستار به جمعیت

تعریف: تعداد تمامی افراد کادر پرستاری (پرستار، بهیار و دیگر رشته‌های هم‌تراز همانند پرستار اتاق عمل جراحی و هوشبری) به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت.

$$nurse = \frac{\text{تعداد پرستاران}}{\text{جمعیت}} * 1000$$

نوع شاخص: Output

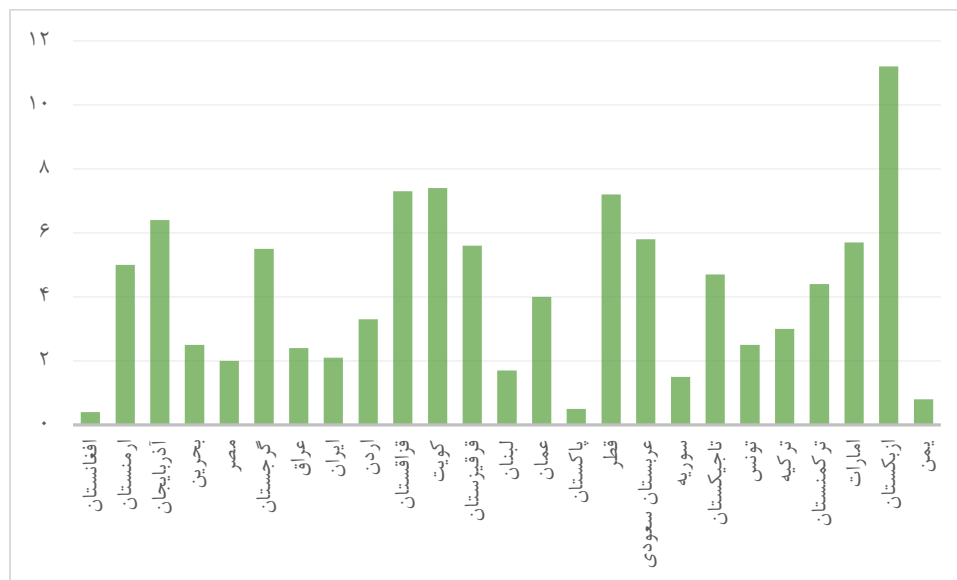
اهمیت: پرستاران از مهم‌ترین نهادهای انسانی سلامت هستند و نسبت پرستار به جمعیت یکی از شاخص‌های مهم دسترسی به خدمات سلامت نام برده می‌شود.

منبع داده‌ها: سیستم گزارش‌دهی معمول مراکز سلامت و بررسی‌های مبتنی بر جمعیت.

دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها: سالانه.

وضعیت: در سال ۲۰۱۸ به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت نزدیک به ۲,۱ پرستار در بخش سلامت ایران مشغول به کار بودند. از این نظر ایران در مقایسه با میانگین کشورهای چشم‌انداز و دیگر مناطق مورد مقایسه وضعیت

مطلوبی ندارد. با توجه به مسئله مهاجرت پرستاران در کشور، وضعیت دسترسی به خدمات پرستاری در سال‌های آتی ممکن است با چالش مواجه شود. با توجه به عدم دسترسی به داده‌های با کیفیت در رابطه با سرانه پرستار به جمعیت، روند این شاخص در کشورهای حوزه سند چشم‌انداز ترسیم نشد. شایان ذکر است این شاخص در حال حاضر برای ایران معادل ۲,۶ به ازای ۱۰۰۰ نفر می‌باشد.



نمودار ۱۷: سرانه پرستار به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴

سرانه پزشک به جمعیت

تعریف: تعداد تمامی پزشکان (عمومی، متخصص و دیگر رشته‌های هم‌تراز) به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت.

$$phys = \frac{\text{تعداد پزشکان}}{\text{جمعیت}} * 1000$$

نوع شاخص: Output

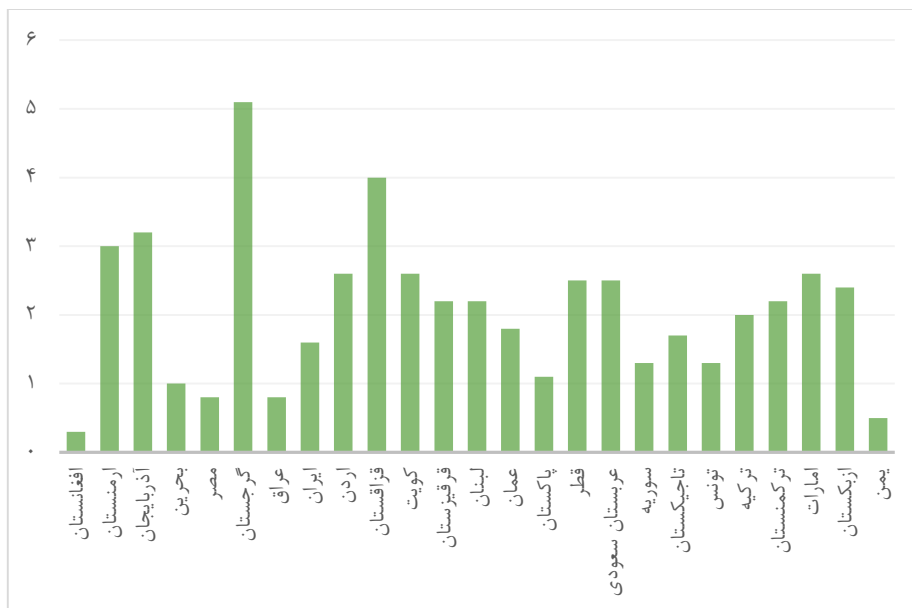
اهمیت: پزشکان از مهم‌ترین نهادهای سلامت هستند و نسبت پزشک به جمعیت یکی از شاخص‌های مهم دسترسی به خدمات سلامت است.

منبع داده‌ها: سیستم گزارش‌دهی معمول به مراکز سلامت، بررسی‌های مبتنی بر جمعیت و سوابق اداری.

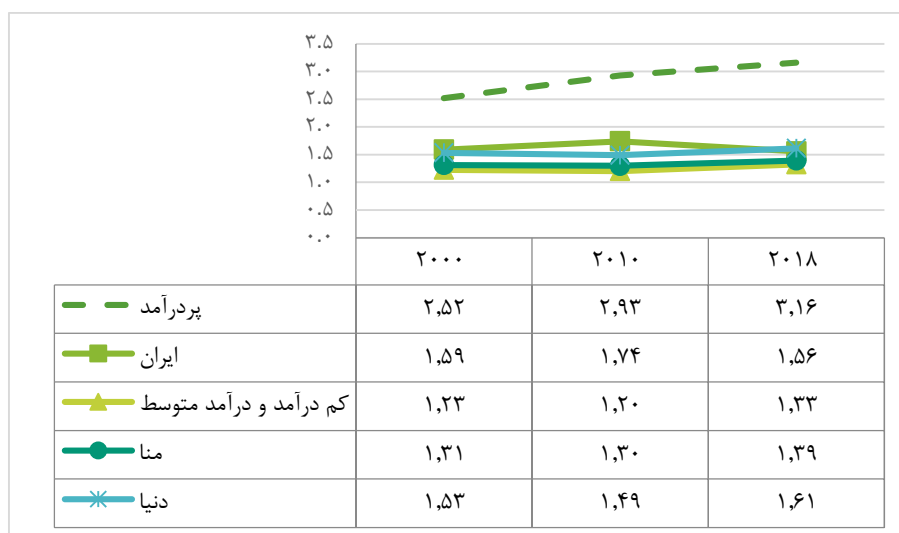
دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها: سالانه.

وضعیت: در سال ۲۰۱۸ در ایران ۱,۵۸ پزشک به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت وجود داشت که از میانگین این شاخص در کشورهای سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و کشورهای با درآمد متوسط بیشتر اما از میانگین دنیا کمتر بوده است. همچنین میانگین این شاخص در کشورهای پردرآمد به بیش از ۵ پزشک به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت

می‌رسد و کشور ما فاصله قابل توجهی با این کشورها از نظر دسترسی به خدمات پزشکی دارد. شایان ذکر است این شاخص در حال حاضر برای ایران معادل ۱,۸ پزشک به ازاء ۱۰۰۰ نفر می‌باشد. با توجه به افزایش ظرفیت تحصیل پزشک عمومی از سال ۱۴۰۱ پیش‌بینی می‌شود در سال‌های آینده، جهش قابل توجهی در تعداد پزشکان به وجود آید.

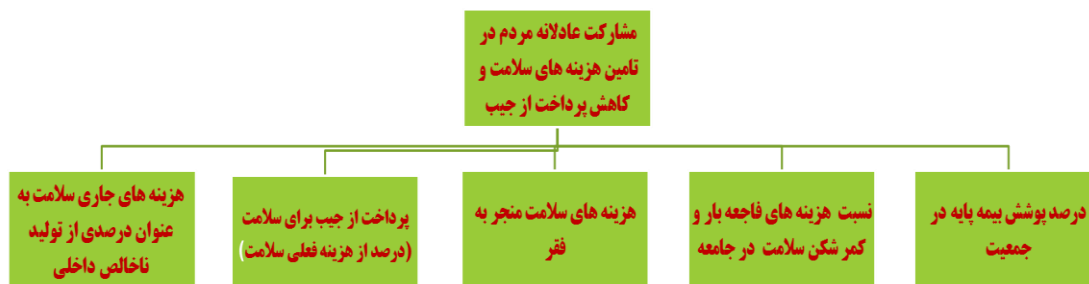


نمودار ۱۸: سرانه پزشک به جمعیت به جمعیت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴



نمودار ۱۹: سرانه پزشک به جمعیت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۱۷-۲۰۰۰

۳-۳- مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت



شکل ۴: مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب

جدول ۶: مقایسه وضعیت ایران با کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتباط با مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت

ردیف	کشور	ریسک هزینه‌های فاجعه بار و کمر شکن سلامت به دلیل خدمات جراحی (۲۰۲۰)	ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی (۲۰۲۰)	نسبت پرداخت از جیب به کل هزینه‌های سلامت (۲۰۲۱)	هزینه‌های جاری سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی
۱	افغانستان	-	-	۷۴,۸	۱۵,۵
۲	ارمنستان	۲۵,۳	۳,۵	۷۷,۸	۱۲,۲
۳	آذربایجان	۲۸,۱	۶,۳	۶۵,۲	۴,۶
۴	بحرین	-	-	۲۶,۶	۴,۷
۵	مصر	۲۴,۹	۹,۷	۵۹,۳	۴,۴
۶	گرجستان	-	-	۴۶,۸	۷,۶
۷	عراق	-	-	۴۴,۸	۵,۱
۸	ایران	۳۰,۲	۱۵,۸	۳۷,۱	۵,۳
۹	اردن	۱۵,۹	۷,۴	۳۰,۲	۷,۴
۱۰	قزاقستان	۱,۱	۰,۱	۲۷,۴	۳,۷
۱۱	کویت	-	-	۹,۱	۶,۳
۱۲	قرقیزستان	۴۶,۲	۳۳,۴	۴۶	۵,۲
۱۳	لبنان	۰,۹	۰,۱	۴۴,۲	۸
۱۴	عمان	-	-	۶,۴	۵,۳
۱۵	پاکستان	۵۳,۱	۳۱,۴	۵۵,۵	۳
۱۶	قطر	-	-	۹,۵	۴,۲
۱۷	عربستان سعودی	-	-	*۱۵,۹	-
۱۸	سوریه	۳۷,۱	۱۴	*۵۳,۷	-
۱۹	تاجیکستان	۴۹,۹	۳۸,۹	۶۵,۲	۸,۱
۲۰	تونس	۶	۰,۸	۳۶,۴	۶,۳
۲۱	ترکیه	۱	۱,۸	۱۶,۴	۴,۶
۲۲	ترکمنستان	۷,۲	۳,۵	۷۷	۵,۷
۲۳	امارات	۲,۸	۰,۱	۱۱,۲	۵,۷
۲۴	ازبکستان	۳۱,۲	۲۴,۹	۵۳,۱	۶,۸
۲۵	یمن	-	-	*۸۱	-
	میانگین کشورهای منطقه چشم‌انداز	۲۲,۵	۱۲	۴۲,۸	۶,۴

*در دسترس‌ترین مشاهده

جدول ۷: مقایسه وضعیت ایران با دنیا، کشورهای منا، کشورهای کم‌درآمد و درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد در ارتباط با مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب

کشور / منطقه جغرافیایی	ایران	کشورهای چشم‌انداز	میانگین دنیا	کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط	کشورهای پردرآمد
درصد پوشش بیمه پایه در جمعیت	۹۵	-	-	-	-
ریسک هزینه‌های فاجعه‌بار و کمرشکن سلامت به دلیل خدمات جراحی (۲۰۲۰)	۳۰,۲	۲۲,۸۷	۲۱	۲۵,۰۷	۱,۵۲
ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی (۲۰۲۰)	۱۵,۸	۱۰,۵۵	۱۷	۲۰,۴۶	۰,۲۹
نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت (۲۰۲۰)	۳۷,۰۵	۳۰,۰۳	۱۶,۳۶	۳۳,۷۱	۱۲,۱۱
هزینه‌های جاری سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی (۲۰۲۰)	۵,۳۳	۵,۹۱	۱۰,۸۸	۵,۶۱	۱۴,۰۱
هزینه‌های سلامت دولت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی (۲۰۲۰)	۲,۸۷	۳,۵۷	۶,۹	۳,۰۲	۹,۲۱

درصد پوشش بیمه پایه در جمعیت

تعریف: درصدی از جمعیت که تحت پوشش بیمه پایه سلامت هستند.

$$BHI = \frac{\text{افراد تحت پوشش بیمه پایه سلامت}}{\text{کل جمعیت کشور}} * 100$$

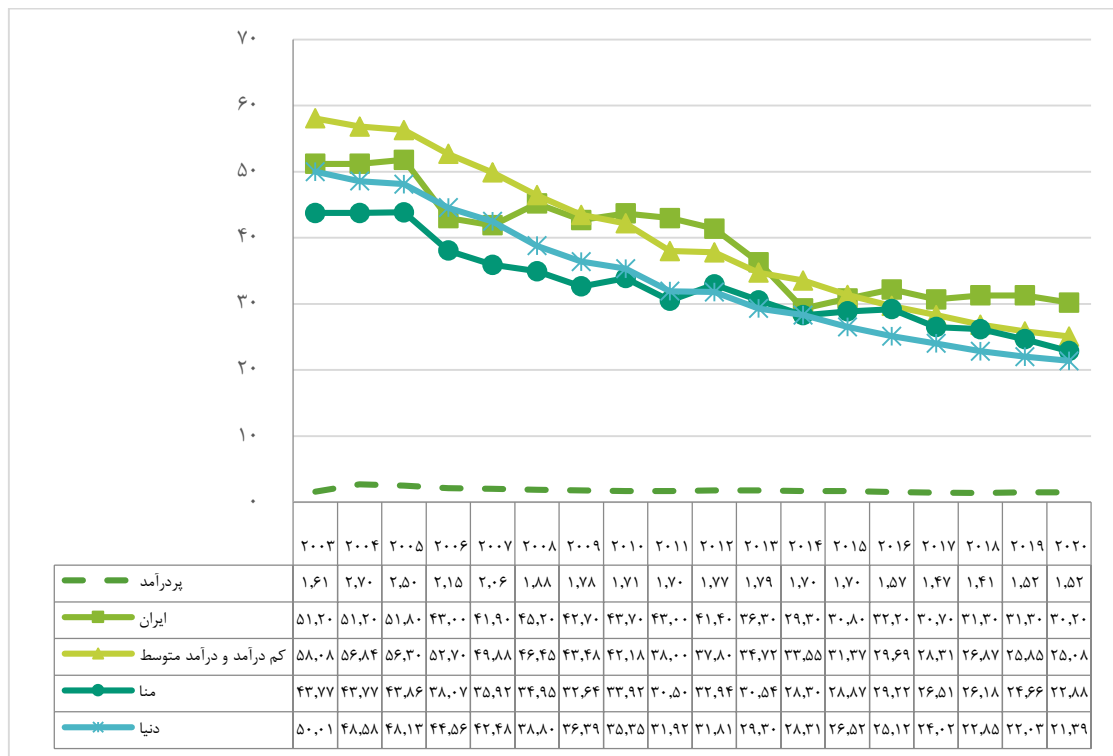
نوع شاخص: Output

اهمیت: بر اساس الگوی مفهومی بهره‌مندی از خدمات سلامت اندرسن، بیمه سلامت همانند درآمد قابل تصرف جزء عوامل توانمندکننده دسترسی به خدمات سلامت است. چنانچه مقدار این شاخص کم باشد افراد کمتری به خدمات سلامت دسترسی دارند.

منبع داده: سازمان بیمه سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها: سالانه.

وضعیت: بر اساس آخرین اطلاعات، ۹۵ درصد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند. هیچ‌گونه داده‌ای برای مقایسه با دیگر کشورها در دسترس نیست.



نمودار ۲۰: ریسک هزینه‌های کمرشکن برای خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۳-۲۰۲۰

ریسک هزینه‌های فاجعه‌بار و کمرشکن سلامت در مراقبت‌های جراحی^۱

تعریف: نسبت جمعیتی که به مراقبت‌های جراحی نیاز دارند در معرض خطر هزینه‌های فاجعه‌بار هستند. مخارج فاجعه‌بار به عنوان پرداخت مستقیم از جیب برای مراقبت‌های جراحی و بیهوشی بیش از ۱۰ درصد از کل درآمد تعریف می‌شود.

$$CHE = \frac{\text{تعداد افراد مواجهه شده با هزینه کمرشکن}}{\text{کل جمعیت}} * ۱۰۰$$

نوع شاخص: Outcome

اهمیت: کاهش در هزینه‌های کمرشکن مورد تأکید اهداف توسعه پایدار است. هر چه مقدار این شاخص کمتر باشد نشانگر دسترسی بهتر به خدمات سلامت مورد نیاز است.

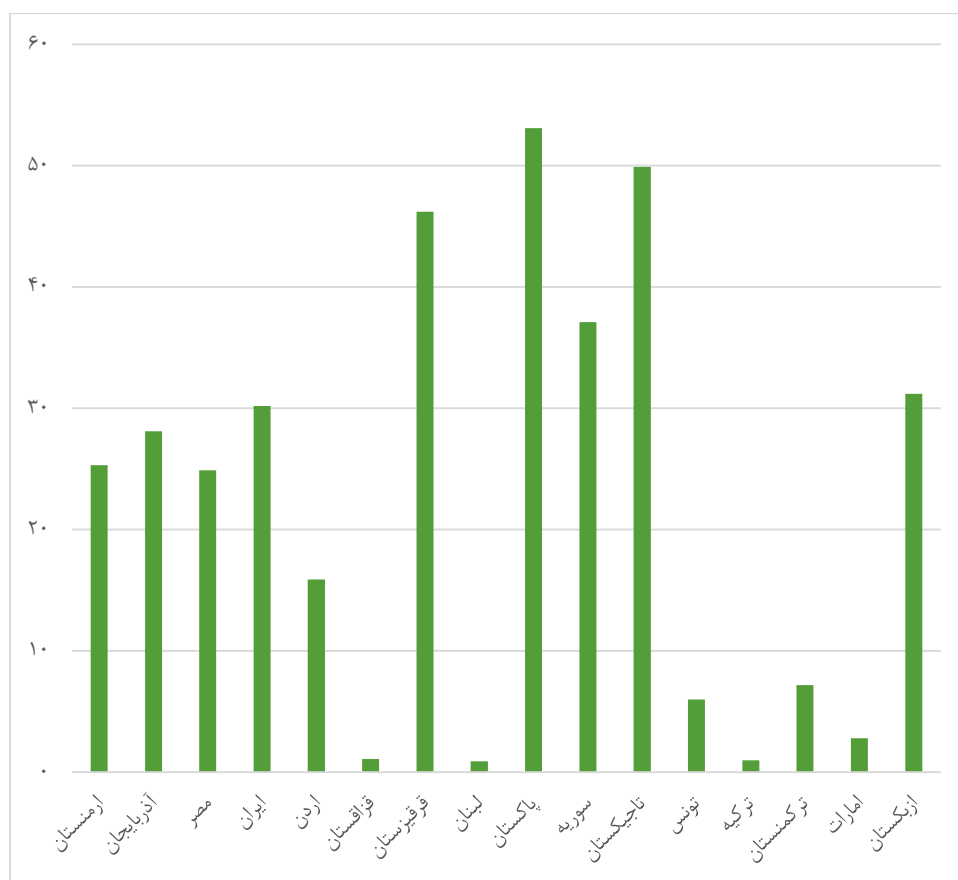
منبع داده‌ها: بودجه و هزینه- درآمد خانوار مرکز آمار ایران.

سایر منابع داده‌ها: پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت.

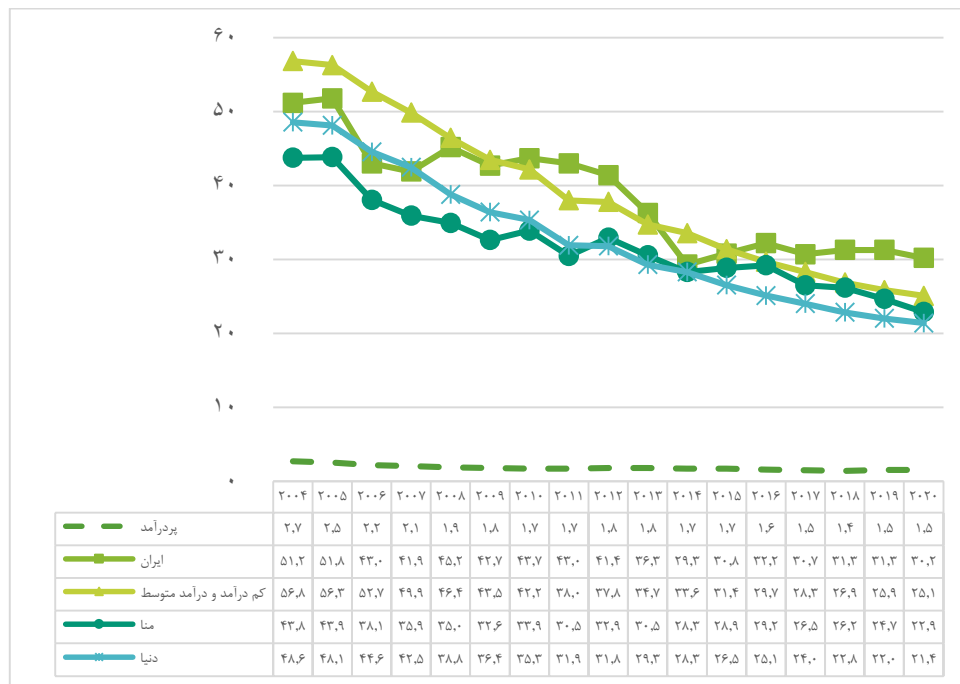
دوره زمانی: سالانه.

1. Risk of catastrophic expenditure for surgical care

وضعیت: در سال ۲۰۲۰ مقدار این شاخص برای ایران برابر با ۳۰,۲ درصد است، به این معنی که بیش از ۳۰ درصد از افرادی که از خدمات جراحی استفاده کرده‌اند، دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند. وضعیت ایران از نظر این شاخص به طور محسوسی از دیگر کشورها بدتر است. به عنوان مثال، متوسط این شاخص در دنیا ۱۶,۳۶ درصد و برای کشورهای منطقه منا حدود ۳۰ درصد است. جالب توجه اینکه در کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ میانگین این شاخص نیز نسبت به کشور در وضعیت بهتری است. بهترین وضعیت با ۱,۵۲ درصد متعلق به کشورهای پردرآمد است. البته بین سال‌های مورد مشاهده از مقدار این شاخص در کشور کاسته شده که بیانگر وضعیت بهتر دسترسی به خدمات سلامت است.



نمودار ۲۱: ریسک هزینه‌های فاجعه‌بار و کمرشکن سلامت به دلیل خدمات جراحی در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴



نمودار ۲۲: ریسک هزینه کمرشکن به دلیل خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۲۰-۲۰۰۳

ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی^۱

تعریف: نسبت جمعیتی که در صورت نیاز به مراقبت‌های جراحی و استفاده از این خدمات در معرض خطر فقیر شدن هستند. هزینه‌هایی به عنوان پرداخت‌های مستقیم از جیب برای مراقبت‌های جراحی و بیهوشی تعریف می‌شود که افراد را به زیر آستانه فقر می‌کشاند (با استفاده از آستانه ۱,۹۰ دلار PPP در روز).

$$IHE = \frac{\text{تعداد افرادی که در اثر هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر می‌روند}}{\text{کل جمعیت}} * 100$$

نوع شاخص: Outcome

اهمیت: ممکن است افرادی در اثر بهره‌مندی از خدمات سلامتی که به آن نیاز دارند به زیر خط فقر بروند؛ بنابراین اطمینان از اینکه این واقعه کمتر اتفاق می‌افتد از وظایف اصلی نظام‌های سلامت است.

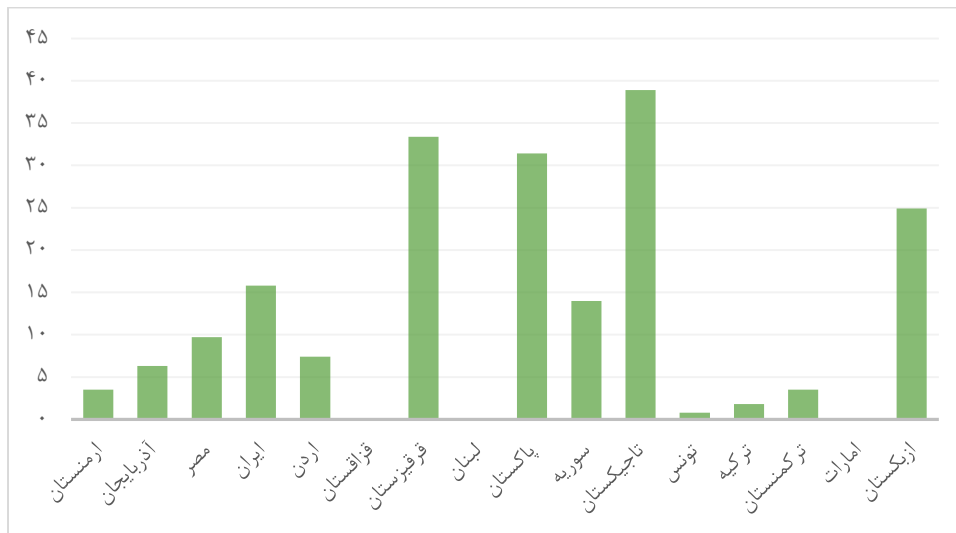
منبع داده‌ها: بودجه و درآمد خانوار.

سایر منابع داده‌ها: پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت.

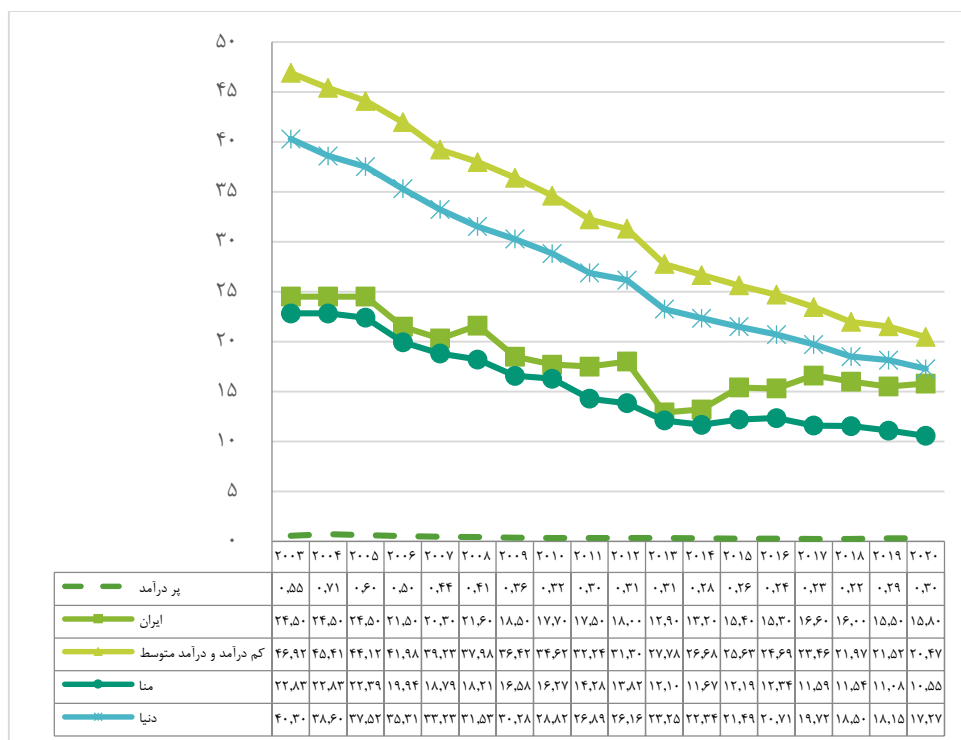
دوره زمانی: سالانه.

1. Risk of impoverishing expenditure for surgical care

وضعیت: در سال ۲۰۲۰ میانگین این شاخص برای کشورهای حوزه سند چشم‌انداز ۱۰,۵۵ و برای کل دنیا ۱۷ درصد بوده است. جالب توجه است که میانگین این شاخص برای کشورهای پردرآمد کمتر از نیم درصد و روند این شاخص در کشور نزولی می‌باشد.



نمودار ۲۳: ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴ در سال ۲۰۲۰



نمودار ۲۴: ریسک فقیر شدن به دلیل خدمات جراحی در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۳-۲۰۲۰

نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت^۱

تعریف: این شاخص برابر با سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت است.

$$OOP = \frac{\text{پرداخت از جیب}}{\text{کل هزینه‌های سلامت}} * 100$$

نوع شاخص: Outcome

اهمیت: پرداخت مستقیم از جیب نشانگر این است که یک خانوار مستقیماً چقدر خرج سلامت می‌کند. از طریق این شاخص می‌توان در مورد عدالت در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت قضاوت کرد. هر چه درصد این شاخص بالاتر باشد احتمال بی‌عدالتی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت افزایش می‌یابد.

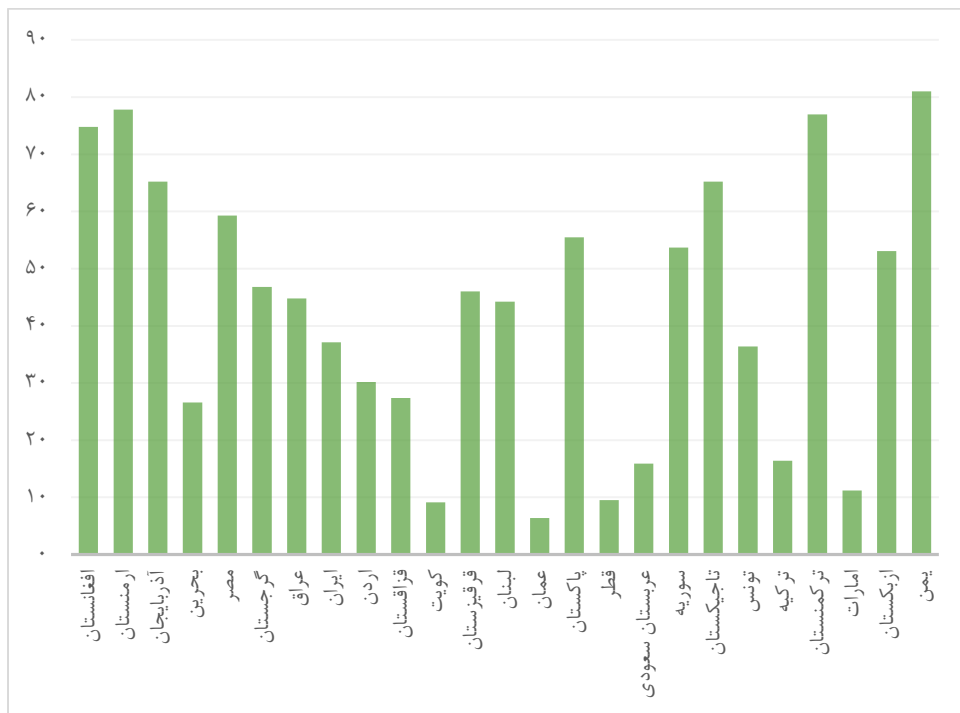
منبع داده: بودجه و درآمد خانوار.

سایر منابع داده‌ها: پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت.

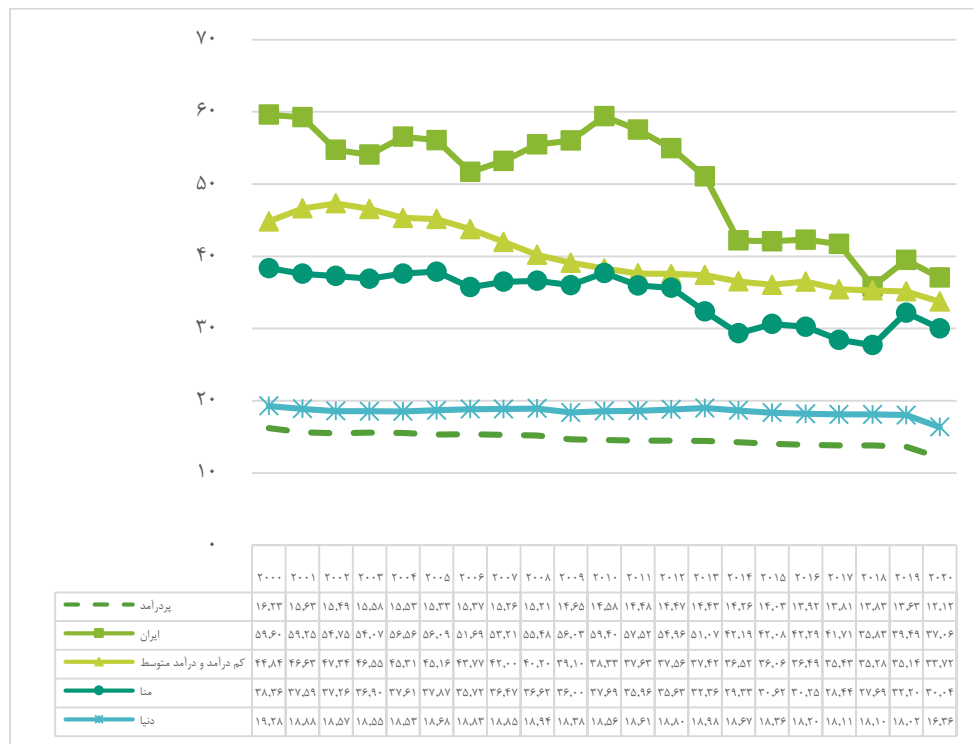
دوره زمانی: سالانه.

وضعیت: با توجه به جدول ۷ و جدیدترین داده‌های در دسترس برای جمهوری اسلامی ایران مقدار این شاخص برای سال ۲۰۲۰ برابر با ۳۷,۰۵ درصد بوده است که نشان می‌دهد خانوارهای ایرانی بیش از ۳۷ درصد از هزینه‌های سلامت خود را مستقیماً پرداخت کرده‌اند. این شاخص برای ایران در حدود ۷ درصد از میانگین کشورهای منطقه چشم‌انداز بیشتر است که نقطه ضعف برای نظام سلامت کشور قلمداد می‌شود. همان‌گونه که نمودار ۲۶ نشان می‌دهد روند پرداخت از جیب در جمهوری اسلامی کاهش یافته و با گذشت زمان به میانگین کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط نزدیک‌تر شده است. در دنیا وضعیت کشورهای با درآمد بالا بسیار بهتر است و این به دلیل نقش فعالانه‌تری می‌باشد که بخش عمومی در نظام سلامت ایفا می‌کند.

1. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)



نمودار ۲۵: نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت در ایران و کشورهای چشم‌انداز ۱۴۰۴



نمودار ۲۶: نسبت پرداخت از جیب برای به کل هزینه‌های سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۰

هزینه‌های جاری سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی^۱

تعریف: در این شاخص هزینه‌های جاری سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی بیان می‌شود.

$$HE = \frac{\text{هزینه‌های سلامت}}{\text{تولید ناخالص داخلی}} * 100$$

نوع شاخص: Output

اهمیت: این شاخص نشان‌دهنده سطحی از منابع هدایت شده به سلامت نسبت به سایر مصارف را ارائه می‌دهد. همچنین اهمیت بخش سلامت در کل اقتصاد را با این شاخص می‌توان بیان کرد.

منبع داده‌ها: حساب‌های ملی سلامت.

دوره زمانی: سالانه.

وضعیت: در سال ۲۰۲۰ ایران ۵,۳۳ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را به سلامت اختصاص داده که پایین‌تر از تمام کشورهای مورد مقایسه بود. با توجه به روند مورد بررسی مشخص می‌شود که در بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشور افزایش یافته که مصادف با اجرای طرح تحول سلامت بوده است.

هزینه‌های سلامت دولت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی^۲

تعریف: سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت به صورت درصدی از تولید ناخالص داخلی بیان شده است.

$$GHE = \frac{\text{هزینه‌های سلامت عمومی}}{\text{تولید ناخالص داخلی}} * 100$$

نوع شاخص: Output

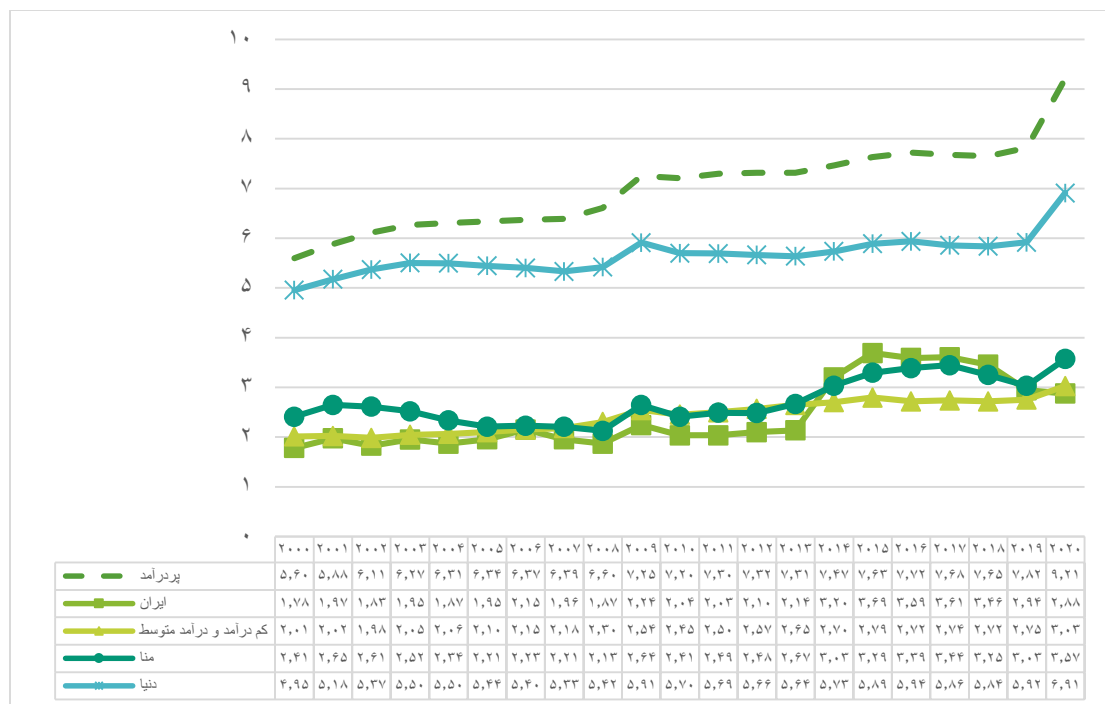
اهمیت: هرچه منابع دولتی افزایش یابد، افراد در مقابل خطرات مالی ناشی از بهره‌مندی خدمات سلامت محافظت بیشتری خواهند داشت. چنانچه این شاخص با کاهش همراه شود پرداخت از جیب نیز افزایش خواهد یافت و چون در این حالت منابع پایدار کمتر می‌شود، انباشت مالی در نظام تأمین مالی سلامت به درستی انجام نخواهد گرفت.

منبع داده‌ها: حساب‌های ملی سلامت.

1. Current health expenditure (% of GDP)
2. Domestic general government health expenditure (% of GDP)

دوره زمانی: سالانه.

وضعیت: در سال ۲۰۲۰ این شاخص برای ایران برابر با ۲,۸۷ درصد بود. بدین معنی که تنها ۲,۸۷ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور مربوط به هزینه‌های سلامت دولتی بوده است. در مقایسه با کشورهای مورد بررسی، هزینه‌های دولتی سلامت در ایران کمتر است. روند این شاخص بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ برای کشور تقریباً ثابت بوده است؛ اما مقارن با طرح تحول سلامت این شاخص افزایش یافته و بالاتر از سطح هزینه‌های سلامت دولتی نسبت به کشورهای چشم‌انداز و کم‌درآمد و با درآمد متوسط بوده است.



نمودار ۲۷: هزینه‌های سلامت دولت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی سلامت در ایران و دیگر کشورها ۲۰۰۰-۲۰۲۰

۳-۴ - شاخص‌های مربوط به کارایی نظام سلامت



جدول ۸: مقایسه ایران با کشورهای منتخب در ارتباط با افزایش کارایی نظام سلامت

کشور / منطقه جغرافیایی	ایران	دیگر کشورهای قابل مقایسه
متوسط طول مدت اقامت در بیمارستان	۳,۵ روز	۴,۴ روز در ترکیه ۱۶ روز در ژاپن
ضریب اشغال تخت	۶۶,۶	قرقیزستان ۷۷ روسیه ۸۰ ترکمنستان ۹۳
سرانه هزینه تمام شده تخت روز بستری	۶ میلیون تومان در ۱۴۰۱	در آمریکا برای بیمارستان خصوصی ۲۲۹۶، بیمارستان غیرانتفاعی ۳۰۱۳ و بیمارستان دولتی ۲۷۴۲ دلار برای هر روز بستری است

متوسط طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان^۱

تعریف: میانگین تعداد روزهایی که بیماران در طی یک دوره زمانی در بیمارستان اقامت دارند.

$$ALS = \frac{\text{تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی معین}}{\text{تعداد بیماران ترخیص شده در همان دوره زمانی}}$$

نوع شاخص: Output

اهمیت: استاندارد برای این شاخص وجود ندارد؛ اما افزایش بی‌رویه آن می‌تواند هزینه‌های سلامت را بسیار افزایش دهد.

منبع داده‌ها: سامانه آواب (سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان).

دوره زمانی: سالانه.

وضعیت: این شاخص در ایران ۳,۵ روز است. در ترکیه در سال ۲۰۲۱ برابر با ۴,۴ روز و در ژاپن ۱۶ روز بوده است. در حال حاضر هیچ‌گونه اطلاعاتی برای مقایسه با دیگر کشورها و همچنین بررسی روند این شاخص در دسترس نبود.

ضریب اشغال تخت^۲

تعریف: تعداد روزهای اشغال تخت‌های فعال بستری در طی یک دوره زمانی معین (طی یک سال). به بیان دیگر میزان تخت روزهای فعال مرتبط با تخت‌های بستری که در طی یک دوره زمانی معین در اشغال بیماران بوده است.

1. Average Length Of Stay In Hospital
2. Occupancy Rates

$$OR = \frac{\text{تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی معین}}{\text{تخت روز کل در همان دوره زمانی}} * 100$$

نوع شاخص: Output

اهمیت: از شاخص‌های عملکردی بیمارستان است و هرچه بالاتر باشد، بهتر است. میزان کمبود یا مازاد تخت بستری نیز می‌تواند قابل احصا باشد.

منبع داده‌ها: سامانه آواب.

دوره زمانی: سالانه.

وضعیت: در سال ۲۰۲۱ به طور متوسط در قرقیزستان ۷۷، روسیه ۸۰، ترکمنستان ۹۳ درصد و در ایران (سال ۱۴۰۰) برابر با ۶۶٫۶ درصد بوده است.

سرانه هزینه تمام شده تخت روز بستری^۱
تعریف: هزینه تمام شده به ازاء هر روز تخت بستری.

$$ACI = \frac{\text{کل بودجه درمان}}{\text{تخت روز کل}}$$

نوع شاخص: Output

اهمیت: بخش زیادی از هزینه‌های سلامت مربوط به خدمات بستری است و هرچه هزینه تمام شده تخت روز افزایش یابد، نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت بیشتر خواهد شد.

دوره زمانی: سالانه.

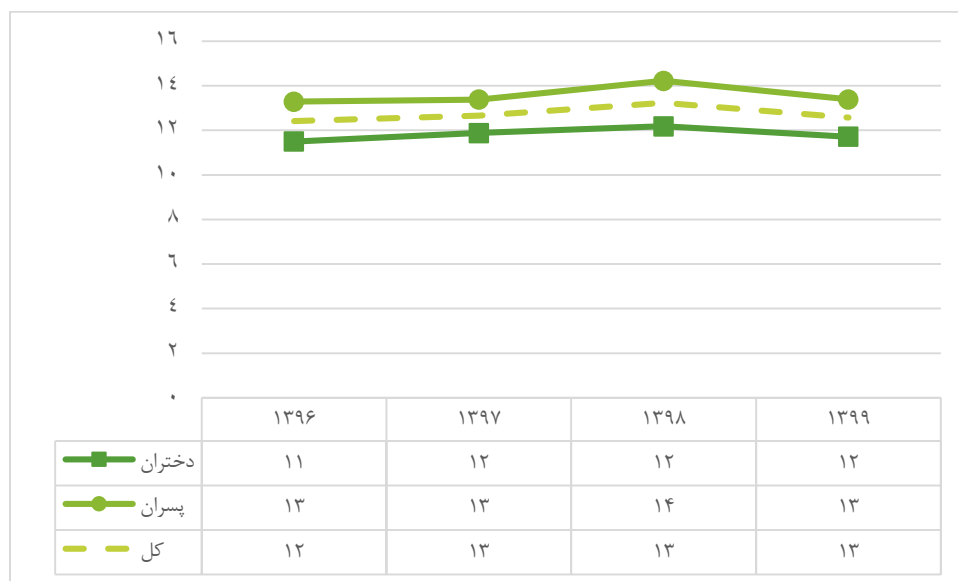
وضعیت: این شاخص در آمریکا در سال ۲۰۲۱ در بیمارستان‌های خصوصی ۲۲۹۶، در بیمارستان‌های غیرانتفاعی ۳۰۱۳ و در بیمارستان‌های دولتی ۲۷۴۲ دلار به ازای هر روز بستری بوده است. در ایران در سال ۱۴۰۱ به طور متوسط هزینه تمام شده هر تخت بستری تقریباً ۶ میلیون تومان در روز بوده است.

1. Average cost of inpatient day

۴- برخی شاخص‌ها در استان‌ها

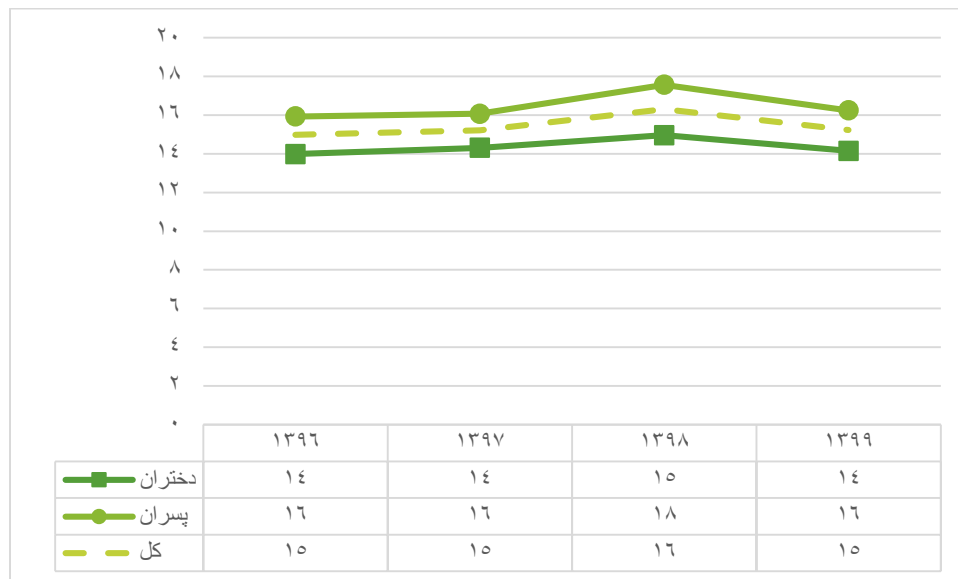
۴-۱- روند مرگ و میر کودکان در استان‌های ایران

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد کاهش مرگ و میر کودکان یکی از مهم‌ترین اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای آگاهی از وضعیت سلامت در کشور در سال‌های اخیر اقدام به گردآوری داده‌ها و انتشار گزارش‌های مرتبط با عنوان سیمای مرگ کرده است. شاخص‌های زیادی در رابطه با مرگ و میر در گزارش‌های مذکور ارائه شده است؛ اما با توجه به اینکه شاخص‌های مرگ و میر کودکان در سطح بین‌المللی به صورت گسترده برای مقاصد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان به کار می‌رود و به نوعی شاخص کلیدی سلامت تلقی می‌گردد، در این قسمت به این شاخص‌ها بسنده شده است. لازم به ذکر است که روند مذکور جهت استان‌های ایران برای سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ در دسترس بود. نمودار ۲۸ روند مرگ و میر زیر یک سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده را بین سال‌های مورد مشاهده نشان می‌دهد. میانگین مرگ و میر کودکان زیر یک سال بین سال‌های مذکور بیش از ۱۲ مورد مرگ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده است، در صورتی که مقدار این شاخص برای دختران کمتر و برای پسران بیشتر از میانگین مذکور است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بالاترین مرگ و میر کودکان زیر یک سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۹۸ (در حدود ۱۳ مرگ به ازای تولد زنده) بر اساس مشاهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتفاق افتاده است. لازم به ذکر است جداول مربوط به مرگ و میر استانی در پیوست وجود دارد و در ادامه تنها به نمودارهای آن بسنده شده است. در سال ۱۳۹۶ بیشترین مرگ کودکان زیر یک سال در استان‌های هرمزگان، همدان و کرمان به ترتیب ۲۰،۹۸، ۱۸،۴۷ و ۱۸،۲ مرگ و به‌طور میانگین ۱۲ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر یک سال مربوط به استان‌های مازندران، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان و گیلان به ترتیب ۷،۵۶، ۷،۶۸، ۷،۸۴ و ۷،۹۵ بوده است. در سال ۱۳۹۷ بیشترین مرگ کودکان زیر یک سال در استان‌های هرمزگان، کرمان و خوزستان به ترتیب ۱۸،۸، ۱۸،۵۶ و ۱۷،۶۳ و به‌طور میانگین ۱۳ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر یک سال مربوط به استان‌های قم، گیلان، قزوین، لرستان و مازندران به ترتیب ۵،۲۸، ۸،۴۴، ۸،۵۷، ۸،۸ و ۸،۸۳ بوده است. در سال ۱۳۹۸ بیشترین مرگ کودکان زیر یک سال در استان‌های زنجان، خوزستان، همدان و هرمزگان به ترتیب ۲۳،۲۹، ۱۶،۵۷، ۱۶،۴۵ و ۱۶،۱۵ و به‌طور میانگین ۱۳ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر یک سال مربوط به استان‌های مازندران، گیلان و خراسان شمالی به ترتیب ۸،۲۹، ۸،۳۴ و ۸،۸۹ در سال ۱۳۹۸ بوده است. در سال ۱۳۹۹ بیشترین مرگ کودکان زیر یک سال در استان‌های خوزستان، همدان و هرمزگان به ترتیب ۲۱،۲۸، ۱۶،۷۹ و ۱۶،۶۹ و به‌طور میانگین ۱۳ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر یک سال مربوط به استان‌های مازندران، آذربایجان شرقی، تهران و قم به ترتیب ۸،۲۴، ۸،۳۵، ۸،۲۴ و ۸،۵۴ بوده است.



نمودار ۲۸: روند مرگ و میر کودکان زیر یک سال در ایران

در سال ۱۳۹۶ بیشترین مرگ کودکان زیر پنج سال در استان‌های البرز، اصفهان و اردبیل با ۲۴،۹۸، ۲۱،۹۳ و ۲۱،۱۳ و به‌طور میانگین ۱۵ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر پنج سال مربوط به استان‌های یزد، مرکزی و همدان به ترتیب ۹،۴۴، ۹،۴۵ و ۹،۸۲ در سال ۱۳۹۶ بوده است. در سال ۱۳۹۷ بیشترین مرگ کودکان زیر پنج سال در استان‌های البرز، اصفهان و آذربایجان شرقی به ترتیب ۲۲،۳۲، ۲۱،۸۵ و ۲۱،۶۱ و به‌طور میانگین ۱۵ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر پنج سال مربوط به استان‌های یزد، هرمزگان، لرستان، همدان و مازندران به ترتیب ۹،۸۸، ۱۰،۲۳، ۱۰،۵۴، ۱۰،۷۱ و ۱۰،۸۸ مرگ بوده است. در سال ۱۳۹۸ بیشترین مرگ کودکان زیر پنج سال در استان‌های گلستان، البرز، آذربایجان شرقی، خوزستان، آذربایجان غربی و اصفهان به ترتیب ۲۸،۲، ۲۰،۶۴، ۲۰،۳۳، ۱۹،۴۳، ۱۹،۲۵ و ۱۹،۱۱ و به‌طور میانگین ۱۶ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر پنج سال مربوط به استان‌های یزد و همدان به ترتیب ۱۰ و ۱۰،۱۱ مرگ بوده است. در سال ۱۳۹۹ بیشترین مرگ کودکان زیر پنج سال در استان‌های آذربایجان شرقی، البرز، خراسان شمالی و اصفهان به ترتیب ۲۵،۱۴، ۲۰،۱ و ۲۰،۰۶ و ۲۰،۰۲ و به‌طور میانگین ۱۵ مرگ در کشور بوده است. این اعداد برای کمترین مرگ کودک زیر پنج سال مربوط به استان‌های همدان، لرستان، قم و کهگیلویه و بویراحمد به ترتیب ۱۰،۱۵، ۱۰،۵۱، ۱۰،۲۵ و ۱۱،۹۱ مرگ بوده است.

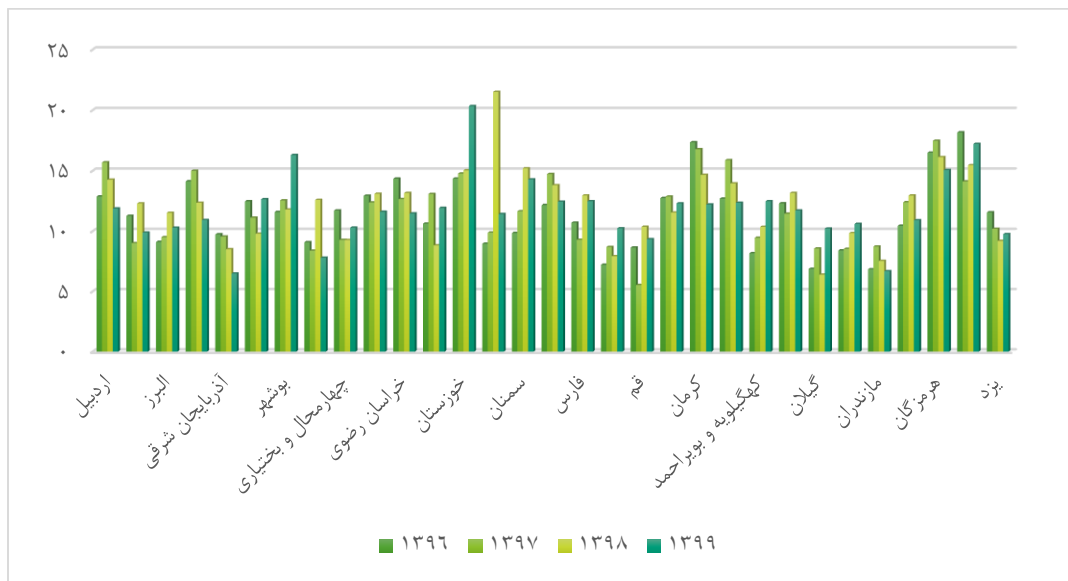


نمودار ۲۹: روند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران

نمودار ۲۹ روند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده را بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ در کشور نشان می‌دهد. میانگین مرگ و میر بین کودکان زیر پنج سال طی سال‌های مذکور بیش از ۱۵ مرگ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده است. همانند مرگ و میر کودکان زیر یک سال مقدار این شاخص برای دختران کمتر از میانگین و برای پسران بیشتر از میانگین مشاهده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بالاترین مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده نیز در سال ۱۳۹۸ اتفاق افتاده است.

۲-۴- مرگ و میر پسران زیر یک سال در استان‌های ایران

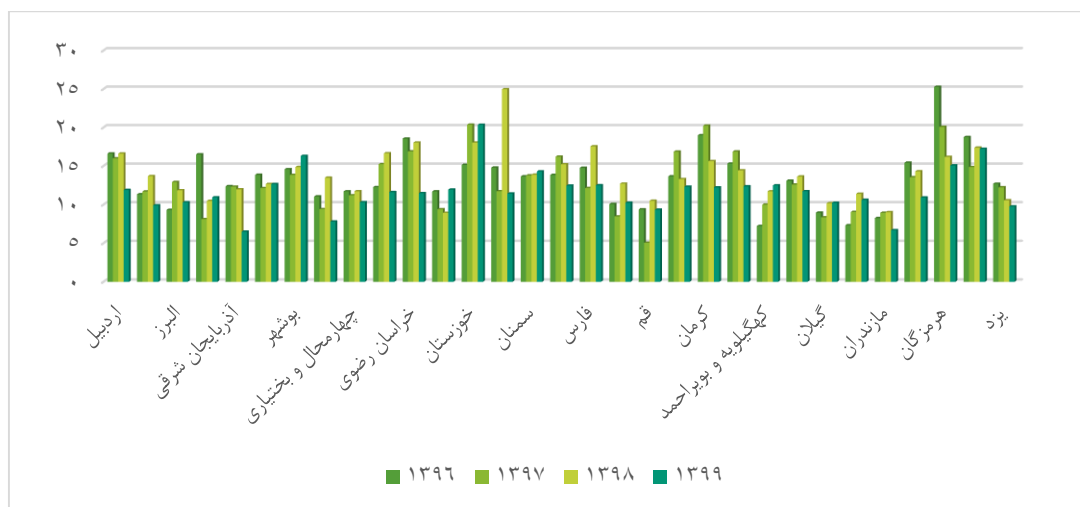
روند مرگ و میر پسران زیر یک سال طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ در نمودار ۳۰ آورده شده است. نمودار مذکور نشان می‌دهد ناهمگونی بالایی بین استان‌های مختلف در رابطه با شاخص مرگ و میر پسران زیر یک سال مشاهده می‌شود. بیشترین مرگ و میر پسران زیر یک سال در استان زنجان و در سال ۱۳۹۸ با ۲۴,۹۶ مرگ در یک هزار تولد زنده مشاهده شده است. همچنین کمترین مقدار مرگ و میر پسران زیر یک سال، سال ۱۳۹۷ در استان قم با ۵,۰۵ مرگ در یک هزار تولد زنده اتفاق افتاده است. در سال ۱۳۹۹ نیز استان خوزستان با ۲۲,۱۹ مرگ در یک هزار تولد زنده بالاترین مرگ و میر را در رابطه با کودکان زیر یک سال تجربه کرده و استان مازندران و آذربایجان شرقی به ترتیب با ۹,۷ و ۹,۹۱ مرگ در یک هزار تولد زنده کمترین مرگ و میر را داشته‌اند.



نمودار ۳۰: مرگ پسران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

۳-۴- مرگ و میر دختران زیر یک سال در استان‌های ایران

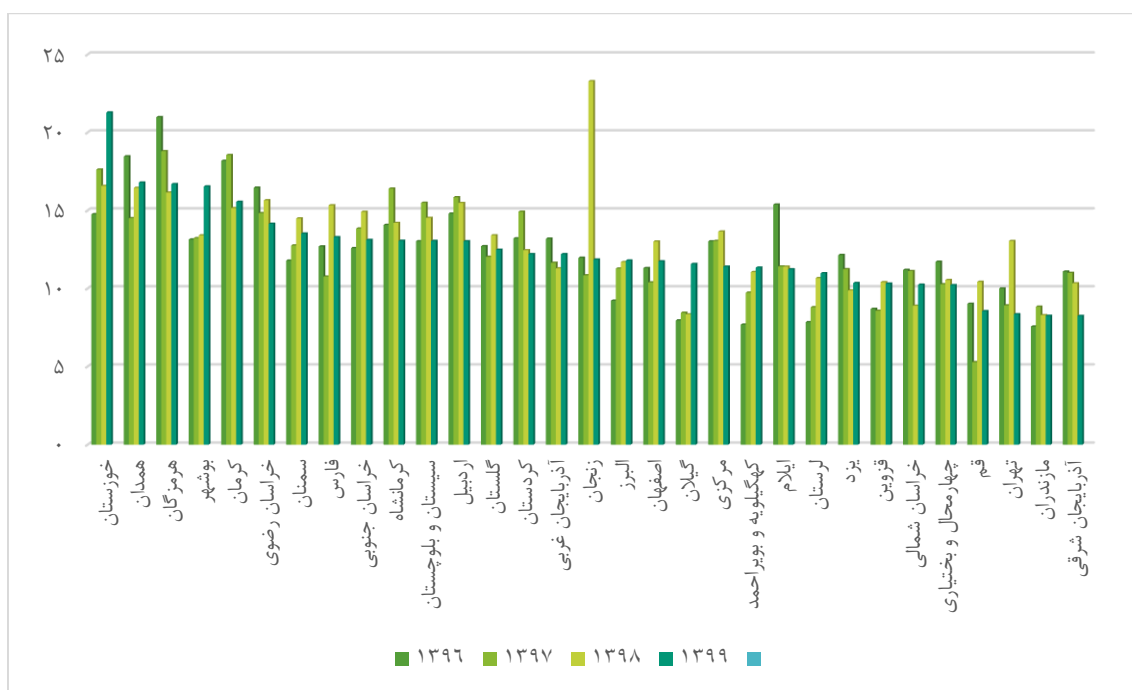
روند مرگ و میر دختران زیر یک سال طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ در نمودار ۳۱ آورده شده است. در این شاخص نیز ناهمگونی بالایی بین استان‌های مختلف در رابطه با شاخص مرگ و میر دختران زیر یک سال وجود دارد. بالاترین میزان مرگ و میر دختران زیر یک سال در استان‌های زنجان (سال ۱۳۹۸) با ۲۱,۵۱ مرگ رخ داده است. همچنین کمترین مرگ و میر دختران زیر یک سال در سال ۱۳۹۷ و در استان قم به میزان ۵,۵۳ مرگ مشاهده شد. در سال ۱۳۹۹ نیز استان خوزستان بالاترین مرگ و میر (۲۰,۳۴ مرگ) را در رابطه با دختران زیر یک سال تجربه کرده و استان آذربایجان شرقی کمترین مرگ و میر (۶,۴۹) را داشته است.



نمودار ۳۱: مرگ دختران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

۴-۴- مرگ و میر کودکان زیر یک سال در استان‌های ایران

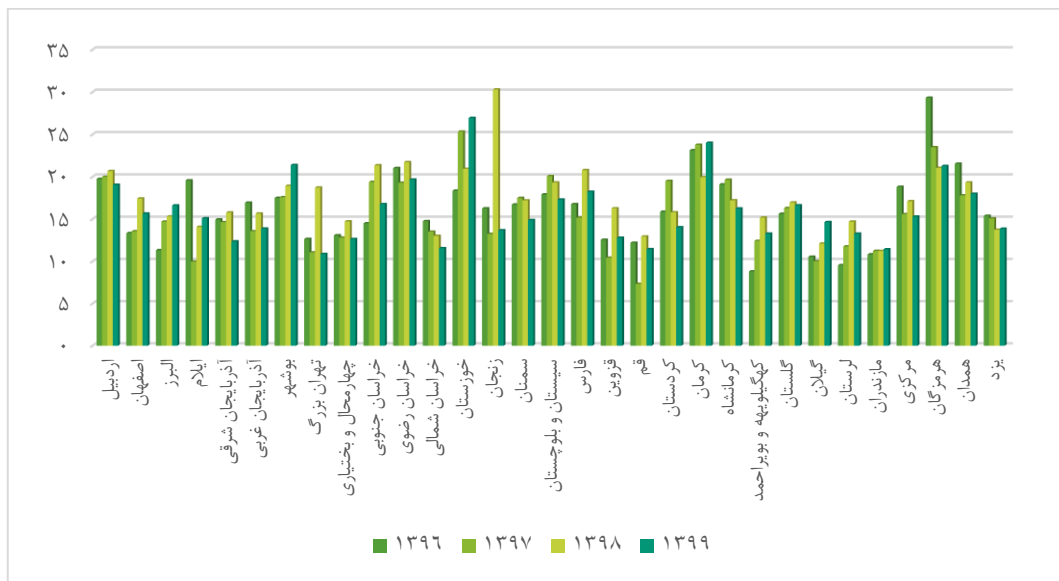
نمودار ۳۲ نشان‌دهنده روند مرگ و میر کودکان زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در استان‌های زنجان (سال ۱۳۹۸) و هرمزگان (سال ۱۳۹۷) بالاترین میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال اتفاق افتاده است. همچنین کمترین میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در سال ۱۳۹۷ و در استان قم مشاهده شد. در سال ۱۳۹۹ نیز استان خوزستان بالاترین مرگ و میر را در رابطه با کودکان زیر یک سال تجربه کرده و استان آذربایجان شرقی کمترین مرگ و میر را داشته است. روند مرگ و میر در استان خوزستان فزاینده و در استان آذربایجان شرقی کاهش یافته است.



نمودار ۳۲: مرگ دختران زیر یک سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

۴-۵- روند مرگ و میر پسران زیر پنج سال در استان‌های ایران

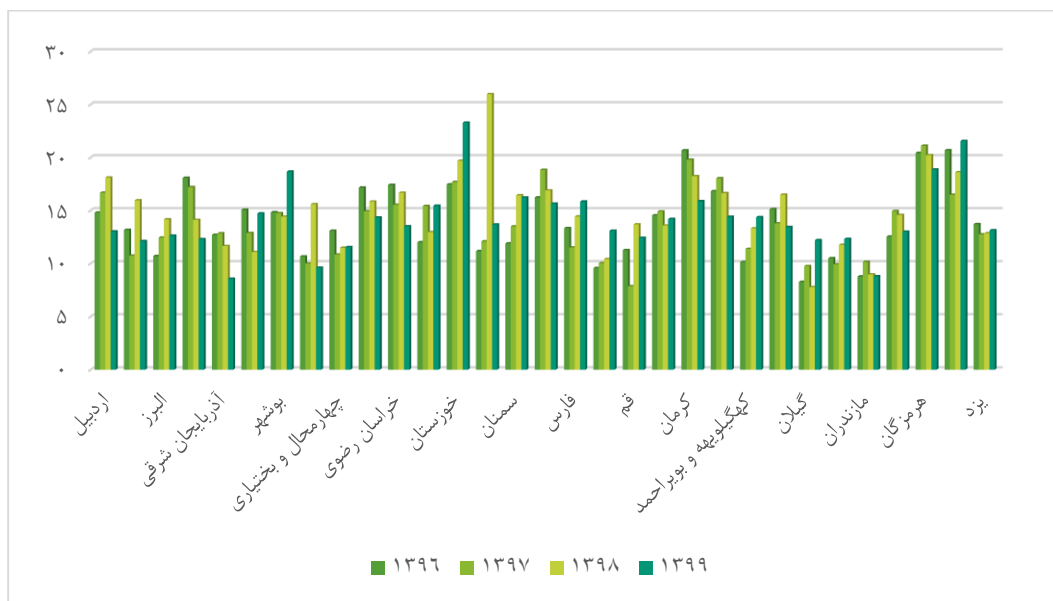
نمودار ۳۳ نمایانگر روند مرگ و میر پسران زیر پنج سال در استان‌های کشور بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ است. بالاترین مرگ و میر پسران زیر پنج سال در سال ۱۳۹۸ و در استان گلستان به میزان ۳۰ مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده مشاهده شد، در حالی که کمترین به استان مازندران به میزان ۹,۵۳ تعلق داشت. در سال ۱۳۹۹ استان آذربایجان شرقی با ۲۶ مرگ از میانگین کشوری مرگ و میر فاصله بسیاری داشت و بالاترین میزان مرگ و میر پسران زیر پنج سال را به خود اختصاص داد. در حالی که کمترین مقدار شاخص مذکور در این سال به استان لرستان با ۱۰,۸۵ مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده تعلق داشت.



نمودار ۳۳: مرگ پسران زیر پنج سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

۴-۶- مرگ و میر دختران زیر پنج سال در استان‌های ایران

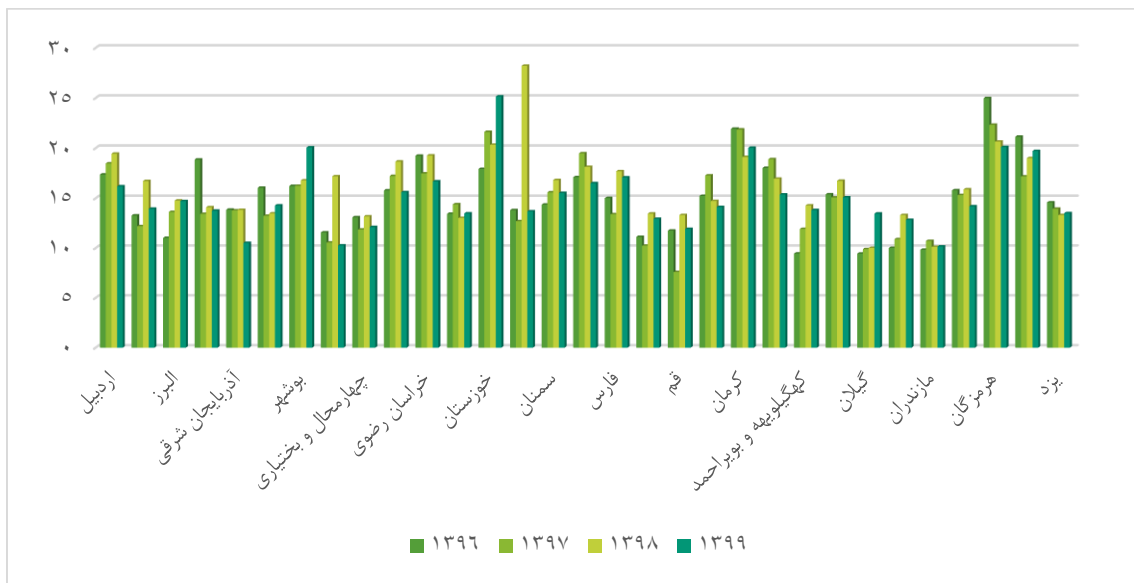
روند مرگ و میر دختران زیر پنج سال در استان‌های کشور بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ در نمودار ۳۴ نشان داده شده است. بالاترین مرگ و میر دختران زیر پنج سال در سال ۱۳۹۶ در استان گلستان به میزان ۲۵,۹۸ مرگ اتفاق افتاد؛ اما کمترین مربوط به استان کهگیلویه و بویراحمد به میزان ۷,۸۶ در همین سال بود. در سال ۱۳۹۹ استان آذربایجان شرقی با ۲۳,۲۹ مرگ بالاترین میزان مرگ و میر دختران را تجربه کرد و کمترین مقدار شاخص مذکور در این سال متعلق به استان قم با ۸,۵۶ مرگ همراه بود.



نمودار ۳۴: مرگ دختران زیر پنج سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

۷-۴- مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در استان‌های ایران

نمودار ۳۵ نشان‌دهنده روند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در استان‌های کشور بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ است. بالاترین مرگ و میر دختران زیر پنج سال در سال ۱۳۹۸ در استان گلستان با ۲۸,۲ مرگ اتفاق افتاد؛ اما کمترین مربوط به استان یزد در سال ۱۳۹۶ با ۹,۴۴ مرگ بود. در سال ۱۳۹۹ استان آذربایجان شرقی با ۲۵,۱۴ مرگ بالاترین میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را تجربه کرد و کمترین مقدار برای شاخص مذکور در این سال متعلق به استان‌های همدان و لرستان با ۱۰,۱۵ و ۱۰,۲۵ مرگ همراه بود.



نمودار ۳۵: مرگ و میر پنج سال در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹

آمار مرگ و میر استانی

جدول ۹: مرگ و میر کودکان زیر یک سال در استان‌های ایران

استان	۱۳۹۹			۱۳۹۸			۱۳۹۷			۱۳۹۶		
	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران
اردبیل	۱۳,۰۲	۱۴,۰۶	۱۱,۸۹	۱۵,۴۸	۱۶,۶۱	۱۴,۲۶	۱۵,۸۵	۱۵,۹۸	۱۵,۷۰	۱۴,۸۰	۱۶,۶۱	۱۲,۸۸
اصفهان	۱۱,۷۳	۱۳,۴۷	۹,۸۹	۱۳,۰۱	۱۳,۶۸	۱۲,۳۱	۱۰,۳۹	۱۱,۶۸	۹,۰۱	۱۱,۳۰	۱۱,۳۲	۱۱,۲۸
البرز	۱۱,۷۹	۱۳,۱۷	۱۰,۲۹	۱۱,۶۹	۱۱,۸۵	۱۱,۵۳	۱۱,۲۸	۱۲,۹۲	۹,۵۰	۹,۲۱	۹,۳۱	۹,۱۱
ایلام	۱۱,۲۳	۱۱,۵۰	۱۰,۹۳	۱۱,۴۰	۱۰,۴۷	۱۲,۳۶	۱۱,۴۱	۸,۱۱	۱۵,۰۰	۱۵,۳۷	۱۶,۵۱	۱۴,۱۳
آذربایجان شرقی	۸,۲۴	۹,۹۱	۶,۴۹	۱۰,۳۳	۱۱,۹۷	۸,۵۰	۱۱,۰۰	۱۲,۳۱	۹,۵۵	۱۱,۰۸	۱۲,۳۷	۹,۷۴
آذربایجان غربی	۱۲,۲۰	۱۱,۷۸	۱۲,۶۵	۱۱,۲۹	۱۲,۶۶	۹,۸۰	۱۱,۶۵	۱۲,۱۳	۱۱,۱۳	۱۳,۱۹	۱۳,۸۵	۱۲,۴۸
بوشهر	۱۶,۵۴	۱۶,۷۶	۱۶,۳۰	۱۳,۴۰	۱۴,۸۶	۱۱,۸۰	۱۳,۲۳	۱۳,۸۴	۱۲,۵۵	۱۳,۱۴	۱۴,۵۸	۱۱,۶۰
تهران	۸,۳۵	۸,۸۶	۷,۷۹	۱۳,۰۴	۱۳,۴۷	۱۲,۶۰	۸,۹۱	۹,۴۱	۸,۳۸	۱۰,۰۰	۱۱,۰۵	۹,۰۹
چهارمحال و بختیاری	۱۰,۲۱	۱۰,۱۳	۱۰,۳۰	۱۰,۵۴	۱۱,۷۲	۹,۲۷	۱۰,۲۷	۱۱,۱۹	۹,۲۸	۱۱,۷۱	۱۱,۷۱	۱۱,۷۲

۱۳,۱۱	۱۴,۵۰	۱۱,۶۱	۱۴,۹۲	۱۶,۶۵	۱۳,۱۱	۱۳,۸۴	۱۵,۲۲	۱۲,۳۹	۱۲,۵۸	۱۲,۲۵	۱۲,۹۴	خراسان جنوبی
۱۴,۱۴	۱۶,۶۷	۱۱,۴۷	۱۵,۶۵	۱۸,۰۳	۱۳,۱۷	۱۴,۸۳	۱۶,۸۹	۱۲,۶۶	۱۶,۴۶	۱۸,۵۵	۱۴,۳۵	خراسان رضوی
۱۰,۲۴	۸,۵۹	۱۱,۹۴	۸,۸۹	۸,۹۲	۸,۸۲	۱۱,۱۱	۹,۳۹	۱۳,۰۸	۱۱,۱۹	۱۱,۷۰	۱۰,۶۳	خراسان شمالی
۲۱,۲۸	۲۲,۱۹	۲۰,۳۴	۱۶,۵۷	۱۸,۰۲	۱۵,۰۴	۱۷,۶۳	۲۰,۳۶	۱۴,۷۷	۱۴,۷۶	۱۵,۱۴	۱۴,۳۶	خوزستان
۱۱,۸۵	۱۲,۲۴	۱۱,۴۲	۲۳,۲۹	۲۴,۹۶	۲۱,۵۱	۱۰,۸۴	۱۱,۷۳	۹,۸۸	۱۱,۹۷	۱۴,۷۹	۸,۹۷	زنجان
۱۳,۵۲	۱۲,۸۱	۱۴,۲۹	۱۴,۴۹	۱۳,۸۶	۱۵,۲۰	۱۲,۷۵	۱۳,۷۷	۱۱,۶۶	۱۱,۷۸	۱۳,۶۴	۹,۸۶	سمنان
۱۳,۰۴	۱۳,۶۱	۱۲,۴۵	۱۴,۵۲	۱۵,۲۱	۱۳,۸۱	۱۵,۴۹	۱۶,۲۱	۱۴,۷۳	۱۳,۰۲	۱۳,۸۳	۱۲,۱۷	سیستان و بلوچستان
۱۳,۲۹	۱۴,۰۲	۱۲,۴۹	۱۵,۳۳	۱۷,۵۵	۱۲,۹۷	۱۰,۷۶	۱۲,۱۴	۹,۲۹	۱۲,۶۹	۱۴,۷۵	۱۰,۷۱	فارس
۱۰,۲۱	۱۰,۳۷	۱۰,۲۴	۱۰,۴۰	۱۲,۷۱	۷,۹۲	۸,۵۷	۸,۴۶	۸,۶۹	۸,۶۹	۱۰,۰۶	۷,۲۱	قزوین
۸,۵۴	۷,۷۸	۹,۳۴	۱۰,۴۳	۱۰,۴۹	۱۰,۳۶	۵,۲۸	۵,۰۵	۵,۵۳	۹,۰۲	۹,۳۷	۸,۶۴	قم
۱۲,۲۰	۱۲,۱۰	۱۲,۳۱	۱۲,۴۵	۱۳,۳۰	۱۱,۵۵	۱۴,۹۲	۱۶,۸۶	۱۲,۸۸	۱۳,۲۱	۱۳,۶۴	۱۲,۷۵	کردستان
۱۵,۵۶	۱۸,۷۷	۱۲,۲۱	۱۵,۱۵	۱۵,۶۳	۱۴,۶۶	۱۸,۵۶	۲۰,۲۲	۱۶,۷۸	۱۸,۱۹	۱۸,۹۹	۱۷,۳۶	کرمان
۱۳,۰۵	۱۳,۶۹	۱۲,۳۶	۱۴,۲۰	۱۴,۴۲	۱۳,۹۵	۱۶,۴۰	۱۶,۸۷	۱۵,۸۸	۱۴,۰۷	۱۵,۳۰	۱۲,۷۰	کرمانشاه
۱۱,۲۴	۱۰,۲۶	۱۲,۴۹	۱۱,۰۵	۱۱,۷۱	۱۰,۳۶	۹,۷۳	۹,۹۹	۹,۴۵	۷,۶۸	۷,۲۳	۸,۱۷	کهگیلویه و بویراحمد
۱۲,۴۸	۱۳,۱۹	۱۱,۷۲	۱۳,۴۱	۱۳,۶۳	۱۳,۱۷	۱۲,۰۳	۱۲,۵۸	۱۱,۴۵	۱۲,۷۱	۱۳,۰۸	۱۲,۳۱	گلستان
۱۱,۵۷	۱۲,۸۵	۱۰,۲۲	۸,۳۴	۱۰,۱۷	۶,۳۹	۸,۴۴	۸,۳۳	۸,۵۶	۷,۹۵	۸,۹۵	۶,۸۷	گیلان
۱۰,۹۸	۱۱,۳۰	۱۰,۶۱	۱۰,۶۶	۱۱,۳۹	۹,۸۵	۸,۸۰	۹,۰۴	۸,۵۳	۷,۸۴	۷,۳۲	۸,۴۰	لرستان
۸,۲۴	۹,۷۰	۶,۶۸	۸,۲۹	۹,۰۱	۷,۵۳	۸,۸۳	۸,۹۳	۸,۷۳	۷,۵۶	۸,۲۵	۶,۸۴	مازندران
۱۱,۴۰	۱۱,۸۳	۱۰,۹۱	۱۳,۶۵	۱۴,۳۰	۱۲,۹۶	۱۳,۰۴	۱۳,۵۴	۱۲,۴۱	۱۳,۰۲	۱۵,۴۲	۱۰,۴۵	مرکزی
۱۶,۶۹	۱۸,۲۳	۱۵,۰۶	۱۶,۱۵	۱۶,۱۷	۱۶,۱۳	۱۸,۸۰	۲۰,۰۷	۱۷,۴۸	۲۰,۹۸	۲۵,۲۶	۱۶,۵۰	هرمزگان
۱۶,۷۹	۱۶,۳۹	۱۷,۲۲	۱۶,۴۵	۱۷,۳۸	۱۵,۴۶	۱۴,۵۰	۱۴,۸۵	۱۴,۱۲	۱۸,۴۷	۱۸,۷۵	۱۸,۱۷	همدان
۱۰,۳۵	۱۰,۹۲	۹,۷۶	۹,۸۷	۱۰,۵۴	۹,۱۹	۱۱,۲۳	۱۲,۲۳	۱۰,۲۰	۱۲,۱۴	۱۲,۶۹	۱۱,۵۶	یزد

جدول ۱۰: مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در استان‌های ایران

	۱۳۹۹			۱۳۹۸			۱۳۹۷			۱۳۹۶		
	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران
اردبیل	۱۹,۷۰	۱۷,۹۹	۲۱,۵۶	۱۹,۰۰	۱۹,۳۳	۱۸,۶۱	۱۷,۱۷	۱۷,۸۰	۱۶,۴۹	۲۱,۱۳	۲۱,۵۴	۲۰,۶۹
اصفهان	۲۰,۰۲	۲۴,۰۱	۱۵,۸۷	۱۹,۱۱	۱۹,۹۵	۱۸,۲۴	۲۱,۸۵	۲۳,۷۷	۱۹,۸۰	۲۱,۹۳	۲۳,۱۳	۲۰,۶۷
البرز	۲۰,۱۰	۲۱,۲۷	۱۸,۸۷	۲۰,۶۴	۲۱,۰۴	۲۰,۲۲	۲۲,۳۲	۲۳,۴۸	۲۱,۱۱	۲۴,۹۸	۲۹,۳۲	۲۰,۴۳
ایلام	۱۳,۷۴	۱۵,۰۹	۱۲,۳۰	۱۴,۰۹	۱۴,۰۶	۱۴,۱۱	۱۳,۴۳	۹,۹۶	۱۷,۲۱	۱۸,۸۶	۱۹,۵۶	۱۸,۰۸
آذربایجان شرقی	۲۵,۱۴	۲۶,۹۳	۲۳,۲۹	۲۰,۳۳	۲۰,۹۳	۱۹,۷۰	۲۱,۶۱	۲۵,۳۲	۱۷,۷۰	۱۷,۹۲	۱۸,۳۶	۱۷,۴۶
آذربایجان غربی	۱۶,۶۷	۱۹,۶۷	۱۳,۵۱	۱۹,۲۵	۲۱,۷۲	۱۶,۶۷	۱۷,۴۷	۱۹,۳۰	۱۵,۵۴	۱۹,۲۴	۲۱,۰۲	۱۷,۴۱
بوشهر	۱۵,۶۰	۱۶,۷۶	۱۴,۳۴	۱۸,۶۵	۲۱,۳۵	۱۵,۸۴	۱۷,۲۱	۱۹,۳۹	۱۴,۹۲	۱۵,۷۸	۱۴,۵۰	۱۷,۱۶
تهران	۱۵,۳۷	۱۶,۲۵	۱۴,۴۰	۱۶,۹۴	۱۷,۲۲	۱۶,۶۴	۱۸,۸۹	۱۹,۶۵	۱۸,۰۵	۱۸,۰۲	۱۹,۰۹	۱۶,۸۳

۱۶,۴۹	۱۷,۳۰	۱۵,۶۴	۱۸,۱۲	۱۹,۳۲	۱۶,۹۰	۱۹,۴۸	۲۰,۰۸	۱۸,۸۳	۱۷,۱۰	۱۷,۹۱	۱۶,۲۳	چهارمحال و بختیاری
۱۵,۰۸	۱۶,۶۲	۱۳,۴۴	۱۶,۷۳	۱۶,۹۷	۱۶,۴۹	۱۵,۰۷	۱۶,۳۰	۱۳,۷۸	۱۵,۳۸	۱۵,۶۲	۱۵,۱۲	خراسان جنوبی
۱۴,۲۷	۱۳,۸۷	۱۴,۷۲	۱۳,۴۷	۱۵,۶۶	۱۱,۰۸	۱۳,۲۳	۱۳,۵۶	۱۲,۸۸	۱۶,۰۴	۱۶,۹۴	۱۵,۰۷	خراسان رضوی
۲۰,۰۶	۲۱,۳۸	۱۸,۶۷	۱۶,۷۷	۱۸,۹۲	۱۴,۴۲	۱۶,۲۳	۱۷,۵۹	۱۴,۷۵	۱۶,۲۱	۱۷,۵۰	۱۴,۸۳	خراسان شمالی
۱۶,۱۸	۱۹,۰۶	۱۳,۰۲	۱۹,۴۳	۲۰,۶۷	۱۸,۱۰	۱۸,۴۶	۱۹,۹۹	۱۶,۶۸	۱۷,۳۵	۱۹,۷۵	۱۴,۸۰	خوزستان
۱۴,۱۱	۱۴,۰۳	۱۴,۲۰	۱۴,۷۲	۱۵,۸۰	۱۳,۵۸	۱۷,۲۶	۱۹,۵۰	۱۴,۹۰	۱۵,۲۲	۱۵,۸۶	۱۴,۵۴	زنجان
۱۳,۵۰	۱۳,۸۶	۱۳,۱۳	۱۳,۳۰	۱۳,۷۳	۱۲,۸۶	۱۳,۹۴	۱۵,۰۸	۱۲,۷۵	۱۴,۵۷	۱۵,۳۸	۱۳,۷۲	سمنان
۱۷,۰۸	۱۸,۲۳	۱۵,۸۴	۱۷,۶۹	۲۰,۷۸	۱۴,۴۴	۱۳,۳۸	۱۵,۱۶	۱۱,۵۱	۱۵,۰۱	۱۶,۷۶	۱۳,۳۴	سیستان و بلوچستان
۱۳,۹۴	۱۵,۶۵	۱۲,۱۱	۱۶,۷۱	۱۷,۴۳	۱۵,۹۶	۱۲,۱۹	۱۳,۵۵	۱۰,۷۴	۱۳,۲۶	۱۳,۳۴	۱۳,۱۷	فارس
۱۲,۱۰	۱۲,۶۲	۱۱,۵۵	۱۳,۱۷	۱۴,۷۲	۱۱,۴۹	۱۱,۸۵	۱۲,۷۹	۱۰,۸۴	۱۳,۰۸	۱۳,۰۷	۱۳,۰۹	قزوین
۱۰,۵۱	۱۲,۳۵	۸,۵۶	۱۳,۸۲	۱۵,۷۷	۱۱,۶۵	۱۳,۷۷	۱۴,۶۳	۱۲,۸۵	۱۳,۸۵	۱۴,۹۵	۱۲,۷۰	قم
۱۴,۱۸	۱۵,۲۹	۱۳,۰۰	۱۵,۸۸	۱۷,۱۱	۱۴,۵۷	۱۵,۳۱	۱۵,۵۸	۱۴,۹۴	۱۵,۷۹	۱۸,۸۱	۱۲,۵۵	کردستان
۱۳,۴۷	۱۱,۵۵	۱۵,۴۴	۱۳,۰۱	۱۳,۰۱	۱۲,۹۶	۱۴,۳۸	۱۳,۵۰	۱۵,۴۲	۱۳,۴۴	۱۴,۷۶	۱۲,۰۱	کرمان
۱۵,۵۲	۱۴,۸۷	۱۶,۲۳	۱۶,۸۰	۱۷,۲۱	۱۶,۴۳	۱۵,۵۸	۱۷,۵۱	۱۳,۵۰	۱۴,۳۵	۱۶,۷۲	۱۱,۹۰	کرمانشاه
۱۱,۹۱	۱۱,۴۳	۱۲,۴۲	۱۳,۳۰	۱۲,۹۳	۱۳,۶۹	۷,۵۸	۷,۳۲	۷,۸۶	۱۱,۷۴	۱۲,۱۹	۱۱,۲۷	کهگیلویه و بویراحمد
۱۳,۶۷	۱۳,۶۷	۱۳,۶۸	۲۸,۲۰	۳۰,۳۰	۲۵,۹۸	۱۲,۶۹	۱۳,۲۴	۱۲,۰۹	۱۳,۸۰	۱۶,۲۷	۱۱,۱۷	گلستان
۱۴,۷۰	۱۶,۶۱	۱۲,۶۳	۱۴,۷۶	۱۵,۳۱	۱۴,۱۶	۱۳,۶۲	۱۴,۷۰	۱۲,۴۴	۱۱,۰۲	۱۱,۳۱	۱۰,۷۱	گیلان
۱۰,۲۵	۱۰,۸۵	۹,۶۱	۱۷,۱۸	۱۸,۷۳	۱۵,۶۰	۱۰,۵۴	۱۱,۰۵	۱۰,۰۰	۱۱,۵۶	۱۲,۶۴	۱۰,۶۷	لرستان
۱۲,۸۲	۱۳,۲۷	۱۲,۳۲	۱۳,۳۰	۱۴,۷۰	۱۱,۷۶	۱۰,۸۸	۱۱,۷۶	۹,۹۳	۱۰,۰۰	۹,۵۳	۱۰,۵۱	مازندران
۱۳,۸۱	۱۳,۲۷	۱۴,۳۷	۱۴,۲۷	۱۵,۱۸	۱۳,۳۲	۱۱,۹۱	۱۲,۴۲	۱۱,۳۸	۹,۴۵	۸,۸۰	۱۰,۱۴	مرکزی
۱۲,۹۳	۱۲,۷۸	۱۳,۰۹	۱۳,۴۵	۱۶,۲۷	۱۰,۴۳	۱۰,۲۳	۱۰,۴۱	۱۰,۰۴	۱۱,۱۱	۱۲,۵۵	۹,۵۷	هرمزگان
۱۰,۱۵	۱۱,۴۱	۸,۸۱	۱۰,۱۱	۱۱,۲۱	۸,۹۷	۱۰,۷۱	۱۱,۲۳	۱۰,۱۶	۹,۸۲	۱۰,۸۲	۸,۷۸	همدان
۱۳,۴۵	۱۴,۶۴	۱۲,۲۰	۱۰,۰۰	۱۲,۱۰	۷,۷۸	۹,۸۸	۱۰,۰۰	۹,۷۶	۹,۴۴	۱۰,۵۳	۸,۲۷	یزد

۵- نتیجه‌گیری

همان‌گونه که در گزارش ملاحظه می‌گردد ناهمگونی‌های فراوانی بین کشورهای دنیا از نظر شاخص‌های سلامت، به‌ویژه در مخارج سلامت دولتی مشاهده می‌شود که به ساختار نظام سلامت در کشورهای مختلف و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی و شرایط سیاسی مربوط است. شناخت روند تغییر و تحول متغیرها و شاخص‌های بخش بهداشت و سلامت از آن رو حائز اهمیت است که بهبود این‌گونه متغیرها بر فرایند توسعه اقتصادی-اجتماعی از جمله ارتقاء قابلیت‌ها و توانمندسازی مردم، افزایش بازده اقتصادی، متعالی‌تر شدن رفتارهای اقتصادی-اجتماعی و درنهایت تقویت و تحکیم انسجام ملی دارای اثرات عمیق و فراگیری است. بر اساس گزارش‌های جهانی و همچنین داده‌های داخلی، شاخص‌های حوزه سلامت حاکی از روند رو به رشد در دستیابی به جایگاه برتر جهانی و به‌خصوص منطقه می‌باشد که این امر در سایه برنامه‌ریزی و اتخاذ سیاست‌های مناسب و عملیاتی امکان‌پذیر شده است.

پیوست

اصول قانون اساسی

اصل بیست و نهم

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند.

اصل سوم

- ۱- دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد:
- ۲- ایجاد محیط مساعد برای رشد فضایل اخلاقی بر اساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی.
- ۳- بالا بردن سطح آگاهی‌های عمومی در همه زمینه‌ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه‌های گروهی و وسایل دیگر.
- ۴- آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان برای همه در تمام سطوح و تسهیل و تعمیم آموزش عالی.
- ۵- تقویت روح بررسی و تتبع و ابتکار در تمام زمینه‌های علمی، فنی، فرهنگی و اسلامی از طریق تأسیس مراکز تحقیق و تشویق محققان.
- ۶- طرد کامل استعمار و جلوگیری از نفوذ اجانب.
- ۷- محو هرگونه استبداد و خودکامگی و انحصارطلبی.
- ۸- تأمین آزادی‌های سیاسی و اجتماعی در حدود قانون.
- ۹- مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش.
- ۱۰- رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه‌های مادی و معنوی.
- ۱۱- ایجاد نظام اداری صحیح و حذف تشکیلات غیر ضرور.
- ۱۲- تقویت کامل بنیه دفاع ملی از طریق آموزش نظامی عمومی برای حفظ استقلال و تمامیت ارضی و نظام اسلامی کشور.
- ۱۳- پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق 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.
- ۱۴- تأمین خودکفایی در علوم و فنون صنعت و کشاورزی و امور نظامی و مانند این‌ها.

۱۵- تأمین حقوق همه‌جانبه افراد از زن و مرد و ایجاد امنیت قضایی عادلانه برای همه و تساوی عموم در برابر قانون.

۱۶- توسعه و تحکیم برادری اسلامی و تعاون عمومی بین همه مردم.

۱۷- تنظیم سیاست خارجی کشور بر اساس معیارهای اسلام، تعهد برادرانه نسبت به همه مسلمان و حمایت بی‌دریغ از مستضعفان جهان.

اصل بیستم

همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.

اصل بیست و یکم

دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد:

۱- ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او.

۲- حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی‌سرپرست.

۳- ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده.

۴- ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست.

۵- اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی.

سند چشم‌انداز ۱۴۰۴

متن کامل سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی؛ که در تاریخ ۱۳ آبان ۱۳۸۲ توسط رهبر معظم انقلاب به سران قوای سه‌گانه ابلاغ شد:

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه‌ریزی شده و مدبرانه جمعی و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست‌ساله، ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه با هویت اسلامی و انقلابی، الهام‌بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل.

جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت:

— توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها و بهره‌مندی از امنیت اجتماعی و قضایی.

- برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، متکی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه‌ی اجتماعی در تولید ملی.
- امن، مستقل و مقتدر با سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی همه‌جانبه و پیوستگی مردم و حکومت. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط‌زیست مطلوب.
- فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه‌ی تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن.
- دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه‌ی آسیای جنوب غربی (شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه) با تأکید بر جنبش نرم‌افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقاء نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.
- الهام‌بخش، فعال و مؤثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم‌سالاری دینی، توسعه‌ی کارآمد، جامعه‌ی اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تأثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه‌ای بر اساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام خمینی(ره).
- دارای تعامل سازنده و مؤثر با جهان بر اساس اصول عزت، حکمت و مصلحت.

سیاست‌های کلی «سلامت»

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است، ابلاغ کردند. متن سیاست‌های کلی سلامت که به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده، به شرح زیر است:

- ۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه
- ۱-۱- ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.
- ۱-۲- آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.
- ۲- تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان‌سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:
 - ۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.

- ۲-۲- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
- ۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
- ۲-۴- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.
- ۲-۵- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
- ۲-۶- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.
- ۳- ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.
- ۴- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.
- ۵- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.
- ۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.
- ۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:
- ۷-۱- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.
- ۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.
- ۷-۴- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.

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 از طریق:

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 ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

۸-۲- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها.

۸-۳- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان.

۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.

۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۹-۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.

۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۹-۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده 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 ارتقاء 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 ارتقاء 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 ارتقاء سلامت به ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.

۱۲-۱- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۲-۲- استانداردسازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.

۱۲-۳- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.

۱۲-۴- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.

۱۲-۵- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی.

۱۲-۶- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.

۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، 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.

۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

برنامه هفتم پیشرفت

فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت

ماده ۶۸- در اجرای بند (۱۲) سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم و به منظور تحقق اهداف کمی زیر مطابق با احکام این فصل اقدام می‌شود:

جدول ۱۱: اهداف کمی سنجه‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت

سنجه عملکردی	واحد متعارف	وضع موجود (سال پایه)	هدف کمی در پایان برنامه
شاخص سهم پرداختی از جیب (اوت آف پاکت)	درصد	-	۳۰
شاخص حداکثر درصد خانوارهایی که دچار هزینه‌های تحمل‌ناپذیر (کاتاستروفیک) می‌شوند	درصد	-	۲
پوشش کامل بیمه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی کشور	درصد	۹۵	۱۰۰
سرانه پزشک به جمعیت	هزار نفر	۱,۷	۲
مرگ ناشی از سکته‌های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده	درصد	۱۵,۷	۷,۵
کاهش دی‌ام‌اف در ۱۲ ساله‌ها نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده	درصد	۲,۱	۱,۴
شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران قند (دیابتیک) در قالب پزشک خانواده	درصد	۴۰	۵۰
شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با فشار خون بالا افراد بالای ۳۰ سال در قالب پزشک خانواده	درصد	۴۵	۶۰
شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب پزشک خانواده	درصد	۶۰	۸۵
شاخص پایش (کنترل) سه عامل قند خون، فشار خون و چربی در بیماران قند (دیابتیک) در قالب پزشک خانواده	درصد	۲۰	۴۰
شاخص مصرف دخانیات در قالب پزشک خانواده	درصد	۱۴	۱۰

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد سنجه‌های عملکردی نظام سلامت را سالانه به مجلس ارسال نماید.

ارتقای کیفیت خدمات

ماده ۶۹- برای ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایت‌مندی بیماران اقدامات زیر انجام می‌گیرد:

الف-

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با هدف ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت و استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی، ظرف دو سال از لازم‌الاجرا شدن این قانون، با آماده‌سازی مراکز امن داده و استقرار امضای الکترونیکی، کلیه سامانه‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات و کالای سلامت از جمله سامانه‌های بیمارستانی، نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی سرپایی، نرم‌افزارهای حوزه بهداشتی (سطح اول خدمات سلامت)، سامانه کنترل و ممیزی اسناد سلامت و سامانه‌های خودمراقبتی را به صورت یکپارچه به یکدیگر متصل نموده و با جمع‌آوری کلیه داده‌های سلامت تولیدشده از این مبادی و ذخیره‌سازی امن و متمرکز آن‌ها در پایگاه ملی سلامت مبتنی بر قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی ضمن صیانت از اطلاعات سلامت شهروندان، نسبت به در اختیار قرار دادن اطلاعات موجود به پزشکان معالج یا هر فرد یا گروهی که قانوناً یا بر اساس مجوز اخذ شده از مالک اصلی اطلاعات (شهروند) امکان استفاده از این اطلاعات را دارد، اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف سه ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور با هدف استقرار نظام معماری یکپارچه سلامت الکترونیک را تهیه نموده و به تصویب هیئت وزیران برساند.

۲- کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی ارائه‌کننده خدمات سلامت دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعم از دولتی، غیردولتی، عمومی، خیریه و خصوصی مکلف‌اند داده‌های سلامت و پزشکی ایرانیان و اتباع غیرایرانی را به صورت برخط و همزمان با ارائه خدمت بر اساس قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی (پایگاه ملی سلامت) به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال نمایند. از سال دوم اجرای این قانون هرگونه تمدید پروانه مسئول فنی، تمدید پروانه مطب پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت و همچنین تمدید پروانه تأسیس و بهره‌برداری و گواهینامه اعتباربخشی در بخش‌های سرپایی و بستری کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت در تمامی بخش‌ها منوط به رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی است.

۳- به منظور یکپارچه‌سازی و ارتقای سطح قاعده‌مندی نظام خرید خدمات سلامت و تجمیع قواعد بیمه‌ای حوزه خدمات سلامت سرپایی و بستری و تسهیل و تسریع دسترسی ایرانیان در بهره‌مندی از این خدمات:

۳-۱- کلیه شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی، غیردولتی، عمومی، خیریه و خصوصی و نیز دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری مکلف‌اند تا پایان سال اول اجرای این قانون، کلیه مراحل استحقاق‌سنجی اعم از احراز هویت و پوشش بیمه‌ای و پایش (کنترل) همپوشانی

بیمه‌ای را منحصراً مبتنی بر قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی (پایگاه ملی بیمه‌های سلامت کشور)، به انجام رسانند. این شرکت‌ها و صندوق‌ها مکلف‌اند داده‌های مرتبط با اطلاعات بیمه‌شدگان خود را در پایگاه، به‌روز نگه داشته و کلیه مراحل ارائه خدمات خود را منوط به استفاده از پایگاه نمایند.

۳-۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است تا پایان سال اول اجرای این قانون با هدف اعمال دقیق قواعد تجویز و خرید راهبردی خدمات و اعمال راهنماهای بالینی، پایش (کنترل) اصالت دارو و ملزومات و تجهیزات مصرفی، پایش (کنترل) هویت و صلاحیت تجویزکنندگان نسخه‌ها و دستورات پزشکی و نیز صاحبان امضای اسناد پزشکی در مشاغل و حرف وابسته به نظام سلامت، «پایگاه قواعد سلامت» (سامانه سنجش یکپارچه قواعد استحقاق خدمات سلامت، هویت و صلاحیت‌سنجی کلیه تجویزکنندگان نسخ و دستورات پزشکی و نیز صاحبان امضای اسناد در مشاغل و حرف وابسته به نظام سلامت) را با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی و الزامات مندرج در سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور راه‌اندازی نماید و در اختیار سامانه‌های مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهد.

۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف شش ماه اول اجرای این قانون، مقررات لازم برای ارائه خدمات یکپارچه سلامت الکترونیکی مبتنی بر نظام تنظیم‌گری (رگولاتوری) و کاروری (اپراتوری) سلامت الکترونیکی با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی را تهیه، تصویب و ابلاغ نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با رعایت قانون تسهیل صدور مجوزهای کسب و کار حداکثر از ابتدای سال دوم اجرای این قانون از طریق فراخوان و ارزیابی به شرکت‌های دارای صلاحیت، مجوز کاروری (اپراتوری) سلامت الکترونیکی اعطا نماید. جریان داده‌های سلامت در نظام تنظیم‌گری- کاروری بر اساس قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی خواهد بود.

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با هدف مدیریت و پایش خدمات سلامت نسبت به استقرار و عملیاتی‌سازی امضای الکترونیک با ایجاد سازوکارهای لازم از جمله «پایگاه قواعد سلامت» با فعال‌سازی کامل زیرساخت کلید عمومی از طریق اعطای مجوز به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر مراکز صدور گواهی امضای الکترونیکی ذیل مرکز میانی و اعمال نظارت سلسله‌مراتبی بر آنها با رعایت ماده (۱۰) قانون تجارت الکترونیکی مصوب ۱۳۸۲/۱۰/۱۷ اقدام کند.

۶- از سال اول اجرای این قانون کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی حسب درخواست یا نیاز سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به صورت الکترونیکی می‌باشند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر راهکار مدیریت شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری و قطعی اینترنت را با رعایت

قوانین تدوین نماید و به تصویب هیئت وزیران برساند و گزارش عملکرد این بند را به تفکیک اجزاء به کمیسیون بهداشت و درمان و معاونت نظارت مجلس به صورت هر شش ماه یکبار ارسال نماید.

ث- هیچ‌یک از پزشکان، دندان‌پزشکان، داروسازان و مشمولان قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت مصوب ۱۳۸۸/۱/۳۰ که در استخدام رسمی، پیمانی و قراردادی دستگاه‌های اجرایی شاغل در ستاد یا مراکز و مؤسسات ارائه خدمات سلامت موضوع قانون مذکور هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در مراکز تشخیصی آموزشی درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند، مسؤولیت اجرای این حکم حسب مورد بر عهده وزرای مربوط و رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

در اجرای این حکم دولت مکلف است از طریق اعمال تعرفه مربوط و اصلاح نظام پرداخت کارانه در چهارچوب بودجه سنواتی خدمات ذی‌نفعان را جبران نماید. اجرای این حکم، مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی و پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه سنواتی است.

ج- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار، ایجاد آمادگی برای مواجهه با سالمندی، جلوگیری از فرسودگی پایوران (کادر) درمان، نسبت به افزایش ظرفیت پزشکی تخصصی سالانه به میزان حداقل دوازده درصد (۱۲٪) با اخذ تعهد خدمت در مناطق مورد نیاز و فراهم‌آوری زیرساخت‌های آموزشی در سقف بودجه مصوب، برنامه‌ریزی و اقدام کند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برنامه افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با اولویت رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، داروسازی و رشته‌های حد واسط را تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند.

چ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در جهت ارتقای جایگاه خدمات طب سنتی ایرانی نسبت به ساماندهی خدمات طب سنتی بر اساس شواهد علمی و توسعه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و دارویی و تهیه فهرست فرآورده‌ها و داروهای سنتی و گیاهی کشور و نظارت بر توزیع و عرضه آنها در مراکز و اماکن مجاز اقدام نماید.

بند الحاقی ۱- به منظور ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی و دسترسی عادلانه مردم به خدمات اورژانسی (۱۱۵) در اقصی نقاط کشور، سازمان اورژانس کشور مکلف است نسبت به توسعه پایگاه‌های زمینی شهری و

جاده‌ای و هوایی (تأمین یا خرید خدمات) و دریایی اورژانس پیش‌بیمارستانی در سقف بودجه سنواتی اقدام نماید.

بند الحاقی ۲- از سال دوم اجرای برنامه کلیه شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده خودرو و موتورسیکلت مکلف‌اند حسب مورد به ازای فروش هر دستگاه خودرو، ماشین‌آلات سنگین و سبک و موتورسیکلت، یک درصد (۱٪) از قیمت فروش خود را جهت خرید و تحویل آمبولانس و موتورلانس به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و ناوگان اورژانس زمینی سازمان اورژانس کشور اختصاص دهند.

بند الحاقی ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های نظام پزشکی و نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران و سایر ذی‌نفعان مکلف است در سال اول اجرای برنامه، سند جامع (خط‌مشی) مراقبت‌های سلامت را تهیه نموده و به تصویب هیئت وزیران برساند و نسبت به اجرای آن از سال دوم اجرای این قانون اقدام کند.

راهبری نظام سلامت

ماده ۷۰- به منظور ارتقای بهره‌وری و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و ایجاد فضای رقابتی بین واحدهای مختلف ارائه‌دهنده خدمت با هدف جلب رضایت خدمت‌گیرندگان، اقدامات زیر انجام می‌پذیرد:

الف- تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، نیازسنجی تأسیس مؤسسات پزشکی ارائه‌دهنده خدمات سلامت (پس از بررسی صلاحیت و تأیید مدارک تحصیلی متقاضیان) ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و پرداخت عملکردی بر اساس راهنماهای بالینی واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات و تقویت و کارآمدسازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با رعایت مفاد سیاست‌های کلی سلامت و این قانون و ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور و با در نظر گرفتن اولویت پیشگیری بر درمان با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، صیانت از حقوق سلامت مردم، ارتقای شاخص‌های بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات پایه، متناسب‌سازی و مدیریت (کنترل) تقاضا و توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأثیرگذار بر سلامت، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (بهداشتی، تشخیصی، دارویی، مراقبتی، درمانی و توان‌بخشی) در پخش‌های سرپایی، بستری و خدمات رقومی (دیجیتال) سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی سلامت موظف‌اند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت کنند.

ب- سازمان مکلف است منابع بودجه عمومی سلامت را که ماهیت بیمه‌ای دارد صرفاً از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها تخصیص دهد. مراکز بهداشتی و درمانی نیروهای مسلح از شمول حکم این بند مستثنا می‌باشند.

پ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام شبکه بهداشتی- درمانی کشور مشتمل بر مراقبت‌ها و خدمات یکپارچه بهداشتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، دارویی و توان‌بخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تا پایان سال اول اجرای برنامه نسبت به استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیت‌های حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید. همزمان با استقرار کامل برنامه مذکور، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به هماهنگی پرداخت مشوق‌های تعیین شده در برنامه برای توسعه کمی و کیفی بسته بیمه پایه سلامت و اصلاح نظام پرداخت بیمه‌ای مطابق جزء (۷) بند (۹) سیاست‌های کلی سلامت اقدام قانونی لازم را اعمال نماید.

ت- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی- درمانی پزشکی را از شیوه «به ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» تبدیل و به تصویب هیئت وزیران برساند، به گونه‌ای که شیوه تعرفه‌گذاری حداقل چهارصد شناسه خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به شیوه پرداخت جدید، خرید خدمت شود. شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه یک‌بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ارسال نماید.

ث- کلیه پزشکان، پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظف‌اند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت توسط اشخاص حقیقی و حقوقی مذکور حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوط است. تعرفه خدمات دارویی مانند سایر خدمات سلامت بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به‌طور سالانه تعیین می‌گردد.

تبصره- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با اعلام تذکر قبلی نسبت به لغو موقت یا دائم مجوز مراکز، مؤسسات و شرکت‌هایی که از قوانین، مقررات و ضوابط ابلاغی این وزارتخانه تخلف نموده و موجب اختلال در زنجیره تأمین خدمات و کالاهای سلامت محور از ابتدا تا انتها گردند، اقدام نماید. مصادیق تخلف و فرایند رسیدگی بر اساس شیوه‌نامه‌ای است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس قوانین و مقررات تهیه و ابلاغ می‌گردد.

به منظور کاهش هزینه‌های مردم دولت از طریق شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است با منطقی‌سازی تعرفه‌های خدمات بهداشتی، تشخیصی، دارویی و درمانی با رعایت ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور نسبت به افزایش پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های تشخیصی، درمانی، دارویی، طب سنتی ایرانی، خدمات حوزه سلامت و پرستاری در منزل و توان‌بخشی اقدام نماید، به نحوی که در پایان اجرای برنامه، سهم پرداخت از جیب ایرانیان به سی درصد (۳۰٪) کاهش یابد.

ج- به منظور اجرایی نمودن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بیمارستان‌های وابسته به دولت و تأمین اجتماعی، بیمارستان‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی و بیمارستان‌های خصوصی که در چهارچوب سطح‌بندی و نظام ارجاع همکاری دارند، پزشکان متخصص این بیمارستان‌ها موظف‌اند روزانه حداقل به تعدادی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر می‌نماید به بیماران ارجاعی از سطح اول، خدمت ارائه دهند.

بند الحاقی ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت مراقبت‌ها و خدمات سلامت، افزایش اثربخشی و کارایی و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی کشور اقدامات ذیل را در طول برنامه انجام دهد:

۱- استانداردسازی ارائه خدمات درمانی و کاهش خدمات کاذب و القائی تا پایان سال اول اجرای برنامه و تدوین و ابلاغ راهنماهای بالینی، استانداردهای خدمات درمانی و راهنماهای تجویز دارویی

۲- تدوین شاخص‌های پایش، نظارت، ارزشیابی مراقبت‌ها و خدمات سلامت و اعتباربخشی با لحاظ پراکندگی جغرافیایی و نصاب جمعیتی و نظارت بر کلیه مراکز و مؤسسات خدمات مراقبتی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی، دارویی و توان‌بخشی سرپایی و بستری بر اساس شاخص‌های تعیین‌شده، استانداردها، راهنماهای بالینی، رعایت تعرفه‌ها و نظام پرداخت مصوب

۳- ارزیابی فناوری‌ها و خدمات جدید و ارتقای خدمات جاری نظام سلامت بر اساس آن

تبصره- سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان مکلف‌اند موارد فوق را حسب مورد حداکثر ظرف یک‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون در بستر سامانه‌های هوشمند با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی سلامت، بارگذاری و استفاده نمایند.

بند الحاقی ۲- در راستای مدیریت خطر حوادث و بلایا، دولت با همکاری نهادهای ذی‌ربط مکلف است با اولویت اقدامات ناظر به پیشگیری، کاهش آسیب و آمادگی، افزایش تاب‌آوری و تأمین منابع پایدار برای مقابله با حوادث و بلایا نسبت به تدوین اقدامات اجرایی مناسب اقدام نماید. همچنین با توجه به لزوم مقاوم‌سازی و ایمن‌سازی لرزه‌ای، مقابله با آتش‌سوزی و اهمیت ارتقای تاب‌آوری و تعمیر اساسی سامانه (سیستم)‌های تأسیسات مکانیکی، برقی و رایانیکی

(سایبری) بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی-درمانی دولتی و پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی، طرح ایمن‌سازی و ارتقای تاب‌آوری بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی کشور در سال‌های برنامه به مرحله اجرا درمی‌آید.

بند الحاقی ۳- به استناد ماده (۱۱۷) قانون مدیریت خدمات کشوری، آیین‌نامه‌های مالی، محاسباتی، معاملاتی، استخدامی و ضوابط ساختار تشکیلاتی و سمت (پست)‌های سازمانی جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تابع جزء (۴) بند «ب» ماده (۱۰) قانون اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران الحاقی است. ۱۳۸۲/۲/۲۴.

بند الحاقی ۴- در راستای ارتقای سلامت خون و فراورده‌های آن و نجات جان بیماران نیازمند پیوند سلول‌های بنیادی خونساز، سازمان انتقال خون ایران مکلف است از سال اول برنامه نسبت به انجام آزمایش غربالگری مولکولی (ان‌ای‌تی) و آنتی‌بادی و آزمایش سازگاری بافتی (اچ‌ال‌ای) بر اساس روش‌های نوین اقدام نماید.

دارو و تجهیزات پزشکی

ماده ۷۱- به منظور اطمینان از تأمین پایدار ذخایر راهبردی با کیفیت دارو، پیش‌بینی و پیشگیری از کمبود دارو و کاهش سهم واردات فوریتی از تأمین نیاز کشور اقدامات زیر در طول اجرای برنامه انجام می‌شود:

الف- سازمان غذا و دارو با همکاری دستگاه‌های اجرایی مربوط مکلف است تا پایان سال اول اجرای برنامه، به‌گونه‌ای تنظیم‌گری نماید که ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی با کیفیت به میزان حداقل شش ماه نیاز کشور با اولویت تولید داخلی و واردات رسمی تأمین باشد. دولت مکلف است از طریق دستگاه‌های مربوط، منابع مورد نیاز را در بودجه‌های سنواتی پیش‌بینی نموده و در اختیار سازمان غذا و دارو قرار دهد. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه به کمیسیون بهداشت و درمان و معاونت نظارت مجلس ارسال نماید.

ب- وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف است با همکاری سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه نسبت به ایجاد سازوکار پرداخت سهم یارانه دولت از طریق تسویه الکترونیکی و اعتباری مطالبات در زنجیره تأمین دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی حسب مورد در وجه داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، شرکت‌های پخش و تأمین‌کننده اقدام نماید.

پ- سازمان غذا و دارو مکلف است نسبت به تکمیل سامانه ردیابی، رهگیری و پایش اصالت کالاهای سلامت‌محور برای دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال سوم اجرای برنامه، کل بازار را از نظر ارزش ریالی تحت پوشش این سامانه قرار دهد. بیمه‌های پایه و تکمیلی درمان در بخش سرپایی و بستری صرفاً در صورت دریافت گواهی تأیید اصالت از این سامانه، مجاز به پرداخت هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی تحت پوشش آن هستند.

بند الحاقی ۱- دولت مکلف است نسبت به قیمت‌گذاری تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی و مکمل‌های دارویی، رژیم غذایی، تغذیه‌ای و مواد اولیه دارویی و فراورده‌های دارویی و ایمن‌ساز (واکسن) به جز در مورد محصولات با فناوری بالا و زیست‌فناوری، با لحاظ هزینه تمام‌شده محصول و سود متعارف با اعلام قواعد و به صورت سامانه‌ای اقدام نماید. نماینده شورای عالی بیمه سلامت کشور با حق رأی به اعضای کمیسیون‌های قیمت‌گذاری دارو و تجهیزات پزشکی اضافه می‌شود.

بند الحاقی ۲- فهرست رسمی دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور (طرح ژنریک) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر هر سه ماه یک‌بار تدوین و منتشر می‌گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب می‌شود و متخلف با توجه به شدت عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن، حسب مورد به مجازات مندرج در تبصره (۱) ماده (۲۸) قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۱/۲۵ محکوم می‌گردد. آیین‌نامه اجرایی این بند ظرف سه ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون توسط سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو) تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

بند الحاقی ۳- در راستای رشد و توسعه خدمات بشردوستانه، ارتقای سرمایه‌های اجتماعی، تقویت مشارکت‌های عمومی، افزایش مشارکت جوانان، داوطلبان در خدمات امدادی و عام‌المنفعه و کمک به افزایش تاب‌آوری جامعه، کاهش آسیب‌های ناشی از حوادث و سوانح و تغییرات اقلیمی و توسعه امور حمایتی، کمک اشخاص حقیقی و حقوقی (دولتی، خصوصی و عمومی) به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران به عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی تلقی می‌شود.

بند الحاقی ۴- وزارت جهاد کشاورزی موظف است با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد ایران پس از ایجاد نظام رهگیری، ردیابی، بسته‌بندی و شناسنامه‌دار کردن و نشان (برند)‌سازی برای محصولات خام کشاورزی، دامی، طیور و آبرزی از سطح مزرعه و دامداری، این محصولات را از نظر باقیمانده سموم کشاورزی، نیترات، فلزات سنگین و باقیمانده داروهای دامی در زنجیره تأمین، جهت انجام اقدام قانونی لازم، ارزیابی و اعلام نماید. آیین‌نامه اجرایی این بند توسط وزارت جهاد کشاورزی با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد ایران تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. وزارت جهاد کشاورزی و سازمان ملی استاندارد ایران مکلف‌اند گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه یک‌بار به کمیسیون‌های بهداشت و درمان و کشاورزی، آب، منابع طبیعی و محیط‌زیست مجلس ارسال نمایند.

بند الحاقی ۵- دولت مکلف است طرح تغذیه با شیر رایگان را در مدارس ابتدائی دولتی اجرایی نماید.

بند الحاقی ۶- دولت مکلف است اساسنامه سازمان غذا و دارو را ظرف شش ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه کند و به تصویب هیئت وزیران برساند، چنانچه ظرف

مهلت مذکور اساسنامه به تصویب هیئت وزیران نرسد پس از انقضای مهلت، هرگونه اقدام سازمان غذا و دارو در حکم دخل و تصرف غیرقانونی در وجوه و اموال دولتی و عمومی (موضوع ماده (۵۹۸) کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی) است.

ماده ۷۲- به منظور تبدیل جمهوری اسلامی ایران به قطب تأمین سلامت منطقه جنوب غرب آسیا، دستیابی به صادرات سالانه بیش از یک میلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) یورو دارو و ایمن‌ساز (واکسن) و بیش از یک میلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) یورو تجهیزات پزشکی، افزایش درآمد سالانه کشور از گردشگری سلامت به شش میلیارد (۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) یورو و افزایش درآمد سالانه حاصل از جذب دانشجویان خارجی در رشته‌های علوم پزشکی به بیش از هفت صد میلیون (۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰) یورو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به انجام اقدامات زیر است:

الف- جهت افزایش ضریب خودکفایی در تأمین مواد اولیه دارو، فراورده‌های دارویی و محصولات کشاورزی، ملزومات مصرفی و تجهیزات پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه با همکاری وزارت صنعت، معدن و تجارت و وزارت جهاد کشاورزی نسبت به ایجاد سازوکار مناسب برای رعایت استانداردهای لازم جهت صادرات محصولات کشاورزی و دارو و راه‌اندازی سامانه ثبت قراردادهای صادراتی و تضمین حقوق و امنیت این قراردادها اقدام نماید. وزارت جهاد کشاورزی و سازمان غذا و دارو مکلف‌اند جز در موارد ضرورت نسبت به اعلام ممنوعیت‌های صادراتی حداقل یک سال پیش از اعمال آنها اقدام نمایند. در صورت اتخاذ ممنوعیت‌های صادراتی، قراردادهایی که در چهارچوب سازوکارها و استانداردهای مذکور انجام شده باشد، مشمول این ممنوعیت‌ها نیستند. موارد ضرورت در هر مورد با تشخیص وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی تعیین می‌گردد.

ب- تا پایان سال دوم اجرای برنامه، با انجام مذاکرات دوجانبه و چندجانبه با اولویت کشورهای منطقه، حوزه تمدنی و اعضای اتحادیه اقتصادی اوراسیا، اقدامات لازم را جهت پذیرش مواد اولیه دارو و فراورده‌های دارویی، ملزومات مصرفی و تجهیزات پزشکی ثبت‌شده در ایران توسط این کشورها و همچنین صدور گواهی ثبت و مجوز ورود به بازار و گواهینامه‌های مشترک کیفیت تولید انجام دهد.

بیمه سلامت

ماده ۷۳- به منظور تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدامات زیر انجام می‌گیرد:

الف- پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل وی از طریق ارزیابی و توسع برای حداقل پنج دهک پایین درآمدی به صورت رایگان و برای سایر دهک‌ها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین‌نامه‌ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره- کلیه ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، بیمه‌شده سازمان بیمه سلامت ایران محسوب می‌شوند. مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تأخیر تأدیه بر اساس مفاد این قانون، در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم‌الاجراست و با اعلام سازمان بیمه سلامت ایران از محل مطالبات فرد از دستگاه‌های اجرایی از جمله یارانه نقدی به موجب آیین‌نامه اجرایی که توسط بیمه سلامت ایران و همکاری سازمان هدفمندی یارانه‌ها تهیه شده و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، دریافت می‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه یک‌بار به مجلس ارسال نماید.

ب- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد خانوار است:

۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی: معادل هفت درصد (۷٪) حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صد درصد (۱۰۰٪) آن بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

۲- کارکنان دستگاه‌های اجرایی: معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان که بخشی از آن از محل بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.

۳- بیمه‌شدگان و مشترکان سازمان تأمین اجتماعی: مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی: معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

بند الحاقی- دولت مکلف است پرداخت سرانه حق بیمه پایه سلامت افرادی را که به عهده دارد، به صورت کامل در لوایح بودجه سنواتی پیش‌بینی نماید و صد درصد (۱۰۰٪) آن را با رعایت ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور و ماده (۲۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) و مشابه پرداخت‌های فصل اول حقوق و دستمزد به سازمان بیمه سلامت ایران تخصیص دهد.

پ- به منظور کاهش هزینه‌های مردم، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به استطاعت‌سنجی مالی مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی

خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام و مراتب را به تصویب هیئت وزیران برساند. سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار به صورت سالانه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تعیین می‌گردد.

ث- دولت مجاز است از سال اول اجرای برنامه با رعایت اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی بر اساس آزمون وسع و در سقف بودجه مصوب نسبت به اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بسته بیمه پایه در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی برای بازنشستگان و دهک‌های پایین درآمدی (حداقل سه دهک) بر اساس آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، اقدام نماید.

بند الحاقی ۱- سهم بیمه‌گذار (فرانشیز) در موارد بستری برای مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر با تأیید نهادهای مربوط به صورت رایگان و برای سایر گروه‌ها در دهک‌های اول تا پنجم دو درصد (۰.۲٪) و سایر دهک‌ها ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌گردد.

بند الحاقی ۲- سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلف‌اند در طول اجرای برنامه، حداقل پنج درصد (۰.۵٪) از اعتبارات مصوب سالانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی (پایش عوامل خطر متابولیک)، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات بر اساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوق‌های مختلف برای بیمه‌شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین‌نامه اجرایی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

بند الحاقی ۳-

۱- علاوه بر مالیات بر ارزش افزوده خاص محصولات دخانی موضوع بند «ت» ماده (۲۶) قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۳/۲، مالیات عملکرد، حقوق ورودی و حق انحصار بر محصولات دخانی، از ابتدای سال ۱۴۰۳ مالیات هر نخ سیگار و هر بسته تنباکوی پنجاه گرمی نسبت به قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور مصوب ۱۴۰۱/۱۲/۲۴ سالانه به شرح زیر افزایش می‌یابد:

۱-۱- هر نخ سیگار تولید داخل با نشان ایرانی پانزده درصد (۱۵٪)

۲-۱- هر نخ سیگار تولید داخل با نشان بین‌المللی بیست و پنج درصد (۲۵٪)

۳-۱- هر نخ سیگار وارداتی با هر نشان پنجاه درصد (۵۰٪)

۱-۴- هر بسته تنباکوی پنجاه گرمی تولید داخل بیست درصد (۲۰٪)

۱-۵- هر بسته تنباکوی پنجاه گرمی وارداتی آماده مصرف پنجاه و پنج درصد (۵۵٪)

صد درصد (۱۰۰٪) درآمدهای حاصل از اجرای این جزء توسط سازمان امور مالیاتی کشور وصول و به خزانه‌داری کل کشور واریز می‌گردد و در بودجه‌های سنواتی جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، توسعه اماکن ورزشی با اولویت مناطق کم برخوردار و توسعه اماکن ورزشی در مدارس اختصاص می‌یابد.

وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش و ورزش و جوانان مکلف‌اند گزارش عملکرد این جزء را سالانه به کمیسیون‌های بهداشت و درمان و فرهنگی و معاونت نظارت مجلس ارسال نمایند.

۲- وزارت صنعت، معدن و تجارت مکلف است:

۱-۲- امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سامانه‌های اطلاعاتی مرتبط با واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی را فراهم نماید.

۲-۲- نسبت به شناسایی کلیه واحدهای تولیدی و عرضه‌کننده محصولات دخانی که به صورت غیرقانونی تولید و عرضه می‌شود، اقدام و ضمن جلوگیری از فعالیت آنان متخلفین را به مراجع قضایی معرفی نماید.

۳- ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنعت، معدن و تجارت نسبت به جمع‌آوری کلیه محصولات دخانی قاچاق و تقلبی فاقد شناسه (کد) رهگیری اقدام و متخلف را به مراجع قضایی معرفی نماید.

قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱- وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارت‌اند از:

۱- تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پژوهش، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی.

۲- تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط و کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط. (اصلاحی مصوب ۵/۱۰/۱۳۷۵)

تبصره ۱- کلیه اختیارات و وظایف قانونی وزارت جهاد سازندگی (سازمان دامپزشکی کشور) و وزارت کشاورزی (سازمان حفظ نباتات) همچنان به قوت خود باقی است. اعلام ضوابط و حدود تماس مجاز سموم و مواد

شیمیایی از حیث رعایت نکات بهداشتی بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و کلیه سازمان‌های ذی‌ربط موظف به رعایت ضوابط مربوط می‌باشند.

تبصره ۲- آیین‌نامه مربوط به کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت وزارتخانه‌های جهاد سازندگی، کشاورزی، صنایع و سازمان حفاظت محیط‌زیست تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

۳- ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان.

۴- تعیین رشته‌ها و مقاطع تحقیقی مورد نیاز کشور و اجرای برنامه‌های تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی در جهت نیل به خودکفایی.

تبصره ۱- جهت نظارت و تعیین ضابطه لازم در مورد ارزشیابی کلیه مدارک تحصیلی دانشجویان گروه پزشکی خارج از کشور، شورایی بنام شورای ارزشیابی مدارک تحصیلی خارجی گروه پزشکی به ریاست معاون ذی‌ربط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و چهار نفر از اساتید گروه پزشکی به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آن وزارت تشکیل می‌شود.

ارزشنامه مدارک تحصیلی به امضای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد رسید. (اصلاحی مصوب ۴/۱۰/۱۳۷۰)

تبصره ۲- کلیه ضوابط و مقررات آموزشی حاکم بر سایر دانشگاه‌های کشور و نیز ضوابط و مقررات آموزشی اعلام شده از طرف شورایی عالی انقلاب فرهنگی و وزارت فرهنگ و آموزش عالی در مورد دانشگاه‌های علوم پزشکی حاکم و مجری خواهد بود.

نحوه نظارت وزارت فرهنگ و آموزش عالی بر اجرای ضوابط قانونی به گونه‌ای که با اختیارات و مسئولیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مغایرت نداشته باشد، توسط شورایی عالی انقلاب فرهنگی تعیین خواهد شد.

تبصره ۳- به منظور جبران کمبود نیروی انسانی و به‌کارگیری هر چه سریع‌تر کادر مورد نیاز از افراد ارزشیابی شده فوق و یا افراد دیگر به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود که فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی و پیراپزشکی و بهیاری و پرستاری و مامایی را تا تعیین تکلیف آنها از طرف گزینش به کار گمارد و چنانچه پس از یک سال از شروع کار آنها نظریه‌ای دال بر عدم صلاحیت آنها اعلام نگردد به استخدام قطعی آنان اقدام شود (الحاقی مصوب ۴/۱۰/۱۳۷۰).

۵- انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در جمیع رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی و نیز ایجاد و گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهش‌ها و هماهنگ ساختن برنامه‌های مؤسسات تحقیقاتی پزشکی.

۶- برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی درمانی) کشور با تأکید اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.

۷- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی.

تبصره- وزارت جهاد سازندگی در حدود وظایف قانونی محوله با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خدمات بهداشتی درمانی مناطق روستایی و عشایری کمک خواهد نمود.

۸- تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی.

۹- تأمین و ارائه خدمات لازم به معلولین جسمی، ذهنی و اجتماعی قابل توان بخشی در حدود امکانات.

۱۰- تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی جهت اقدامات حمایتی برای کودکان در سنین قبل از دبستان و سالمندان و خانواده‌ها و افراد بی‌سرپرست و نیازمند و معلولین جسمی، ذهنی و اجتماعی غیر قابل توان بخشی و ارائه این خدمات در موارد ضروری توسط مؤسسات دولتی و نظارت بر این اقدامات.

۱۱- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به:

الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی.

ب- مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توان بخشی.

ج- بهداشت کلیه مؤسسات خدماتی و تولیدی مربوط به خدمات و مواد مذکور در فوق.

۱۲- صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های:

الف- مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه‌ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی.

تبصره- صدور مجوزهای صنعتی واحدهای بهداشتی و درمانی توسط وزارت صنایع منوط به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

ب- ساخت فرآورده‌های دارویی و مواد بیولوژیک، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توان‌بخشی.

۱۳- انجام نظارت و کنترل کیفی مواد مذکور در بند «ب» از قسمت ۱۲ ماده ۱ و تعیین ضوابط و مقررات لازم برای موارد مذکور در بند «الف» و «ب» ماده ۱۲.

۱۴- صدور پروانه اشتغال صاحبان حرف پزشکی و وابسته پزشکی.

۱۵- تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهداشتی و تعیین تعرفه‌های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی و تعیین شهریه آموزش‌های غیررسمی و آزاد در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی.

۱۶- تعیین ضوابط مربوط به ارزیابی، نظارت و کنترل بر برنامه‌ها و خدمات واحدها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی، بهداشتی، درمانی و بهداشتی و انجام این امور بر اساس استانداردهای مربوطه.

۱۷- 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.

۱۷- انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی.

ماده ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای تشکیلاتی به شرح زیر خواهد بود:

الف- حوزه مرکزی وزارتخانه که از معاونت‌های زیر تشکیل می‌شود:

۱- معاونت امور آموزشی که امور آموزشی و بازآموزی و گسترش دانشگاه‌ها را به عهده دارد.

۲- معاونت امور دانشجویی که امور مربوط به خدمات آموزشی و رفاهی و گزینش علمی دانشجویان و امور فارغ‌التحصیلان را به عهده دارد.

۳- معاونت امور پژوهشی.

۴- معاونت امور دارویی و غذایی.

۵- معاونت اداری و مالی.

۶- معاونت امور حقوقی و مجلس.

۷- معاونت امور بهداشتی.

- ۸- معاونت امور درمانی.
 - ۹- معاونت جنگ.
 - ۱۰- معاونت امور فرهنگی.
 - ب- دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی.
 - ج- سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان که جایگزین سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها خواهند بود.
 - د- سازمان‌ها و شرکت‌های وابسته.
- تبصره ۱-** رؤسای دانشگاه‌ها و یا دانشکده‌های علوم پزشکی مراکز استان‌ها (به استثنای استان تهران) به عنوان قائم مقام وزیر در استان انجام وظیفه خواهند نمود.
- تبصره ۲-** در استان‌هایی که دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی وجود داشته باشد سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان زیر نظر رئیس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی اداره خواهد شد.
- تبصره ۳-** سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان و بیمارستان‌های تابعه و بیمارستان‌های دانشکده‌های پزشکی دارای اختیارات اداری و مالی بوده و مشمول ماده ۴ قانون تعدیل نیروی انسانی نخواهند بود.
- تبصره ۴-** مرکز بهداشت استان تحت نظر سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان مسئول برنامه‌ریزی، نظارت و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و اجرای برنامه‌های نمونه‌ای در سطح استان در چهارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی‌های وزارتخانه می‌باشد و دارای اختیارات اداری و مالی و خدمات پشتیبانی خواهد بود.
- تبصره ۵-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند در صورت نیاز معاونت‌هایی را با موافقت سازمان امور اداری و استخدامی ایجاد یا حذف نماید.
- ماده ۳-** وظایف و اعتبارات آموزشی و نیروی انسانی آموزش‌دهنده انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران بر حسب تشخیص وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران منتقل می‌گردد که دانشکده تغذیه در دانشگاه مزبور تشکیل گردد و وظایف تشکیلات، اختیارات و اعتبارات پژوهشی و نیروی انسانی پژوهشگر انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران نیز به همان دانشگاه علوم پزشکی منتقل می‌شود و دانشگاه مزبور مکلف است انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور را تشکیل دهد. این انستیتو با داشتن ردیف اعتباری مستقل در قانون بودجه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مزبور انجام وظیفه خواهد نمود.
- تبصره-** اساسنامه این مرکز در چهارچوب اساسنامه مؤسسات تحقیقاتی موضوع ماده ۵ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود که حداکثر ظرف مدت چهار ماه توسط وزارت مذکور تهیه و به تصویب مجلس شورای اسلامی خواهد رسید.

ماده ۴- لایحه قانونی راجع به اجازه اجرای طرح توسعه مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی وزارت بهداشت و بهزیستی مصوب ۲۲ / ۱۰ / ۱۳۵۸ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران لغو و امکانات و تجهیزات و اعتبارات و کارکنان این مجتمع بر حسب مورد به حوزه مرکزی وزارتخانه و مؤسسات آموزشی وابسته به این وزارت منتقل می‌شوند.

ماده ۵- به منظور ایجاد روح تتبع و تحقیق در مسائل آموزشی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمک به خودکفایی علمی کشور، فرهنگستان علوم پزشکی به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد.

آئین‌نامه اجرایی و مقررات اداری و مالی این فرهنگستان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده ۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند با مشارکت بانک‌ها و تعاونی‌ها و بخش خصوصی و یا هر یک از آنها اقدام به ایجاد بیمارستان‌هایی در نقاط مورد نیاز بنماید. نحوه مشارکت و اداره بیمارستان‌های مذکور مطابق قانون تجارت و به صورت شرکت با حداقل ۵۱ درصد سهم دولت خواهد بود.

تبصره- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است در محل‌های نیازمند زمین یا ساختمان ناتمام خود را جهت ساختمان مراکز بهداشتی و درمانی با اخذ وجه به سازمان تأمین اجتماعی واگذار نماید و جوه حاصله پس از واریز شدن به حساب خزانه‌داری کل از طریق بودجه کل کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار خواهد گرفت تا صرفاً به مصرف ایجاد یا تکمیل و یا تجهیز مراکز درمانی و بهداشتی دیگر در سایر شهرستان‌ها برسد.

ماده ۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای حصول به اهداف و اجرای وظایف مندرج در این قانون و قانون تشکیل وزارت مزبور می‌تواند:

- ۱- مراکز تحقیقاتی و پژوهشی پزشکی.
- ۲- شرکت خدماتی برای ارائه خدمات تدارکات تخصصی.
- ۳- شرکت خدماتی برای انجام نگهداری و تعمیرات تجهیزات و وسایل و لوازم پزشکی و توان‌بخشی.
- ۴- شرکت تولیدی برای پژوهش و ساخت تجهیزات و وسایل و لوازم پزشکی و توان‌بخشی.
- ۵- شرکت تولیدی برای تهیه دارو و مواد اولیه دارویی و مواد بیولوژیک.
- ۶- شرکت خدماتی برای ورود و توزیع دارو و تجهیزات و لوازم پزشکی و توان‌بخشی.
- ۷- شرکت خدماتی برای نگهداری تأسیسات حرارتی و برودتی بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها و ساختمان‌های اداری وزارتخانه در سطح کشور.

۸- شرکت خدماتی برای نظافت بیمارستان‌ها، دانشکده‌ها و ساختمان‌های وزارتخانه در سطح کشور ایجاد نماید.

تبصره- اساسنامه مراکز و شرکت‌های فوق‌الذکر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و با تصویب مجلس شورای اسلامی قابل اجرا خواهد بود.

ماده ۸- حفظ وضعیت و شمول مقررات سابق بر کارکنان منتقله به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع ماده ۱۱ قانون تشکیل این وزارت تا زمان تصویب و اجرای قوانین و مقررات موضوع ماده ۹ قانون مزبور به قوت خود باقی خواهد بود و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی نیز تا آن زمان از مقررات مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان از مقررات مالی و معاملاتی سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی سابق استفاده خواهند نمود.

ماده ۹- تشکیلات تفصیلی این وزارتخانه و تغییرات بعدی آن با توجه به مفاد این قانون و قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب سازمان امور اداری و استخدامی کشور خواهد رسید.

قانون فوق مشتمل بر نه ماده و دوازده تبصره در جلسه علنی روز سه‌شنبه سوم خرداد ماه یک هزار و سیصد و شصت و هفت مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۷/۳/۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

قانون الحاق (۲)

ماده ۳۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولت و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان، معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور در چهارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود. توزیع این منابع بین دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط وزارتخانه مذکور با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور بر اساس عملکرد واحدهای یاد شده بر مبنای تعرفه‌های مصوب هر سه ماه یک‌بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه یک‌بار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مسئول حسن اجرای این ماده است.

ماده ۳۷- علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً یک واحد درصد در هر سال به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی

که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، واریز می‌گردد. صد درصد (۱۰۰٪) منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می‌یابد و پس از تحقق هدف مذکور نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه نیافته، مصارف هیئت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام شود. هرگونه پرداخت هزینه‌های پرسنلی نظیر حقوق و مزایا، اضافه کار، کمک‌های رفاهی، پاداش، فوق‌العاده‌های مأموریت، کارانه، بهره‌وری، مدیریت، نوبت کاری، دیون و مانند آن و هزینه‌های اداری نظیر اقلام مصرفی اداری و تأمین اثاثیه و منصوبات اداری از این محل ممنوع می‌باشد.

ماده ۳۸- سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی موظف‌اند شصت درصد (۶۰٪) صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی ظرف مدت دو هفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط به نماینده رسمی صندوق مربوطه پرداخت نمایند. در صورت عدم اجرای حکم این ماده، سازمان‌های بیمه‌گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن معادل نرخ اوراق مشارکت می‌باشند.

ماده ۴۶- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده و به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود.

ماده ۴۸- هرگونه تولید و واردات و عرضه کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سو مصرف، مشمول عوارض خاص تحت عنوان عوارض سلامت می‌باشد. فهرست خدمات و اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض (حداکثر ده درصد ارزش کالا) برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسؤلیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و صنعت، معدن و تجارت و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تعیین و ابلاغ می‌شود. صد درصد

(۱۰۰٪) مبلغ وصولی پس از واریز به خزانه و مبادله موافقت‌نامه به صورت درآمد- هزینه در اختیار دستگاه‌های اجرایی مربوطه قرار می‌گیرد.

قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

ماده ۱- دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستان‌ها و پارکهای علم و فناوری که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط می‌باشند، بدون رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی به ویژه قانون محاسبات عمومی کشور، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون برگزاری مناقصات و اصلاحات و الحاقات بعدی آنها و فقط در چهارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی، معاملاتی، اداری، استخدامی و تشکیلاتی مصوب هیئت امنای که حسب مورد به تأیید وزیران علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد فرهنگستان‌ها به تأیید رئیس جمهور و در مورد دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی و تحقیقاتی وابسته به نیروهای مسلح به تأیید رئیس ستاد کل نیروهای مسلح می‌رسد، عمل می‌کنند.

تبصره ۱- اعتبارات اختصاص یافته از منابع عمومی دولت به این مراکز و مؤسسات، کمک تلقی و بعد از پرداخت، به هزینه قطعی منظور می‌شود و بر اساس بودجه تفصیلی مصوب هیئت امنای و با مسئولیت آنها قابل هزینه است. تبصره ۲- هرگونه استخدام جدید از محل منابع عمومی و توسعه تشکیلات اداری منوط به تأیید وزیران علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (حسب مورد) و سازمان اداری و استخدامی کشور است. تبصره ۳- هیئت امنای بر اساس ماده (۱۱) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۴/۱۲/۱۳۹۳ نمی‌تواند علاوه بر آنچه از محل منابع عمومی و درآمدهای اختصاصی برای دانشگاه‌ها و مراکز مزبور پادار می‌شود تعهد جدیدی برای سال تصمیم‌گیری و سال‌های بعد مصوب کند.

تبصره ۴- صندوق‌های رفاه دانشجویان مشمول این ماده و تبصره‌های آن می‌شوند.

تبصره ۵- هرگونه اصلاح ساختار و مقررات مالی، اداری، معاملاتی، استخدامی و تشکیلاتی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و همچنین فرهنگستان‌های تخصصی فقط مشمول این ماده و تبصره‌های آن است.

تبصره ۶- دولت موظف است برای مشارکت انجمن‌های علمی، نخبگان و دانشمندان کشور در همایش‌ها و مجامع علمی و پژوهشی بین‌المللی و برتر جهان و بهره‌گیری از توانمندی‌های دانشمندان و نخبگان ایران در جهان و فراهم کردن فرصت‌های مطالعاتی مناسب در داخل و خارج کشور سازوکار لازم را ایجاد نماید.

تبصره ۷- به منظور گسترش و ارتقای کیفیت و اثربخشی آموزش عالی و مهارت‌آموزی، دولت موظف است نسبت به تحقق موارد زیر اقدام کند: ۱- اعضای هیئت علمی می‌توانند با موافقت هیئت امنای همان دانشگاه نسبت به تشکیل مؤسسات و شرکت‌های صد درصد (۱۰۰٪) خصوصی دانش بنیان اقدام و یا در این مؤسسات

و شرکت‌ها مشارکت کنند. این مؤسسات و شرکت‌ها برای انعقاد قرارداد پژوهشی مستقیم و یا غیرمستقیم با دستگاه‌های اجرایی، مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی و اصلاحات بعدی آن نیستند. ۲- به دولت اجازه داده می‌شود به منظور حمایت از دانشجویان دانشگاه‌های دولتی، آزاد اسلامی، علمی- کاربردی و پیام نور و دانشگاه‌های فنی و حرفه‌ای و مؤسسات آموزش عالی غیردولتی که دارای مجوز از وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند، تسهیلات اعتباری در اختیار صندوق رفاه دانشجویان و یا سایر نهادهای ذی‌ربط برای پرداخت وام بلندمدت قرض‌الحسنه به دانشجویان قرار دهد. ۳- وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف‌اند با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و مرکز آمار ایران، رشته‌های تحصیلی خود را متناسب با بازار کار تعیین نمایند. ۴- دانشگاه پیام نور مکلف است شصت درصد (۶۰٪) از درآمدهای حاصل از شهریه دانشجویان هر واحد را برای توسعه همان واحد و مابقی را برای توسعه و تجهیز واحدهای دانشگاهی در مناطق محروم اختصاص دهد.

ماده ۷- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با وظایف و ترکیب زیر تشکیل می‌شود:

الف- وظایف: ۱- سیاستگذاری برای ارتقای سلامت و امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی صادراتی و وارداتی
۲- بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
۳- تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی ۴- تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای ۵- تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی» ۶- تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی ۷- ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی مربوط

ب- ترکیب: ۱- رئیس‌جمهور (رئیس) ۲- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر) ۳- رئیس سازمان برنامه و بودجه کشور ۴- وزیر کشور ۵- وزیر صنعت، معدن و تجارت ۶- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی ۷- وزیر آموزش و پرورش ۸- وزیر جهاد کشاورزی ۹- وزیر ورزش و جوانان ۱۰- رئیس سازمان حفاظت محیط‌زیست ۱۱- رئیس سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران ۱۲- یک نفر از اعضای هر یک از کمیسیون‌های بهداشت و درمان، اجتماعی و برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر ۱۳- رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره) ۱۴- رئیس سازمان ملی استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران ۱۵- یک نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه سلامت بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید رئیس شورای عالی ۱۶- یک نفر به عنوان نماینده انجمن‌های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی و تأیید رئیس شورای عالی تبصره - مصوبات شورا با تأیید رئیس‌جمهور قابل اجرا است. آیین‌نامه اجرایی این بند به پیشنهاد مشترک

سازمان برنامه و بودجه کشور و وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جهاد کشاورزی تهیه می‌شود و حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ این قانون به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

پ- هرگونه واردات تجاری، ذخیره سازی، توزیع، عرضه و فروش کالاهای دارویی، واکسن، مواد زیستی (بیولوژیک)، طبیعی و سنتی، مکمل‌های تغذیه‌ای، آرایشی، بهداشتی، غذایی و ملزومات و تجهیزات پزشکی که در سامانه رهگیری و کنترل اصالت طبق ضوابطی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌کند، ثبت نشده باشد جرم محسوب می‌شود و با مجرم مطابق قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز مصوب ۳/۱۰/۱۳۹۲ برخورد می‌شود. مسئولیت اجرای این بند در مورد سموم و کود شیمیایی و همچنین کالاهای با مصرف دامی در چهارچوب وظایف مذکور در این ماده بر عهده وزارت جهاد کشاورزی و سازمان دامپزشکی است. ت- به منظور کنترل کیفی محصولات کشاورزی و دامی و صیانت از سلامت آحاد جمعیت کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است محصولات ارائه شده به بازار مصرف را از نظر میزان آلاینده‌های شیمیایی بررسی، اعلام و از توزیع مواد غیرمجاز جلوگیری کند. تمام مراکز توزیع مواد غذایی وابسته به شهرداری‌ها و سایر دستگاه‌های اجرایی موظفاند از عرضه محصولات دارای آلاینده شیمیایی در مراکز و مجتمع‌های تحت نظارت و مدیریت خود جلوگیری کنند. ث- مراکز تولید و توزیع فرآورده‌های خام دامی، دارو و فرآورده‌های زیستی (بیولوژیک) دامپزشکی موظفاند در چهارچوب ضوابط فنی و بهداشتی که از طرف سازمان دامپزشکی اعلام می‌شود، نسبت به استقرار سامانه‌های بهداشتی مربوطه اقدام کنند. افراد حقوقی غیردولتی می‌توانند با اخذ مجوز مربوط از سازمان دامپزشکی کشور در زمینه ارائه خدمات اجرا و ممیزی غیررسمی این سامانه‌ها فعالیت کنند. آیین‌نامه اجرایی این بند، حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ این قانون توسط وزارت جهاد کشاورزی (سازمان دامپزشکی کشور) تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. ج- هرگونه تبلیغات خدمات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت موضوع ماده (۴۸) قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) بر اساس تشخیص و اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد ایران از سوی همه رسانه‌ها ممنوع است. چ- واردات هر نوع کالا با رعایت استانداردها و یا ضوابط فنی و ایمنی و بهداشتی قرنطینه‌ای است که پس از تصویب مرجع ذی‌صلاح مربوط، توسط وزارت صنعت، معدن و تجارت به گمرک و سایر مراجع مربوط ابلاغ می‌شود. رعایت این ضوابط برای تعیین تکلیف کالاهای متروکه، ضابطی، قطعیت یافته، کالاهای بلاصاحب و صاحب متواری و مکشوفات قاچاق الزامی است و ضوابط فنی و ایمنی این کالاها از طریق سازمان ملی استاندارد ایران و ضوابط بهداشتی قرنطینه‌ای از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت جهاد کشاورزی حسب مورد تأیید می‌شود. ماده ۸ - عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص

معین شده است، بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

تبصره ۱- کلیه دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری موظف به اجرای موضوع این حکم و رعایت تعرفه‌های مصوب هستند.

تبصره ۲- وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) و تعاون، کار و رفاه اجتماعی حسب مورد مسئول حسن اجرای این ماده می‌باشند.

ماده ۹- الف- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیئت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/۸/۱۳۷۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/۸/۱۳۷۳ الحاق می‌گردد.

قانون برنامه ششم توسعه

بخش ۱۴- سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

ماده ۷۰- دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه اقدامات زیر را بر اساس سیاست‌های کلی سلامت به عمل آورد:

الف- پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و بر اساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره- این حق بیمه شامل سرپرست خانوار و کلیه افراد تحت تکفل آنان است.

ب- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه‌های اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

۲- کارکنان دستگاه‌های اجرایی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان

تبصره- بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

۳- مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

۵- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه بر اساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد. حکم این جزء بر حکم ماده (۴) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور حاکم است. پ- دستگاه‌های اجرایی مکلف‌اند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه‌شده و دستگاه اجرایی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه‌گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه‌گر و تشخیص و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرایی ذی‌ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه‌گر پایه واریز می‌شود.

ت- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین‌شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکت‌های بیمه تجاری و صندوق‌های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

ث- کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظف‌اند ضمن رعایت تعرفه‌های مصوب دولت از خط-مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.

ج- بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد.

چ- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

ح- دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

ماده ۷۱- برای ترغیب کارفرمایان و کارآفرینان بخش خصوصی و تعاونی به جذب نیروی کار جوان، چنانچه طی اجرای قانون برنامه نسبت به جذب فارغ‌التحصیلان دانشگاهی با مدرک حداقل کارشناسی به صورت کارورزی اقدام نمایند، از پرداخت سهم بیمه کارفرما برای مدت دو سال از تاریخ شروع به کار معاف می‌باشند.

تبصره- آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل شیوه معرفی، زمینه‌های کاری اولویت‌دار و نحوه تأمین هزینه به پیشنهاد سازمان، سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی طبق بودجه سنواتی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده ۷۲-

الف- تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی، موظف‌اند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.

از زمان ابلاغ این قانون، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات بر اساس اساسنامه‌ای که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود. اساسنامه این سازمان مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/۸/۱۳۷۳ و در قالب شرکت دولتی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ب- به منظور توسعه کمی و کیفی و ساماندهی و یکپارچه‌سازی فرماندهی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی (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 بر اساس وظایف قانونی خود ایجاد می‌گردد. اساسنامه سازمان مذکور به پیشنهاد مشترک سازمان، سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره- واحدهای استانی و شهرستانی سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی کشور کماکان به صورت ادغام یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت خواهند نمود.

پ- فهرست رسمی دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر هر سه ماه یک‌بار تدوین و منتشر می‌گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب شده و متخلف با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن، حسب مورد به مجازات مندرج در تبصره (۱) ماده (۲۸) قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۶/۸/۱۳۸۳ محکوم می‌شود.

تبصره ۱- آیین‌نامه اجرایی این بند در شش ماه اول اجرای قانون برنامه توسط سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو) تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه فهرست فرآورده‌ها و داروهای سنتی و گیاهی کشور اقدام نماید.

ت- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت جهاد کشاورزی، مقدار مجاز سموم باقیمانده در مواد غذایی و فرآورده‌های غذایی و نیز مصرف کود شیمیایی را برای محصولات مذکور مشخص نماید و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده‌اند را ممنوع نماید. وزارت جهاد کشاورزی موظف است ضمن اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی و اقدام برای کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی امکان دسترسی مردم را به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردارند فراهم آورد. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال اول اجرای قانون برنامه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبب غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام کند. احکام مندرج در ماده (۷۲) این قانون بر احکام بندهای «الف» و «ب» ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور و مواد (۱۲) و (۱۷) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ حاکم است.

ماده ۷۳-

الف- از ابتدای اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات‌های مستقیم مصوب ۳/۱۲/۱۳۶۶ و قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۷/۲/۱۳۸۷، مشمول مالیات به شرح زیر است:

۱- مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و تولید مشترک بیست درصد (۲۰٪)، تولید داخل با نشان بین‌المللی (برند) بیست و پنج درصد (۲۵٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد سیف (Cif) تعیین می‌گردد.

۲- مالیات انواع توتون پیپ و تنباکوی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد سیف (Cif) تعیین می‌گردد. جزءهای (۱) و (۲) بند الف) ماده (۷۳) در طول اجرای قانون برنامه در بخش‌های مغایرت بر ماده (۵۲) قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۷/۲/۱۳۸۷ حاکم هستند.

ب- وزارت صنعت، معدن و تجارت از ابتدای سال ۱۳۹۶ موظف است:

۱- قیمت خرده‌فروشی انواع سیگار و محصولات دخانی مأخذ محاسبه مالیات موضوع این ماده را به مراجع ذی‌ربط و برای درج بر روی پاکت محصول اعلام نماید.

۲- امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سامانه (سیستم) اطلاعاتی واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی را فراهم نماید.

حکم بند (ب) ماده (۷۳) این قانون در موارد مغایرت بر سایر مواد حاکم است.

پ- مالیات موضوع این ماده تابع کلیه احکام مقرر در قانون مالیات بر ارزش افزوده به استثناء نرخ مضاعف مالیات این ماده خواهد بود. سازمان امور مالیاتی کشور مکلف است مالیات موضوع این ماده را وصول و آن را به ردیف درآمدی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز نماید.

ت- با لازم‌الاجرا شدن این قانون، علاوه بر عوارض موضوع بند الف) این ماده، مالیات عملکرد، مالیات بر ارزش افزوده، حقوق ورودی، حق انحصار و بند (ب) ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) نیز به محصولات دخانی اعمال می‌گردد.

تبصره - صد درصد (۱۰۰٪) درآمدهای حاصل از اجرای بند (الف) این ماده طی ردیف‌هایی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش موضوع بند (ب) ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۴/۱۲/۱۳۹۳ در اختیار وزارتخانه‌های ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد.

احکام مواد (۷۰)، (۷۲) و (۷۳) این قانون بر احکام قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۲۱/۲/۱۳۸۳ حاکم است.

ماده ۷۴ -

الف - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره - کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ب - کلیه پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۱/۱۰/۱۳۷۳ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند. مسؤولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مربوطه و معاونان آنها و مسئولان مالی دستگاه‌های مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه‌های سنواتی است.

تبصره ۱ - مصادیق نقاط محروم موضوع این ماده و نام فرد و علت آن به عنوان موارد استثناء به پیشنهاد دستگاه اجرایی مربوطه و تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

تبصره ۲ - مطب پزشکان و دندان‌پزشکان متخصص در نقاط محروم در صورت نیاز و ضرورت به تشخیص رئیس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی آن نقطه تعیین می‌شود و مطب پزشکان و دندان‌پزشکان عمومی از شمول این بند مستثنا است.

پ- دولت موظف است از پخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به عمل آورد. آیین‌نامه اجرایی این بند در چهارچوب قوانین و بودجه سنواتی طی سال اول اجرای قانون برنامه تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ت- به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است 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 تعیین نموده و اقدامات لازم را به عمل آورد.

ث - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً بر اساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

تبصره- در چهارچوب قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری مصوب ۶/۴/۱۳۸۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چهارچوب بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات مورد نیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید. ج- سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند.

چ- به منظور تحقق بند (۱۲) سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی - اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی - اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.

ح- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است تقاضای تخصیص نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی را بر اساس تفاهم و همکاری متقابل با اولویت مناطق محروم بررسی و تأمین نماید.

خ- کلیه اعضای سازمان‌های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی ملزم به تهیه بیمه مسؤولیت حرفه‌ای بوده و دستگاه قضایی آن را به عنوان وثیقه قرار تأمین بپذیرد به‌جز در مواردی که خسارات عمدی است و امکان استیفای حق وجود نداشته باشد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص لوایح حوزه وظایف و اختیارات این سازمان‌ها، نظر مشورتی آنها را اخذ نماید.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه‌ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را در جهت صادرات محصولات سلامت‌محور به عمل آورد و برنامه ایمن‌سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه‌یافته ارتقاء دهد.

ذ- وزارت نفت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز و شرکت‌های معدنی بزرگ دولتی در مناطق معدنی محل استقرار خود در راستای مسؤولیت اجتماعی خود و جبران پیامدهای تهدیدکننده سلامت در آن مناطق نسبت به تکمیل، تجهیز، ارتقاء خدمات مراکز بهداشتی و درمانی خود اقدام نمایند و به خدمت‌رسانی به عموم مردم منطقه در چهارچوب نظام سطح‌بندی خدمات با رعایت احکام ماده (۷۰) این قانون بر مبنای تعرفه‌های مصوب دولت در مراکز دولتی اقدام کنند.

ر- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی کشور موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدام لازم جهت خنثی‌سازی و مقابله با آن را مطابق قوانین مربوطه به انجام رساند.

تبصره- رعایت جهات شرعی از جمله محرم و نامحرم در اجرای این ماده ضروری است.

ماده ۷۵- کلیه متقاضیان ازدواج باید جهت ثبت قانونی ازدواج دائم، گواهی انجام غربالگری در شبکه‌های بهداشت و درمان را به منظور شناسایی ازدواج‌های پرخطر از نظر بروز اختلالات ژن‌شناسی (ژنتیکی) به دفاتر ازدواج ارائه نمایند. موارد در معرض خطر می‌توانند به مراکز مشاوره اعم از مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراکز مشاوره مورد تأیید سازمان بهزیستی ارجاع و چنانچه نیاز به آزمایش ژن‌شناسی (ژنتیک) باشد در چهارچوب احکام ماده (۷۰) این قانون به مراکز مجاز معرفی شوند.

تبصره ۱- مواردی که بر اساس مشاوره ژن‌شناسی (ژنتیک) نیازمند بررسی از نظر آزمایش‌های ژن‌شناسی (ژنتیک) باشند به آزمایشگاه‌های مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارجاع خواهند شد.

تبصره ۲- ده درصد (۱۰٪) حق‌التحریر ثبت طلاق افزایش یافته و منابع حاصله پس از واریز به خزانه و کمک‌های مردمی و دولتی در چهارچوب بودجه سنواتی جهت کمک به تأمین هزینه‌های آزمایش‌های ژن‌شناسی (ژنتیک) افراد نیازمند بر اساس آزمون وسیع در اختیار سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) قرار می‌گیرد. هزینه انجام آزمایش‌های مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی رایگان است و توسط سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳- آیین‌نامه چگونگی مراحل صدور گواهی و میزان کمک بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) جهت انجام آزمایش‌های ژن‌شناسی (ژنتیک) به پیشنهاد وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان حداکثر سه ماه بعد از لازم‌الاجرا شدن این قانون تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره ۴- وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) موظف‌اند امکان دسترسی تمامی افراد که درصدد ازدواج می‌باشند را به مراکز مشاوره فراهم نمایند تا در صورت نیاز به آزمایش ژن‌شناسی (ژنتیک) آنان را راهنمایی کنند.

تبصره ۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با استفاده از بخش‌های خصوصی و تعاونی امکان دسترسی زوجها را به آزمایشگاه‌های ژن‌شناسی (ژنتیک) مورد تأیید خود فراهم سازد.

تبصره ۶- رعایت جهات شرعی از جمله محرم و نامحرم در اجرای این ماده ضروری است.

ماده ۷۶- دولت مکلف است با رعایت سیاست‌های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان را تأمین نماید.

