



فهرست عناوین

عنوان فصل

صفحه

- فصل اول :** گزارشی از فرایند برنامه ریزی برنامه سوم توسعه در بخش بهداشت و درمان ۲
- فصل دوم :** سیاست‌ها و رهنمودهای کلی مرتبط با بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه ۷
- فصل سوم :** مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه ۱۱
- فصل چهارم :** راهکارهای اجرایی قانون برنامه سوم توسعه در بخش بهداشت و درمان (مصوب هیأت وزیران) ۳۳
- فصل پنجم :** فهرست آیین نامه‌های اجرایی مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان ۴۶
- فصل ششم :** سیاستهای استراتژیک بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه ۴۸
- فصل هفتم :** هدفهای کمی و کیفی بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه ۱۳۴

فصل اول: گزارشی از فرایند برنامه ریزی برنامه سوم توسعه در بخش بهداشت و درمان

آغاز فرایند تدوین برنامه سوم براساس بخشنامه ریاست جمهوری در تاریخ ۱۳۷۷/۷/۱۳ به کلیه وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های اجرایی ابلاغ شد. براین مبنا تدوین برنامه سوم باید در چارچوب نظام برنامه‌ریزی برنامه سوم (مصوب هیأت وزیران) و تحت نظارت و هدایت سازمان برنامه و بودجه انجام می‌گرفت. نظام برنامه‌ریزی برنامه سوم مقرر داشته بود که این برنامه در سه مرحله به شرح زیر تهیه و تنظیم گردد:

مرحله اول:

۱. بررسی عملکرد گذشته، تبیین وضع موجود، مشکلات و تنگناها و نقاط قوت و ضعف ساختاری و عملکردی
۲. تهیه چشم انداز بلند مدت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور با نگرشهای آمایشی و شناخت دغدغه‌ها و چالشهای آینده
۳. ارائه گزینه‌های مختلف و پیشنهاد گزینه مطلوب
۴. رهنمودهای کلی برنامه سوم توسعه

مرحله دوم:

۱. تدوین برنامه‌های عملیاتی رهنمودهای کلی برنامه

۲. تدوین سیاستهای اقتصاد کلان و سیاستهای استراتژیک بخشی

۳. تهیه طرح پایه آمایش سرزمین

۴. تهیه طرح چارچوبهای تمرکز زدایی و تفویض اختیار از مرکز به استانها

۵. نهایی نمودن تصویر روند مطلوب

۶. لایحه برنامه سوم

مرحله سوم: تدوین برنامه‌های بخشی و استانی براساس قانون برنامه سوم و جهت‌گیریهای آمایشی

به منظور اجرای نظامنامه برنامه‌ریزی و پیمودن مراحل یاد شده، سازماندهی تدوین برنامه به

شرح زیر ارائه گردید:

الف) ارکان نظام:

شامل مجلس شورای اسلامی، هیأت دولت، شورای اقتصاد، ستاد برنامه، شورای تلفیق برنامه.

ب) شوراهای فرابخشی شامل:

- شورای اصلاح نظام اجرایی و ساختار بخش عمومی
- شورای سیاستهای اقتصاد کلان، اشتغال، نظام تأمین اجتماعی و یارانه‌ها
- شورای آمایش سرزمین و محیط زیست
- شورای توسعه علوم و فن‌آوری
- شورای سیاست داخلی
- شورای سیاست خارجی و امنیت ملی
- شورای سیاستهای فرهنگی

پ) شوراهای تلفیق بخشی

- شورای تلفیق امور زیربنایی
- شورای تلفیق امور تولیدی
- شورای تلفیق امور آموزشی، فرهنگی و پژوهشی

- شورای تلفیق امور اجتماعی

ت) شوراهای بخشی

- شورای انرژی

- شورای مسکن و عمران شهری و روستایی

- شورای راه و ترابری

- شورای پست و مخابرات

- شورای آب و کشاورزی

- شورای صنعت ، معدن و بازرگانی

- شورای آموزش و پژوهش

- شورای فرهنگ و هنر و تربیت بدنی

- شورای بهداشت و درمان

- شورای امور عمومی

- شورای دفاعی و انتظامی

هریک از شوراهای یادشده ، کمیته‌هایی را تشکیل می‌داد که با حضور کارشناسان حوزه‌های مرتبط با وظایف کمیته ، پیش نویس گزارش‌ها را تهیه و تنظیم می‌کرد تا پس از طرح در شورای برنامه ریزی به تصویب برسد . باتوجه به نکات یادشده ، برای برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان ، سازماندهی زیر پیش بینی شده بود :

الف) شورای برنامه ریزی بهداشت و درمان شامل :

- وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورا)

- معاون وزیر تعاون

- معاون سازمان امور اداری و استخدامی کشور

- رئیس سازمان نظام پزشکی

- رئیس سازمان دامپزشکی

- مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی
- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی
- مدیرکل دفتر امور بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه (دبیرشورا)
- سه نفر صاحب‌نظر از استادان دانشگاه ، تشکل‌های صنفی و تخصصی (دست‌کم یک‌نفر از بخش خصوصی) به تشخیص و انتخاب شورا

ب) کمیته‌های تخصصی وابسته به شورا

- کمیته بهداشت
- کمیته درمان و تجهیزات
- کمیته بیمه خدمات درمانی
- کمیته دارو و فرآورده‌های بیولوژیکی
- کمیته امنیت غذا و تغذیه
- کمیته تحقیقات ، تحول فن‌آوری و بیوتکنولوژی
- کمیته ساماندهی اصلاح ساختار و تشکیلات و اشتغال
- کمیته اقتصاد بهداشت و نظام بودجه‌ریزی
- کمیته بهزیستی و توانبخشی

پ) گروه تلفیق : با حضور دبیران کمیته‌های یادشده

در این راستا ، کمیته‌های یادشده ، عملاً از آبان‌ماه ۱۳۷۷ کار خود را آغاز کردند و با تشکیل نشست‌های هفتگی گزارش مرحله اول برنامه را به نحوی پیش بردند که این گزارش شامل ” روند گذشته ، تبیین وضع موجود ، مشکلات و تنگناها ، چشم‌انداز آینده و چالش‌های اساسی بخش “ تا دی‌ماه ۱۳۷۷ در جلسات هفتگی شورای برنامه‌ریزی بهداشت و درمان به تصویب رسید .

گزارش مرحله اول برنامه ریزی که جهت‌گیریهای اصلی بخش در برنامه سوم را نیز بیان می‌کرد ، مبنای عمل کمیته‌ها برای تدوین سیاست‌های استراتژیک بخش در مرحله دوم برنامه‌ریزی بود . در این مرحله که بلافاصله پس از اتمام مرحله اول ادامه یافت ، در پاسخ به

چالش‌های اساسی بخش ، سیاست‌های استراتژیک بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه در کمیته‌ها تدوین گردید و طی سه ماهه اول سال ۱۳۷۸ به تصویب شورای برنامه‌ریزی بهداشت و درمان رسید .

ذیل هریک از سیاست‌های استراتژیک ، اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق آن سیاست شامل وضع یا اصلاح قوانین ، اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی و اصلاح سیاستها و روش‌های اجرایی نیز بیان شد و در نهایت منجر به پیشنهاد تبصره‌هایی برای برنامه سوم توسعه گردید . به این ترتیب گزارش برنامه‌ریزی برنامه سوم در بخش بهداشت و درمان که حاصل تلاش کارشناسان و مدیران تمام زیربخش‌های مرتبط در حوزه وزارتخانه و سازمان‌ها و مؤسسات وابسته به آن در طول یکسال بود ، تدوین و به مراجع ذیربط ارائه گردید .

فصل دوم: سیاست‌ها و رهنمودهای کلی مرتبط با بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه

۱-۲) از سیاست‌های کلی برنامه ، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری :

بند ۲. ایجاد نظام جامع تأمین اجتماعی برای حمایت از حقوق محرومان و مستضعفان و مبارزه با فقر و حمایت از نهادهای عمومی و مؤسسات خیریه مردمی با رعایت ملاحظات دینی و انقلابی

۲-۲) از مجموعه رهنمودهای کلی مصوب هیأت وزیران :

بند ۷۹. مجموعه اقدامات حمایتی دولت در جهت مبارزه با فقر و حفظ قدرت خرید قشرهای کم‌درآمد شامل اعطای یارانه ها و سایر کمک‌های انتقالی دولت ، براساس معیارهای هدفمند بودن و شفافیت ، در قالب نظام جامع تأمین اجتماعی اعمال می شود . به همین منظور بخش حمایتی نظام تأمین اجتماعی در یک نهاد متمرکز گردیده و مجموعه منابعی که از محل بودجه عمومی به این امر اختصاص می یابد از طریق این نهاد هزینه می گردد . توسعه فعالیت نهادهای عمومی غیر دولتی و خیریه ها در جمع آوری و تجهیز منابع مردمی مورد حمایت قرار می گیرد .

بند ۸۰. نظام جامع تأمین اجتماعی به گونه‌ای تقویت و گسترش می یابد و تمامی افراد جامعه (بالاخص زنان و کودکان) با رعایت سیاست‌های این نظام در برابر رویدادهای اقتصادی ، اجتماعی و

طبیعی و پیامدهای آن در موارد بیماری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، سالمندی و بازنشستگی، قطع درآمد، ازدست دادن شغل، ناتوانیهای جسمی، ذهنی و روانی مورد حمایت قرار می گیرند.

بند ۸۱. نظام تأمین اجتماعی از دو بخش همگانی و مکمل تشکیل می گردد و در طول برنامه سوم بخش همگانی نظام تأمین اجتماعی به کلیه آحاد جامعه تعمیم یافته و بخش مکمل نظام تأمین اجتماعی به منظور پوشش داوطلبانه افراد جامعه گسترش می یابد.

بند ۸۲. تمهیدات لازم به منظور اعطای اختیار به بیمه شوندگان در انتخاب نوع بیمه و مؤسسات بیمه ای دولتی یا خصوصی فراهم می گردد.

بند ۸۳. در جهت خودکفایی دستگاههای بیمه ای تأمین اجتماعی، بنیه مالی و مدیریت اقتصادی آنها تقویت می شود و قوانین و مقررات مربوط اصلاح می گردد.

بند ۸۴. اجرای برنامه های تأمین اجتماعی با محوریت توسعه بیمه های اجتماعی با مشارکت بیمه شونده، کارفرما و در صورت ضرورت دولت بوده و حمایت از گروههای آسیب پذیر (مانند یتیمان، سالخوردگان خارج از پوشش بیمه، خانواده های بی سرپرست، نیازمندان و معلولان...) با هدف توانبخشی و خروج آنان از سطح آسیب پذیری ادامه می یابد.

بند ۸۵. برای مشارکت بیشتر روستاییان (از طریق شوراهای اسلامی روستایی، تعاونیهای روستایی و...) در زمینه های ذیل طراحی سازوکارهای مناسب به تناسب امکانات دولت طراحی و اجرا می شود:

الف. تکمیل و توسعه شمول خدمات بیمه درمانی

ب. تحت پوشش قراردادن از کارافتادگان و سالمندان نیازمند روستایی و ادامه روند حمایت از

سایر نیازمندان روستایی.

ج. ارایه یارانه به گروههای هدف روستایی

بند ۸۶. دارو، کالاهای اساسی و مواد غذایی اصلی، که بخش قابل توجهی از هزینه مصرفی خانواده های کم درآمد را تشکیل می دهند، کماکان مشمول پرداخت یارانه خواهند بود و دولت مانع

انتقال تکانه های اقتصادی براین کالاها خواهد شد و برای تأمین و حفظ قیمت آنها اعتبارات لازم را پیش‌بینی می‌کند .

بند ۹۱. یارانه دارو به استثنای داروهای بهداشتی و طولانی مصرف ضروری که پرداخت آن به روش مستقیم فعلی ادامه خواهد یافت ، از طریق نظام بیمه‌ای به مصرف‌کننده واقعی پرداخت می‌گردد . هرگونه سیاستگذاری در جهت تعدیل یارانه دارو ، به موازات افزایش کارایی نظام بیمه همگانی خدمات درمانی صورت می‌پذیرد .

بند ۹۴. در راستای ترویج و استقرار سبب مطلوب غذایی ، تمهیدات لازم به منظور توانمند نمودن افراد از طریق بهبود وضعیت اقتصادی و ارتقای فرهنگی تغذیه و جهت دادن سیاستهای حمایتی دولت به سوی افراد نیازمند و آسیب‌پذیر فراهم می‌گردد .

بند ۹۵. تمهیدات لازم به منظور اعمال موازین ایمنی مواد غذایی به نحوی که محصولات غذایی در کلیه مراحل تأمین و تولید ، عاری از مشکلات تغذیه‌ای آلودگی باشند ، فراهم می‌گردد .

بند ۹۶. سازوکارهای مناسب برای سیاست‌گذاری و اتخاذ تصمیم در مورد مسایل مربوط به امنیت غذا و تغذیه و جهت‌گیریهای اصلی اعطای یارانه‌های غذایی (درمحدوده منابع پیش‌بینی شده) تعیین می‌گردد و هماهنگی لازم در بخشهای مختلف مربوط به عرضه غذا ، فرهنگ تغذیه ای و سلامتی، ایجاد می‌شود .

بند ۹۹. تصدیقهای اجتماعی (آموزش و پرورش ، بهداشت و درمان و ...) با مشارکت مردم و نهادهای عمومی غیر دولتی و حتی‌الامکان زیر نظر شوراهای اسلامی شهر و روستا و سایر شوراهای پیش‌بینی شده در قانون اداره خواهند شد و پرداختهای دولت از محل بودجه عمومی ، در قالب پرداختهای انتقالی به آنان صورت می‌پذیرد .

بند ۱۱۹.

الف- کالاها و خدمات به دو گروه تقسیم می‌شوند :

۱. کالاهای اساسی و دارو و کالاهای خدماتی که تولید و عرضه آنها انحصاری‌اند و همچنین کالاهایی که سهم بزرگی از هزینه مصرف خانواده‌های کم‌درآمد را تشکیل می‌دهند. قیمت این گروه از کالاها و خدمات را دولت معین می‌کند. این قیمت‌ها برای دوره‌های معین، ترجیحاً یکساله، محاسبه و اعلام می‌شود.

۲. قیمت بقیه کالاها و خدمات براساس نرخ روز و بر مبنای عرضه و تقاضا در بازار، تعیین می‌شود و دولت از محاسبه و اعلام نرخ آنها خودداری می‌کند.

ب- به منظور جلوگیری از کاهش تولید کالاهای مشمول بند (۱) که ممکن است به دلیل سیاست قیمت‌گذاری بوجود آید، نرخ فروش آن کالاها برای واحدهای تولیدی یا شرکت‌های تجاری تأمین‌کننده آن، براساس واقعیت‌های روز و هزینه‌های واقعی مواد اولیه، نیروی انسانی، هزینه مالی، هزینه‌های عملیاتی تولید، هزینه استهلاک و با در نظر گرفتن سود عادلانه تعیین می‌شود.

بند ۱۳۰. نظام تأمین اجتماعی به نحوی گسترش می‌یابد که زمینه‌های کاهش حضور سالمندان و کودکانی که بدلیل مشکلات اقتصادی وارد بازار کار می‌گردند، فراهم شود.

فصل سوم: مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان

در برنامه سوم توسعه

فصل پنجم: نظام تأمین اجتماعی و یارانه‌ها

ماده ۳۶ - در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی و به منظور توسعه عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی و پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانیهای جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیر آن (حمایتی و امدادی) حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

ماده ۳۷ - فعالیتهای بیمه‌ای در دو بخش همگانی و مکمل انجام می‌شود و تعهدات و خدمات هر بخش براساس ضوابط ذیل تعیین می‌شود:

الف - خدمات بیمه همگانی که با مشارکت بیمه شده، کارفرما (در صورت وجود کارفرما) و دولت (حسب تکالیف قانونی آن) تأمین می‌گردد شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی، بازماندگان و بیکاری، است که کلیه بیمه‌شدگان از آن بهره‌مند خواهند شد و

حدود فعالیتهای آن متناسب با حق بیمه دریافتی و توان مالی سازمانهای بیمه‌ای و میزان کمک دولت طبق مصوبات هیات وزیران تعیین می‌شود.

تبصره: خدماتی که در قوانین فعلی سازمانهای بیمه‌ای و صندوقهای بازنشستگی برای کلیه بیمه‌شدگان تحت پوشش هر سازمان و صندوق تعیین شده است، به عنوان خدمات بیمه همگانی برای مشمولان همان سازمان و صندوق منظور خواهد شد.

ب- بخش مکمل بیمه‌های تامین اجتماعی شامل خدماتی است که سطح بالاتری از خدمات بیمه همگانی را در بر می‌گیرد و یا خدمات جدید را ارائه می‌کند و یا هزینه بیشتری نسبت به تعهد بیمه همگانی تامین می‌نماید. این بخش از خدمات بیمه‌ای براساس توافق بیمه‌شدگان و بیمه‌گر و با تعهد پرداخت هزینه توسط بیمه‌شده فعالیت نموده و گسترش می‌یابد.

ج - تامین صد درصد (۱۰۰٪) هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (صدمات ناشی از مجروحیت) بر عهده دولت می‌باشد.

د- نیروی انتظامی به جهت نوع ماموریت خود موظف است:

۱. با استفاده از بیمه‌های مکمل نیاز خدمات درمانی پرسنل خود را تامین نماید.

۲. نسبت به برقراری بیمه مسئولیت برای مامورین اجرایی و عملیاتی خود اقدام نماید.

ماده ۳۸- حمایت‌های بخش غیربیمه‌ای پیشگیری، توان بخشی و حمایتی برای نیازمندان، علاوه بر خدمات ویژه‌ای که در برنامه‌های بخش اشتغال، مسکن و آموزش برای گروههای نیازمند در نظر گرفته می‌شود مشتمل بر موارد زیر است:

۱. پیشگیری از بروز آسیبهای اجتماعی و معلولیت‌های جسمی و روانی برای آحاد جامعه.

۲. پرداخت سرانه بیمه درمان در چارچوب نظام بیمه همگانی خدمات درمانی.

۳. فراهم آوردن تسهیلات لازم برای نگهداری افرادی که نیاز به سرپرستی و یا نگهداری دارند و فراهم آوردن زمینه

بازتوانی و خود اتکالی آنان.

۴. پرداخت مستمری به نیازمندیانی که توان کار و فعالیت ندارند.

تبصره: کلیه نیازمندانی که برای تامین معاش خود توان کار و فعالیت ندارند، براساس ضوابط مصوب دولت و مجلس شورای اسلامی از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) مشمول تمام خدمات حمایتی می‌گردند.

ماده ۳۹ - به منظور فراهم کردن امکان افزایش خدمات قابل ارائه به بیمه‌شدگان و جلوگیری از بروز بحران مالی در سازمانهای بیمه‌ای و تقویت بنیه مالی آنها اقدامات ذیل انجام می‌شود:

الف - دولت مکلف است ضمن پرداخت تعهدات سالیانه خود به سازمانهای بیمه‌ای و عدم ایجاد بدهی جدید تا پایان برنامه سوم، پنجاه درصد (۵۰٪) بدهیهای خود به سازمانهای مذکور را طبق تفاهم با آنان از محل واگذاری سهام شرکتهای دولتی و اموال و دارائیهای دولت و طرحهای نیمه تمام متناسب با فعالیت آنها تأدیه کند.

ب - در صورتی که نرخ رشد دستمزد اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آنها بیش از نرخ رشد طبیعی دستمزد کارگران بوده و با سالهای قبل سازگار نباشد، مشروط بر آن که این افزایش دستمزد به دلیل ارتقای شغل نباشد، سازمان تامین اجتماعی علاوه بر دریافت مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگر و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سالهای قبل از کارفرمای ذیربط، خسارات وارده بر سازمان براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیات وزیران می‌رسد از کارفرمایان اخذ خواهد کرد.

ج - در طول برنامه سوم تبصره (۳) ردیف (۳) ماده واحد قانون تامین اجتماعی مصوبه ۱۳۷۶/۷/۲۷ مجلس شورای اسلامی به شرح زیر اصلاح می‌شود:

۱. در صورت فوت بیمه شده‌ای که بین ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشد به بازماندگان وی به نسبت سنوات پرداخت حق بیمه بدون الزام به رعایت ماده (۱۱۱) قانون تامین اجتماعی و به نسبت سهم مقرر در ماده (۸۳) همان قانون مستمری پرداخت می‌گردد.
۲. بیمه شده‌ای که از تاریخ تصویب این قانون به بعد فوت می‌شود چنانچه سابقه پرداخت حق بیمه او از یک سال تا ۱۰ سال باشد به بازماندگان وی در ازاء هر سال سابقه پرداخت حق

بیمه غرامت مقطوعی معادل یک ماه حداقل دستمزد کارگر عادی در زمان فوت بطور یکجا و به نسبت سهام مقرر در ماده (۸۳) قانون تامین اجتماعی پرداخت می‌شود.

ماده ۴۰ - در اجرای وظایف مذکور در این فصل حداکثر طی مدت ۶ ماه از تاریخ تصویب این قانون بنا به پیشنهاد مشترک سازمانهای برنامه و بودجه و امور اداری و استخدامی کشور ساختار سازمانی مناسب نظام تامین اجتماعی با رعایت اصول زیر طراحی و جهت تصویب تقدیم مجلس شورای اسلامی می‌گردد:

الف - رفع تداخل وظایف دستگاههای موجود و حذف و یا ادغام دستگاههای موازی.

ب - تامین پوشش کامل جمعیتی از نظر ابعاد نظام تامین اجتماعی و جامعیت نظام.

ج - افزایش کارآمدی و اثربخشی سازمانهای مربوط و کاهش هزینه‌های اداری و پشتیبانی مجموعه نظام تامین اجتماعی.

د - پیش بینی ساز و کار لازم برای برقراری هماهنگی بین سازمانهای ذی ربط و اتخاذ سیاست های واحد در بالاترین سطح تصمیم گیری اجرایی

ه - استفاده مؤثر از مؤسسات خیریه و امکانات مردمی و وقف و همچنین شوراهای اسلامی شهر و روستا و مراکز دینی و مذهبی.

و - تاکید بر استفاده از سازمانهای موجود و پرهیز از ایجاد سازمانهای جدید.

ماده ۴۱ - به منظور افزایش بازده سرمایه‌گذاریها و کاهش هزینه‌های جاری، مؤسسات بیمه‌ای مکلفند اقدامات ذیل را به عمل آورند:

الف - سرمایه‌گذاریهای جدید سازمانهای بیمه‌ای باید به گونه‌ای انجام شود که ضمن داشتن توجه فنی، اقتصادی و مالی دارای بازدهی مطلوب باشد در صورتی که سرمایه‌گذاریهای موجود نیز از بازدهی مناسب برخوردار نباشد، سازمانهای مذکور موظفند تدریجاً نسبت به اصلاح ساختار سرمایه‌گذاری و یا واگذاری داراییهای مشمول این بند اقدام کنند.

ب - میزان پستیهای سازمانی و نیروی انسانی مؤسسات بیمه‌ای و همچنین هزینه‌های اداری و بالای سری آنها براساس ضوابطی که متناسب با تعداد افراد بیمه شده و پراکندگی آنها به تصویب هیات وزیران می‌رسد تعیین می‌گردد.

ماده ۴۲ - کلیه بیمه‌شدگان (به استثنای کادر نیروهای مسلح و کارکنان وزارت اطلاعات) می‌توانند نسبت به تغییر سازمان بیمه‌ای خود اقدام کننده نقل و انتقال حق بیمه و کسورات بیمه ای بین صندوق های بیمه ای براساس ضوابطی خواهد بود که حداکثر طی مدت ۶ ماه توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس محاسبات بیمه‌ای تهیه و به تصویب هیات وزیران می‌رسد.

ماده ۴۳ - به منظور بهبود ارائه خدمات به ایثارگران (خانواده معظم شهداء، مفقودین، اسرا و همچنین آزادگان، جانبازان و خانواده آنها) و ساماندهی خدمات قابل ارائه، طرح جامع خدمات به ایثارگران مشتمل بر نظام پرداخت حقوق و مستمری، خدمات درمانی و سایر خدمات توسط سازمانهای برنامه و بودجه و امور اداری و استخدامی کشور و نهادهای ذیربط تهیه و پس از تصویب هیات وزیران از محل منابع داخلی نهادها و مؤسسات ذیربط و بودجه عمومی به اجرا در می‌آید. اختصاص بودجه عمومی منوط به عدم امکان اجرای طرح از منابع داخلی نهادهای ذیربط است.

تبصره ۱ : به منظور ارائه خدمات به محرومین و اقشار آسیب‌پذیر و ساماندهی متمرکز خدمات قابل ارائه به آنان کلیه خدمات حمایتی به محرومین و اقشار آسیب‌پذیر توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) و کلیه خدمات توانبخشی به معلولین توسط سازمان بهزیستی انجام می‌شود.

تبصره ۲ : اجرای مفاد این ماده در مورد نهادهای تحت نظر مقام معظم رهبری، پس از تایید معظم‌له ممکن خواهد بود.

ماده ۴۴ - به منظور پیشگیری و کاهش اثرات بلایای طبیعی و ایجاد آمادگی لازم در مردم و تعیین دقیق نقش و وظایف دستگاههای اجرائی، برای مقابله با حوادث و سوانح طبیعی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران موظف است با هماهنگی وزارت کشور و نیروی مقاومت بسیج در سال اول

برنامه، طرح جامع امداد و نجات را با همکاری دستگاههای ذیربط تهیه و به تصویب هیات وزیران برساند. این طرح مشتمل بر:

مدیریت بحران، آموزش و ایجاد آمادگی در مردم و نحوه مشارکت دستگاههای اجرائی، نقش صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران و رسانه‌های گروهی، اقدامات و عملیات اجرائی، منابع مالی و تدارکاتی و ... است.

تبصره: نیروی مقاومت بسیج به عضویت ستادهای حوادث غیرمترقبه کشور درمی‌آید.

ماده ۴۵- کلیه شرکتهای بیمه‌ای تجاری مجازند با رعایت قوانین و مقررات مربوط، نسبت به ارائه خدمات بیمه‌ای همگانی و مکمل تامین اجتماعی اقدام کنند.

ماده ۴۶-

الف- سیاست پرداخت یارانه کالاهای اساسی شامل گندم، برنج، روغن نباتی، قند و شکر، پنیر، دارو و شیر خشک در برنامه سوم با حفظ کالا برگ از نظر تعداد، مقدار وزنی و قیمت آن مطابق با برنامه دوم ادامه خواهد یافت.

دولت موظف است یارانه پرداختی به کالاهای اساسی را بر اساس مقدار سرانه در برنامه دوم بصورت ریالی و ارزی در بودجه سالانه منظور نماید.

ب- سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان موظف است با اعلام وزارت بازرگانی پس از انجام محاسبات لازم نسبت به برقراری مابه‌التفاوت در مورد کالاهای وارداتی که دارای امتیاز قابل توجه هستند، اقدام نماید و مابه‌التفاوت ماخوذه را به حساب خزانه واریز نماید. دولت می‌تواند معادل صددرصد (۱۰۰٪) وجوه مابه‌التفاوت ماخوذه را بر اساس پیشنهاد وزارت بازرگانی و تصویب شورای اقتصاد در نظام پرداخت یارانه کالاها و یا خدماتی که ضرورت استفاده از یارانه را دارند استفاده نماید.

ماده ۴۷- یارانه نهاده‌های کشاورزی مانند کود، سم و بذر در طی سالهای برنامه حفظ و ادامه می‌یابد و دولت وظیفه دارد قیمت تضمینی کالاهای اساسی را به نحوی تعیین کند که در پایان سال سوم برنامه، قیمت خرید داخلی آنها با هزینه خرید این کالاها از خارج برابری کند.

ماده ۴۹- به منظور تشویق کارفرمایان کارگاههای موجود به استخدام نیروی کار جدید ، دولت موظف است کارفرمایانی را که در دوران برنامه از طریق مراکز خدمات اشتغال وزارت کار و امور اجتماعی مبادرت به استخدام نیروی کار جدید نمایند ، مشمول تخفیفاتی به شرح زیر قرار دهد :

الف- تخفیف در میزان حق بیمه سهم کارفرما و پیش بینی سهم کارفرما و پیش بینی اعتبار لازم برای جبران کاهش درآمدهای سازمان تأمین اجتماعی در بودجه کشور .

ب- کاهش مالیات کارفرمایان این گونه کارگاهها به میزان مالیات بر حقوق دریافتی از کارکنان جدیدالاستخدام .

آیین نامه اجرایی این ماده حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های کار و امور اجتماعی ، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

تبصره - کارگاههایی که در دوران برنامه به بهره برداری می رسند نیز در مورد اشتغال مازاد بر پیش بینی در طرح و جواز تأسیس از مزایای این ماده استفاده خواهند کرد .

فصل ۷ : نظام مالیاتی و بودجه

ماده ۶۴- اعتبارات جاری و عمرانی این قانون جهت درج در لویح بودجه سالانه کل کشور ، با رعایت اصول و طبقه بندی وظایف دولت ، مذکور در این ماده و رعایت اولویت های ذیل بنا به پیشنهاد سازمان برنامه و بودجه و تصویب هیأت وزیران برحسب امور و فصل بین بخش های مختلف تقسیم خواهد شد و برنامه های اجرائی هر بخش متناسب با اعتبارات پیش بینی شده از محل درآمدهای عمومی و منابع غیردولتی تنظیم می گردد :

الف- مرتبط نیست .

ب- وظایف مربوط به تصدیهای اجتماعی که منافع حاصل از آنها نسبت به منافع فردی برتری دارد و موجب بهبود وضعیت زندگی افراد جامعه می گردد ، از قبیل آموزش و پرورش عمومی و فنی و حرفه ای ، بهداشت و درمان ، تربیت بدنی و ورزش ، فعالیتهای فرهنگی ، هنری و تبلیغات دینی .

اعتبار مورد نیاز برای انجام این وظایف از محل منابع بودجه عمومی و مشارکت بخش غیردولتی تأمین خواهد شد و دستگاههای ذی ربط موظفند زمینه‌های لازم برای توسعه فعالیتهای بخش غیردولتی و واگذاری بخشی از فعالیتهای فعلی دولت را به این بخش فراهم کنند .

صددرد (۱۰۰٪) منابع حاصل از واگذاری اینگونه فعالیت ها به بخش غیردولتی ، برای توسعه فعالیتهای دولت در مناطقی که بخش غیردولتی رغبتی به سرمایه گذاری ندارد و همچنین افزایش کیفیت خدمات فعلی هزینه خواهد شد .

فصل ۱۸ - عمران شهری و توسعه و عمران روستایی

ماده ۱۳۵- به کلیه وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی که دارای مراکز فرهنگی ، هنری ، ورزشی ، بهداشتی ، درمانی ، توانبخشی ، آموزشی ، اداری و نظامی هستند و براساس طرحهای مصوب شهری الزاماً تغییر کاربری می‌یابند ، اجازه داده می شود که مراکز مذکور را با رعایت قوانین مربوط از طریق مزایده عمومی به فروش برسانند و درآمد حاصل را به خزانه‌داری کل واریز و معادل آن را جهت جایگزینی ، تکمیل و نوسازی مراکز مشابه و تعمیر و نگهداری طبق قوانین بودجه‌های سنواتی هزینه کنند .

فصل ۲۰: آموزش

ماده ۱۵۰ -

الف - به دستگاههای اجرائی اجازه داده می شود ، درصدی از اعتبارات جاری و عمرانی خود را برای اجرای دوره های آموزشی ضمن خدمت (خارج از نظام آموزش عالی رسمی کشور) به شرح زیر هزینه کنند :

۱. اجرای دوره‌های آموزشی ضمن خدمت متناسب با مشاغل مورد تصدی کارکنان به منظور افزایش سطح کارایی آنان بویژه از طریق آموزش های کوتاه مدت پودمانی .
۲. اجرای دوره‌های آموزشی ویژه مدیران

ب- کلیه دستگاههای اجرایی موظفند حداکثر طی شش ماه پس از تصویب این قانون ، برنامه‌های آموزشی سالانه خود را برای دوران برنامه سوم و به تفکیک سال ، شامل مباحث و موضوعات آموزشی ، چگونگی اجرای دوره ها و همچنین چگونگی پوشش کلیه کارکنان شاغل را تهیه و جهت تأیید به سازمان امور اداری و استخدامی کشور ارسال دارند .

ج- آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل میزان و چگونگی هزینه‌نمودن اعتبار بند (الف) این ماده و پیش‌بینی الزامات و تشویقات قانونی طی مدت سه ماه پس از تصویب این قانون بنا به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و سازمان امور اداری و استخدامی کشور به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

ماده ۱۵۱ - به منظور هماهنگی امر سیاست گذاری آموزشهای فنی و حرفه‌ای اعم از رسمی و غیر رسمی شامل آموزشهای کاردانی و علمی کاربردی متولی آن وزارت علوم ، تحقیقات و فن آوری ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و آموزشهای فنی و حرفه ای متوسطه و کار و دانش که متولی آن وزارت آموزش و پرورش و آموزشهای فنی و حرفه ای کوتاه مدت که متولی آن وزارت کار و اموراجتماعی و آموزشهای ضمن خدمت کارکنان دولت و مدیریت حرفه ای تخصصی که متولی آن سازمان اموراداری و استخدامی کشور می باشند ، شورای عالی کار آموزی { مواد (۵) و (۶) و (۷) قانون کار آموزی مصوب ۱۳۴۹ مجلسین سنا و شورای ملی سابق } و شورای عالی هماهنگی آموزش فنی و حرفه ای کشور (مصوب ۱۳۵۹ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران) و شورای عالی آموزشهای علمی ، کاربردی (مصوب سال ۱۳۶۹ شورای عالی انقلاب فرهنگی) منحل و ستاد هماهنگی آموزشهای فنی و حرفه ای به ریاست معاون اول رئیس جمهور و عضویت وزرای آموزش و پرورش ، کار و امور اجتماعی علوم ، تحقیقات و فن آوری ، بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، کشاورزی و جهاد سازندگی و رئیس سازمان برنامه و بودجه و دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور و رئیس مرکز امور مشارکت زنان تشکیل می گردد . سایر وزرا حسب مورد و به تشخیص و دعوت رئیس ستاد در جلسات شرکت خواهند نمود . رئیس سازمان برنامه و بودجه دبیر ستاد می باشد . سایر وظایف و اختیارات شوراهای مذکور به وزارتخانه‌های ذی ربط تفویض می گردد . تصمیمات این ستاد پس از تأیید هیأت وزیران برای کلیه وزارتخانه‌ها و شوراها در امور مذکور لازم‌الاجرا خواهد بود.

آیین‌نامه اجرایی این ماده طی مدت سه ماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد ستاد به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

ماده ۱۵۲ - به منظور پاسخگویی مناسب به افزایش تقاضا برای ورود به آموزش عالی با استفاده بهینه از ظرفیتهای موجود و حمایت از مشارکتهای مردمی :

الف - به دستگاههای اجرایی دارای واحد آموزش عالی وابسته ، اجازه داده می شود برای ظرفیت مازاد برنیاز خود با اخذ مجوز از شورای گسترش آموزش عالی ، در مقطع کاردانی دانشجو پذیرش کرده و هزینه آن را از متقاضیان دریافت و به خزانه واریز کنند . معادل وجوه واریزی ضمن لوایح بودجه سنواتی در اختیار دستگاههای مجری دورههای آموزشی مذکور قرار می گیرد تا بر اساس مقررات مربوط به اجرای این دوره ها و ارتقای کیفیت واحد آموزشی اختصاص یابد .

در مواردی که کسب آموزشها توسط آموزش گیرنده موجب تعهد خدمت می گردد ، دستگاههای مربوطه بایستی مجوز لازم را از سازمان امور اداری و استخدامی کشور اخذ کنند .

اجرای دورههای کارشناسی در رشتههایی که امکان برگزاری آن در دیگر دانشگاهها میسر یا به صرفه و صلاح نباشد به صورت استثنا و با اخذ مجوز از شورای گسترش آموزش عالی بلامانع است .

ب - به دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی اجازه داده می شود نسبت به برگزاری دورههای شبانه و دورههای خاص اقدام کرده و هزینههای مربوط را با تأیید وزارتخانههای بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و علوم و تحقیقات و فن آوری حسب مورد از داوطلبان اخذ و به خزانه واریز کنند . وجوه واریزی ضمن لوایح بودجه سنواتی در اختیار دستگاههای مربوط قرار می گیرد .

برگزاری دورههای خاص نباید منجر به صدور مدرک دانشگاهی گردد .

جانبازان بالای بیست و پنج درصد (۲۵٪) به طور کامل ، دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی تا سقف پنجاه درصد (۵۰٪) از پرداخت شهریه دورههای شبانه و دورههای خاص معاف می باشند .

ج - به دولت اجازه داده می شود ، تسهیلات اعتباری به صورت وام بلند مدت در اختیار صندوقهای رفاه دانشجویان قرار دهد تا بخشی از دانشجویان دوره های مذکور در بند (ب) این ماده و دانشجویان

دانشگاهها و مؤسسات آموزش دولتی و غیردولتی و پیام نور به استثناء دوره های خاص که امکان پرداخت شهریه را ندارند ، بتوانند با استفاده از این وام شهریه خود را پرداخت و پس از فراغت از تحصیل به تدریج باز پرداخت کنند .

دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و فرزندان جانبازان بیست و پنج درصد (۲۵٪) به بالا و فرزندان شاهد و فرزندان آزادگان که عدم تمکن مالی آنها حسب مورد به تأیید دستگاههای ذی ربط می رسند از پرداخت شهریه معاف می باشند .

دانشگاه آزاد اسلامی و مؤسسات آموزش عالی غیرانتفاعی (غیردولتی)، پیام نور و دوره های شبانه شهریه های این دانشجویان را از محل اعتباراتی که به این منظور در بودجه سنواتی منظور می گردد دریافت خواهند نمود.

د - هزینه های دانشگاه پیام نور از محل دریافت شهریه از دانشجویان ، کمکهای مردمی و اعتبارات بودجه عمومی تأمین می گردد.

ه - به دولت اجازه داده می شود به طرحهای سرمایه گذاری بخش خصوصی در زمینه ایجاد و توسعه واحدهای آموزش عالی، در صورت انطباق با ضوابط و سیاستهای آموزش عالی کشور، از محل بودجه عمومی، یارانه سود اعتبارات بانکی اعطا کند. ایجاد آموزشگاههای غیردولتی غیرانتفاعی بمنظور توسعه دوره های کاردانی علمی- کاربردی در اولویت استفاده از تسهیلات بانکی مذکور خواهند بود.

و - کلیه دانشجویان واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی و مراکزی که زیر نظر این واحدها تحصیل می نمایند و تا پایان سال ۱۳۷۸ به تصویب هیأت امناء رسیده اند از کلیه تسهیلاتی که برای دانشجویان سایر دانشگاهها در نظر گرفته می شود برخوردار خواهند شد. واحدها و مراکزی که پس از سال ۱۳۷۸ به تصویب هیأت امناء خواهند رسید بایستی تمامی مراحل مندرج در اساسنامه دانشگاه را طی نمایند.

ماده ۱۵۳- ضمن تداوم و تقویت کمکهای دولتی به صندوقهای رفاه دانشجویان و تأمین امکانات رفاهی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی دولتی، به منظور بهبود شرایط و امکانات رفاهی دانشجویی ساماندهی نظام اعطای یارانه و هدایت کمکهای دولتی به سمت دانشجویان کمدرآمد :

الف - بخشی از مابه ازای ریالی تسهیلات رفاهی که توسط دانشگاه در اختیار دانشجو قرار میگیرد به عنوان وام قرض الحسنه بلند مدت از صندوقهای رفاه تلقی می شود و استفاده کنندگان از خدمات مذکور موظف به بازپرداخت آن در اقساط بلندمدت پس از فراغت از تحصیل هستند.

ب - وجوه حاصل از بازپرداخت اقساط فوق، صرف بهبود شرایط و امکانات رفاهی از قبیل خوابگاهها به دانشجویان واجد شرایط خواهد شد.

ج - دانش آموختگان دروهای روزانه دانشگاههای دولتی که قبل از پایان مدت تعهد خدمت خود (موضوع قانون تأمین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی، مصوب ۱۳۵۳/۴/۳۰ و اصلاحیه آن مصوب ۱۳۵۸/۷/۳۰) عازم خارج از کشور هستند باید قبل از خروج نسبت به پرداخت هزینههای تحصیلی خود و یا سپردن تعهد لازم اقدام کنند. بورسیه های خارج از کشور دستگاههای دولتی که تضمین و وثیقه کافی برای بازگشت سپرده اند از این امر مستثنی هستند.

آیین نامه های این ماده به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فن آوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۵۴- به منظور تسهیل در استفاده از تخصص و توان فنی کادر علمی دانشگاهها و مؤسسات

آموزش عالی و جهت گیری پژوهشهای دانشگاهی به سمت نیازهای علمی و تخصصی کشور :

الف - به دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی کشور و مراکز تحقیقاتی مصوب اجازه داده می شود با

رعایت مراتب زیر نسبت به تشکیل شرکتهای دولتی خدمات علمی، تحقیقاتی و فنی با مقررات خاص

و تابع قانون تجارت مبادرت کنند.

۱- خدمات این شرکتهای صرفاً در محدوده تحقیقات و خدمات علمی و فنی است که شرکتهای و

مؤسسات بخش غیردولتی و غیرعمومی قادر به انجام آنها نیستند و دانشگاه را از اهداف اصلی

آموزشی و پژوهشی خود دور نمی کند.

۲- حداکثر چهل و نه درصد (۴۹٪) از سهامداران این شرکتهای اعضای هیأت علمی، کارشناسان

پژوهشی، تکنسینها و کارکنان همان دانشگاه، مؤسسه آموزش عالی و مرکز تحقیقاتی و پژوهشی

بوده و سهامداران و شرکت مربوطه از محدودیت قانون منع مداخله وزراء و نمایندگان مجلسین،

دولت و کارمندان دولت در معاملات دولتی و کشوری مصوب ۱۳۳۷/۱۰/۲۲ مستثنی است.

اساسنامه نمونه و یا خاص هر یک از شرکتهای فوق در هر یک از دانشگاهها، مؤسسات آموزش

عالی و مراکز تحقیقاتی و پژوهشی با پیشنهاد سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران می رسد.

ب - نحوه هزینه اعتبار جاری و اختصاصی برنامه تحقیقات دانشگاهها و مراکز پژوهشی که تابع

قانون مربوط به مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی در خصوص ترکیب هیأت امناء دانشگاهها و

مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی مصوب ۱۳۷۶/۴/۳ و قانون نحوه انجام امور مالی و معاملاتی

دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی مصوب ۱۳۶۹/۱۰/۱۸ هستند، صرفاً تابع قوانین مذکور

و آیین نامه های مربوطه بوده و از شمول قوانین و مقررات عمومی و مؤسسات دولتی - به استثنای

ماده (۳۱) قانون محاسبات عمومی - مستثنی می باشد. درآمدهای حاصل از خدمات پژوهشی مراکز

تحقیقاتی درآمد اختصاصی مراکز مذکور محسوب می گردند .

فصل ۲۱ - فرهنگ و هنر ، ارتباطات جمعی و تربیت بدنی

ماده ۱۵۹ - برای اعتلای معرفت دینی و قرآنی و بهره‌گیری از اندیشه‌های والای حضرت امام خمینی^(ره) و رهنمودهای مقام معظم رهبری حضرت آیت الله خامنه‌ای در تحکیم مبانی فکری ارزشهای انقلاب اسلامی و فرهنگی جهاد و شهادت در جامعه ، بویژه در جوانان و نوجوانان ، وزارتخانه‌های آموزش و پرورش ، علوم ، تحقیقات و فن‌آوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، سازمان صداوسیما ، نیروی مقاومت بسیج ، سازمان تبلیغات اسلامی ، دفتر تبلیغات اسلامی و سایر دستگاههایی که از بودجه عمومی استفاده می کنند موظف اند :

الف- یکی از مراکز پژوهشی خود را برای انجام مطالعات مستمر و همه جانبه در زمینه‌های بهره‌گیری از علوم و فن‌آوریها و هنر دینی و افکار حضرت امام خمینی^(ره) مأمور کنند و با پیش‌بینی منابع لازم زمینه‌های مشارکت دانشجویان دوره‌های تحصیلات تکمیلی را در پژوهش‌های مرتبط با این امور فراهم کنند .

ب- در طرحها و فعالیتهای فرهنگی و تربیتی ، آموزشی با بهره‌گیری از انواع هنرها ، علوم و فن‌آوریهای جدید ، اثربخشی فعالیتهای در این زمینه‌ها را تعمیق بخشند و با پیش‌بینی امکانات و امتیازات کافی زمینه جذب اندیشمندان متعهد و استعدادهای خلاق و نوآور را در این عرصه ها فراهم سازند .

ج- یکی از واحدهای مناسب موجود خود را برای تحقیق و ارزیابی مستمر اثربخشی فعالیتهای فرهنگی ، تربیتی موجود و جدید و چگونگی ارتقای بهره‌وری از منابع موجود در اجرای اهداف سابق‌الذکر را تجهیز کنند .

شروع هر نوع فعالیت جدید فرهنگی ، تربیتی و آموزشی در زمینه‌های فوق با ارائه توجیه مناسب مبتنی بر نتایج این ارزیابیها صورت خواهد پذیرفت .

د- مرتبط نیست .

ه- دستگاههای ذیربط موظفن به منظور ترویج فرهنگ و ارزشهای والای اسلام و ایران اسلامی و استفاده

از اندیشه‌های دینی و سیاسی حضرت امام خمینی^(ره) ، اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱. سازمان امور اداری و استخدامی کشور موظف است برنامه آموزشی ویژه‌ای را برای مدیران تهیه و از طریق آن مبانی نظری و اندیشه‌های دینی و سیاسی حضرت امام خمینی (ره) را آموزش دهد.

۲. سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فن‌آوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تجدید نظر در برنامه‌های آموزشی و تربیتی خود معرفی شخصیت حضرت امام خمینی (ره) و اندیشه‌های معظم‌له را مورد عنایت خاص قرار دهند.

۳. مرتبط نیست.

۴. به منظور اجراء، نظارت و ارزیابی این برنامه‌ها، ستادی در قالب آیین‌نامه این بند تعیین می‌شود.

و - ...

ماده ۱۶۷- به منظور تحقق رهنمودهای مقام معظم رهبری دایر به جهت‌دهی رسانه‌ها به سمت سالم سازی فضای عمومی در جهت رشد آگاهیها و فضایل اخلاقی و اطلاع رسانی صحیح و تحقق سیاستهای کلی برنامه سوم توسعه کشور، سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظف است:

الف- با تأیید سازمان برنامه و بودجه جهت متناسب سازی شبکه‌های جدید استانی ملی و فراملی (بین‌المللی خبر) و تکمیل پوشش جمعیتی و جغرافیایی شبکه‌ها و بکارگیری فن‌آوریهای نو در تولید و پخش اقدام کند.

ب- در راستای اطلاع رسانی مطلوب به جامعه، کلیه دستگاههای اجرایی، اطلاعاتی را که زمینه‌ساز فرهنگ توسعه آن بخش است (و لازم است به صورت مستقیم و غیرمستقیم در برنامه‌های تولید صدا و سیما منعکس گردد) به سازمان صدا و سیما اعلام می‌کنند تا با انجام مطالعات لازم در برنامه‌ها گنجانده شود. سازمان صدا و سیما سالانه گزارش عملکرد خود را در رابطه با دستگاههایی که اطلاعات و نیازهای خود را اعلام داشته‌اند به دستگاه مربوطه منعکس کرده و گزارش کلی آن را برای رؤسای قوای سه گانه ارسال می‌کنند.

ج- آن دسته از دستگاههای اجرایی که تحقق وظایف آنها مستلزم مشارکت فکری و علمی قشر وسیعی از افراد جامعه است می توانند برنامه‌های خاص رادیویی و تلویزیونی تهیه و در چارچوب ضوابط سازمان صدا و سیما برای پخش در زمان مناسب اقدام کنند. برای افزایش امکان دسترسی جامعه به آموزشهای عمومی و فنی و حرفه‌ای و ترویجی و آموزشهای عالی، با همکاری دستگاههای مختلف نسبت به تدوین برنامه‌های لازم اقدام کرده و از طریق شبکه‌های موجود و ایجاد شبکه‌های آموزشی و ارتباط متقابل با توجه مفاد اساسنامه سازمان صدا و سیما نسبت به توسعه و بهبود کیفیت آموزشهای مختلف اقدام کند. برای پشتیبانی علمی برنامه‌های آموزشی، سازمان صدا و سیما با هریک از دستگاههای مربوطه کمیته لازم را تشکیل می‌دهد.

فصل ۲۳ - امور عمومی، سیاست داخلی و روابط خارجی

ماده ۱۸۰ - به منظور ایجاد تمرکز در سیاست‌گذاری امور اتباع خارجی (آواره، پناهنده، مهاجر و اتباع خارجی دارای گذرنامه) در زمینه ورود، اسکان، اخراج، اشتغال، آموزش، بهداشت و درمان و روابط بین‌الملل، **شورای هماهنگی اتباع بیگانه** به ریاست وزیر کشور و عضویت وزیران آموزش و پرورش، اطلاعات، امور خارجه، کار و امور اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رئیس سازمان برنامه و بودجه، دبیر شورای عالی امنیت ملی، فرمانده نیروی انتظامی و رئیس جمعیت هلال احمر تشکیل می‌گردد. تصمیمات شورای مذکور پس از تأیید هیأت وزیران قابل اجرا خواهد بود.

آیین‌نامه اجرایی این ماده به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی، کشور و اطلاعات به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

فصل ۲۵ - بهداشت و درمان

ماده ۱۹۲-

الف- به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- ۱- کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به صورت رایگان توسط دولت ارائه می گردد.
- ۲- خدمات درمان سرپایی روستاییان در واحدهای موجود توسط دولت ارائه می شود. توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد توسط دولت انجام می شود.
- ۳- درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشت و درمان شهری موجود به عهده دولت است لکن توسعه با شرکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود. توسعه فعالیتهای بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جاذبه ای برای بخش خصوصی وجود ندارد.
- ۴- ضمن استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته و شهرهای کوچک (کمتر از یکصد هزار نفر جمعیت) و تامین تختهای آموزشی متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی، توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از یکصد هزار نفر جمعیت) بر عهده بخش غیردولتی خواهد بود. همچنین در شهرهای بزرگ جهت واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید برای بخش غیردولتی با اولویت تعاونی های گروه پزشکی تسهیلات لازم ایجاد خواهند شد.
- ۵- سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام نمایند.

آیین نامه اجرائی بند فوق با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و

بودجه تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ب- به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود در جهت ارتقای کارآیی و مشارکت کارکنان و مردم در مورد امکانات بهداشتی و روانی و دارویی و توانبخشی خود با رعایت موارد مذکور در بند (الف) این ماده اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. خرید خدمات تعریف شده از کارکنان خود طبق تعرفه‌های مصوب (نظام کارمزدی به جای روزمزدی) و همچنین از بخش غیردولتی.

۲. پرداخت بخشی از درآمدهای حاصل از ارائه خدمات به کارکنان در واحدهای تحت تصدی دولت به صورت کارانه برای افزایش کارآیی آنان.

اعتبار لازم برای اجرای بند (ب) این ماده در لایحه بودجه سالانه منظور خواهد شد. درآمدهای حاصله در هر استان در قالب بودجه‌های سالانه صرف توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشتی و درمانی همان استان می‌گردد.

آیین‌نامه‌های اجرائی این ماده شامل تعیین وضعیت کارکنان شاغل، ضوابط و نحوه واگذاری، تعریف خدمات قابل واگذاری و نحوه قیمت‌گذاری آنها، روشهای پرداخت، نحوه هزینه درآمدهای حاصله و سایر موارد، مشترکاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه حداکثر در مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیات‌وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۳- به منظور تامین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاریهای خارج از حد نیاز، سطح‌بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصیصهای مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. هر گونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیتهای درمان بستری کشور و هم‌چنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح‌بندی خدمات درمانی کشور خواهد بود. ضوابط و برنامه اجرائی سطح‌بندی خدمات درمان بستری کشور حداکثر طی مدت شش ماه از تاریخ تصویب این قانون مشترکاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیات‌وزیران خواهد رسید.

الف- در راستای تحقق اهداف سطح‌بندی خدمات، وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در طی برنامه پنج‌ساله سوم جهت تطبیق ظرفیتهای موجود درمان بستری و ساماندهی خدمات فوری پزشکی (اورژانس) هماهنگ با سطح‌بندی خدمات نسبت به رفع کمبودها و تعدیل امکانات درمانی مازاد اعم از نیروی انسانی و تجهیزات، جایگزینی واحدهای درمانی فرسوده و غیر استاندارد اقدامات لازم را انجام دهد.

تبصره- دولت موظف است جهت سازماندهی رسیدگی به بیماران حادثه دیده و اورژانس سیستم رسیدگی به این نوع بیماران (سیستم تروما) را ایجاد کند و بخشهایی را در مراکز درمانی به مرکز حوادث و سوانح (تروماسنتر) تبدیل کرده و یا در صورتی که لازم باشد مراکز حوادث و سوانح جدید احداث کند به طوری که تمام این بیماران بدون پرداخت هزینه در این مراکز بطور اورژانس تحت درمان قرار گیرند.

ب- در تطبیق ظرفیتهای مناسب و مورد نیاز با ظرفیتهای موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، بانکها و شرکتهای دولتی، نیروهای مسلح، مؤسسات خیریه و خصوصی و سایر موارد به صورت یک مجموعه صرفنظر از مالکیت و مدیریت آنها منظور خواهد شد.

ج- به منظور ارتقاء سطح کیفی و کمی توانبخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات با هدف تساوی فرصتها و مشارکت معلولین در جامعه، مناسب‌سازی اماکن عمومی (خصوصی و دولتی) در طول برنامه سوم صورت می‌گیرد. و همچنین در طول برنامه سوم آسایشگاه‌هایی برای بستری جانبازان زن اختصاص یافته و استفاده از آمبولانس برای جانبازان بالای هفتاد درصد (۷۰٪) قطع نخاع و اعصاب و روان و شیمیایی به صورت رایگان منظور می‌گردد.

آیین‌نامه اجرائی مربوط به این بند با همکاری وزارت مسکن و شهرسازی و سازمان بهزیستی کشور و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۴- کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه‌های فوق خدماتی را ارائه می‌کنند موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاههای ذیربط اعلام می‌گردد نسبت به اخذ تاییدیه ادواری از افراد حقیقی و یا حقوقی (دولتی و یا غیردولتی) که صلاحیت آنها حسب مورد از طرف دستگاههای سابق‌الذکر برای مدت معین تایید شده است اقدام کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاههای ذیربط موظفند حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی و یا حقوقی تایید صلاحیت شده به صورت مستمر نظارت و در صورت مشاهده تخلف ضمن رد صلاحیت آنها موضوع را به مراجع قانونی ارجاع نمایند.

آیین‌نامه این ماده مشتمل بر تعیین واحدهای تولیدی، توزیعی و خدماتی مشمول این ماده، تعیین مقاطع زمانی اخذ تاییدیه بهداشتی برای هر یک از مراکز مربوطه، تعیین تعرفه‌ها، نحوه برخورد با متخلفان اعم از اخذ جرایم و معرفی به دادگاه، ضوابط تعیین صلاحیت اشخاص حقیقی و حقوقی نظارت‌کننده و سایر موارد حداکثر طی مدت شش ماه پس از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاههای ذیربط تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۵- ایجاد و احداث هر گونه واحد درمانی توسط دستگاههای موضوع ماده (۱۱) این قانون و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی به استثنای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت مسکن و شهرسازی (به عنوان مجری) جز در مواردی که در ماده (۱۹۲) این قانون اجازه داده شده، ممنوع است. ایجاد و احداث واحدهای درمانی توسط دستگاههای سابق‌الذکر در موارد ضروری، با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تصویب هیات وزیران امکانپذیر خواهد بود. مراکز خاص درمانی جانبازان از این امر مستثنی می‌باشند.

ماده ۱۹۶- به منظور تنظیم بازار دارو، تامین ارز مورد نیاز برای ورود مواد اولیه دارویی و داروهای ساخته شده وارداتی، جلوگیری از افزایش بی‌رویه قیمت داروهای بهداشتی و طولانی مصرف ضروری، حمایت از نظام بیمه‌ای و جلوگیری از عوارض و مخاطرات دارویی اقدامات زیر انجام خواهد یافت:

الف- فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود. ورود، تولید، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است.

ب- واردات مواد اولیه ساخت دارو و داروهای حمایتی وارداتی در دوره برنامه پنجساله سوم با ارز رسمی خواهد بود. در صورت تغییر نرخ ارز، مابه‌التفاوت نرخ مزبور محاسبه و به صورت یارانه ریالی در قانون بودجه منظور خواهد شد.

ج- داروهای بهداشتی، طولانی مصرف ضروری و داروهای مورد نیاز بیماران صعب‌العلاج و جانبازان علاوه بر استفاده از تسهیلات مذکور در بند (ب) این ماده کماکان مشمول دریافت یارانه ریالی خواهند بود.

د- با تقویت و تعمیم نظام بیمه‌ای، یارانه ریالی و مابه‌التفاوت مذکور در بندهای (ب) و (ج) این ماده متناسب با جمعیت تحت پوشش سازمانهای بیمه‌گر به آنها پرداخت خواهد شد.

و- عرضه دارو (به استثنای داروهای غیرنسخه‌ای که فهرست آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود) به مصرف‌کننده نهایی خارج از داروخانه ممنوع است.

ز- به منظور تضمین کیفیت داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های تولیدکننده دارو موظفند با ایجاد واحدهای کنترل کیفیت و به کارگیری متخصصین ذیربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام کنند. به این منظور به کارخانه‌های ذیربط اجازه داده می‌شود با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پنجاه درصد (۵۰٪) درآمد موضوع قانون اصلاح بند (۲) و تبصره (۲) ماده (۵) قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۱/۶/۱۵، در قالب بودجه‌های سالانه استفاده کنند.

ث. صددرصد (۱۰۰٪) حق سرانه موضوع قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸ جانبازان و نیز بیمه مضاعف جانبازان پنجاه درصد (۵۰٪) و به بالا و تامین واردات داروها و تجهیزات پزشکی و توانبخشی جانبازان با ارز رسمی بوده و از عوارض و مالیات و حقوق گمرکی و سود بازرگانی معاف باشند.

آیین‌نامه اجرائی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۹۷- به منظور نهادینه کردن امنیت غذا (دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماریهای حاصل از سوء تغذیه و ارتقای سلامت جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر طی مدت یک سال نسبت به تعیین سبد غذایی مطلوب اقدام کند و برای تحقق آن دستگاههای ذیربط باید اقدامات ذیل را به عمل آورند.

الف- وزارتخانه‌های فرهنگی و آموزشی و همچنین سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظفند نسبت به ارتقای فرهنگ و آگاهیهای تغذیه‌ای و ارائه آموزشهای لازم به منظور ترویج سبد مطلوب غذایی به عموم مردم اقدام کنند.

ب- شورای اقتصاد در توزیع منابع اعتباری یارانه‌ها در مورد مواد غذایی پس از کسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمینه اجرای سبد غذایی را فراهم خواهد کرد.

ج - به منظور رفع سوء تغذیه خانوارهای کم در آمد، یارانه کالاهای اساسی اعطایی به نیازمندان، روستاییان و ساکنین مناطق کمتر توسعه‌یافته نسبت به سایرین افزایش می‌یابد.

د- به منظور ارتقای سطح سلامتی مردم مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است حداکثر تا پایان برنامه سوم استانداردهای ایمنی مواد غذایی را تکمیل و جهت اعمال نظارت بر کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای ذیربط اعلام کند.

ه - ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در سطوح ملی و استانی طی مدت شش ماه از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تایید سازمانهای امور اداری و استخدامی و برنامه و بودجه به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

فصل ۲۶ - اجرا و نظارت

ماده ۱۹۸ - به منظور حسن اجرای قانون برنامه سوم ، رئیس جمهور گزارش نظارت و ارزیابی پیشرفت هر سال برنامه را حداکثر تا شهریور ماه سال بعد ، شامل موارد زیر به مجلس شورای اسلامی ارائه می‌نماید :

الف - بررسی عملکرد مواد قانونی برنامه .

ب - بررسی عملکرد سیاست های اجرائی .

ج - بررسی عملکرد متغیرهای کلان و بخشی از جمله تولید و سرمایه گذاری ، تجارت خارجی ،

تراز پرداختها ، بودجه ، بخش پولی و تورم ، اشتغال و بیکاری .

د - ارزیابی نتایج عملکرد و تبیین علل مغایرت با برنامه .

ه - ارائه پیشنهادهای لازم به منظور بهبود عملکرد برنامه .

تبصره - دستگاههای اجرائی موظفند براساس دستورالعملی که سازمان برنامه و بودجه ابلاغ

می کند ، نسبت به تهیه و ارائه گزارش پیشرفت عملیات برنامه سوم به سازمان مذکور اقدام کنند .

فصل چهارم: راهکارهای اجرایی قانون برنامه سوم توسعه در بخش بهداشت و درمان (مصوب هیأت وزیران)

فصل ۱۲- توسعه علوم و فن آوری

۲۲- به منظور بهره مندی از استعداد ها و توانمندیهای علمی و اقتصادی زنان به ویژه بانوان خانه دار دستگاههای اجرائی مرتبط درطول برنامه اقدامات ذیل را به عمل خواهند آورد :

الف - وزارتخانه های آموزش و پرورش ، علوم ، تحقیقات و فناوری ، بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ، کار و امور اجتماعی ، سازمان صدا و سیما متناسب با امکانات و برنامه های خود آموزشهای کوتاه مدت کار بردی را طراحی و حتی الامکان از طریق بخش غیر دولتی اجرا خواهند کرد .

۲۳ - وزارتخانه های آموزش و پرورش ، علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظفند برای شناسایی و شکوفایی استعدادهای درخشان و هدایت آنها به سمت اولویتهای راهبردی کشور در حوزه های معرفتی ، علوم و فناوری و پیگیری مسائل خاص آن در کلیه سطوح آموزشی و تحقیقاتی با بازنگری در اهداف ، وظایف و تشکیلات سازمانها و نهادهای موجود در این زمینه پیشنهادهای لازم را در ارتباط با وضع مقررات خاص ، پیش بینی تسهیلات ویژه و ایجاد سازمان

اجرائی مناسب برای تحقق اهداف سابق الذکر، تدوین و حداکثر تا پایان سال اول برنامه برای طی مراحل قانونی به هیأت وزیران تقدیم کنند .

فصل ۱۳ - سیاستهای فرهنگی

۳- به منظور استفاده کامل از ظرفیت فضاها و تجهیزات فرهنگی و هنری و ورزشی موجود کشور اعم از دولتی و غیردولتی در جهت شکوفایی خلاقیت‌های علمی، پژوهشی، فرهنگی، هنری و ورزشی و نحوه گذران اوقات فراغت گروه‌های مختلف بالاصح جوانان کشور، اقدامات ذیل توسط دستگاه‌های ذیربط انجام خواهد شد :

الف - مرتبط نیست .

ب - وزارتخانه های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان‌های تربیت بدنی و تبلیغات اسلامی مجازند با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و با استفاده از اطلاعات موضوع بند (الف)، به منظور توسعه فعالیت‌های حوزه مسئولیتشان اقدامات لازم را در جهت استفاده از امکانات و تجهیزات فرهنگی، هنری و ورزشی که در اختیار سایر دستگاه‌های اجرائی و بخش‌های غیر دولتی است، به عمل آورند .

ج - سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور موظف است :

۱ - در لوایح بودجه سنواتی هریک از سال‌های برنامه، اعتباراتی را برای تأمین هزینه های استفاده وزارتخانه های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان‌های تربیت بدنی و تبلیغات اسلامی، از امکانات سایر دستگاه‌های اجرائی پیش بینی کند .

۲ - با اتخاذ تمهیدات اعتباری و حمایت از روش پیش بینی شده در بند (ب) زمینه های افزایش بهره وری از امکانات و تجهیزات فرهنگی، هنری، ورزشی کشور را فراهم کرده و با همکاری دستگاه‌های ذیربط گزارش‌های لازم را در مقاطع مشخص تهیه و به مراجع ذی صلاح ارائه کند .

آئین نامه های اجرائی مربوطه شامل نحوه استفاده وزارتخانه ها و سازمانهای مذکور در بند (ب) از اعتبارات موضوع جزء ۱ بند (ج) و نحوه همکاری دستگاههای اجرایی در جهت افزایش بهره وری از امکانات ورزشی ، فرهنگی و هنری بنا به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید .

فصل ۲۱- حمل و نقل

۱- وزارت راه و ترابری مکلف است طی مدت یکسال پس از تصویب قانون برنامه سوم توسعه نسبت به تهیه پیشنهادهای لازم برای انجام موارد زیر اقدام و برای طرح در مراجع ذیربط ارسال گردد.

ب- لایحه ایجاد مراکز امداد رسانی در جاده های کشور با همکاری وزارت کشور و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی .

فصل ۲۵- آموزش و پرورش عمومی

۲- وزارتخانه های علوم ، تحقیقات و فن آوری ، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش ، موظفند طی یکسال پس از تصویب قانون برنامه سوم توسعه ضوابط لازم را برای گزینش دانشجو در دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی دولتی و غیر دولتی به گونه ای مورد باز نگری و اصلاح قرار دهند که نتایج ارزشیابیهای مستمر دوران تحصیلی و تجارب و مهارتهای علمی ، فنی و پرورشی دانش آموزان مورد توجه قرار گرفته و نظام گزینش دانشجو مشوق کیفیت و عمق دانش و خلاقیت دانش آموزان باشد.

فصل ۲۶- آموزش فنی و حرفه ای

۲- وزارتخانه های آموزش و پرورش ، علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظفند در شرایط پذیرش دانش آموز و دانشجو به نحوی تجدید نظر به عمل آورند که امکانات و شرایط لازم به منظور ادامه تحصیل آموزش دیدگان فنی و حرفه ای در همان رشته ای که آموزش دیده اند فراهم شود .

فصل ۳۱ - بهداشت و درمان

۱. به منظور فراهم کردن شرایط مناسب برای افزایش مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش سهم بخش غیردولتی در ارائه خدمات و کاهش تصدی دولت اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف - تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس هزینه تمام شده برای بسته‌های خدمتی تعریف شده.

ب - تدوین و اجرای طرح‌های تامین حداقل نیازهای انسانی.

ج - صدور مجوز و ترغیب بخش خصوصی برای تاسیس مطب، داروخانه و مراکز بهداشتی - درمانی بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

د - تشویق تشکیل گروه‌های تعاونی پزشکان و کارکنان بهداشتی و تلاش برای فراهم کردن سرمایه اولیه برای ایجاد واحدهای بهداشتی و درمانی توسط تعاونی‌ها.

ه - ارائه کمک‌های مالی برای ایجاد و احداث واحدهای بهداشتی - درمانی توسط بخش غیردولتی از طریق اعطای تسهیلات بانکی با نرخ ترجیحی.

و - فراهم آوردن امکان خرید خدمت از بخش خصوصی پس از تدوین تعرفه برای خدمات بهداشتی.

ز - خودداری از ایجاد واحدهای بهداشتی - درمانی دولتی در مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود دارد و سوق دادن منابع دولتی برای مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود ندارد.

ح - بهبود استاندارد ساختمانی و تجهیزاتی واحدهای فعال موجود.

۲. به منظور کنترل و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر با قابلیت پیشگیری و درمان بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای سطح کیفی خدمات، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف - ساماندهی نظام جمع‌آوری، ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات و استفاده از تکنولوژی اطلاعاتی مناسب برای تحقیق این امر و تعیین بار کلی بیماری‌ها.

ب- طراحی جامع و کامل برنامه ادغام بیماریهای واگیردار با قابلیت پیشگیری در نظام شبکه.

ج- تدوین برنامه‌های عملیاتی برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی به کلیه خانواده‌های شهری و روستایی در قالب شبکه‌های جامع بهداشتی و درمانی.

د- بازنگری در متون درسی رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی به منظور تقویت جنبه‌های پیشگیری از بیماریها و آسیبهای اجتماعی و همچنین تقویت برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی کارکنان بهداشتی و درمانی کشور.

ه- اولویت در اجرای برنامه‌های مبارزه با بیماریهای واگیردار، غیرواگیردار، بازپدید و نوپدید مانند ایدز، سل، مالاریا، بیماریهای مشترک انسان و حیوان، بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن، بیماریهای رودهای، انگلی و هپاتیت، بیماریهای قلبی و عروقی، دیابت، بیماریهای ناشی از سوءتغذیه، عصبی، روان، آسیبهای ناشی از سوانح و حوادث، بیماریهای ژنتیکی و سرطانها.

۳. تقویت و توسعه همکاریهای بین بخشی با تاکید بر حوزه‌های مربوط به محیط زیست،

تغذیه و شیوه‌های زندگی و کیفیت آن با همکاری دستگاههای ذیربط و از طریق

اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف- فعال کردن شورای عالی بهداشت کشور موضوع مصوبه شماره ۱۷۷۰۶ مورخ ۱۳۶۰/۴/۲۰ هیات وزیران و ادغام سایر شوراهای مرتبط با بهداشت در آن و نیز تقویت همکاریهای بین بخشی از طریق شورای بهداشت استان و شهرستان.

ب- تعیین انتظارات بخش بهداشت و درمان از سایر بخشها و تدوین سیاستهای اجرایی لازم به منظور تامین شرایط مورد نیاز برای حفظ محیط زیست، بهبود تغذیه و بهبود شیوه‌های زندگی.

ج- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای توسعه همکاریها و مشارکت بین بخشی در تعیین ضوابط و مقررات بهداشتی ساختمان‌سازی و مجتمع‌های مسکونی، تعیین استاندارد ماشین‌های پخت نان، بسته‌بندی و توزیع مواد غذایی، وسایل حفاظت فردی، ایمنی حمل و نقل، توزیع مواد شیمیایی و سموم، مقررات بهداشتی اماکن عمومی، مدارس، بیمارستانها و واحدهای بهداشتی و درمانی، و مقررات بهداشتی در طرح‌های هادی و جامع شهری.

د- تجهیز و بکارگیری کلیه امکانات موجود اعم از منابع دولتی، بین‌المللی و مردمی در جهت تامین سلامت جامعه (در تمامی سطوح پیشگیری، درمان و توانبخشی).

ه- افزایش آگاهی کارکنان شاغل در سایر بخشهای اقتصادی و اجتماعی مرتبط با مسائل بخش بهداشت و درمان در زمینه راههای بهبود وضعیت سلامت جامعه.

و- تدوین و اجرای پروژه‌های بین بخشی شامل پروژه‌های شهر سالم، روستای سالم و تامین حداقل نیازهای انسانی.

ز- توسعه واحدهای بهداشتی مسئول در امور بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط کار در کارگاهها و کارخانجات.

۴. به منظور تامین برخورداری جمعیت ساکن در مناطق شهری با اولویت بهره‌مندی گروههای آسیب‌پذیر و محروم جامعه از مراقبتهای اولیه بهداشتی، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف- تعیین روشهای اجرایی کارآ برای تامین پوشش بهداشتی و درمانی گروههای در معرض خطر مانند از کار افتادگان، سالخوردگان، افراد بی‌سرپرست، بازنشستگان، خانواده‌های کم‌درآمد، افرادی که شغل خود را از دست داده‌اند، افرادی که ناتوانی جسمی، ذهنی و روانی دارند، پناهندگان سکنه مناطق محروم کشور، حاشیه شهرها و مناطق شهری فاقد دسترسی به مراقبتهای بهداشتی و گزارش‌دهی بیماریها.

ب- تعیین روشهای اجرایی مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شکل فعال به گروه آسیب‌پذیر شامل غربالگری، پیشگیری، درمان مناسب و بموقع، توانبخشی، پیگیری و ثبت گزارش‌دهی بیماریها

ج- شمول مزایای بیمه‌ای برای کلیه اقشار آسیب‌پذیر.

۵. به منظور استمرار سیاست تحدید موالید، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف- برای ایجاد تعادل منابع و میزان رشد جمعیت، و همچنین حفظ سلامت مادران و نوزادان و گروه‌های در معرض خطر بیماریها و تضمین رشد اقتصادی، اجتماعی کشور در آینده، سیاستگذاری جمعیتی در بخش بهداشت و درمان بر اساس اصول زیر صورت می‌پذیرد:

- کاهش نرخ زاد و ولد و مرگ و میر مادران و نوزادان.
 - کم کردن بارداری سنین پایین‌تر از هجده سال و پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته.
 - اصلاح موقعیت اجتماعی زنان و تواناسازی آنان در فرآیند توسعه کشور.
 - ارایه آموزشهای لازم در سطح مناسب آموزش و پرورش عمومی در اجرای سیاستهای تحدید موالید.
 - تشویق روستاییان به اقامت در روستا از طریق فراهم‌آوردن امکانات بهداشتی - درمانی در روستاها.
- ب -** ایجاد هماهنگی بین دستگاههای اجرایی جهت اجرای دقیق قانون تنظیم خانواده به ویژه از سوی وزارتخانه‌های فرهنگ و ارشاد اسلامی، آموزش و پرورش و علوم، تحقیقات و فناوری و رسانه‌های گروهی و صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران.
- ج -** برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و استاندارد کردن آن.
- د -** جلب مشارکت معتمدین جامعه از جمله روحانیون و معلمان در زمینه تشویق به استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری و کنترل جمعیت.
- ه -** جلب مشارکت بخش خصوصی، تعاونی و خیریه در ارائه خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده.

۶. به منظور اجرای برنامه سطح‌بندی خدمات درمانی، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- الف -** اصلاح ساختار خدمات درمان بستری بر اساس نظام سطح‌بندی خدمات و با در نظر داشتن ضرورت رفع نارساییهای موجود در مورد تختهای ویژه، بیماران خاص، بیماران سوختگی و روانی مزمن.
- ب -** تدوین روشهای اجرایی لازم برای برقراری ارتباط مطلوب بین شبکه‌های بهداشتی - درمانی و خدمات درمان تخصصی و بستری در نظام سطح‌بندی خدمات.

۷. برای برقراری نظام ارجاع در کلیه سطوح درمانی کشور، اقدامات زیر انجام خواهد

شد:

الف- اصلاح مقررات به منظور اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات با در نظر گرفتن سهم بیمه شده و بیمه‌گر به نحوی که در اجرای نظام ارجاع هزینه کامل ارائه خدمات قابل پرداخت باشد.

ب- تهیه و اجرای برنامه‌های اصلاح نظام آموزشی و توسعه فرهنگ جامعه پزشکی و مردم، سازگار با نظام ارجاع.

ج- تنظیم مقررات و روشهای اجرایی مناسب برای تعیین نقش پزشک خانواده به عنوان رکن اساسی اجرای نظام ارجاع و پیوند شبکه‌های بهداشتی- درمانی با نظام ارجاع.

ح- اتصال واحدهای بهداشتی به بیمارستان‌ها و انطباق ساختار کنونی شبکه به شبکه جامع با در نظر گرفتن نظام ارجاع و نظام بیمه همگانی.

۸. به منظور ساماندهی شبکه اورژانس کشور هماهنگ با سطح‌بندی خدمات در دو

جنبه پیش بیمارستانی و بیمارستانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ضمن انجام اقدامات زیر، نظام جامع شبکه اورژانس کشور را حداکثر طی مدت

یکسال پس از تصویب قانون برنامه سوم توسعه طراحی نموده و پس از هماهنگی با

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به مرحله اجرا درمی‌آورد.

الف- تکمیل مرحله‌ای شبکه اورژانس کشور متناسب با استانداردهای جهانی با استفاده از منابع عمومی دولت و سایر بخشها و کمک‌های مردمی.

ب- تهیه و تدوین مقررات و دستورالعمل و برنامه‌های اجرایی به منظور بهره‌گیری از امکانات بخش خصوصی و تعاونی برای بهبود خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی.

ج- ایجاد تسهیلات و همکاری با سازمان‌های بین‌المللی در جهت بهبود استانداردهای عملیات اورژانس کشور و اجرای برنامه‌های انجام پژوهشهای کاربردی.

د- تهیه پروتکل جامع آموزشی و بازآموزی نیروی انسانی متخصص مورد نیاز در شبکه اورژانس کشور، اجرای برنامه‌های آموزش همگانی و اطلاع‌رسانی عمومی با هماهنگی شورای اطلاع‌رسانی.

هـ - استفاده از همکاری و امکانات سایر سازمانها و نهادهای ذیربط در مسایل اورژانس کشور (آتش‌نشانی‌ها ، شهرداریها ، وزارت راه و ترابری، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی و ...)

۹. استقرار پایش و نظارت و ارزشیابی مطلوب بر کلیه امور بخش، از طریق اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- الف- تدوین دقیق آیین‌نامه‌ها، ضوابط، دستورالعمل‌ها و معیارهای ارزشیابی برای تبیین سطوح مختلف نظارتی (محلی، بخشی، منطقه‌ای).
- ب- شناسایی کلیه منابع و امکانات جهت تسهیل و تسریع در استقرار نظام مطلوب نظارت و ارزشیابی و شناسایی روش‌های نوین مدیریت اطلاعات و ارزشیابی.
- ج- بازنگری، اصلاح، تدوین و ظایف فنی آزمایشگاه‌های رفرانس در استانها.
- د- تدوین روشهای اجرایی و ایجاد تسهیلات برای کنترل و نظارت بر امور آزمایشگاه‌های تشخیص طبی در استانها و کنترل کیفی خدمات آزمایشگاهها.

۱۰. گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه از طریق اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- الف- بازنگری و اصلاح روشهای اجرایی برای تغییر آن از شکل سنتی موجود (توانبخشی معلولین بطور عمده در مراکز توانبخشی) به سمت روشهای توانبخشی مبتنی بر جامعه (با اتکاء به مشارکت افراد معلول، خانواده آنها و سایر افراد جامعه و با استفاده از کلیه منابع و امکانات موجود در جامعه).
- ب- آگاه‌سازی افراد معلول و خانواده‌های آنان و جامعه از روش‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه.
- ج- تامین و پرداخت کمک هزینه‌های آموزش و نگهداری معلولین در خانواده‌ها برای حمایت از آموزش و نگهداری معلولین توسط خانواده.
- د- استفاده از روشهای خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه از طریق گروههای سیار برای افزایش دسترسی معلولین در مناطق دور از مراکز توانبخشی.

۱۱. کنترل و پیشگیری از بروز و تشدید معلولیتها و آسیبهای اجتماعی و روانی، توجه

به عوامل آسیب‌زا به جای آسیب‌دیدگان، از طریق اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف - اجرای برنامه‌های آگاه‌سازی در جامعه برای پذیرش اجتماعی معلولین، بیماران روانی و افراد نابهنجار پس از بهبودی.

ب - گسترش مراکز درمان سرپایی و مشاوره‌ای و تامین امکانات مورد نیاز در این مراکز برای توانبخشی معلولین و بیماران روانی مزمن.

ج - تامین امکانات و تدوین روشهای اجرایی برای توسعه فعالیتهای مددکاری، مشاوره‌ای و انجام اقدامات توانبخشی اجتماعی به منظور تامین حداقل نیازهای اساسی گروههای نیازمند و کمک به سازگاری آنان با محیط زندگی.

۱۲. برای اصلاح نظام دارویی کشور اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف - تهیه فهرست دارویی کشور در دو گروه حمایتی (داروهای بهداشتی، طولانی مصرف، مورد نیاز بیماران صعب‌العلاج و مشمول بیمه) و غیر حمایتی.

ب - تامین ارز داروهای حمایتی وارداتی و ارز مواد اولیه تولید داخل داروها در گروه حمایتی.

ج - قیمت‌گذاری دارو و استفاده از یارانه دارو به خصوص برای داروهای حمایتی و فراهم نمودن شرایط لازم برای انتقال تدریجی یارانه‌ها به سازمانهای بیمه خدمات درمانی.

د - تدوین مقررات و روشهای اجرایی به منظور تشویق و ایجاد بستر مناسب و انگیزه‌های اقتصادی برای توسعه سرمایه‌گذاری بخش غیردولتی در تولید مواد اولیه دارویی و بسته‌بندی، و افزایش درصد بهره‌برداری از ظرفیتهای موجود صنایع دارویی کشور.

ه - استمرار حمایت از صنایع داروسازی بویژه از جهت تامین ارز، نقدینگی و تسهیلات بانکی و فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای جذب سرمایه‌ها در تولید مواد اولیه دارویی، فرآورده‌های بیولوژیکی و بیوتکنولوژی (و داروهای مشتق از پلاسما).

و - تدوین برنامه‌های عملیاتی و روشهای اجرایی مناسب برای تقویت واحدهای کنترل کیفیت تولید دارو توسط کلیه کارخانه‌های تولیدی و کنترل کیفی و نظارت بر واردات و توزیع دارو.

ز - تبیین جایگاه داروهای گیاهی و تدوین روشهای اجرایی مناسب برای فراهم نمودن زمینه‌های گسترش تولید، تجویز و مصرف و صادرات داروهای گیاهی.

- ح- حمایت از داروهای تولید از طریق وضع حقوق و عوارض گمرکی و تعرفه‌ها برای مدت معین.
- ط- صدور مجوز و ایجاد تسهیلات لازم برای صادرات داروهای که ارز حمایتی استفاده نکرده‌اند.
- پس از انجام تعهدات شرکت‌های دارویی و شرکت پالایش و پژوهش خون برای تامین نیاز داخلی.
- ی - اختصاص سهمی از درآمدهای شرکت‌های دارویی (تولید و توزیع) برای:
- گسترش تحقیقات کاربردی دارو و استفاده از مشارکت دانشگاه‌ها.
 - بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی.
 - تامین هزینه شبکه جامعه اطلاع‌رسانی دارویی.
 - تدوین و بکارگیری روشهای مناسب برای بالا بردن آگاهی‌های عمومی از طریق رسانه‌های عمومی به خصوص صدا و سیما.
 - تقویت سیاستهای نظارتی، با تاکید بر فعالیتهای ذیل در تمام استانهای کشور:
 - ثبت عوارض جانبی داروها.
 - ارزیابی دارو به بعد از ورود به بازار.
 - ارزیابی بالینی دارو.

۱۳. اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور، از طریق اقدامات زیر انجام خواهد

شد:

- الف- پیشنهاد اصلاحات در قوانین و آیین‌نامه‌ها برای اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمانی در کشور و انطباق با نظام جامع تامین اجتماعی.
- ب- گسترش پوشش بیمه‌شوندگان با بکارگیری نظام انگیزشی مناسب برای آنان.
- ج- جایگزینی سیستم دفترچه بیمه خدمات درمانی با سیستم‌های مناسب و بازنگری در نظام پرداخت هزینه‌ها با تاکید بر ایجاد روش یکسان در مورد تمامی سازمانها و ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌شدگان.
- د- اصلاح روشهای نظارت و بازرسی از مراکز درمانی در جهت ضابطه‌مندی بیشتر، کنترل نامحسوس، اعتقاد متقابل و حفظ حقوق طرفین.

هـ - اصلاح فرآیندها و روشهای رسیدگی به اسناد پزشکی و پرداخت هزینه‌ها در جهت جایگزینی کامل روشها و عملیات ماشینی.

و- ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب از طریق ماشینی کردن و خودکارسازی نظام اطلاعات مدیریتی و اطلاع‌رسانی با هماهنگی شورای اطلاع‌رسانی به منظور افزایش دقت، سرعت و صحت تولید و انتقال اطلاعات انجام خواهد شد.

۱۴. به منظور **افزایش** سهم اعتبارات بهداشت در مان و توانبخشی از منابع عمومی و تولید

ناخالص ملی تا رسیدن به متوسط قابل قبولی از نرخ جهانی، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف- اصلاح ساختاری اقتصادی بخش به منظور تامین منابع مالی و استفاده بهینه از منابع موجود و شناخت و ایجاد منابع جدید، متناسب با افزایش سطح فعالیت‌ها از طریق واحدهای کسب درآمد و تحلیل اقتصادی هزینه‌ها و اصلاح نظام بودجه‌ریزی کشور در بخش بهداشت و درمان.

ب- تدوین روشهای مناسب برای جلب همکاریهای بین‌المللی در راستای توسعه منابع مالی.

ج- اصلاح نظام ثبت درآمدها و هزینه‌ها و تحلیل و گزارش‌دهی اطلاعات مالی.

د- استقرار نظام حسابهای ملی بهداشت و استفاده از آن در تحلیل اقتصادی بهداشت.

۱۵. - **به منظور اصلاح ساختار، تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش**

پزشکی، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

الف- شفاف‌نمودن حدود مسئولیت‌ها و اختیارات دستگاههای اجرایی دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی و همچنین تامین منابع مالی.

ب- تهیه و اجرای طرح نظام مدیریت مشارکتی و نظام مدیریت فراگیر، بهبود روشها و شیوه‌های انجام کار.

ج- برقراری تناسب میان مسئولیت و اختیار با در نظر گرفتن قابلیت‌ها در ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

د- طراحی و اجرای نظام مطلوب مدیریت و عدم تمرکز با در نظر گرفتن منابع و نیازهای محیطی.

هـ تلاش در جهت واگذاری مسئولیت‌های اجرایی از واحدهای مرکزی به واحدهای محیطی.

۱۶. ارتقای امنیت غذا و تغذیه، از طریق اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- الف- فراهم کردن امکانات مشارکت مردم از طریق شوراهای اسلامی و فعال کردن بخش خصوصی، تعاونیها و سازمانهای غیردولتی در برنامه‌ریزی و اجرای سیاستهای غذا و تغذیه.
- ب- تعیین روشهای اجرایی مناسب برای تقویت نقش و رسالت زنان در زمینه تولید، انتخاب، مصرف و مراقبت از سلامت اعضای خانوار.
- ج- برقراری نظام آموزش، مراقبت و پایش تغذیه‌ای.
- د- برنامه‌ریزی و ایجاد ظرفیت‌های لازم به منظور ارتقای ایمنی غذا و کاهش ضایعات در کلیه مراحل شامل تامین، تولید، توزیع، نگهداری، بسته‌بندی محصولات کشاورزی و موادغذایی و مصرف.
- هـ- توسعه و هدایت روند بهداشتی کردن کلیه تولیدات سنتی.

۱۷. طرح گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور با توجه به عوامل زیر، حداکثر

طی مدت یک سال پس از تصویب قانون برنامه سوم توسعه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد بازنگری قرار گرفته و با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و با اولویت قائل شدن برای خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاههای شهری و مراکز بهداشتی درمانی شهری اجرا می‌گردد.

- الف- تغییرات تقسیمات کشوری.
- ب- راههای مواصلاتی شهرها و روستاها.
- ج- تغییرات جمعیتی.
- د- بازنگری در برنامه‌های پیشگیری.
- هـ- بیماردهی جامعه.
- و- ایجاد و ادغام وظایف جدید شبکه.
- ز- افزایش بهره‌وری نیروی انسانی با انگیزش مادی و معنوی.
- ز- در نظر گرفتن امکانات بخش خصوصی.

فصل پنجم: فهرست آیین نامه‌های اجرایی مواد قانونی مرتبط با

بخش بهداشت و درمان (مصوب هیأت وزیران)

برمبنای برخی از مواد قانون برنامه سوم توسعه، دولت مکلف شده است آیین‌نامه‌هایی را تهیه کند و به تصویب برساند. اجرای تعدادی از مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان نیز نیاز به تصویب آیین‌نامه اجرایی دارد که بوسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا با همکاری و مشارکت این وزارت باید تهیه شود. فهرست این آیین‌نامه‌ها در جدول زیر آمده است.

جدول ۱. فهرست آیین‌نامه‌های اجرایی مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان

ماده قانونی	موضوع آیین نامه اجرایی	تدوین کنندگان آیین نامه اجرایی	مهلت زمانی
۳۹	افزایش نرخ رشد دستمزد کارگران بیمه شده تأمین اجتماعی در دو سال آخر خدمت	وزارت کار و امور اجتماعی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تعیین نشده
۴۹	تخفیف در حق بیمه سهم کارفرما به منظور تشویق کارفرمایان به استخدام نیروی کار جدید	وزارت کار و امور اجتماعی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	سه ماه پس از تصویب قانون
۱۵۰	آموزش ضمن خدمت کارکنان دستگاههای دولتی	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	سه ماه پس از تصویب قانون
۱۵۱	تشکیل ستاد هماهنگی آموزش های فنی و حرفه‌ای (با عضویت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	ستاد هماهنگی آموزش های فنی و حرفه‌ای	سه ماه پس از تصویب قانون
۱۵۳	اعطای تسهیلات رفاهی و وام قرض الحسنه به دانشجویان و بازپرداخت آن	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری	تعیین نشده
۱۵۹	تجدیدنظر در برنامه‌های آموزشی به منظور معرفی شخصیت و اندیشه‌های امام خمینی (ره)	سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی - وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت آموزش و پرورش	شش ماه پس از تصویب قانون

ادامه جدول ۱. فهرست آیین‌نامه‌های اجرایی مواد قانونی مرتبط با بخش بهداشت و درمان

مهلت زمانی	تدوین‌کنندگان آیین‌نامه اجرایی	موضوع آیین‌نامه اجرایی	ماده قانونی
تعیین نشده	وزارت کار و امور اجتماعی - وزارت کشور - وزارت اطلاعات	تشکیل شورای هماهنگی اجرائی اتباع بیگانه (با عضویت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۱۸۰
تعیین نشده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	بند الف: تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی در بخش بهداشت و درمان	۱۹۲
شش ماه پس از تصویب قانون	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	بند ب: خرید خدمات از کارکنان وزارتخانه و بخش غیردولتی و پرداخت کارانه به کارکنان	
شش ماه پس از تصویب قانون	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	سطح بندی خدمات درمان بستری کشور	۱۹۳
تعیین نشده	سازمان بهزیستی کشور - وزارت مسکن و شهرسازی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	بند ج: مناسب سازی اماکن عمومی (خصوصی و دولتی) برای جانبازان و معلولان	
شش ماه پس از تصویب قانون	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاههای ذیربط	نظارت بر مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و برخورد با تخلفات	۱۹۴
تعیین نشده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تنظیم بازار دارو، تأمین ارز مورد نیاز برای ورود مواد اولیه داروهای ساخته شده وارداتی و ...	۱۹۶
شش ماه پس از تصویب قانون	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی)	تهیه ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در سطوح ملی و استانی	۱۹۷

فصل نهم: سیاست‌های استراتژیک بخش بهداشت و درمان

در برنامه سوم توسعه

سیاست‌های استراتژیک بخش بهداشت و درمان در مرحله دوم برنامه‌ریزی در کمیته‌های برنامه‌ریزی تدوین شده و به تصویب شورای بهداشت و درمان رسیده است. هر یک از این سیاست‌ها بیانگر راهکارهای اجرایی نیز هست که در قالب وضع یا اصلاح قوانین، اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی، اصلاحات سیاست‌ها و روش‌های اجرایی تدوین شده و راهنمای عمل مجریان قانون خواهد بود.

۱- سیاست استراتژیک

فراهم کردن بستر مناسب برای افزایش مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی از طریق افزایش سهم بخش غیردولتی، تشکل‌های تعاونی و خیریه در ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی و کاهش تصدی دولت.

۱-۱- توجه سیاست استراتژیک

توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و حفظ و ارتقای سلامتی جامعه، ضرورت بکارگیری همه امکانات موجود در جامعه را ایجاب نموده، و این جز از طریق افزایش مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری اجرا و ارزشیابی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

با توجه به محدودیت رشد منابع مالی دولت، افزایش نقش و سهم بخش غیردولتی (اعم از مراکز ارائه دهنده خدمات در بخش‌های خصوصی، تعاونی و خیریه) می‌تواند در توسعه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی تاثیر بسزایی داشته باشد. از سوی دیگر به منظور افزایش کارایی مناسب مالی، فیزیکی و انسانی در اختیار بخش، به نحوی که بتوان امکان ارائه خدمت به جامعه محروم را بطور موثر افزایش

داد، کاهش تصدی دولت در بخشی از خدمات که بخش غیردولتی انگیزه و میل لازم برای سرمایه‌گذاری و ارائه خدمت را دارد، و حفظ تصدی دولت در بخش غیرسودآور خدمات، مورد تأکید می‌باشد.

۱-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

تبصره:

الف- به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی، اقدامات زیر انجام خواهد شد:

۱. بهداشت روستاییان توسط دولت ارائه می‌شود و توسعه آن نیز طبق طرح گسترش شبکه به عهده دولت خواهد بود.

۲. درمان سرپایی روستاییان در واحدهای موجود توسط دولت ارائه می‌شود. توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد توسط دولت انجام می‌شود.

۳. بهداشت و درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشتی - درمانی شهری موجود به عهده دولت بوده، لکن توسعه آن با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود. توسعه فعالیت‌های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جاذبه‌ای برای بخش خصوصی وجود ندارد.

۴. ضمن استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق محروم و شهرهای کوچک (کمتر از ۶۰۰۰۰ نفر جمعیت) و تأمین تخت‌های آموزشی متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی، توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از ۶۰۰۰۰ نفر جمعیت) با بخش غیردولتی خواهد بود. همچنین در شهرهای بزرگ برای بخش غیردولتی جهت واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید تسهیلات لازم ایجاد خواهد شد.

۵. توسعه مراکز پاراکلینیکی و توانبخشی به استثنای آزمایشگاه مرجع از طریق بخش غیردولتی خواهد بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است مراکز موجود خود را به بخش غیرخصوصی واگذار نماید.

ب - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود در جهت ارتقای کارآیی و مشارکت دادن کارکنان و مردم در مورد امکانات بهداشتی، درمانی و دارویی خود با رعایت مواد مذکور در بند (الف) این تبصره اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. واگذاری (فروش، اجاره، اجاره به شرط تملیک یا مشارکت اشخاص حقیقی و حقوقی) تمام یا بخشی از واحدها به کارکنان و مردم.

۲. خرید خدمت تعریف شده از کارکنان طبق تعرفه‌های مصوب (نظام کارمزدی به جای روزمزدی) و همچنین از بخش غیردولتی.

۳. پرداخت بخشی از درآمدهای حاصل از ارائه خدمات به کارکنان در واحدهای تحت تصدی دولت به صورت کارانه برای افزایش کارآیی آنان.

۴. اعتبار لازم برای اجرای بند (ب) این ماده در لایحه بودجه سالانه منظور خواهد شد. درآمدهای حاصله در هر استان نیز صرف توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشتی و درمانی همان استان می‌گردد.

- آیین نامه‌های این ماده شامل تعیین وضعیت کارکنان شاغل، ضوابط و نحوه واگذاری، تعریف خدمات قابل واگذاری و نحوه تعرفه گذاری آنها، روشهای پرداخت، نحوه هزینه درآمدهای حاصله و سایر موارد مشترکاً توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه حداکثر در مدت ۶ ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

در صورت واگذاری قسمتی از خدمات بهداشتی به بخش غیردولتی نسبت به اصلاح تشکیلات واحدهای پیش بینی شده در طرح گسترش شبکه اقدام خواهد شد. پیش بینی و اصلاح ساختار به منظور تحقق اهداف برنامه سوم و با تأکید بر موضوعات ذیل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت خواهد گرفت:

- ۱- حذف فعالیتهای موازی؛
- ۲- افزایش بهره‌وری منابع موجود؛
- ۳- پوشش فعالیتهای جدید؛
- ۴- تناسب ساختار با حجم خدمات مورد نیاز؛
- ۵- افزایش توان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های برنامه‌ریزی، پایش و نظارت خدمات بهداشتی درمانی؛
- ۶- جلب رضایت کارکنان و دریافت کنندگان خدمات؛
- ۷- افزایش مشارکت بخش خصوصی، غیردولتی و نهادهای مردمی در مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی؛
- ۸- افزایش دسترسی سهل جامعه به خدمات مورد نیاز و افزایش پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی؛
- ۹- عدم تمرکز و تفویض اختیار به سطوح میانی و محیطی اجرایی؛

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- استمرار برنامه‌های اجرایی برای احداث و تکمیل خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، پایگاه بهداشتی و مراکز بهداشتی - درمانی شهری براساس طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی و قوانین مصوب و در نظر گرفتن عواملی چون: تغییرات تقسیمات کشوری - راههای مواصلاتی شهرها، روستاها - تغییرات جمعیتی، بازنگری در برنامه‌های پیشگیری، بیماردهی جامعه، ایجاد و ادغام وظایف جدید در شبکه، افزایش بهره‌وری نیروی انسانی با انگیزش مادی و

معنوی و در نظر گرفتن امکانات بخش خصوصی در گسترش شبکه‌ها. اعتبارات لازم برای تکمیل شبکه‌های بهداشتی درمانی تا پایان برنامه سوم از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین خواهد گردید.

۲- تدوین ضوابط مناسب برای بهره‌گیری از خدمات کارشناسان گروه پزشکی به عنوان کارشناسان رسمی بهداشتی که گواهی رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دریافت داشته و شاغل وزارت بهداشت محسوب نمی‌شوند و وظیفه صدور تاییدیه فنی و بهداشتی اماکن را برعهده دارند.

۳- ارزیابی و تعیین وضع موجود در زمینه سلامت و بیماری در جامعه مبتنی بر نظام اطلاع‌رسانی مناسب.

۴- شناخت قابلیت‌های بخش غیردولتی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی.

۵- تعریف بسته‌های خدمتی مورد نیاز برای یک جمعیت تعریف شده در قالب تکمیل پوشش خدمات بهداشتی اولیه برای کلیه خانواده‌های شهری و روستایی.

۶- تعیین تعرفه خدمات بهداشتی درمانی و محاسبه هزینه برای ارائه بسته‌های خدمتی تعریف شده.

۷- تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های نحوه ارائه خدمات توسط بخش غیردولتی و مشارکت این بخش در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی، در راستای سیاست توسعه نقش بخش خصوصی، تعاونی‌های بهداشتی درمانی، و سایر واحدهای غیردولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در میان مدت و بلند مدت.

۸- سیاستهای تأمین امکانات برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شرح زیر خواهد بود:

⇐ بهداشت روستاییان کاملاً توسط دولت تأمین می‌شود و توسعه آن نیز طبق طرح گسترش شبکه‌ها بعهده دولت خواهد بود.

⇐ درمان سرپایی روستاییان توسط دولت ارائه می‌شود، و علاوه بر آن امکان مشارکت بخش خصوصی و تعاونی نیز در این زمینه ایجاد خواهد شد.

⇐ بهداشت و درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشتی - درمانی شهری موجود بعهده دولت بوده لکن توسعه آن با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود. توسعه فعالیت‌های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جاذبه‌ای برای بخش خصوصی وجود ندارد.

⇐ استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق محروم و شهرهای کوچک، تشویق و ایجاد تسهیلات برای بخش غیردولتی جهت افزایش سهم این بخش در درمان بستری در شهرهای بزرگ.

⇐ تشویق و ایجاد تسهیلات برای توسعه مراکز پارکلینیک و توانبخشی از طریق بخش غیردولتی با استثنای آزمایشگاههای رفرانس.

۹- تعیین روشهای اجرایی مناسب برای پایش، نظارت و ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در واحدهای موجود.

۱۰- تعریف خدمات پیشگیری قابل واگذاری به منظور بهره‌گیری از خدمات بخش خصوصی در شهرها.

۱۱- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای اجرای سیاست عدم تمرکز و تفویض اختیار به سطوح میانی و محیطی

۱۲- اجرای طرحهای تأمین حداقل نیازهای انسانی (BHN) با استفاده از تجارب سایر کشورهای جهان.

۱۳- صدور مجوز ترغیب بخش خصوصی برای تاسیس مطب و داروخانه مراکز بهداشتی - درمانی براساس سیاستهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۴- کسب و ارائه مجوزهای لازم به مدیریت‌های محیطی (شهرستان‌ها) برای اجاره دادن واحدهای فعال موجود به بخش خصوصی طبق ضوابط مشخص.

۱۵- تشویق تشکیل گروههای تعاونی از پزشکان جوان و کارکنان بهداشتی و کمک مالی به آنها برای فراهم کردن سرمایه اولیه برای ایجاد واحدهای بهداشتی و درمانی مربوط یا اداره واحدهای فعال موجود در شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور.

۱۶- خودداری از ایجاد واحدهای بهداشتی- درمانی دولتی در مناطقی که امکان فعالیت برای بخش خصوصی وجود دارد و سوق دادن منابع دولتی برای مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود ندارد.

۱۷- اتصال واحدهای بهداشتی به بیمارستان‌ها و نزدیکتر ساختن ساختار کنونی شبکه به شبکه جامع با در نظر گرفتن نظام ارجاع و نظام بیمه همگانی.

۱۸- گسترش کمی واحدهای پیش بینی شده در طرحهای هر شهرستان (با رعایت اصول مندرج در بند ۳)، تا با کامل شدن پوشش جمعیتی خدمات، دسترسی کل جامعه به خدمات بهداشتی اولیه تامین گردد.

۱۹- بهبود استاندارد ساختمانی و تجهیزات واحدهای فعال موجود.

۲- سیاست استراتژیک

کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماریهای واگیردار با قابلیت پیشگیری، پیشگیری و درمان مناسب بیماریهای غیرواگیردار، بهره‌گیری از دانش بارکلی بیماریها، ارتقای سطح کیفی خدمات بهداشتی و درمانی و جلب رضایت گیرندگان خدمات

۲-۱- توجیه سیاست استراتژیک

در فرآیند رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی، توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در حدی مورد نظر می‌باشد که بتواند کلیه محرومیتها و نارسایی‌های بهداشتی و درمانی را که به نوعی همه افراد جامعه را در معرض خطر بیماری قرار می‌دهد، برطرف نماید. کنترل و حذف بیماریهای واگیردار و غیرواگیردار، با توجه به بار مالی ناشی از آنها، موجب کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی جامعه و ایجاد شرایط مناسب در فرآیند رشد و توسعه می‌گردد.

افزایش کارایی و کیفیت خدمات در نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی موجب افزایش بهره‌مندی و رضایت جامعه از خدمات یاد شده می‌گردد. برای افزایش سطح رضایت جامعه علاوه بر ایجاد نظام کارآمد ارائه خدمات در نظام موجود شبکه، ارتقای کیفیت خدمات از طریق بکارگیری نیروی انسانی کارآزموده و بهبود استاندارد تجهیزاتی و خدماتی، و استمرار در ارائه خدمات باید مورد توجه قرار گیرد.

الف - وضع یا اصلاح قوانین

تبصره:

کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه‌های فوق خدماتی را ارائه می‌نمایند موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاههای ذیربط اعلام می‌گردد نسبت به اخذ تاییدیه ادواری از افراد حقیقی و یا حقوقی (دولتی و یا غیردولتی) که صلاحیت آنها حسب مورد از طرف دستگاههای سابق الذکر برای مدت معین تایید شده است اقدام نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاههای ذیربط موظفند حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی و حقوقی تایید صلاحیت شده، نظارت مستمر نماید و در صورت مشاهده تخلف ضمن رد صلاحیت آنها موضوع را به مراجع قانونی ارجاع نماید.

آیین‌نامه این ماده مشتمل بر تعیین واحدهای تولیدی، توزیعی و خدماتی مشمول این ماده، تعیین مقاطع زمانی اخذ تاییدیه بهداشتی برای هر یک از مراکز مربوطه، تعیین تعرفه‌ها، نحوه برخورد با متخلفین اعم از اخذ جریمه و معرفی به دادگاه، ضوابط تعیین صلاحیت اشخاص حقیقی و حقوقی نظارت کننده و سایر موارد حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه های ذیربط تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

همسو کردن ساختار نظام ارائه خدمات در کلیه سطوح براساس نظام شبکه جامع بنحوی که واحدهای اجرایی قادر باشند همگام و با مشارکت مردم و بخش غیردولتی خدمات جامع بهداشتی، درمانی و توانبخشی را در اختیار کلیه اقشار جامعه قرار دهند.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

- ۱- تدوین ضوابط و مقررات مناسب برای اجباری نمودن گزارش بیماریها و علت مرگ توسط پزشکان اعم از دولتی و غیردولتی
- ۲- شناخت وضع موجود سلامت و بیماری در جامعه و تعیین بارناشی از بیماریها.
- ۳- ساماندهی نظام جمع‌آوری، ثبت و گزارش دهی اطلاعات و بکارگیری تمامی تجارب داخلی و خارجی و استفاده از تکنولوژی اطلاعاتی مناسب برای تحقق این امر
- ۴- طراحی جامع و کامل برنامه ادغام بیماریهای غیرواگیردار با قابلیت پیشگیری، در نظام شبکه.
- ۵- تأمین نیازهای ضروری برنامه ادغام بیماریهای غیرواگیردار در هر یک از سطوح نظام شبکه.
- ۶- بکارگیری و استخدام رسمی مدیران در شبکه‌های بهداشتی درمانی تا سطح شهرستان با رعایت شرایط احراز.
- ۷- جایگزینی خودروهایی فرسوده نظام بهداشتی با بهره‌گیری از امکانات ترابری بخش خصوصی در مأموریت‌های بهداشتی سراسر کشور.
- ۸- گسترش خدمات اولیه بهداشتی در روستاهای کشور.
- ۹- گسترش خدمات اولیه بهداشتی در مناطق شهری و برای گروههای آسیب‌پذیر شهری
- ۱۰- اصلاح ساختار شبکه بهداشتی - درمانی کشور از طریق ایجاد و یا تکمیل واحدهای جدید، حذف واحدهای غیرضروری و جلب مشارکت بخش غیردولتی در ایجاد شبکه جامع بهداشتی و درمانی، و همسو نمودن نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی با حجم خدمات.
- ۱۱- راه‌اندازی نظام ارجاع در کلیه سطوح ارائه خدمات و پیوند دادن مناسب واحدهای درمانی سرپایی و بستری و توانبخشی.
- ۱۲- تدوین برنامه اجرایی جهت ایجاد بستر مناسب برای تحقق اهداف بیمه خدمات درمان همگانی در مراکز بهداشتی و درمانی.
- ۱۳- جلب همکاری سایر بخشها در برنامه‌های پیشگیری، کنترل و مقابله با بیماریهای غیرواگیردار و بیماریهای شایع بومی و آسیبهای اجتماعی.

۱۴- اجرای فعالیتهای جدید بهداشتی از جمله مبارزه با بیماریها و واکسیناسیون.

۱۵- ایجاد هسته‌های بهبود مستمر کیفیت خدمات در تمام واحدهای بهداشتی و برگزاری

دوره‌های آموزشی برای تمام رده‌ها.

۱۶- تدوین برنامه‌های عملیاتی برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی به کلیه خانواده‌های شهری و

روستایی در قالب شبکه‌های جامع بهداشتی و درمانی.

۱۷- همسو کردن خدمات بهداشتی درمانی که توسط سایر سازمانها و ارگانهای دولتی و نیمه

دولتی ارائه می‌شود و استفاده از امکانات بالقوه موجود در جهت تکمیل پوشش نیازهای بهداشتی و

درمانی جامعه.

۱۸- تأمین حمایت دولت برای هماهنگی بین بخشی در اجرای فعالیتهای بهداشتی از طریق فعال

کردن شورای عالی بهداشت و ادغام سایر شوراهای مرتبط با بهداشت در آن (موضوع مصوبه شماره

۱۷۰۷۶ مورخ ۱۳۶۰/۴/۲۰ هیات وزیران).

۱۹- جلب مشارکت بخش غیردولتی و نهادهای عمومی غیردولتی برای ایجاد و تکمیل، راه‌اندازی و

اداره واحدهای ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی براساس سیاستهای وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی.

۲۰- ایجاد تسهیلات مناسب برای ادامه تحصیل داوطلبان رشته‌های کاردانی بومی مناطق

روستایی در دوره‌های شبانه.

۲۱- ایجاد تسهیلات لازم در جهت تأمین واحدهای زیست مراکز بهداشتی - درمانی روستایی

کشور بعنوان یکی از عوامل جذب نیروی انسانی پزشکی برای اشتغال در مناطق روستایی.

۲۲- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای توسعه همکاری و مشارکت بین بخشی در تعیین ضوابط

و مقررات بهداشتی ساختمان سازی مجتمع‌های مسکونی و برج‌ها، تعیین استاندارد ماشین‌های پخت

نان، بسته‌بندی و توزیع مواد غذایی، وسایل حفاظت فردی، ایمنی حمل و نقل، توزیع مواد شیمیایی و

سموم، مقررات بهداشتی اماکن عمومی، احداث مدارس، بیمارستانها و واحدهای بهداشتی و درمانی، و

مقررات بهداشتی در طرح‌های هادی و جامع شهرها.

۲۳- فراهم آوردن امکان ارائه خدمات آموزش بهداشت، مشاوره، ایمنسازی، خدمات تنظیم خانواده در کلیه بیمارستانها و پلی کلینیک‌های تخصصی با استفاده از پرسنل درمانی موجود به عنوان اقدامی در جهت اجرای سیاست اولویت بهداشت.

۲۴- بازنگری در متون درسی رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی بمنظور تقویت جنبه‌های پیشگیری از بیماریها و آسیبهای اجتماعی در کتب درسی مربوط، و همچنین تقویت برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی کارکنان بهداشتی و درمانی کشور.

۲۵- تاکید بر آموزش همگانی جامعه با مشارکت و بهره‌گیری از خدمات سایر بخشها.

۲۶- تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های برای در اختیار گرفتن منابع لازم برای برنامه مراقبت از بیماریها و اجرای برنامه اطلاعات برای عمل (I.F.A)

۲۷- جلب همکاری بخش غیردولتی در ارائه فعالیتهای پیشگیری.

۲۸- رفع مشکلات و کمبودهای عمده در اجرای برنامه‌های مبارزه با بیماریهای واگیردار، غیرواگیردار، بازپدید و نوپدید مانند ایدز، سل مالاریا، بیماریها مشترک انسان و حیوان، بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن، بیماریهای روده‌ای، انگلی و انواع هپاتیت، بیماریهای قلبی و عروقی، دیابت، انواع سوء تغذیه، بیماریهای عصبی - روانی، سوانح و حوادث، ژنتیک، سرطانها.

۲۹- تدوین برنامه عملیاتی مناسب برای مقابله با بیماریهای شایع.

۳۰- حساس کردن مدیران به لزوم پرداختن جدی در مقابله با بیماریهای شایع در قلمرو تحت مدیریت خویش.

۳۱- تامین مناسب برای بهبود استاندارد تجهیزاتی و ساختمانی واحدهای بهداشتی و درمانی.

۳۲- شناخت نیازهای درمانی مردم و طراحی سیستم کنترل و نظارت بر امور آزمایشگاهها جهت ارتقای کیفیت درمانی.

۳۳- بازنگری، اصلاح و تدوین وظایف فنی آزمایشگاههای رفرانس در استانها.

۳۴- تدوین روشهای اجرایی و ایجاد تسهیلات لازم برای نظارت بر امور آزمایشگاههای تشخیص طبی در استانها.

۳۵- توسعه فعالیتهای آزمایشگاههای مرکزی (فرانس) و تدوین مقررات لازم زیر نظر اداره امور آزمایشگاههای استان.

۳۶- ایجاد تسهیلات برای نظارت بر امور آزمایشگاههای تشخیص طبی و کنترل کیفی آن به منظور حصول اطمینان از صحت نتایج آزمایشها در جهت ارتقای کیفیت درمان.

۳۷- تعریف استانداردهای درمانی در خصوص آزمایشگاههای تشخیص طبی و تدوین روشهای اجرایی برای نیل به این استانداردها.

۳۸- کنترل کیفی فرآوردههای آزمایشگاهی اعم از تولیدی و وارداتی براساس موازین علمی.

۳- سیاست استراتژیک

تقویت و توسعه همکاریهای بین بخشی با تاکید بر حوزههای مربوط به محیط زیست، تغذیه و شیوههای زندگی و کیفیت آن

۳-۱- توجیه سیاست استراتژیک

تأمین سلامت عمومی و کاهش هزینههای بهداشتی و درمانی (و کاهش بار کلی بیماریها) به طور عمده با بهره‌گیری از کلیه امکانات موجود در جامعه و از طریق جلب حمایت بخش‌های اقتصادی و اجتماعی کشور امکانپذیر می‌باشد. اهم موضوعات قابل طرح در ارتقای سلامتی جامعه که باید توسط سایر بخش‌ها مورد تأکید قرار گیرد، به طور کلی در حوزههای مربوط به محیط زیست، بهبود تغذیه و بهبود شیوه یا کیفیت زندگی طبقه‌بندی می‌شود. لذا برای حصول توسعه اقتصادی و اجتماعی و رفع محرومیت‌های بهداشتی و درمانی در جامعه، کاهش بار بیماریها، و بهینه‌سازی منابع ملی، توسعه همکاریهای بین بخشی ضروری می‌باشد.

۳-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

اصلاح سازمانی به منظور ایجاد هماهنگی، حذف فعالیت‌های موازی و تعیین مسؤولیت‌ها و وظایف محوله به دستگاه‌های دولتی و سازمان‌های عمومی غیردولتی و بکارگیری مناسب امکانات و منابع موجود مردمی و بخش دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- فعال کردن شورای عالی بهداشت کشور موضوع مصوبه شماره ۱۷۷۰۶-۶۰/۴/۲۰ هیات وزیران و ادغام سایر شوراهای مرتبط با بهداشت در آن و نیز تقویت همکاریهای بین بخشی از طریق شورای بهداشت استان، و شهرستان، (ایجاد همکاری نزدیک بین شوراهای بهداشت استان، شهرستان و بخش با شوراهای اسلامی شهر و روستا).

۲- تعیین اولویتهای بهداشتی و درمانی به تفکیک مناطق مختلف کشور.

۳- تعیین انتظار بخش بهداشت و درمان از سایر بخشهای توسعه و بالعکس.

۴- مشخص کردن حدود وظایف کلیه بخشهای اقتصادی و اجتماعی در جهت تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه و تدوین سیاستهای اجرایی در سایر بخشها به منظور تأمین شرایط لازم برای حفظ محیط زیست، بهبود تغذیه و بهبود شیوه‌های زندگی.

۵- تجهیز و بکارگیری کلیه امکانات موجود اعم از منابع دولتی، غیردولتی، بین‌المللی و مردمی در جهت تامین سلامت جامعه.

۶- افزایش آگاهی کارکنان شاغل در سایر بخشهای اقتصادی و اجتماعی مرتبط با مسائل بخش بهداشت و درمان در زمینه راههای بهبود وضعیت سلامت جامعه و تعیین وظیفه آنان در قبال این موضوع.

۷- تدوین و اجرای پروژه‌های بین بخشی مانند پروژه‌های شهر سالم، روستای سالم و تأمین حداقل نیازهای اولیه.

۸- تدوین و اجرای پروژه های تصفیه فاضلاب و اصلاح سیستم زباله سوز بیمارستانها و سایر واحدهای آلاینده محیط زیست برای جلوگیری از آلودگیهای زیست محیطی.

۹- ایجاد واحدهای بهداشتی (مسوول در امور بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط کار) در کارگاهها و کارخانجات).

۴- سیاست استراتژیک

تأکید بر برخورداری جمعیت ساکن در مناطق شهری با اولویت بهره‌مندی گروههای آسیب‌پذیر و محروم جامعه از مراقبت‌های بهداشتی

۴-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به گسترش خدمات و افزایش پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای جمعیت روستایی طی برنامه‌های اول و دوم توسعه در حد نسبتاً مناسب، و با تأکید بر استمرار این مراقبت‌ها در آینده، برای پایداری توسعه بخش توجه به تجهیز منابع و امکانات برای تأمین خدمات اولیه بهداشتی در مناطق شهری، با توجه به جمعیت محروم ساکن در حاشیه شهرها و در بافت شهری، از ضرورت ویژه برخوردار می‌باشد.

۴-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

در تبصره پیشنهادی سیاست استراتژیک (۱) قانون مورد نیاز پیشنهاد شده است.

ب- اصلاح سازمانی یا تشکیلاتی

همسو کردن تشکیلات و ساختار نظام ارائه خدمات در کلیه سطوح به نحوی که واحدهای اجرایی قادر باشند همگام و با مشارکت مردم و بخش غیردولتی، خدمات جامع بهداشتی، درمانی، توانبخشی را در قالب شبکه جامع به سهولت در اختیار اقشار جامعه قرار دهند.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

- ۱- استمرار برنامه‌های اجرایی برای تکمیل مراکز بهداشتی - درمانی شهری در مناطق حاشیه شهرها و در شهرهایی که بخش غیردولتی فعال نیست براساس طرح گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی.
- ۲- تعیین روش اجرایی کارا برای شناخت و پوشش بهداشتی و درمانی گروههای در معرض خطر مانند بیماران، از کار افتادگان، سالخوردگان، افراد بی‌سرپرست، بازنشستگان، خانواده‌های کم درآمد، افرادی که شغل خود را از دست داده‌اند، افرادی که ناتوانی جسمی، ذهنی و روانی دارند، پناهندگان، سکنه مناطق محروم کشور، حاشیه شهرها و مناطق شهری فاقد دسترسی به مراقبتهای بهداشتی و سایر اقشار آسیب‌پذیر جامعه.
- ۳- تعیین شاخصهای بهداشتی و وضعیت سلامت و بیماری گروه در معرض خطر بالاخص زنان و کودکان.
- ۴- تعیین روشهای اجرایی مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به شکل فعال به گروه آسیب‌پذیر فوق (شامل غربالگری، پیشگیری، درمان مناسب و بموقع، توانبخشی، پیگیری و ثبت و گزارش دهی بیماریها).
- ۵- شمول مزایای بیمه‌ای برای کلیه اقشار آسیب‌پذیر.
- ۶- تهیه دستورالعمل‌های اجرایی برای تأمین مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا در تشخیص نیاز، اولویت‌بندی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی.

۵ - سیاست استراتژیک

استمرار سیاست تحدید موالید

۵-۱- توجیه سیاست استراتژیک

به منظور افزایش بهره‌مندی افراد جامعه از امکانات موجود و رفع مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری و کمی درآمدها، ایجاد محدودیت در رشد جمعیت ضرورت داشته، و سیاست تحدید موالید از جمله سیاست‌های حائز اهمیتی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند نقش موثری در اجرای آن داشته باشد.

۵-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف - وضع یا اصلاح قوانین

استمرار و اجرای قوانین و مقرراتی که مانع از تشویق رشد جمعیت گردیده و عملیات اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در زمینه سیاست تحدید موالید تقویت می‌نمایند.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی مطابق با برنامه کلی کمیته اصلاح ساختار و تشکیلات خواهد بود.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

- ۱- تدوین برنامه‌های اجرایی برای تشویق و ایجاد انگیزه در مردم در زمینه اجرای سیاست تحدید موالید
- ۲- با همکاری و مشارکت سایر بخشها نسبت به تعیین سیاست‌های جمعیتی کشور اقدام خواهد شد.
- ۳- به منظور تعادل بین منابع موجود و میزان رشد جمعیت، حفظ سلامت مادران و نوزادان و همچنین غلبه بر مشکلات اقتصادی موجود و تضمین رشد اقتصادی، اجتماعی و رفاهی بیشتر در آینده سیاستگذاری جمعیتی کشور باید روی چند اصل عمده تاکید کند :

« کاهش نرخ زاد و ولد و مرگ مادران و نوزادان.

- ≤ کم کردن بارداری‌های سنین پایین‌تر از هجده سال و پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته؛
- ≤ اصلاح موقعیت اجتماعی زنان و تواناسازی آنان در فرایند توسعه کشور؛
- ≤ سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه آموزش و پرورش عمومی برای مشارکت در سیاست‌های تحدید موالید.
- ≤ تشویق روستاییان به اقامت در روستا از طریق فراهم آوردن امکانات زیستی و رفاهی در روستاها؛
- ۴- استمرار تامین منابع مالی برای ارائه رایگان خدمات تنظیم خانواده از طریق واحدهای دولتی.
- ۵- حمایت بیمه‌های خدمات درمانی در ارائه برخی از خدمات تنظیم خانواده و بهداشت باروری.
- ۶- تدوین برنامه‌ها و اجرای فعالیتهایی که باعث تحکیم خانواده می‌شود مانند تأکید بر ارزشها و نقش اعضای خانواده در تحکیم ارتباطات.
- ۷- تدوین روشهای اجرایی برای افزایش آگاهی مدیران و سیاستگذاران در زمینه بهبود کیفی روشهای زندگی.
- ۸- گسترش آموزش برنامه‌های کنترل جمعیت و بهداشت باروری در دبیرستانها با رعایت کامل شئونات اسلامی، فرهنگ حاکم بر جامعه و با جلب همکاری انجمنهای اولیاء و مربیان.
- ۹- اجرای دقیق قانون تنظیم خانواده بویژه میان وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت آموزش عالی، رسانه‌های گروهی و صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران.
- ۱۰- برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و استاندارد کردن خدمات متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه.
- ۱۱- کارآمد نمودن کلاسهای مشاوره قبل از ازدواج.
- ۱۲- جلب مشارکت روحانیون، معلمان و رسانه‌های گروهی در زمینه تشویق مردم به استفاده از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری و کنترل جمعیت.
- ۱۳- جلب مشارکت بخش خصوصی، تعاونی و خیریه به ارائه خدمات تنظیم خانواده، و تقویت نظام شبکه بهداشت و درمان کشور در ارائه خدمات جامع بهداشت باروری.
- ۱۴- جلب مشارکت مردان در برنامه‌های بهداشت خانواده بخصوص تنظیم خانواده.
- ۱۵- تهیه برنامه‌های عملیاتی مرتبط با کنترل جمعیت توسط کلیه سازمانها، وزارتخانه‌ها و ارگانهای دولتی و تعیین سهم آنان بصورت هماهنگ و در راستای تأمین سلامت جامعه.

۱۶- بکارگیری سیاست‌های اجرایی مناسب در مورد برنامه‌های بهداشت باروری مرتبط با جوانان و نوجوانان و فعال کردن شورای دانش آموزی (براساس مصوبه وزارت کشور) و سپردن مسوولیت برنامه بهداشت جوانان مدرسه به این شورا با حفظ شئون و اعتقادات فرهنگی مذهبی.

۱۷- ایجاد هماهنگی و همکاری با سازمانهای غیردولتی و بین‌المللی برای تعیین سیاستها و راهکارهایی که بتواند مشکلات گروه آسیب‌پذیر جامعه مانند پناهندگان، افراد بی‌بضاعت، بی‌سرپرست و ساکنان مناطق محروم کشور را برطرف نموده و همچنین تفاوت فاحش بین چند استان محروم با یکدیگر مناطق کشور در زمینه شاخص‌های توسعه و جمعیت را مرتفع سازد.

۱۸- تقویت تحقیقات کاربردی به منظور حمایت از سیاستها و برنامه‌های جمعیتی.

۱۹- بهبود نظام مدیریت اطلاعات در ابعاد مختلف برنامه‌های جمعیتی.

۶- سیاست استراتژیک

اجرای سطح بندی خدمات درمانی و تامین و توزیع منابع فیزیکی و انسانی در بخش دولتی،
تعاونی و خصوصی برمبنای آن

۶-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به ضرورت تأمین انواع خدمات درمانی برای تمامی افراد جامعه به گونه‌ای قانونمند، و همچنین ضرورت افزایش بهره‌وری از امکانات موجود (اعم از تخت‌های بستری، تجهیزات بیمارستانی و نیروی انسانی متخصص)، اجرای سازوکار سطح بندی خدمات درمانی از سیاست‌های استراتژیک بخش محسوب می‌گردد. سطح‌بندی خدمات درمانی همچنین راهکارهای اساسی را برای توسعه آینده این خدمات و سرمایه گذاریها، ارتقای کیفیت و بطور کلی تأمین عدالت اجتماعی فراهم می‌نماید.

۶-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

تبصره: به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری متناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور با در نظر گرفتن عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاریهای خارج از حد نیاز، سطح بندی خدمات درمان بستری حسب تخصص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. هرگونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت‌های درمان بستری کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح‌بندی خدمات درمانی کشور خواهد بود. ضوابط و برنامه اجرایی سطح بندی خدمات درمان بستری کشور حداکثر ظرف مدت ۶ ماه از تاریخ تصویب این قانون مشترکاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان و برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

- در راستای تحقق اهداف سطح بندی خدمات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در طول برنامه پنج ساله سوم توسعه جهت تطبیق ظرفیت‌های موجود درمان بستری و ساماندهی اورژانس کشور هماهنگ با سطح‌بندی خدمات نسبت به رفع کمبودها و تعدیل امکانات درمانی مازاد، اعم از پرسنل، و تجهیزات و جایگزینی واحدهای درمانی فرسوده و غیراستاندارد اقدامات لازم را انجام دهد.

- در تطبیق ظرفیت‌های مناسب و مورد نیاز با ظرفیت‌های موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی، بانکها و شرکتهای دولتی، نیروهای مسلح، خیریه و خصوصی و سایر موارد به صورت یک مجموعه صرف نظر از مالکیت و مدیریت آنها منظور خواهد شد.

تبصره ۲ - ایجاد و احداث هر گونه واحد درمانی توسط وزارتخانه‌ها، موسسات، سازمانها، موسسات و نهادهای عمومی غیردولتی، شرکتهای دولتی و موسسات و شرکتهایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است به استثنای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت مسکن و شهرسازی (در مواردیکه در ماده (۱) این قانون اجازه داده شده است) ممنوع می‌باشد. در مواردیکه ایجاد و احداث

واحدهای درمانی توسط دستگاههای سابق الذکر با تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ضروری تشخیص داده می‌شود، با تصویب هیات وزیران امکانپذیر خواهد بود.

آیین‌نامه این ماده، مشتمل بر نحوه بهره‌برداری و استفاده عموم از واحدهای درمانی موجود و همچنین ضوابط و نحوه واگذاری واحدها و تعیین تکلیف کارکنان واحدهایی که واگذاری می‌گردد بنا به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

ساختار و تشکیلات مربوط به خدمات درمانی بستری در راستای اجرای سطح‌بندی خدمات بنحوی تنظیم خواهد شد که پاسخگوی عوامل زیر باشد:

- ۱- تقسیم بندی خدمات درمانی بستری در شش سطح.
- ۲- مکان‌یابی و استقرار سطوح ششگانه خدمات درمانی بستری.
- ۳- تعیین ظرفیت مناسب و مورد نیاز خدمات بستری برای هر یک از نقاط کشور برمبنای استقرار سطوح ششگانه خدمات درمانی بستری.
- ۴- شناسایی و تقسیم‌بندی بیمارستان‌ها و برمبنای سطوح ششگانه.
- ۵- توزیع امکانات اعم از فضا، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات برمبنای سطوح ششگانه خدمات درمانی.

جزئیات اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی به شرح ذیل می‌باشد :

- تقسیم‌بندی خدمات درمانی بستری در سطوح ششگانه

مراکز درمانی بستری کشور با توجه به سطوح خدمتی که ارائه می‌دهند به ۶ نوع تقسیم‌بندی می‌شوند. (لازم به یادآوری است که در یک بیمارستان ممکن است چندین سطح خدمتی ارائه شود) این مراکز به قرار ذیل خواهند بود:

۱- درمان بستری

۲- بیمارستان شهرستان

۳- بیمارستان ناحیه

۴- بیمارستان منطقه

۵- بیمارستان قطبی

۶- بیمارستان کشوری

با توجه به اینکه اصولاً شهر مرکزی هر شهرستان قابل دسترس‌ترین محل برای جمعیت شهرستان است، امکانات درمانی بستری که متناسب با شاخص‌های تعریف شده برای جمعیت آن شهرستان محاسبه می‌شود در مرکز شهرستان مستقر خواهد شد و کلیه شهرها و بخش‌های تابعه از امکانات مزبور استفاده خواهند کرد. در مواردی که شهری از توابع یک شهرستان از شهر مرکزی آن از نظر مکانی بیش از ۵۰ کیلومتر و از نظر زمانی بیش از یک ساعت فاصله، یا جمعیتی بیش از ۵۰ هزار نفر داشته باشد، بخشی از امکانات درمانی بستری آن شهرستان به ترتیبی که در طرح خواهد آمد، در شهر مذکور مستقر خواهد شد.

- مکان‌یابی و استقرار سطوح ششگانه خدمات درمانی:

سطوح ششگانه در شهرهای مختلف برحسب توان بالقوه و مناسب آن شهر برای سطح خدمتی مورد نظر استقرار خواهند یافت.

بدین منظور براساس شاخص‌های جمعیت، بیماردهی بستری، متوسط مدت اقامت و درصد اشغال تخت، تعداد تخت و تخصص‌های مورد نیاز در هر واحد جمعیتی برای کلیه شهرستانهای کشور محاسبه شده است، که به تفصیل در کتاب نظام درمان بستری و تخصصی کشور ارائه می‌شود.

- تعیین ظرفیتهای مناسب و موردنیاز خدمات بستری برای هر یک از نقاط کشور بر مبنای استقرار سطوح ششگانه خدمات درمانی بستری

تعیین ظرفیت جهت درمان بستری (تخت مور نیاز) برای کل کشور و توزیع متعادل آن در سطوح مختلف درمان و در نقاط مختلف کشور به نحوی که بتواند برای تامین نیازها کاملاً کفایت کند و در

عین حال با سرمایه‌گذاریهایی خارج از حد نیاز و هزینه‌های جاری بی‌ثمر توأم نباشد، نیاز به برنامه‌ریزی دقیقی دارد که در آن عوامل زیر باید منظر باشند:

- ۱- تقسیمات کشوری
- ۲- جمعیت ، رشد جمعیت و حرکات جمعیتی
- ۳- موقعیت جغرافیایی ، راه و ارتباطات و روند حرکت مردم.
- ۴- فاصله مردم تا اولین سطح مرکز ارائه خدمات.
- ۵- شیوع بیماریهایی که نیازمند خدمات بستری و تخصصی هستند.
- ۶- متوسط ایام بستری بیماریهای شایع در منطقه.
- ۷- میزان پیچیدگی خدمات از نظر مهارت نیروی انسانی و تجهیزات مورد نیاز.
- ۸- فرهنگ، مذهب و ارتباطات بین مردم.
- ۹- فوریت خدمات مختلف تخصصی
- ۱۰- توجه به امکانات موجود.
- ۱۱- درآمد سرانه.
- ۱۲- آموزش پزشکی.
- ۱۳- درصد اشغال تخت.
- ۱۴- تعیین حداقل تعداد تخت مورد نیاز برای ایجاد بخش در هر تخصص.

- شناسایی و تقسیم‌بندی بیمارستانها برحسب سطوح خدمات درمانی

خدمات درمانی متناسب با سه عامل شیوع، فوریت و درجه تخصصی مورد نیاز به ۶ سطح تقسیم خواهد شد.

سطح ۱ (درمان بستری): در این سطح فقط خدمات درمانی که از نظر حیاتی فوری می‌باشند و نیازمند اقدامات سریع درمانی هستند توسط پزشکان عمومی مقیم ارائه خواهد شد، و پزشکان

متخصص داخلی، اطفال، جراحی و زنان بصورت ادواری در این مراکز ارائه خدمات خواهند نمود، ضمناً تسهیلات لازم جهت انتقال فوری بیماران اورژانس به سطوح بالاتر ارجاع در نظر گرفته خواهد شد.

سطح ۲ (شهرستان): در این سطح خدمات درمانی مربوط به چهار تخصص اصلی داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، کودکان، نوزادان (به همراه بخش کودکان)، اورژانس حداکثر دو رشه تخصصی دیگر بنا بر میزان بیماردهی منطقه و طبق معیارهایی سطح‌بندی ارائه خواهد شد.

لازم بذکر است که به جهت اهمیت مراقبتهای ویژه، یک تخت مراقبت ویژه در هر یک از بخشهای داخلی و جراحی برای این منظور در نظر گرفته خواهد شد.

سطح ۳ (ناحیه): در این سطح علاوه بر تخصصهای ذکر شده در سطح ۲، تعدادی از رشتههای تخصصی دیگر براساس شاخصهای بیماردهی کشوری و استانی در هر رشته تخصصی برای هر شهرستان محاسبه و در نظر گرفته خواهد شد.

سطح ۴ (منطقه): در این سطح کلیه تخصصهای رایج در کشور براساس جمعیت تحت پوشش شهرستان مورد نظر و شاخصهای کشوری و استانی عرضه خواهد شد. عمدتاً این سطح در کلیه مراکز استانهای کشور قابل ارائه می‌باشد. در این سطح رشته‌های فوق تخصصی نیز که بیماردهی حدنصاب را در منطقه تحت پوشش داشته باشند ارائه خواهد شد.

سطح ۵ (قطب): در این سطح کلیه تخصصها و فوق تخصصهای رایج در کشور در نظر گرفته خواهد شد. مراکز قطب عبارت خواهند بود از تهران، تبریز، مشهد، اصفهان، شیراز، کرمانشاه و اهواز، این مراکز مسوول ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش استان مربوط به استانهای مجاور خواهند بود.

سطح ۶ (کشوری): در این سطح رشته‌های فوق تخصصی منحصربفرد در کشور ارائه خواهد شد. (که الزاماً منحصر به تهران نمی‌باشند).

ج - سیاست‌ها و روشهای اجرایی

۱- تدوین روشهای اجرایی لازم برای برقراری ارتباط مطلوب بین شبکه‌های بهداشتی - درمانی و خدمات درمان تخصصی و بستری در نظام سطح‌بندی خدمات.

۲- بازنگری در سیاستهای تامین و توزیع نیروی انسانی متناسب با نظام سطحبندی خدمات.

۳- ارزیابی و بازنگری سیاست ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و

درمان

۴- تأمین و توزیع امکانات فیزیکی و تجهیزات پزشکی در قالب نظام سطحبندی خدمات.

۵- ساماندهی نظام جمع‌آوری، ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی و درمانی به منظور اجرا و ارزیابی

مستمر نظام سطحبندی خدمات.

۶- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای توسعه منابع مالی و امکانات سرمایه‌گذاری در راستای

جلب مشارکت بخشهای غیردولتی متناسب با نظام سطحبندی خدمات.

۷- سیاست استراتژیک

برقراری نظام ارجاع در کلیه سطوح درمانی کشور

۷-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به ضرورت هدایت سازمان یافته بیماران در مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش مراجعات غیرضروری و هزینه‌های ناشی از آن، و بهینه‌سازی هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر، برقراری نظام ارجاع در کلیه سطوح درمانی کشور و اتصال آن به نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی بعنوان یک سیاست استراتژیک، از اهمیت ویژه برخوردار می‌باشد. برقراری نظام ارجاع می‌تواند به طور موثر کارآیی نیروی انسانی متخصص و دسترسی همه افراد جامعه به خدمات را افزایش دهد.

۷-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

۱- اصلاح قوانین و مقررات مرتبط اعم از قانون تامین اجتماعی و بیمه همگانی خدمات درمانی به

منظور ایجاد سازگاری بین این قوانین و نظام ارجاع.

۲- اصلاح قوانین در تربیت تأمین و توزیع نیروی انسانی متخصص متناسب با نیازهای نظام ارجاع.

۳- اصلاح قوانین مالی و اداری بیمه درمانی جهت ایجاد گردش مالی مطلوب در واحدهای ارائه

دهنده خدمات در نظام ارجاع.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

ایجاد ستاد اجرایی نظام ارجاع در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت ایجاد

هماهنگی‌های اجرایی و نظارت بر نظام ارجاع.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- تدوین مقررات و آیین‌نامه‌های اجرایی مناسب برای اجرای نظام ارجاع در قالب سطح‌بندی به

منظور تسهیل در اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ارتقای کمی و کیفی سطح خدمات

بهداشتی و درمانی، ایجاد هماهنگی و نظم در سازمان‌های بیمه‌گر و هدایت بیماران در نظام بیمه

خدمات درمانی.

۲- اصلاح مقررات به منظور اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات با در نظر گرفتن سهم

بیمه شده و بیمه‌گر به نحوی که در اجرای نظام ارجاع هزینه کامل ارائه خدمات قابل پرداخت باشد.

۳- تنظیم مقررات و رویه‌های مناسب برای نظارت مستمر و پویا بر عملکرد نظام ارجاع.

۴- تهیه و اجرای برنامه‌های اصلاح نظام آموزشی و توسعه فرهنگ جامعه پزشکی و مردم سازگار با

نظام ارجاع.

۵- تدوین و اجرای طرح اصلاح نظام آماری و اطلاع‌رسانی در قالب نظام ارجاع.

۶- تنظیم مقررات و روشهای اجرایی مناسب برای تبیین نقش پزشک خانواده به عنوان رکن

اساسی اجرای نظام ارجاع.

۷- اصلاح تعرفه‌های پزشکی در قالب نظام ارجاع برای تامین کامل هزینه‌های منطقی درمان.

۸- تهیه و ارائه الگوی مناسب جهت پیوند منطقی شبکه‌های بهداشتی و درمانی با نظام ارجاع.

۹- وضع مقررات مناسب به منظور تسهیل مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات در بخش غیردولتی و

بخش دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در چارچوب نظام ارجاع.

۱۰- نظام پرداخت براساس نقش پزشک خانواده تعریف می شود.

۱۱- بودجه مربوط به هزینه‌های درمانی استانه‌های مورد آزمایش به صورت جداگانه در قالب بودجه کلی سازمانهای بیمه‌گر مشخص می‌گردد.

۱۲- تا زمانی که خدمات درمان سرپایی روستاییان از طریق شبکه بهداشت و درمان ارائه می‌گردد درمانگاههای روستایی مربوطه در حکم پزشک خانواده خواهد بود.

۱۳- واحدهای درمانی وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی تا زمانی که خدمات درمان سرپایی ارائه می‌نمایند مجازند پزشکان عمومی شاغل در واحد مربوطه را بعنوان پزشک خانواده معرفی نمایند.

۱۴- شوراهای استانی متشکل از نمایندگان سازمانهای بیمه‌ای، معاون درمانی دانشگاه و رییس سازمان نظام پزشکی استان زیر نظر ستاد نظام ارجاع مستقر در وزارتخانه تشکیل خواهد شد.

۱۵- شوراهای هماهنگی شهرستان متشکل از نمایندگان سازمانهای بیمه‌ای رییس شبکه بهداشتی و درمانی و رییس نظام پزشکی شهرستان و زیر نظر شورای استان تشکیل خواهد شد. لازم به توضیح است که در شهرستان مرکز استان بجای رییس شبکه بهداشتی - درمانی معاون درمان دانشگاه عضو خواهد بود.

۸- سیاست استراتژیک

ساماندهی شبکه اورژانس کشور هماهنگ با سطح بندی خدمات در دو جنبه
پیش بیمارستانی و بیمارستانی

۸-۱- توجیه سیاست استراتژیک

صنعتی شدن جوامع و افزایش احتمال وقوع حوادث نیاز به فوریت‌های پزشکی را افزایش داده و نظام درمان را ناگزیر از حرکت به سمت پوشش فراگیر در این زمینه نموده است. تکمیل شبکه اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور، با توجه به استانداردهای جهانی موجب کاهش مرگ و میر و معلولیت‌های ناشی از حوادث و بیماری‌های اورژانس گردیده و رضایتمندی افراد جامعه را از خدمات بهداشتی و درمانی افزایش می‌دهد.

۸-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

- ۱- اصلاح قوانین و مقررات به منظور تبیین و تعیین حدود وظایف و اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در موارد فوریت‌های پزشکی و حوادث غیرمترقبه.
- ۲- تدوین قوانین حمایت شغلی از تکنسین‌های اورژانس متناسب با نوع کار، پوشش بیمه مناسب، حق صعوبت کاری، و سایر قوانین حمایتی.
- ۳- تدوین قوانین در زمینه اجباری شدن آموزش همگانی فوریت‌های پزشکی در گروه‌های هدف مانند دانش آموزان، سربازان و بسیجیان.
- ۴- اصلاح قانون تشدید مجازات خودداری از کمک به مصدومان و بیماران اورژانسی، و حمایت و تشویق افراد خیر و داوطلب امدادرسان به بیماران اورژانسی
- ۵- تدوین قوانین لازم برای جلب مشارکت شوراهای اسلامی شهر به خصوص در شهرهای بزرگ.

۶- تدوین قوانین لازم برای استفاده از امکانات سازمانهایی از قبیل جمعیت هلال احمر، وزارت راه و ترابری و سازمان حمل و نقل و پایانه‌های کشور در امر امداد رسانی به مصدومین حوادث جاده‌ای.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

۱- تأسیس آموزشگاه فوریت‌های پزشکی جهت تربیت نیروی انسانی مورد نیاز نظام خدمات فوریت‌های پزشکی.

۲- تدوین نمودار تشکیلاتی اورژانس و رده‌های مختلف شغلی در سه سطح کشوری و استانی و شهرستانی، و تعیین حدود اختیارات و وظایف هر سطح.

۳- تعریف و ایجاد رده‌های شغلی مختلف در نظام EMS

۴- انجام اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی به منظور تقویت نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور برنامه‌ریزی و نظارتی اورژانس و اجرای امور اورژانس توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- تکمیل شبکه اورژانس کشور متناسب با استانداردهای جهانی با استفاده از منابع عمومی دولت و کمک‌های مردمی.

۲- تهیه و تدوین مقررات و دستورالعمل‌های لازم به منظور بهره‌گیری از امکانات بخش خصوصی و تعاونی برای بهبود ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی.

۳- ایجاد تسهیلات به منظور همکاری با سازمان‌های بین‌المللی در جهت بهبود استانداردهای عملیات اورژانس کشور، و انجام پژوهشهای کاربردی

۴- تهیه پروتکل جامع آموزش و بازآموزی نیروی انسانی متخصص مورد نیاز.

۵- تهیه پروتکل جامع پژوهشی اورژانس پیش بیمارستانی و انجام امور تحقیقاتی با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.

- ۶- تهیه و اجرای برنامه‌های آموزش همگانی و اطلاع رسانی عمومی.
- ۷- تهیه و اجرای طرح‌های مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی، آموزش فوریت‌های پزشکی، تولید تجهیزات پزشکی اورژانس و ...
- ۸- تهیه و انعقاد پروتکل‌های همکاری با سازمانها و نهادهای ذیربط مسایل اورژانس کشور (آتش نشانی‌ها و شهرداریها، وزارت راه و ترابری، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی و ...)
- ۹- تهیه اجرای طرح‌های اورژانس هوایی و دریایی در کشور جهت دستیابی به اهداف طرح پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پیش بیمارستانی در کشور.
- ۱۰- تدوین مقررات در جهت الزام رسانه‌های گروهی در امر اطلاع رسانی اورژانس به عامه.
- ۱۱- استفاده بهینه از امکانات موجود در بخش بهداشت و درمان کشور در جهت دستیابی به اهداف طرح پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی در کشور
- ۱۲- توسعه همکاریهای بین بخشی با سایر سازمانها و نهادهای کشور در جهت استفاده از تمامی تسهیلات موجود برای دستیابی به اهداف طرح پوشش فرایر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی در بخش مربوطه و انجام ماموریت‌های مشترک با سایر سازمانها امدادگر کشور.
- ۱۳- جلب مشارکت بخش خصوصی در انجام ماموریت‌های پیش بیمارستانی.

۹- سیاست استراتژیک

استقرار نظام پایش و نظارت و ارزشیابی مطلوب بر کلیه امور بخش

۹-۱- توجیه سیاست استراتژیک

نظارت و ارزشیابی مناسب و بموقع خدمات بهداشتی و درمانی از ابزارهای مهم در برنامه‌ریزی و اصلاح سیاست‌ها و عملیات اجرایی محسوب می‌شود. ایجاد یک نظام جامع و فراگیر نظارت و ارزشیابی با اتکا به منابع اطلاعاتی مناسب و جامع، موجب ارتقای کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، و افزایش رضایت جامعه از نظام ارائه خدمات می‌گردد.

۹-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف - وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

- ۱- طراحی نظام بازخورد مطلوب به منظور افزایش توان مدیریت در تصمیم‌گیری برای ایجاد اصلاح و تغییر در برنامه.
- ۲- طراحی نظام مطلوب اطلاعات مدیریت.
- ۳- ایجاد شورای عالی نظارت و ستاد نظارت بر درمان در بخش بهداشت و درمان جهت نظارت بر ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی.
- ۴- طراحی ساختار نظارت، و پایش و ارزشیابی ناظر بر مجموعه فعالیت‌های دانشگاه‌ها و شبکه‌ها و مراکز و نهادهای دیگر.
- ۵- مشارکت بخش غیردولتی در فعالیت‌های نظارتی تحت مسوولیت دولت.

ج - سیاست‌ها و روشهای اجرایی

- ۱- تعیین و تدوین روشهای، نظارت بر واحدهای مختلف در قالب نظام ادغام یافته خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی.
- ۲- تدوین دقیق آیین‌نامه‌ها ضوابط و دستورالعمل‌ها و معیارهای ارزشیابی برای تبیین سطوح مختلف نظارتی (محلی، بخشی، منطقه‌ای).
- ۳- شناسایی موانع و مشکلات با انجام نظارت‌ها و ارائه راه‌حل‌های مناسب برای رفع آن.
- ۴- استفاده بهینه از وسایل ارتباط جمعی به منظور توسعه فرهنگ شایسته سالاری و شایسته

پروری.

۵- شناسایی کلیه منابع و امکانات جهت تسهیل و تسریع در استقرار نظام مطلوب نظارت و ارزشیابی، و شناسایی روش‌های نوین.

۶- استقرار نظام مدیریت فراگیر (TQM)

۷- سیاستگذاری، نظارت و برنامه‌ریزی‌های بخش در سطح کلان بصورت متمرکز و عدم تمرکز در اجرا

۱۰- سیاست استراتژیک

گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه

۱۰-۱- توجیه سیاست استراتژیک

توانبخشی مبتنی بر جامعه از سیاست‌های استراتژیک برای توسعه بهره‌برداری از امکانات موجود در جامعه و مشارکت افراد معلول و خانواده آنها در تأمین خدمات توانبخشی، به جای احداث و اداره مراکز و مؤسسات توانبخشی با هزینه بسیار زیاد، محسوب می‌گردد. با توسعه توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌توان مسوولیت پذیری عمومی و مشارکت مستمر جامعه در امور توانبخشی را افزایش داد، و تحول در نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی ایجاد نمود.

الف- وضع یا اصلاح قوانین

۱- تدوین قانون و مقررات مناسب برای الزام وزارت مسکن و شهرسازی، جهادسازندگی، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و شهرداریها در طراحی و ساخت اماکن عمومی و شهرسازی، بازسازی و مرمت مکانهای مورد استفاده عمومی، با تسهیلات ویژه برای تردد و دسترسی افراد معلول

۲- تدوین قانون و ضوابط اجرایی مناسب برای بهره‌مندی معلولین از تسهیلات ویژه در زمینه خدمات فرهنگی و آموزشی، هنری و ورزشی با همکاری وزارتخانه‌های فرهنگ و ارشاد اسلامی و فرهنگ آموزش عالی همچنین سازمان تربیت بدنی، شهرداریها و سازمان تبلیغات اسلامی.

تدوین قانون و ضوابط اجرایی مناسب برای برابرسازی فرصتها و برخورداري معلولين از فرصتهای آموزشی و اشتغال با همکاری وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی، آموزش و پرورش، فرهنگ و آموزش عالی و سازمان امور اداری و استخدامی کشور.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

بازنگری ساختار موجود و اصلاح آن متناسب با اهداف توانبخشی مبتنی بر جامعه با تأکید بر سطح‌بندی خدمات براساس تجارب سازمان جهانی بهداشت و نتایج ارزیابی عملکرد این برنامه که بصورت آزمایشی در ۲۰ شهرستان اجرا شده است.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

- ۱- بازنگری و اصلاح روشهای اجرایی برای تغییر آن از شکل سنتی موجود (توانبخشی معلولين بطور عمده در مراکز توانبخشی) به سمت روشهای توانبخشی مبتنی بر جامعه (با اتکاء به مشارکت افراد معلول، خانواده آنها و سایر افراد جامعه و با اسفاده از کلیه منابع و امکانات موجود در جامعه)
- ۲- شناخت منابع موجود در جامعه برای اجرای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه به منظور برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری از کلیه امکانات موجود محلی.
- ۳- آگاهسازی افراد معلول و خانواده‌های آنان و جامعه از روشهای توانبخشی مبتنی بر جامعه و استفاده از امکانات در دسترس و محلی.
- ۴- ایجاد هماهنگی بین سازمان بهزیستی و وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، کار و امور اجتماعی، جهادسازندگی، تعاون و سایر دستگاههای اجرایی بمنظور استفاده بیشتر از امکانات موجود در سطوح منطقه‌ای و محلی برای توسعه کمی و کیفی خدمات پیشگیری و توانبخشی.
- ۵- تامین و پرداخت کمک هزینه‌های آموزش و نگهداری معلولين و خانواده‌ها برای حمایت از آموزش و نگهداری معلولين توسط خانواده.

- ۶- جلب مشارکت جامعه و افراد داوطلب و خیر و بخش خصوصی و سازمانهای غیردولتی در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت و ارزشیابی.
- ۷- تأمین و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای آموزش و ارائه خدمات به معلولین و خانواده‌های آنها در برنامه‌های خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه.
- ۸- استفاده از روشهای ارائه خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه از طریق گروههای سیار برای افزایش دسترسی معلولین در مناطق دور از مراکز توانبخشی.
- ۹- تدوین دستورالعمل‌ها و بکارگیری روشهای مناسب اجرایی و نظارتی برای تأمین مشارکت مراکز و سازمانهای غیردولتی و افراد خیر در ارائه خدمات توانبخشی و پیشگیری از معلولیت‌ها.
- ۱۰- تأمین خدمات پیچیده و تخصصی توانبخشی و پیشگیری از معلولیتها از طریق مراکز موجود در قالب نظام ارجاع.
- ۱۱- عدم تمرکز در امور پشتیبانی و فنی توانبخشی مبتنی بر جامعه در سطوح محیطی.

۱۱- سیاست استراتژیک

اولویت پیشگیری از بروز و تشدید معلولیت‌های و آسیب‌های اجتماعی و توجه به عوامل آسیب‌زا بجای آسیب دیدگان و پیشگیری و کنترل ناهنجاریهای اجتماعی، روانی و معلولیتها

۱۱-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به افزایش جمعیت در معرض خطر معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی، شناخت عوامل آسیب‌زا و حذف آنها می‌تواند در جهت کنترل و کاهش معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی اثرات تعیین‌کننده داشته باشد. بکارگیری دیدگاهها و روشهای علمی نوین نیز از جمله موضوعات حائز اهمیت در اتخاذ این سیاست به شمار می‌آید.

همچنین پیشگیری و کنترل معلولیت‌ها، بیماریهای روانی و ناهنجاریهای اجتماعی ضمن مقرون به صرفه بودن از لحاظ هزینه و کاهش حجم جامعه خدمات‌گیرنده، فرصت لازم را برای درمان،

توانبخشی و بازتوانی افراد مبتلا به خانواده‌های آنها فراهم می‌نماید. براین اساس توجه به گسترش خدمات پیشگیری و اجرای سیستم‌های کنترل و معلولیت و ناهنجاریهای روانی و اجتماعی در جامعه، می‌تواند از افزایش بار معلولیتها و ناهنجاریها کاسته و زمینه لازم برای ارتقای سلامت جسمی و معنوی جامعه را فراهم نماید.

۱۱-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقیق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

وضع قوانین با جهت‌گیریهای ذیل:

۱- عضویت نمایندگان دستگاههای اجرایی فعال از بخشهای بهزیستی، تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان در شوراهای سیاستگذاری فرهنگی کشور (شورای فرهنگ عمومی کشور، شورای سیاستگذاری صدا و سیما و ..)

۲- اصلاح قوانین اشتغال در مورد بکارگیری معلولین قادر به کار و بیماران روانی پس از بهبودی

۳- اصلاح قوانین مجازات افراد ناهنجار اجتماعی در جهت افزایش قابلیت بازگشت آنان به اجتماع و نگرش به اعتیاد و بسیاری از ناهنجاریهای اجتماعی به عنوان بیماری

۴- پیش‌بینی تمهیدات قانونی لازم برای پیشگیری از اعتیاد با مشارکت وزارتخانه‌ها و دستگاههای اجرایی ذیربط و درمان معتادین با تجهیز امکانات و منابع لازم.

۵- انجام آزمایش اجباری دانش آموزان در سال سوم راهنمایی به منظور شناخت بیماری تالاسمی و منع قانونی ازدواج دو فرد ناقل.

۶- به منظور پیشگیری از بیماریهای ارثی و معلولیت‌های ناشی از آن با توجه به اینکه نسبت قابل قبولی از بیماریهای ارثی در دوران جنینی قابل تشخیص بوده و با مشاوره ژنتیک و در صورت لزوم سقط درمانی می‌توان از داشتن فرزند معلول جلوگیری کرد لذا قانونی کردن مشاوره ژنتیک ضروری است.

۷- افزایش حداقل سن ازدواج به ۱۸ سال بمنظور دوام زندگی زناشویی.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

ایجاد اصلاحات سازمانی و تشکیلات به منظور ایجاد هماهنگی بین مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی و تقویت آنها به منظور مقابله با آسیب‌های اجتماعی.

ج- سیاستها و روشهای اجرایی

۱- اصلاح برنامه‌های آموزشی کارکنان و ارائه دهندگان خدمات بهداشت روانی و توانبخشی پزشکی و اجتماعی در جهت گسترش درمان سرپایی توانبخشی و روانی، ارائه و خدمات فوری به افراد در معرض آسیب .

۲- اجرای برنامه‌های آگاهسازی در جامعه برای پذیرش اجتماعی معلولین ، بیماران روانی و افراد نابهنجار پس از بهبودی.

۳- بهبود روشهای اجرایی و مقررات (و قوانین) در اصلاح افراد نابهنجار در دوران محکومیت به منظور ایجاد شرایط لازم برای بازگشت آنان به اجتماع.

۴- تدوین و اجرای روشهای مناسب برای شناسایی افراد در معرض خطر معلولیت، بیماریهای روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی و شناخت عوامل آسیب‌زا و کانونهای آسیب‌زا در سطح کشور.

۵- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای پیگیری شرایط اجتماعی و اقتصادی مجرمین پس از طی دوره محکومیت و افراد نابهنجار و همچنین بیماران روانی پس از درمان و بهبودی و معلولین در جهت بازگشت به اجتماع.

۶- گسترش مراکز درمان سرپایی و مشاوره‌ای و تأمین امکانات مورد نیاز در این مراکز برای توانبخشی معلولین و بیماران روانی مزمن

۷- تدوین مقررات و ایجاد تسهیلات لازم در تاسیس و گسترش فعالیت‌های سازمانهای غیردولتی و خیریه و غیرانتفاعی، فعال و مرتبط با توانبخشی بیماران روانی و افراد نابهنجار، و پیشگیری از ناهنجاریهای اجتماعی و معلولیتها.

۸- ارتقای کیفی پژوهش‌ها برای دستیابی به شیوه‌های موثر پیشگیری و کنترل ناهنجاریهای اجتماعی بازتوانی افراد معلول و بیماران روانی، و کاهش ناهنجاریها، و تأمین امکانات و منابع لازم برای افزایش فعالیتهای پژوهشی در این زمینه‌ها

۹- آگاهسازی و ارائه آموزشهای لازم به منظور ارتقای سطح آگاهی جامعه در مورد انواع معلولیتهای و ناهنجاریها و شیوه‌های نگهداری از معلولین، با تاکید بر این اصل که بسیاری از معلولیتها و آسیبهای اجتماعی و روانی قابل پیشگیری است.

۱۰- تأمین امکانات و تدوین روشهای اجرایی برای توسعه فعالیتهای مددکاری، مشاوره‌ای و انجام اقدامات توانبخشی اجتماعی به منظور تأمین حداقل نیازهای اساسی گروههای نیازمند، و کمک به سازگاری آنان با محیط زندگی خود.

۱۱- آموزش و بکارگیری متخصصین در امور پیشگیری، و ایجاد دوره‌ها و رشته‌های دانشگاهی مربوط.

۱۲- بکارگیری روشهای مناسب برای جلب مشارکت جامعه و گروههای علاقمند در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر فعالیتهای پیشگیری از معلولیتها و آسیب‌های اجتماعی.

۱۳- ایجاد تسهیلات لازم برای گسترش روابط بین بخشی به منظور تقویت و توسعه فعالیتهای پیشگیری از معلولی و آسیب‌های اجتماعی.

۱۴- تقویت و توسعه ادارات و نهادهای متولی پیشگیری از معلولیتها در دستگاههای اجرایی بخش بهزیستی، تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان.

۱۵- تقویت و توسعه نهادهای متولی مداخله در بحرانهای اجتماعی به منظور پیشگیری از تشدید معلولیتها و آسیب‌های اجتماعی.

رهنمود کلی دارو

یارانه دارو به استثنای داروهای بهداشتی و طولانی مصرف ضروری که پرداخت آن به روش مستقیم فعلی ادامه خواهد یافت، از طریق نظام بیمه‌ای به مصرف کننده واقعی پرداخت می‌گردد. هر گونه سیاستگذاری در جهت تعدیل یارانه دارو، به موزات افزایش کارایی نظام بیمه همگانی خدمات درمانی صورت می‌پذیرد.

۱۲- سیاست استراتژیک

اصلاح نظام دارویی کشور

۱۲-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به محدودیت منابع ریالی و ارزی دولت در بخش بهداشت و درمان، و ضرورت سازگاری نظام دارویی کشور با منابع موجود و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی، اصلاح نظام دارویی کشور از سیاست‌های استراتژیک بخش محسوب می‌گردد. همچنین ضروری است با اصلاح نظام دارویی کشور راهکارهای اساسی برای مشارکت نظام بیمه خدمات درمانی در ارائه خدمات دارویی و اجرای سیاست‌های مناسب برای فراهمی دارو، تنظیم بازار دارو و بهبود کیفیت آن اتخاذ گردد.

۱۲-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

تبصره- به منظور تنظیم بازار دارو، تأمین ارز مورد نیاز برای ورود مواد اولیه دارویی و داروهای ساخته شده وارداتی، پایین نگهداشتن قیمت داروهای بهداشتی و طولانی مصرف ضروری، حمایت از نظام بیمه‌ای و جلوگیری از عوارض و مخاطرات دارویی اقدامات زیر انجام خواهد یافت:

الف - فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام

می‌شود. ورود، تولید و عرضه دارو خارج از فهرست فوق ممنوع می‌باشد.

ب - فهرست دارویی کشور با تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دو گروه

داروهای حمایتی (شامل داروهای بهداشتی، طولانی مصرف ضروری و داروهای مشمول بیمه همگانی)

و آزاد تقسیم می‌شود. داروهای گروه آزاد مشمول دریافت یارانه ریالی و ارزی نمی‌باشد.

ج - واردات مواد اولیه و داروهای ساخته شده وارداتی و حمایتی در طول برنامه پنجساله سوم با

ارز شناور و به نرخ پایه سال ۱۳۷۸ خواهد بود. در صورت تغییر نرخ ارز، ما به التفاوت نرخ مزبور

محاسبه و به صورت یارانه ریالی در قانون بودجه منظور خواهد شد.

د - داروهای بهداشتی، طولانی مصرف و بیماریهای صعب‌العلاج علاوه بر استفاده از تسهیلات

مذکور در بند (ج) این ماده، کماکان مشمول دریافت یارانه ریالی خواهند بود.

ه - با تقویت و تعمیم نظام بیمه‌ای، یارانه ریالی و مابه‌التفاوت مذکور در بندهای (ج) و (د) این

ماده متناسب با جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر به آنها پرداخت خواهد شد.

و - داروهای حمایتی مشمول قیمت‌گذاری خواهد بود. داروهای آزاد توسط تولیدکننده و وارد

کننده اعلام نرخ شده و قیمت مورد نظر با اطلاع مراجع قیمت‌گذاری مربوطه خواهد بود.

ز - عرضه دارو (به استثنای داروهای غیرنسخه‌ای که فهرست آن توسط وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی اعلام می‌شود) به مصرف‌کننده نهایی خارج از داروخانه ممنوع است.

ح - به منظور تضمین کیفیت داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های تولیدی موظفند با ایجاد

واحدهای کنترل کیفیت و بکارگیری متخصصین ذیربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام

نمایند. بهمین منظور به کارخانه‌های ذیربط اجازه داده می‌شود با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی ۵۰ درصد درآمد موضوع قانون لزوم با آموزشی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۶/۱۵/

۱۳۷۱ استفاده نمایند.

آیین‌نامه این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب هیات وزیران

خواهد رسید.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

۱- اصلاح تشکیلات معاونت دارو و غذا، و تشکیل سازمان دارو و غذا در جهت تقویت نظام برنامه‌ریزی، نظارت، کنترل و اطلاع‌رسانی در زمینه دارو.

۲- مسؤولیت قیمت‌گذاری و نرخ‌گذاری دارو به تفکیک به شرح زیر خواهد بود:

⇐ قیمت‌گذاری داروهای ساخته شده وارداتی باوزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

⇐ قیمت‌گذاری داروهای تولید داخل توسط کمیسیون قیمت‌گذاری موضوع مصوبه ستاد تنظیم بازار خواهد بود.

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور فراهمی دارو در کلیه نقاط کشور، کنترل و نظارت بر شبکه توزیع را کماکان به عهده خواهد داشت.

۴- مسؤولیت تنظیم بازار داخلی دارو و کنترل کیفیت به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

۵- عرضه دارو به مصرف‌کننده نهایی فقط از طریق داروخانه خواهد بود و کلیه داروخانه‌های کشور سطح بندی خواهند شد. ضوابط، معیارها و شاخص‌های سطح‌بندی داروخانه‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام خواهد شد.

ج- سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

۱- داروهای فهرست دارویی کشور با تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دو گروه حمایتی (بهداشتی، طولانی مصرف و مشمول بیمه) و آزاد تقسیم می‌شود.

۲- ارزش داروهای حمایتی ارزش‌شناور به نرخ پایه سال ۱۳۷۷ خواهد بود.

۳- ارزش ماده موثره داروهای تولید داخل از گروه حمایتی همواره از نوع شناور به نرخ پایه سال

۱۳۷۷ تأمین می‌گردد. سایر موارد به تدریج و طی برنامه سوم از ارزش‌واریزنامه‌ای تأمین خواهد شد.

۴- به منظور تثبیت قیمت دارو یارانه به شکل زیر پرداخت خواهد شد.

⇨ یارانه برای داروهای مشمول بیمه درمان همگانی (که فهرست اقلام و میزان آن همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام خواهد شد) در طول سالهای برنامه براساس نرخ ارزش شناور ۱۷۵۰ ریال خواهد بود. در صورت تغییر نرخ ارز، مابه‌التفاوت ریالی آن با نرخ ارز شناور ۱۷۵۰ ریالی تحت ردیف بودجه‌ای مستقل ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین خواهد گردید.

⇨ داروهای حمایتی (بهداشتی، طولانی مدت و مشمول بیمه) علاوه بر مابه‌التفاوت فوق کماکان مشمول دریافت یارانه ریالی خواهند بود.

⇨ ردیف اعتباری مربوط به مابه‌التفاوت‌های منظور در بندهای فوق بتدریج با تقویت و تعمیم بیمه خدمات درمانی به سازمان‌های بیمه و تأمین خدمات درمانی منتقل خواهد شد.

۵- قیمت‌گذاری دارو به طریق زیر خواهد بود:

⇨ داروهای، بهداشتی، طولانی مصرف و مشمول بیمه همگانی براساس قیمت تمام شده و اعمال هزینه‌های جانبی (مارژین)، تدارک، توزیع و داروخانه، قیمت‌گذاری خواهد شد.

⇨ سایر داروهای مشمول نرخ‌گذاری براساس اصول اقتصادی و رقابت خواهند بود.

۶- استمرار حمایت دولت از صنایع داروسازی بویژه از جهت تامین ارز، نقدینگی و تسهیلات بانکی.

۷- تدوین مقررات و روشهای اجرایی به منظور تشویق و ایجاد بستر مناسب و انگیزه‌های اقتصادی برای توسعه سرمایه‌گذاری بخش غیردولتی در تولید مواد اولیه دارویی و بسته‌بندی، و افزایش درصد بهره‌برداری از ظرفیتهای موجود صنایع دارویی کشور.

۸- فراهم آوردن زمین‌های لازم برای جذب سرمایه‌های خارجی در تولید مواد اولیه دارویی، فرآورده‌های بیولوژیکی و بیوتکنولوژی (و داروهای مشتق از پلاسما).

۹- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای تقویت واحدهای کنترل کیفی و نظارت بر واردات، تولید و توزیع دارو.

۱۰- ایجاد شبکه اطلاعات ماشینی و نظام اطلاع‌رسانی در زمینه‌های تأمین و توزیع دارو.

۱۱- تبیین جایگاه داروهای گیاهی و تدوین روشهای اجرایی مناسب برای فراهم نمودن زمینه‌های گسترش تولید، تجویز و مصرف و صادرات داروهای گیاهی.

۱۲- حمایت از داروهای تولید داخل از طریق وضع حقوق و عوارض گمرکی و تعرفه‌ها برای مدت معین.

۱۳- صدور مجوز و ایجاد تسهیلات لازم برای صادرات داروهایی که از ارزش حمایتی استفاده نکرده‌اند، پس از انجام تعهدات شرکت‌های دارویی و شرکت پالایش و پژوهش خون برای تأمین نیاز داخلی.

۱۴- آموزش و بازآموزی جامعه پزشکی به منظور اصلاح فرهنگ نسخه نویسی.

۱۵- تدوین و اجرای برنامه‌های مناسب جهت افزایش آگاهی‌های عمومی در زمینه مصرف دارو از طریق رسانه‌های عمومی.

۱۶- اختصاص سهمی از درآمدهای شرکت‌های دارویی (تولید و توزیع) برای:

⇐ گسترش تحقیقات

⇐ بازآموزی و نوآموزی (اطلاع رسانی) جامعه پزشکی به منظور اصلاح فرهنگ نسخه‌نویسی

⇐ تأمین هزینه شبکه جامع اطلاع رسانی دارویی

⇐ تدوین و بکارگیری روشهای مناسب برای بالا بردن آگاهی‌های عمومی از طریق رسانه‌های عمومی به خصوص صدا و سیما

۱۷- ایجاد زمینه مناسب برای تحقیقات کاربردی دارو در دانشگاه‌ها و ایجاد ارتباط بین تحقیقات دانشگاهی با واحدهای تحقیقاتی کارخانجات دارویی و سازمان انتقال خون.

۱۸- اعلام سالانه فهرست داروهای مجاز (تدوین فهرست دارویی کشور) توسط وزارت، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ممنوعیت ورود، تولید و عرضه دارو خارج از فهرست یاد شده.

۱۹- واگذاری داروخانه‌های بیمارستان‌های دانشگاه‌ها و مراکز دولتی به اشخاص حقیقی و حقوقی براساس آیین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲۰- به منظور تقویت سیاستهای نظارتی، فعالیتهای ذیل در تمام استانهای کشور تقویت می شود.

ثبت عوارض جانبی داروها (Adverse Drug Reaction)

ارزیابی دارو بعد از ورود به بازار (Post Market Surveillance)

ارزیابی بالینی دارو (Therapeutic Drug Monitoring)

۲۱- کنترل نسخ دارویی در کلیه استانهای کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمانهای بیمه خدمات درمانی و نظام پزشکی.

۱۳- سیاست استراتژیک

اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور

۱۳-۱- توجیه سیاست استراتژیک

اثر بخش ترین سازوکاری که می تواند در برابر بیماریها و عوامل تهدید کننده سلامت انسان، امنیت خاطر تمام افراد جامعه را تضمین نماید، نظام بیمه خدمات درمانی همگانی است. در نظام کنونی بیمه خدمات درمانی فقدان ویژگیهایی از قبیل فراگیری پوشش، پایداری منابع بیمه، پرداخت حق بیمه متناسب با درآمد و بهره مندی از خدمات متناسب با نیاز، مانع از توسعه مطلوب خدمات بیمه ای گردیده و اصلاح ساختار و تقویت فعلی نظام بیمه درمانی را ضروری ساخته است.

۱۳-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نارسایی در قوانین بیمه درمان کشور منجر به بروز مشکلاتی شده است که اصلاحاتی را در قوانین و آیین نامه های موجود نیاز دارد. به منظور اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور لازم است قانون بیمه درمان همگانی براساس جهت گیریهای زیر مورد اصلاح قرار گیرد.

۱- ایجاد ضمانت اجرایی برای فراگیری و استمرار پوشش جمعیتی بیمه خدمات درمانی در مورد تمامی گروهها و افراد کشور.

۲- استقلال سازمانهای بیمه درمانی از آن بخش از سیاستهای حمایت اجتماعی دولت که در تنظیم حق سرانه و هزینههای بیمه درمانی پیشبینی نشده است.

۳- تعریف دقیق و شناسایی گروهها و افرادی که بدلیل عدم امکان پوشش بیمه‌ای باید از پوشش حمایتی، به طور کامل یا محدود، استفاده نمایند.

۴- متناسب نمودن نقش و تاثیر سازمانهای بیمه‌گر در تصمیم‌گیریهای اساسی مربوط به بیمه‌گری و خرید خدمات درمانی بخصوص در زمینه‌های تعیین حق بیمه سرانه، شرایط پوشش بیمه‌ای، شرایط ارائه خدمات، عقد و لغو قرارداد، مشارکت در ارزشیابی و نظارت بر نحوه ارائه خدمات درمانی.

۵- ارائه تعریفی مناسب برای بیمه درمان مکمل به منظور ارائه خدمات انتخابی، رفاهی و غیرضروری در نظام بیمه همگانی درمانی.

۶- ارائه تمامی خدمات درمانی در نظام بیمه همگانی خدمات درمانی و تضمین دسترسی تمامی افراد جامعه به این خدمات.

۷- ایجاد ابزارهای قانونی اثربخش و مناسب به منظور نظارت بر نحوه ارائه خدمات درمانی توسط سازمانهای بیمه‌گر.

۸- اصلاح مبانی و فرایند تعیین حق بیمه سرانه درمانی در جهت استفاده از محاسبات بیمه‌ای گروهی و مرتبط ساختن حق بیمه سرانه با درآمد افراد (به منظور کاهش میزان حق بیمه تا سطح حداقل اقتصادی).

۹- وضع مقررات و بکارگیری روشهای مناسب به منظور تعیین تعرفه‌ها و بر مبنای قیمت تمام شده.

۱۰- ارائه خدمات بیمه درمانی در چارچوب نظام ارجاع و متناسب با سطح بندی خدمات درمانی.

۱۱- تعیین وضعیت تأمین و پرداخت هزینه درمان بیه شدگان حادثه دیده که تحت پوشش سایر شرکتهای بیمه‌ای قرار دارند.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

اصلاحات سازمانی بیمه خدمات درمانی در چارچوب نظام جامع تأمین اجتماعی کشور و از طریق لایحه پیشنهادی مربوطه انجام خواهد گرفت. اما به لحاظ تفاوت ماهیتی خدمات درمانی با سایر خدمات و تعهدات نظام بیمه ای و به منظور رعایت اصول اساسی بیمه خدمات درمانی از قبیل فراگیری، استمرار، جامعیت خدمات، یکپارچگی نظام بیمه درمانی و نظارت مستمر، ارائه خدمات بیمه درمانی برای تمامی افراد جامعه (به استثناء بیمه شدگان نیروهای مسلح) از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی کشور صورت خواهد گرفت.

◀ در صورت تشکیل شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی کشور، شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور منحل و به جای آن شورایی به نام شورای سیاستگذاری و نظارت بر امور بیمه درمانی تحت پوشش شورای عالی یاد شده فعالیت خواهد نمود.

◀ امکانات مربوط به خرید خدمات درمانی (درمان غیرمستقیم) از تمامی سازمانها و مؤسسات بیمه‌گر به سازمان بیمه خدمات درمانی منتقل خواهد شد، اما سازمانها و مؤسسات یاد شده می‌توانند امکانات درمان مستقیم خود را حفظ نموده و به بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه خدمت نمایند.

◀ سازمان بیمه خدمات درمانی کشور ضمن حفظ وابستگی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دارای استقلال مالی، اداری و مدیریتی بوده و ملزم به رعایت تصمیمات شورای عالی سیاستگذاری و نظارت بر امور بیمه درمانی خواهد بود.

◀ صندوقهای بیمه مربوط به هر یک از گروهها و افراد جامعه با حفظ استقلال خود (از نظر درآمد هزینه) شامل صندوقهای بیمه نیازمندان - کارمندان - کارگران - خویش فرمایان - روستاییان و سایر، در قالب سازمانهای موجود و یا سازمانهایی که به این منظور ایجاد می‌شوند، ادامه

فعالیت خواهند داد. اما سهم درمان هر یک از گروهها و افراد از حق بیمه پرداخت شده پس از وصول، در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار خواهد گرفت.

◀ صندوقها و حسابهای مربوط به حق بیمه و هزینه هر یک از گروهها و افراد باید در سازمان بیمه خدمات درمانی بطور جداگانه و مستقل نگهداری شود.

◀ سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح از تمام موارد فوق مستثنی بوده و مطابق ضوابط و مقررات خاص خود به فعالیت ادامه خواهد داد.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- جایگزینی سیستم دفترچه بیمه خدمات درمانی با سیستمهای مناسب با تأکید بر ایجاد روش یکسان در مورد تمامی سازمانها و بیمه شدگان.

۲- بازنگری در نظام پرداخت هزینه خدمات درمانی به عرضه کنندگان خدمات

۳- حرکت به سمت اتوماسیون کامل روشها و استفاده از عملیات ماشینی

۴- اصلاح روشهای نظارت و بازرسی از مراکز درمانی در جهت ضابطه‌مندی بیشتر، کنترل نامحسوس، اعتماد متقابل و حفظ حقوق طرفین

۵- آموزش همگانی و افزایش آگاهی عمومی در زمینه حدود تعهدات بیمه، حقوق و تکالیف بیمه شده و ضوابط حاکم بر قراردادهای خرید خدمات درمانی.

۶- اصلاح ضوابط و مقررات و تنظیم رفتارهای اداری در جهت افزایش رضایتمندی عمومی با حفظ قانونمندی.

۷- اصلاح فرایندها و روشهای رسیدگی به اسناد پزشکی و پرداخت هزینه‌ها در جهت جایگزینی کامل روشها و عملیات ماشینی.

ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب

۱۴-۱- توجیه سیاست استراتژیک

توسعه تواناییهای مدیریتی در شناخت مشکلات و یافتن راههای مناسب برای حل آنها از طریق ارتقای سطح آگاهی تصمیم گیرندگان از وقایع داخلی و خارجی تأثیرگذار بر روند فعالیتهای سازمان، امکانپذیر می‌باشد. مسوولین بخش بهداشت و درمان نیز به طور عمده با اتکا بر یک نظام جامع اطلاعات مدیریتی ضمن کسب تسلط لازم بر عوامل تأثیرگذار بر فعالیتهای بخش، قادر به تصمیم گیری مناسب در امور برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، اجرا و نظارت بوده و می‌توانند مشکلات را به موقع و پیش از وقوع حالت بحرانی رفع نمایند.

۱۴-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

- ۱- بازنگری و ایجاد اصلاحات لازم در نظام آماری موجود در بخش بهداشت و درمان
- ۲- اصلاح ساختار نظام اطلاعاتی با تاکید بر اصل انعطاف‌پذیری و عدم قطعیت سازمانی

ج- سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

- ۱- تهیه امکانات لازم برای استفاده گسترده از وسایل اطلاع‌رسانی و بکارگیری تکنولوژی نوین.
- ۲- بومی سازی شیوه‌ها و روش‌های نوین مدیریت اطلاعات

۳- اجرای برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت و میان مدت مستمر و پویا در زمینه نظام اطلاعات مدیریتی و کاربری اطلاعات.

۴- گسترش روش‌های ثبتي در توليد داده‌ها و بکارگيري آنها

۵- تسريع و تسهيل در توليد، ثبت، گزارش دهی، تجزيه و تحليل، مصرف و بازخورد اطلاعات

۶- ايجاد تسهيلات لازم برای کلیه کارکنان به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز، و از جمله در مورد مطالعات و تحقیقات فراپزشکی از نوع اجتماعی، اقتصادی، مدیریت و فرهنگی

۷- تعیین ارقام اطلاعات مورد نیاز براساس شاخص‌های هدف در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی

۸- ماشینی کردن (مکانیزاسیون) و خودکار سازی (اتوماسیون) نظام اطلاعات مدیریتی و اطلاع رسانی به منظور افزایش دقت، سرعت و صحت تولید و انتقال اطلاعات

۹- تدوین و اجرای دستورالعمل‌هایی برای ایجاد ارتباط بین نظام اطلاعاتی آماری (SIS)، نظام

اطلاعاتی مدیریتی (MIS) و نظام حمایتی تصمیم‌گیری (DSS)

۱۵- سیاست استراتژیک

افزایش سهم اعتبارات بهداشت، درمان و توانبخشی از منابع عمومی و تولید ناخالص ملی تا رسیدن به متوسط قابل قبولی از نرخ جهانی و تأمین منابع و تعیین تعرفه‌های بهداشتی و درمانی بر مبنای قیمت تمام شده خدمات (با اصلاح ساختار مالی)

۱۵-۱- توجیه سیاست استراتژیک

تأمین سهم اعتباری مورد نیاز بخش بهداشت و درمان از مجموع منابع مالی کشور معادل با متوسط قابل قبولی از نرخ جهانی، از ضرورت‌های اساسی برای توسعه بخش و ارائه مطلوبتر خدمات محسوب می‌گردد.

در حال حاضر بالا بودن سهم مردم از کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی کشور و عدم تکافوی منابع مالی دولت در تأمین هزینه‌ها، افزایش سهم اعتبارات بخش از GNP را محدود نموده است. بنابراین اتخاذ سیاست‌هایی که به جلب مشارکت مالی بیشتر دولت و مردم در تأمین هزینه‌های بخش بیانجامد، ضروری به نظر می‌رسد.

برای تحقق زمینه‌های مدیریت اقتصادی بخشی و تأمین منابع مالی لازم متناسب با هزینه‌ها، فراهم آوردن امکان تحلیل صحیح و مناسبی از عملکردهای مالی، و ارزیابی میزان تحقق اهداف سازمانی براساس آن ضروری می‌باشد. استفاده کارآمد از تحلیل‌های مالی و اعتباری، و متعاقب آن ارزیابی عملکرد سازمانی، موجب تسهیل در تداوم فعالیتهای بخش گردیده، و امکان به حداقل رساندن هزینه تمام شده را فراهم می‌نماید. لذا با اصلاح ساختار مالی، تعیین تعرفه‌های بهداشتی و درمانی براساس حداقل هزینه‌های تمام شده، می‌تواند به عنوان مبنای مناسبی برای تأمین منابع مالی بخش قرار گیرد.

۱۵-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

- ۱- وضع و اصلاح و یکپارچه سازی قوانین و مقررات مربوط به وصول درآمدهای بخش و قوانین و آیین نامه‌های مالی و معاملاتی، به منظور افزایش منابع و تسهیل در گردش امور مالی.
- ۲- اصلاح قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های لازم جهت کسب درآمدهای ارزی و صدور خدمات و فرآورده‌های پزشکی
- ۳- تدوین قانون به منظور تأمین مشارکت کلیه بخشهای صنعتی و اقتصادی (که به نحوی موجب افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی جامعه می‌شوند) در تأمین مالی هزینه‌های بخش
- ۴- اصلاح قوانین موجود برای فروش خدمات در واحدهای ارائه دهنده خدمات و مشتری‌نگر کردن آنها.
- ۵- بازنگری در قانون هیات‌های امناء و آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها.

۶- اصلاح قانون در زمینه کنترل هزینه‌های بخش توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی و تغییر شیوه حسابرسی موجود.

۷- تدوین قانونی مبنی بر اداره شرکتی برخی از واحدهای تولید کننده خدمات.

۸- اصلاح و بازنگری قوانین حاکم بر کسب درآمدهای اختصاصی و هزینه در بخش بهداشت و درمان به منظور تسهیل در وصول درآمدها و انجام هزینه‌ها.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

۱- ساده‌سازی سازمان تشکیلاتی مالی واحدها بمنظور حذف مقررات و روشهای پیچیده و غیرضروری مالی.

۲- جداسازی مدیریت امور مالی از واحد نظارت مالی (ذیحسابی)

۳- حذف واحدهای اجرایی واسطه به منظور کاهش هزینه‌های غیرضروری

ج - سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

۱- اصلاح ساختار اقتصادی بخش به منظور تأمین منابع مالی و استفاده بهینه از منابع متناسب با افزایش سطح فعالیت‌ها از طریق واحدهای کسب درآمد و تحلیل اقتصادی هزینه‌ها و اصلاح نظام بودجه ریزی کشور و بخش بهداشت و درمان.

۲- افزایش سهم اعتبارات بخش بهداشت و درمان از منابع عمومی دولت متناسب با نرخ تورم و توسعه بخش در برنامه سوم.

۳- تعیین حق سرانه واقعی بیمه خدمات درمانی و نحوه تأمین آن از طریق دولت و بیمه شدگان.

۴- اصلاح روشهای بیمه‌گری در موسسات بیمه درمانی به منظور برقراری تعادل در منابع و

هزینه‌های صندوقهای بیمه‌ای

۵- گسترش پوشش بیمه‌شوندگان با بکارگیری نظام انگیزشی مناسب برای آنان

۶- تعیین تعرفه‌های بهداشتی - درمانی بر مبنای قیمت تمام شده خدمات و نرخ تورم سالانه

- ۷- تدوین روشهای مناسب برای جلب همکاریهای بین‌المللی در راستای توسعه منابع مالی
- ۸- تدوین مقررات و دستورالعمل‌ها برای افزایش و هدایت منابع مالی مردمی و دولتی در جهت تأمین هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی.
- ۹- تدوین مقررات و دستورالعمل‌ها برای جلب همکاری بخش خصوصی و تعاونی در ارائه خدمات.
- ۱۰- تمرکز در تدوین سیاستهای مالی و بودجه برنامه‌ای
- ۱۱- اصلاح نظام ثبت درآمدها و هزینه‌ها، و تحلیل و گزارش دهی اطلاعات مالی
- ۱۲- طراحی نظام حسابداری مناسب و منطبق با نیازهای بخش
- ۱۳- استقرار نظام حسابه‌های ملی بهداشت و استفاده از آن در تحلیل اقتصادی بخش
- ۱۴- محاسبه قیمت تمام شده خدمات و سنجش اثربخشی هزینه‌ها
- ۱۵- استفاده از روشهای مکانیزه جهت تسریع و بهنگام سازی عملیات مالی و فراهم سازی امکان تحلیل و کنترل بهنگام فعالیت‌ها
- ۱۶- آموزش اصول بودجه و مدیریت مالی برای مدیران غیرمالی
- ۱۷- استخراج سود و زیان واحدها بمنظور توزیع عادلانه یارانه‌های دولتی
- ۱۸- ارتقای سطح دانش فنی و حرفه‌آی کارکنان بخش مالی
- ۱۹- تدوین مقررات و دستورالعمل‌ها به منظور فراهم نمودن امکان تحلیل اقتصادی (اقتصاد بهداشت) توسط دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، و تنظیم گزارشات مدیریتی.
- ۲۰- تقویت بخش حسابرسی در مدیریت مالی واحدها بمنظور کنترل و نظارت بهنگام و مؤثر بر انجام هزینه‌ها

۱۶- سیاست استراتژیک

اصلاح ساختار، تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت کاهش تصدی در امور اجرایی و تقویت نقش سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و تقویت سیاست عدم تمرکز و تفویض اختیار در زمینه مدیریت فنی و پشتیبانی تا سطوح محیطی

۱۶-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به افزایش انتظارات مردم و تحولات سالهای اخیر در گسترش فعالیت‌های بخش، و همچنین با توجه به پیشرفتهای حاصله در زمینه‌های بهداشتی و درمانی، نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در توسعه بخش، پیچیده و تعیین کننده گردیده، و افزایش حجم تصدی دولت در امور اجرایی همراه با عدم رشد متناسب ظرفیتهای برنامه‌ریزی سیاستگذاری و نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجب بروز نارساییها در مدیریت کلان بخش شده است. لذا ضروری است برای تداوم و پایداری پیشرفتهای حاصله در بخش و جبران نارساییهای کنونی، ضمن تبیین نقش مناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در هدایت بخش، امکان بهره‌گیری از مشارکت‌های مردمی در تصمیم‌گیری و امور نظارتی، و گسترش مشارکت مؤسسات غیردولتی اعم از خصوصی، تعاونی و خیریه در سرمایه‌گذاریها و ارائه خدمات فراهم گردیده، و تلاش برای بهره‌گیری و سازماندهی کلیه امکانات بالقوه ملی، مورد نیاز برای توسعه بخش صورت پذیرد. مجموعه این فعالیتها نیازمند فراهم نمودن زمینه‌های مناسب در ساختار بخش، و سازماندهی تشکیلاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متناسب با عملکرد مورد انتظار از آن در روند توسعه بخش می‌باشد.

عدم تمرکز و تفویض اختیار در زمینه‌های مدیریت فنی و پشتیبانی، زمینه‌ساز رشد و توسعه بخش بهداشت و درمان با اتکا به مشارکت عوامل اجرایی و مردم بوده، و امکان تجهیز منابع و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی در سطوح محیطی را با سهولت لازم امکان‌پذیر می‌سازد. همچنین با توجه به وجود امکانات محلی و علاقه‌مندی مسوولین منطقه‌ای در حل مشکلات بهداشتی و درمانی مربوط به مناطق، اجرای سیاست عدم تمرکز و تفویض اختیارات به نحوی که تضمین کننده امور

مربوط به تشخیص نیاز، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی در سطح مناطق باشد، و تأمین شرایط لازم برای حمایت و تقویت نهادهای منطقه‌ای، میزان دسترسی به اهداف بخش و تأمین رضایت مردم را در مناطق افزایش خواهد داد.

۱۶-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

- ۱- تدوین قوانین، مقررات، ضوابط و دستورالعمل‌ها و انجام اصلاحات ساختاری در جهت برقراری روابط متقابل شوراهای اسلامی و بخش بهداشت و درمان در زمینه تشخیص نیاز، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی و توانبخشی.
- ۲- اصلاح قوانین و مقررات به منظور شفاف کردن میزان مسوولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌ها در تأمین حفظ و ارتقای سلامت جامعه.
- ۳- وضع و اصلاح قوانین، مقررات و ضوابط به منظور تفویض اختیارات متناسب با مسوولیت‌های محوله

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

- ۱- اصلاح ساختار تشکیلاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به گونه‌ای که قوانین، مقررات و دستورالعمل‌های مرتبط امکان کاهش تصدی دولت در امور اجرایی و تقویت نقش سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی را با توجه به منابع، امکانات، شرایط و نیازها فراهم نماید.
- ۲- اصلاح سازمانی به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری سازمانی متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی کشور و شرایط محیطی.

۳- بازبینی جایگاه و نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در نظام عدم تمرکز، و در راستای سیاست‌های نظام مدیریت منطقه‌ای دولت و تشکیل شوراهای اسلامی شهر و روستا، ضمن در نظر داشتن نقش ستاد مرکزی در تبیین و تدوین سیاست‌های کلان ورودی‌های ملی.

۴- بازنگری، اصلاح و تدوین وظایف فنی و پشتیبانی در هر یک از سطوح مدیریتی و همچنین در واحدهای مختلف ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی در راستای اجرای سیاست عدم تمرکز.

ج- سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

- ۱- تهیه و اجرایی طرح استاندارد سازی مشاغل و برآورد نیروی انسانی
- ۲- تهیه و اجرای طرح نظام مدیریتی مشارکتی و نظام مدیریت فراگیر (TQM)
- ۳- تهیه و اجرای طرح انتصاب مدیران
- ۴- طراحی و اجرای طرح نیاز سنجی آموزشی مدیران و کارکنان
- ۵- طراحی و اجرای نظام جامع و پویای آموزش مدیران و کارکنان
- ۶- بهبود روش‌ها و شیوه‌های انجام کار، متناسب با سازمان منعطف و یادگیرنده
- ۷- بهبود روش‌ها و ساده‌کردن شیوه‌های اجرایی و حذف تشکیلات موازی و غیرضروری
- ۸- برقراری تناسب بین مسوولیت و اختیار با در نظر گرفتن قابلیت‌ها در ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۹- ایجاد کمیته‌های مشترک سازمان یافته درون سازمانی و محول کردن مسوولیت‌ها و اختیارات در زمینه‌های سیاستگذاری، برنامه‌ریزی کلان و نظارت بر خدمات بهداشتی درمانی توانبخشی به آنها.

۱۷- سیاست استراتژیک

ارتقای امنیت غذا و تغذیه در کشور

۱۷-۱- توجیه سیاست استراتژیک

◀ کودکان با بهره‌گیری از بهداشت و تغذیه بهتر در دوره‌های پیش‌دبستانی و پس از آن، قادر به دریافت بهتر و سبک‌تر آموزشها و مفاهیم توسعه‌یافته، و در آینده می‌توانند به خوبی در فرآیند توسعه مشارکت نمایند. به‌طور کلی افزایش توانایی ذهنی و فیزیکی افراد جامعه و جمعیت فعال در سنین متفاوت می‌تواند از طریق تأمین بهداشت و تغذیه بهتر برای آنان فراهم آمده، و فرآیند توسعه را با اتکا به منابع انسانی سالمتر، یا امکانات بالقوه بیشتر، تسهیل و امکانپذیر نماید. همچنین تأمین نیازهای اساسی بهداشتی و تغذیه‌ای موجب افزایش سطح بهره‌مندی افراد جامعه از امکانات فراهم آمده در فرآیند توسعه می‌شود.

◀ حق برخورداری از امکان تهیه غذا از طریق خرید، سهمیه یا سایر اشکال توزیع مواد غذایی و برقراری امنیت غذا از طریق دسترسی به غذای سالم و کافی و مصرف ریزمغذیها، از حقوق اساسی همه افراد جامعه محسوب گردیده و برای بهره‌مندی آنان از زندگی سالم و فعال ضروری می‌باشد. امنیت غذایی ضمن کاهش شدت و دفعات ابتلا به بیماریها، توان فیزیکی و ذهنی افراد جامعه را افزایش داده، و زمینه‌ساز نقش موثرتر برای آنان در فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی می‌گردد.

◀ اتخاذ سیاستهای غذایی مناسب به منظور افزایش امکان تولید و عرضه غذا با کمیت و کیفیت مطلوب، ترویج فرهنگ تغذیه سالم، و همچنین افزایش دسترسی به مواد غذایی مورد نیاز برای سیری سلولی در مقابل سیری ظاهری، همراه با کنترل الگوی مصرف مواد غذایی در گذر تغذیه‌ای (افزایش تنوع در مواد غذایی و مصرف آن در روند توسعه اقتصادی و اجتماعی)، نیازمند تعهد کلیه بخشهای اقتصادی و اجتماعی در پذیرش و اجرای سیاستهای بهبود تغذیه در کشور می‌باشد.

۱۷-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

تبصره- به منظور نهادینه کردن امنیت غذا(دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماریهای حاصل از سوء تغذیه، و ارتقای سلامت جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر ظرف مدت یکسال نسبت به تهیه سبد غذایی مطلوب اقدام نماید و برای تحقق آن دستگاههای ذیربط اقدامات ذیل را بعمل آورند.

الف- وزارتخانه های فرهنگی و آموزشی و همچنین سازمان صدا و سیما موظفند نسبت به ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای و آموزش سبد مطلوب غذایی به عموم مردم اقدام نمایند.

ب- شورای اقتصاد در توزیع منابع اعتباری یارانه در مورد مواد غذایی پس از کسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمینه اجرای سبد غذایی مطلوب را فراهم نماید.

ج- بمنظور رفع سوء تغذیه، خانوارهای کم درآمد، یارانه کالاهای اساسی اعطایی به نیازمندان، روستاییان و ساکنین مناطق کمتر توسعه یافته نسبت به سایرین افزایش می یابد.

د- به منظور ارتقاء سطح سلامتی مردم موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی موظف است حداکثر تا پایان برنامه سوم استانداردهای ایمنی مواد غذایی را تکمیل و جهت اعمال نظارت بر کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای ذیربط اعلام نمایند.

ه- ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در سطوح ملی و استانی ظرف مدت ۶ ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تایید سازمان امورادای و استخدامی و برنامه و بودجه به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

ساختار و تشکیلات مناسب امنیت غذا و تغذیه در کشور در سطوح ملی و استانی و محله توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور تهیه خواهد شد.

ج- سیاست ها و روشهای اجرایی

- ۱- ارتقای سلامت تغذیه ای از طریق تدوین برنامه های اجرایی برای:
 - ◀ پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از ریزمغذیه های همچون آهن ، ید، ویتامین A ، روی، کلسیم
 - از طریق غنی سازی و مکمل یاری
 - ◀ پیشگیری و کنترل بیماریهای متابولیک از طریق تعدیل شیوه های زندگی و غذای مناسب
 - ◀ کنترل بیماریهای مداخله گر در فرآیند تغذیه مانند اسهال، عفونت های تنفسی
 - ◀ کاهش بار بیماریها از طریق بهبود و استفاده در رژیم های غذای مناسب
 - ◀ پایش وضع تغذیه
- ۲- فراهم کردن امکانات مشارکت مردم از طریق شوراهای اسلامی و فعال کردن بخش خصوصی، تعاونیها و NGO ها (سازمانهای غیردولتی) در برنامه ریزی و اجرای سیاستهای امنیت غذا و تغذیه
- ۳- تدوین برنامه اجرایی مناسب برای راه اندازی مراکز مشاوره ای تغذیه ای در شبکه های بهداشتی درمانی کشور برای آموزش زنان و بویژه زنان روستایی از طریق خانه ای بهداشت و با مشارکت شوراهای اسلامی روستایی
- ۴- تعیین روشهای اجرایی مناسب برای تقویت نقش و رسالت زنان در زمینه تولید، انتخاب، مصرف و مراقبت از سلامت اعضای خانوار
- ۵- با توجه به لزوم تحقیقات در مورد کلیه مسایل مربوط به تغذیه و غذا، “انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور” به “انستیتو تغذیه و مرکز ملی تحقیقات غذا و تغذیه” تغییر نام خواهد یافت. این مرکز وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و در مورد اصلاح الگوی مصرف غذا، مسایل و مشکلات تغذیه ای، و صنایع و ضایعات غذایی و سایر موارد مرتبط با غذا و تغذیه تحقیقات لازم را بعمل خواهد آورد.
- ۶- نظارت بر اجرای موثر و موفق سیاستهای ملی و منطقه ای در حوزه امنیت غذا و تغذیه

- ۷- فراهم کردن امکانات و ظرفیت لازم در جهت تقویت مدیریت نظام غذا و تغذیه در استان ها
- ۸- گسترش و تسهیل اطلاع رسانی تغذیه ای و ایجاد ارتباط و هماهنگی سازمان یافته بین رسانه های عمومی به خصوص صدا و سیما با مراجع ذیصلاح علمی، سیاستگذاری و اجرایی امنیت غذا و تغذیه ای کشور
- ۹- ایجاد و تقویت نظام جمع آوری، ثبت و گزارش دهی اطلاعات مربوط به وضعیت غذا و تغذیه
- ۱۰- برقراری نظام آموزش، مراقبت و پایش تغذیه ای
- ۱۱- کاهش فقر از طریق اجرای برنامه های تامین نیازهای اساسی (شامل بهداشت، تغذیه، آموزش، مسکن، شغل و درآمد و ...)
- ۱۲- تأمین سبد غذایی مطلوب برای خانوار و سیری سلولی از طریق هدایت و حمایت یارانه ها و حمایت از تدارک و تولید مواد مطلوب غذایی بشرح جدول پیشنهادی زیر:

جدول ۲. مقایسه متوسط مصرف کالاهای غذایی در کشور با مقادیر پیشنهادی سبد مطلوب (گرم / نفر / روز)

کالاهای غذایی	غلات				پنیر	پسته	میوه ها	گوشت	تخم مرغ	حبوبات	چربیها	قندها
	کل غلات	نان	برنج	ماکارونی								
متوسط کشور	۴۸۴	۳۵۱	۱۲۱	۱۲	۲۱	۲۷۸	۱۹۱	۹۲	۱۹	۱۶۷	۳۹	۷۰
سبد مطلوب	۴۷۶	۳۵۰	۱۰۷	۱۰	۲۵	۳۰۶	۱۹۴	۹۳	۲۳	۲۴۰	۳۴	۵۰
تفاوت	-۱۷	-۱	-۱۴	-۲	+۴	+۲۸	+۳	-۱	-۴	+۷۳	-۵	-۲۰

- ۱۳- برنامه ریزی و ایجاد ظرفیت های لازم به منظور کاهش ضایعات از مرحله تولید تا مصرف و گسترش صنایع تبدیلی، نگهداری و بسته بندی محصولات کشاورزی و مواد غذایی
- ۱۴- تدوین سیاستها غذایی کشور به منظور هماهنگی متقابل تولید و عرضه غذا با سبدمطلوب غذا در خانوار

۱۵- برنامه ریزی و ایجاد ظرفیت های لازم به منظور ارتقای ایمنی غذا در کلیه مراحل شامل

تأمین، تولید، توزیع، نگهداری و مصرف

۱۶- تعیین و تدوین استانداردهای کنترل کیفیت مواد غذایی در کلیه مراحل تولید، توزیع،

نگهداری و مصرف

۱۷- توسعه و هدایت روند بهداشتی کردن کلیه تولیدات سنتی

۱۸- هدفمند نمودن یارانه ها در سیاستهای پرداخت یارانه ای غذایی مستقیم و غیرمستقیم

الف- گروههای هدف:

پوشش چهار گروه اصلی شامل خانوارهای نیازمند، روستاییان، خانوارها در مناطق محروم و کمتر

توسعه یافته و خانوارهای شهری در پنج دهک پایین درآمدی

ب- معیارهای شناسایی گروههای هدف:

◀ خانوارهایی که کودک زیر ۵ سال با تاخیر رشد دارند.

◀ خانوارهای با سرپرست زن

◀ خانوارهایی که در یکسال گذشته نان آورشان بیکار بوده

◀ حقوق بگیران (کارگرددی و کارمندی) که دریافتی آنها پایین تر از حداقل تعریف شده خط فقر

می باشد.

◀ سالمندان کم درآمد

مواد غذایی مشمول یارانه:

◀ ریزمغذیههای کلیدی

◀ مواد نشاسته ای انرژی زا

۱۸- سیاست استراتژیک

نهادینه کردن پژوهش در آموزش و ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی و توسعه تحقیقات علوم پزشکی بویژه تحقیقات کاربردی

۱۸-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به اهمیت تحقیقات در حصول به رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی در کشورهای پیشرفته و ارزیابی توان ملی این کشورها براساس شاخص‌های بخش تحقیقات، تأمین شرایط لازم برای نهادینه شدن پژوهش در کشور و در آموزش علوم پزشکی و تأمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی از موضوعات اساسی در ارتقای شاخص‌های سلامتی و بهره‌وری بخش محسوب گردیده و امکان نیل به توسعه پایدار و کاربردی فن‌آوریهای جدید علمی را فراهم می‌نماید.

با توجه به ضرورت ایجاد توسعه پایدار و رهایی از اقتصاد تک محصولی و تأمین رشد اقتصادی، توسعه تحقیقات به ویژه پژوهشهای کاربردی و توسعه‌ای در علوم پزشکی برای بهبود بهره‌وری در نظام آموزش پزشکی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نیز ارتقای شاخص‌های سلامتی، ضرورت داشته، و نیاز به تأمین تسهیلات و سرمایه‌گذاری برای افزایش منابع فیزیکی و انسانی با قابلیت‌های مناسب دارد.

۱۸-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

تدوین قوانین لازم به منظور اصلاح و بازنگری در مقررات و ضوابط مالی مربوط به اجرای طرح‌های تحقیقاتی و ورود مواد مصرفی و تجهیزات تحقیقاتی، با توجه به اصل محقق محوری و با تأکید بر نکات ذیل:

۱- تعیین نحوه پرداخت بودجه طرح‌های مصوب دستگاهها بر مبنای موافقتنامه منعقد شده بین دستگاه ذیربط و محقق، اعم از اعضای هیات علمی و کارمندان رسمی، بصورت پیمانکاری و براساس پیشرفت کار تأیید شده

۲- محاسبه حق تحقیق بصورت پنجاه درصد حق التدریس و تا سقف ۱۲۰ ساعت در ماه

۳- تعیین امتیاز حاصل از نتایج کارهای تحقیقاتی براساس توافق بین سازمان تامین‌کننده اعتبار و محقق

۴- برخورداری از تسهیلات ویژه تأمین ارز، و سایر تسهیلات در امور تشریفات قانونی و حقوق گمرکی در زمینه ورود مواد مصرفی و تجهیزات تحقیقاتی به کشور

۵- اختصاص تا دو درصد از درآمدهای اختصاصی هر دستگاه اجرایی، علاوه بر اعتبارات تحقیقاتی برای اجرای طرحهای تحقیقاتی کاربردی همان دستگاه

(توضیح: برای اجرای بندهای پیشنهادی لازم است مصوبات هیات دولت و مجلس شورای اسلامی که مرتبط با موضوع می‌باشند اصلاح شوند، از جمله مصوبه شماره ۶۴۰۳۲ مورخ ۶۵/۹/۲۰ هیات وزیران - تصویب نامه شماره ۱۸۳۲۶/ت/۷۴ هـ مورخ ۷۳/۳/۱۷ هیات وزیران؛ اصلاحیه نهایی ۶۰۰۹۷/ت/۱۷۳۱۸ مورخ ۷۶/۴/۲۲ هیات وزیران؛ آیین نامه مالی و معاملات دانشگاههای علوم پزشکی)

ب- اصلاح سازمانی و تشکیلاتی

۱- ایجاد واحدهای تحقیق و توسعه (R & D) در بخشهای مختلف علوم پزشکی، و سازمانها و دستگاههای اجرایی

۲- اصلاح و تقویت ساختار تشکیلاتی واحدهای پژوهشی در بخشهای مختلف علوم و خدمات پزشکی متناسب با توسعه فعالیتهای پژوهشی

۳- تقویت سازمانی و تشکیلاتی مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی

۴- سازماندهی فعالیت مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی

ج - سیاست‌ها و روش‌های اجرایی

- ۱- تدوین برنامه اجرایی افزایش کاربرد فن‌آوریهای جدید آموزشی و پژوهشی در برای آموزش با لحاظ نمودن نتایج پژوهشهای ملی و بین‌المللی.
- ۲- تدوین برنامه برای اصلاحات در برنامه‌های کشوری بهداشتی، درمانی و آموزش پزشکی مبتنی بر تحقیق
- ۳- تدوین و اصلاح مقررات و دستورالعمل‌ها برای تایید مراجع ذیصلاح در مورد نتایج حاصل از هر گونه تحقیقاتی که منجر به ارائه یا تغییر در برنامه‌های کشوری بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردد.
- ۴- طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش پژوهش از جمله روش تحقیق در نظام بهداشتی و درمانی (HSR) برای رده‌های مختلف علمی و اجرایی نظام علوم پزشکی کشور.
- ۵- تدوین مقررات و دستورالعمل‌ها برای تعیین شیوه نظارت بر نحوه اجرای تحقیقات و ارزیابی آن.
- ۶- اصلاح روشهای اجرایی به منظور استفاده از نتایج حاصل از تحقیقات کاربردی توسط مدیران اجرایی در جهت اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت.
- ۷- اصلاح ضوابط و دستورالعملها جهت تسریع گردش کار، تصویب و اجرای طرحهای تحقیقاتی با توجه به تفویض اختیارات بیشتر از سطح دانشگاه به دانشکده و گروههای آموزشی.
- ۸- اصلاح روشهای اجرایی به منظور تقویت و گسترش ارتباطات بین‌المللی در زمینه تحقیقات علوم پزشکی.
- ۹- اتخاذ روشهای مناسب برای افزایش بهره‌گیری از نتایج تحقیقات با انتشار آنها در سطح ملی و بین‌المللی
- ۱۰- ایجاد تسهیلات برای گسترش همکاریهای درون بخشی و بین بخشی در امر تحقیقات
- ۱۱- اتخاذ تدابیر لازم جهت ادغام پژوهش در آموزش با ایجاد تسهیلات ویژه برای بررسی و تصویب و اجرای پایان نامه‌های تحقیقاتی دانشجویان و ...

۱۲- اصلاح روشهای اجرایی به منظور تقویت فعالیتهای تحقیقاتی در مراکز بهداشتی - درمانی و

توانبخشی

۱۳- اصلاح ضوابط و مقررات ناظر بر فعالیتهای آموزشی و پژوهشی اعضای هیات علمی دانشگاهها

به منظور تاکید بیشتر بر فعالیتهای پژوهشی اعضای هیات علمی در ارزشیابی و ارتقای آنها.

۱۴- اصلاح مقررات و طراحی برنامههای آموزش علوم پزشکی مبتنی بر تحقیق

۱۵- تدوین مقررات و آییننامههای اجرایی به منظور اضافه کردن یا بازنگری مفاهیم، مباحث و

روشهای تحقیق در دورههای آموزش رسمی کشور، و اضافه کردن حداقل دو واحد درسی آموزش

روش تحقیق علاوه بر درس آمار برای دانشجویان گروه علوم پزشکی

۱۶- تدوین مقررات لازم و طراحی ضوابط انگیزشی برای تحقیقاتی شدن پایان نامههای دانشجویی

گروه پزشکی در مقاطع مختلف

۱۷- بازنگری در مقررات و ضوابط مالی مربوط به اجرای طرحهای تحقیقاتی با توجه به اصل

محقق محوری.

۱۸- تدوین ضوابط لازم و ایجاد تسهیلات برای افزایش مشارکت بخش غیردولتی در تحقیقات

۱۹- اختصاص درصدی از اعتبارات مصوب ردیفهای بهداشت و درمان به امر تحقیقات در بخشهای

مختلف

۲۰- اصلاح سیاستها و روشهای اجرایی برای افزایش سهم اعتبارات پژوهشهای علوم پزشکی از

فصل تحقیقات و تولید ناخالص داخلی در بودجههای سالیانه و برنامههای کلان کشوری.

۲۱- تدوین ضوابط مشخص برای تعیین اولویتهای تحقیقاتی از سوی بخشهای مختلف و

سازمانهای وابسته با توجه به چالشهای اساسی بخش و ضروری به روز کردن اولویتهای طی دورههای

زمانی مشخص

۲۲- تعیین ضوابط مشخص برای تخصیص اعتبارات پژوهشی در بخشهای مختلف براساس

اولویتهای تحقیقاتی

۲۳- تدوین ضوابط و مقررات جهت قطبی نمودن فعالیتهای پژوهشی گروه علوم پزشکی برحسب شرایط اقلیمی و فرهنگی و امکانات موجود.

۲۴- تدوین برنامه اجرایی جهت ساماندهی تحقیقات کاربری و پایه در زمینه طب مکمل و جایگزین (طب سنتی، گیاهان دارویی و ...) اخلاق پزشکی و پژوهشهای علوم پزشکی در اسلام، تاریخ پزشکی و ...

۲۵- تدوین ضوابط و مقررات و اتخاذ تدابیر لازم به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی

۲۶- اتخاذ روشهای اجرایی مناسب برای تقویت همکاری در تحقیقات علوم پزشکی با دانشگاهها و موسسات تحقیقاتی وابسته به وزارت فرهنگ و آموزش عالی با سایر بخشهای توسعه از جمله صنعت

۲۷- اصلاح و ضوابط و مقررات بهبود روشها به منظور کوتاه نمودن مراحل بررسی کارشناسی و تصویب طرحهای تحقیقاتی

۲۸- تدوین و بکارگیری روشهای اجرایی مناسب برای ایجاد رقابت بین محققین به منظور گسترش تحقیقات با توجه به سفارش تحقیق

۲۹- تدوین ضوابط لازم به منظور اجرای پژوهشهای بنیادی و ملی توسط مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی

۳۰- تدوین مقررات و ایجاد تسهیلات برای تشویق محققین به منظور گسترش تحقیقات.

۱۹- سیاست استراتژیک

تقویت و توسعه نظام ملی اطلاع‌رسانی علوم پزشکی

۱۹-۱- توجیه سیاست استراتژیک

با توجه به تحولات سریع جهانی در فن‌آوری اطلاعات و توسعه نظام‌های اطلاع‌رسانی که تغییرات چشمگیری نیز در نظام‌های آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات بهداشتی و درمان ایجاد نموده‌اند، ضروری است مدیرتی علوم پزشکی در کشور ضمن سازگاری با تحولات جهانی، شرایط لازم برای توسعه نظام ملی اطلاع‌رسانی را به صورتی فراهم نماید که همراه با ایجاد شبکه‌های ارتباطی و بانک‌های اطلاعاتی، دسترسی سهل و مطلوب به اطلاعات و بهره‌گیری از دانش محققین داخلی و خارجی برای تمامی علاقه‌مندان و استفاده‌کنندگان بالقوه و در جهت ارتقای سلامت جامعه را امکانپذیر نماید.

۱۹-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

- ۱- بازنگری در قوانین مربوطه به اخذ مجوز برای گسترش ارتباطات در امر اطلاع‌رسانی
- ۱-۱- تعیین شورای عالی اطلاع‌رسانی کشور به عنوان متولی صدور مجوز ایجاد سایت‌های اطلاع‌رسانی و استفاده از خدمات شبکه‌های اطلاع‌رسانی جهانی
- ۱-۲- ارائه تخفیف حداقل ۷۰ درصد در برقراری ارتباطات شبکه‌های اطلاع‌رسانی دانشگاهی بر مبنای بسترهای مخابراتی کشور و عدم پرداخت بیعانه در برقراری این ارتباطات براساس مصوبه شورای عالی اقتصاد.
- ۲- اصلاح قوانین به منظور همکاری بخش غیردولتی در امر اطلاع‌رسانی علوم پزشکی

۲-۱- در نظر گرفتن تخفیف مالیاتی برای کارگزاران تأمین و توزیع اطلاعات در زمینه علوم

پزشکی

۳- تدوین و تنظیم قوانین و ضوابط تسهیلاتی برای ورود تجهیزات مورد نیاز شبکه اطلاع رسانی

۳-۱- عضویت نماینده تام الاختیار وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور در شورای عالی

انفورماتیک کشور

۳-۲- ورود تجهیزات مرتبط با اطلاع رسانی به کشور از تسهیلات ویژه تأمین ارز یا تسهیلات

قانونی و حقوق گمرکی برخوردار باشند.

۴- بازنگری مقررات و مجوزهای قانونی برای دسترسی ارزان و آسان به اطلاعات علوم پزشکی

تولید شده در خارج از کشور (کتاب - بانک اطلاعاتی و ...)

۴-۱- صدور مجوز سالیانه برای وارد کنندگان منابع علمی و علوم پزشکی براساس تایید وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اصلاح بند ۶ ماده ۳۸ قانون گمرکات کشور)

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

۱- اصلاح سازمانی و تشکیلاتی واحدهای اطلاع رسانی دانشگاههای علوم پزشکی کشور

۲- ایجاد پایگاههای تولید و عرضه اطلاعات پزشکی در سطح دانشگاههای علوم پزشکی

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- تدوین برنامههای لازم برای ارائه واحد درسی اطلاع رسانی پزشکی در دورههای آموزش رسمی

علوم پزشکی.

۲- تدوین روشهای اجرایی به منظور هماهنگی و نظارت بر سایر سیستمهای اطلاعاتی علوم

پزشکی نظیر MIS ، HBI ، HIS و ... تحقق یکپارچگی نظام اطلاع رسانی کشور.

۳- تدوین برنامههای لازم برای انجام تحقیقات مستمر به منظور توسعه و بهینهسازی اطلاع رسانی

علوم پزشکی

- ۴- ایجاد تسهیلات به منظور تقویت و توسعه منابع تولید اطلاعات
- ۵- تدوین ضوابط و استانداردهای ملی در تولید و بهره‌برداری از شبکه بانکهای اطلاعاتی آماری، کتابخانه‌ها و واحدهای مدارک پزشکی
- ۶- تدوین برنامه‌های اجرایی برای توسعه شبکه ارتباطی علوم پزشکی در سطح ملی، و توسط ارتباطات بین‌المللی
- ۷- تدوین برنامه‌های اجرایی برای تقویت و گسترش مراکز اطلاع‌رسانی، اسناد و کتابخانه‌ها و مراکز عرضه اطلاعات رایانه‌ای علوم پزشکی
- ۸- تدوین برنامه‌های آموزشی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی به منظور ارتقای دانش و مهارت نیروهای متخصص مراکز اطلاع‌رسانی
- ۹- بازنگری در ضوابط مربوط به کتابخانه‌ها، مراکز اطلاع‌رسانی، تولید نرم‌افزار و انتشارات علوم پزشکی برای تسهیل اطلاع‌رسانی
- ۱۰- تدوین برنامه‌های اجرایی برای گسترش بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی توسط دانشجویان اعضای هیات علمی، محققین و ... ، و استفاده از منابع اطلاعاتی در مطالعات و تحقیقات فرایزشکی از نوع اجتماعی، اقتصادی، مدیریت و فرهنگی

۲۰- سیاست استراتژیک

تبیین و تثبیت جایگاه بخش آموزش عالی بعنوان یک بخش زیربنایی در برنامه‌های توسعه منابع انسانی و رشد و توسعه کشور

۲۰-۱- توجیه سیاست استراتژیک

توسعه بخش آموزش عالی به منظور تأمین و تربیت نیروی انسانی متعهد و کارآمد، از اهمیت ویژه‌ای در برنامه‌ریزی برای رشد و توسعه کشور برخوردار می‌باشد. تنها در شرایط وجود تعداد کافی و مناسبی از نیروی انسانی با ویژگیهای یاد شده است که می‌توان توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور را به نحوی مناسب امکانپذیر نمود. جلوگیری از بروز تنگناهای ناشی از کمبود نیروی انسانی تخصصی در فرآیند توسعه نیز یک هدف اساسی دیگر در برنامه‌های توسعه آموزش عالی محسوب می‌گردد. در زیر بخش آموزش پزشکی کشور نیز، رفع مشکلات و تنگناهای نیروی انسانی متعهد با تخصصهای مورد نیاز جامعه در برنامه‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی کشور از اهداف بسیار مهم به شمار رفته، و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موظف به تأمین شرایط مناسب در این زمینه می‌باشد.

۲۰-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

◀ اصلاح قانون بمنظور تعیین ظرفیت پذیرش در دانشگاههای علوم پزشکی بر مبنای ضرورت‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفع مشکلات اشتغال دانش آموختگان.

◀ تدوین قوانین و مقررات لازم جهت الزام دانشگاهها و مراکز آموزشی غیردولتی به رعایت سیاستها و ضوابط آموزش پزشکی کشور.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

بازنگری و اصلاح سازمانی و تشکیلاتی دانشگاههای علوم پزشکی در جهت افزایش و اعطای اختیارات و استقلال عمل به دانشگاهها به منظور افزایش رقابت علمی و تنوع در سیاست و ماموریت آنها.

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

- ۱- تدوین برنامه‌های اجرایی مناسب برای افزایش نقش دانشگاهیان و افزایش توانایی آنان در نظام تصمیم سازی در امور سیاسی، اجتماعی و فرهنگی کشور
- ۲- تدوین روشهای اجرایی مناسب برای افزایش مشارکت دانشگاهیان و ارتباط و همکاری موثر دانشگاهها با بخش‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی کشور
- ۳- تدوین برنامه‌های مناسب جهت افزایش انگیزه در دانشگاهیان برای ارتقای سطح علمی آنها
- ۴- تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی لازم برای انتخاب شخصیت‌های علمی و فرهنگی برجسته بعنوان مسوولین و اساتید دانشکده‌های علوم پزشکی با توجه به شاخص‌های قابل قبول
- ۵- تدوین برنامه‌های اجرایی مناسب برای اصلاح و تقویت نظام مدیریت در دانشگاههای علوم پزشکی از لحاظ ساختاری و عملکردی
- ۶- طراحی نظام جامع آموزش عالی برای رشته‌های مختلف گروه پزشکی در کشور به تفکیک استانها و تعیین جایگاه بخش غیردولتی
- ۷- تدوین شاخص‌های آموزش عالی گروه پزشکی و شاخص‌های ارزشیابی و اعتبارگذاری آموزشی فراهم کردن زمینه‌های رشد و ارتقای کیفی متناسب با شرایط جامعه
- ۸- تدوین دستورالعملهای لازم برای نظارت و ارزشیابی مستمر مؤسسات آموزشی گروه پزشکی در بخش غیردولتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۹- تدوین برنامه اجرای مناسب برای تعیین ظرفیت پذیرش دانشجو در گروه پزشکی متناسب با ضرورت‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۱۰- تدوین مقررات لازم بمنظور استاندارد نمودن سطح علمی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی دولتی و غیردولتی .

۲۱- سیاست استراتژیک

ارتقای کیفیت آموزش در همه رده‌های نیروی انسانی گروه پزشکی متناسب با ضرورت‌های توسعه

۲۱-۱- توجیه سیاست استراتژیک

توسعه کیفی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیازمند رفع مشکلاتی است که اهم آنها عبارتند از محدودیت منابع مالی و اعتبارات ریالی و ارزی، طولانی شدن مدت اجرای طرح‌های عمرانی و عدم بهره‌برداری بموقع از ظرفیت‌های فیزیکی آموزشی، هرم نامناسب اعضای هیات علمی و سایر عواملی که موجب پایین آمدن کیفیت آموزش و پژوهش در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌گردد. همچنین برنامه‌ریزی آموزشی منطبق با نیازها و امکانات بالقوه منطقه‌ای، استفاده از شیوه‌های نوین آموزشی که می‌تواند موجب ایجاد خلاقیت و نوآوری و مهارت در دانشجویان باشد، ایجاد رشته‌های تخصصی جدید در کشور متناسب با نیازها در فرآیند توسعه اقتصادی و اجتماعی، بهره‌گیری از روش‌های نوین ارزشیابی دانشجویان در دوران تحصیل، افزایش انگیزه اعضای هیات علمی و دانشجویان برای یافتن راه‌های مناسب جهت ارتقای سطح علمی در دانشگاه‌ها، و ایجاد شرایط مناسب اجتماعی برای دانش‌آموختگان از طریق افزایش فرصت‌های شغلی برای آنان از عوامل مهم در توسعه کمی و کیفی آموزش عالی در گروه پزشکی و بهره‌گیری از سرمایه‌گذاران در آموزش عالی جهت نیل به اهداف توسعه در کشور محسوب می‌شود.

۲۱-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

اصلاحات سازمانی به منظور راه‌اندازی و فعال نمودن مراکز برنامه‌ریزی و واحدهای نظارت و ارزشیابی در خدمات آموزشی.

ج- سیاستها و روشهای اجرایی

۱- برآورد نیروی انسانی مورد نیاز در گروه پزشکی براساس استراتژیهای توسعه و متناسب با نیاز حال و آینده کشور

۲- تأمین سازوکارهای انگیزشی برای اعضای هیات علمی

۳- رفع مشکلات قانونی در امور اداری و استخدامی اعضای هیات علمی

۴- تدوین و بکارگیری روشهای مناسب برای ایجاد انگیزه و تشویق اعضای هیات علمی برای پژوهش، و تهیه و تدوین و انتشار مقالات علمی

۵- تدوین دستورالعمل‌های اجرایی مناسب برای شرکت مؤثر دانشگاهیان در سمینارها، کنگره‌های بین‌المللی و بطور کلی در تمام عرضه‌های جهانی و افزایش زمینه‌های لازم برای فرصت‌های مطالعاتی

۶- تدوین ضوابط و مقررات لازم برای توزیع عادلانه اعتبارات با توجه به تعداد دانشجویان، دانشکده‌ها، امکانات آموزش نظری، بالینی، پژوهشی، رفاهی موجود و مورد نیاز در یک دانشگاه و همچنین در نظر گرفتن گسترش ظرفیت‌های فیزیکی آموزشی، برای بهبود شاخصهای آنها بمنظور ارتقای کیفیت آموزش

۷- تدوین شاخصها و روشهای مناسب برای ارزیابی فعالیتهای اعضای هیات علمی

۸- تدوین برنامه‌های اجرایی برای آموزش روش تحقیق، روش تدریس، طرح درس، و ارزشیابی آموزشی به منظور ارتقای کیفی اعضای هیات علمی

۹- بکارگیری روشهای اجرایی مناسب برای ایجاد و ترویج روحیه همکاری بین اعضای هیات علمی در گروههای آموزشی و بین این گروهها به منظور تسهیل فعالیتهای آموزشی و پژوهشی

۱۰- تهیه و اجرای دستورالعمل برای افزایش ارتباط علمی و فرهنگی دانشگاهیان با استادان و پژوهشگران خارج از کشور، و از جمله دعوت آنان برای انجام فعالیت‌های مشترک پژوهشی، و شرکت در سمینارها و کنگره‌های علمی داخل کشور.

۱۱- ایجاد شبکه‌های اطلاعاتی رایانه‌ای در دانشگاهها و اتصال آنها به یکدیگر و شبکه جهانی اینترنت و سیستم پزشکی از راه دور (Telemedicine) و فراهم آوردن امکان دسترسی مطلوب برای همگان بویژه مدیران و برنامه ریزان به شبکه‌های اطلاعاتی.

۱۲- تهیه دستورالعمل مناسب برای انتخاب اعضای هیات علمی جدید برای شهرستانها حتی‌الامکان از میان نیروهای متخصص بومی برای افزایش امکان ماندگاری آنها در محل

۱۳- تهیه دستورالعمل به منظور بکارگیری نیروی انسانی آموزشی در گروه پزشکی به منظور تمام وقت.

۱۴- تهیه آیین‌نامه‌های اجرایی مناسب برای اعمال دیدگاه‌های جامعه‌نگر در برنامه‌های آموزشی به منظور انطباق برنامه‌ها با نیازهای جامعه.

۱۵- تدوین برنامه اجرایی برای بازنگری مستمر برنامه‌های درسی (شامل تعیین اهداف یادگیری‌ها و روشهای یادگیری) در رشته‌ها و مقاطع مختلف آموزش گروه پزشکی و تلاش برای تطابق آنها با پیشرفت‌های علمی در سطح جهان.

۱۶- تدوین و بکارگیری روشهای مناسب برای جلب اعتماد جامعه هدف برای مشارکت افراد در برنامه‌های آموزشی

۱۷- تهیه دستورالعمل‌های مناسب برای نظارت و ارزیابی مستمر بر عرصه‌های آموزش نظری و بالینی در قالب برنامه‌های علمی ارزیابی به منظور تعیین کمبودها از نظر آموزش، نیروی انسانی کارآمد و متناسب، تجهیزات، اولویت‌بندی و ارائه راه حل برای آنها

۱۸- تهیه ضوابط، دستورالعملها، روشها (Procedure book) و شاخصهای استاندارد برای استفاده هر چه مطلوب‌تر از امکانات آموزشی موجود و بالقوه در عرصه‌های آموزش و خدمات بهداشتی درمانی در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی.

- ۱۹- تدوین برنامه‌های مناسب به منظور اصلاح برنامه آموزش پزشکی در قالب بیمار محوری (نه بیماری محور) یعنی توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی (Biopsychosocial) بیمار
- ۲۰- تدوین برنامه و تعیین اولویت برای راه‌اندازی رشته‌های تخصصی مورد نیاز
- ۲۱- تدوین روش‌های آموزشی مناسب نظیر روش Problem solving و نحوه آموزش از سلامت به بیماری و از پیشگیری به درمان و نوتوانی.
- ۲۲- تدوین برنامه‌های اجرایی مناسب برای بهبود شیوه‌های آموزش، از پیشگیری، سطح اول تا سطح سوم با توجه به ضرورت آموزش دانشجویان در مراکز آموزش سرپایی و به منظور توسعه آموزش مبتنی بر جامعه
- ۲۳- تدوین برنامه‌های اجرایی به منظور بهبود شیوه‌ها و روش‌های آموزش برای افزایش زمینه بروز خلاقیت‌ها، نوآوریها
- ۲۴- بکارگیری روش‌های مناسب برای تسریع و تسهیل دستیابی دانشجویان به منابع آموزشی و اطلاعات ضروری از قبیل مطالب ارائه شده در سیمینارها و کنگره‌های داخلی و خارجی.
- ۲۵- تعیین شیوه‌های مناسب برای ارزشیابی و ارزیابی آموخته‌های آنان بطور مستمر و در صورت لزوم تغییر اساسی در شیوه آزمون و ارزشیابی دانشجویان.
- ۲۶- ارزشیابی ارائه خدمات ثمربخش توسط دانش‌آموختگان
- ۲۷- تدوین آیین‌نامه‌ها و روش‌های اجرایی مناسب برای افزایش پژوهش‌های کاربردی و مفید برای جامعه و جهت دادن پایان‌نامه‌های دانشجویان به سوی این پژوهشها
- ۲۸- تعیین معیارهای قابل قبول در مورد شاخص‌های آموزشی براساس نیازهای جامعه، امکانات، نیروی انسانی جمعیت و ... برای ارزیابی عوامل اصلی موثر بر کیفیت آموزش
- ۲۹- تدوین معیارهای و شاخص‌های مناسب برای اعتبارگذاری علمی دانشگاه‌ها به منظور تعیین حداقل اعتبار علمی مورد نیاز جهت تداوم کار دانشگاهها و ایجاد رقابت برای ارتقای کیفیت آموزش
- ۳۰- تعیین استانداردهای مورد لزوم برای برآورد نیروی انسانی آموزشی و پشتیبانی آموزشی
- ۳۱- تعیین نیازهای آموزشی و به تبع آن:

- ◀ تعیین ظرفیت ورودی رشته‌ها و مقاطع مختلف گروه پزشکی در بخش‌های دولتی و غیردولتی
- ◀ محدود نمودن گسترش مراکز آموزشی در صورت عدم برخورداری از شرایط لازم، و جلوگیری از تأسیس و گشایش دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی در طول برنامه سوم توسعه بخصوص در سطوح
- کاردانی
- ◀ تغییر کاربری فضاهای کالبدی از رشته‌های غیرمورد نیاز به رشته‌های مورد نیاز و یا تبدیل این مراکز از دانشکده به پژوهشکده
- ◀ اصلاح هرم دانشجویی بنفع آموزش دوره‌های مورد نیاز و بخصوص تحقیقاتی
- ۲۲- برنامه‌ریزی برای افزایش آگاهی‌های عمومی جامعه بویژه در زمینه رشته‌های جدید از طریق رسانه‌های گروهی برای استفاده مناسب از خدمات دانش‌آموختگان
- ۲۳- تدوین روشهای مناسب برای تأمین منابع لازم در جهت توسعه، تکمیل، تعمیر، احداث، تجهیز بیمارستانها و واحدهای آموزشی و پژوهشی برای دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی
- ۲۴- تدوین برنامه اجرای مناسب برای توسعه پروژه‌های آموزشی که موجب بهبود کیفیت آموزش در دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی می‌شود بر مبنای پروژه‌های آموزشی تغییر کیفیت در واحدهای تحت پوشش
- ۳۵- ایجاد و تجهیز کتابخانه‌ها و فیلم خانه‌های روزآمد در دانشگاهها
- ۳۶- ایجاد نمایشگاهها و فروشگاههای دایمی کتاب، فیلم و CD و دیگر منابع آموزشی
- ۳۷- تهیه برنامه‌های اجرایی مناسب بمنظور افزایش مشارکت یادگیرنده‌ها و آموزش دهندگان در حل مشکلات بهداشتی - درمانی جامعه

۲۲- سیاست استراتژیک

گسترش و ایجاد دوره‌های آموزش مداوم برای جامعه پزشکی

۲۲-۱- توجیه سیاست استراتژیک

افزایش تعداد دانش‌آموختگان گروه پزشکی در کشور، با توجه به ضرورت بازنگری در کیفیت آموزش گروه پزشکی و پیشرفتهای علمی رشد شتابان دانش و فن‌آوری پزشکی در جهان، و همچنین تغییر و تحول در نگرش دانش پزشکی به سلامتی، وظایف دانشگاه و دانشگاهیان در مقابل جامعه، پزشکی و مهارت علمی دانش‌آموختگان همزمان با رشد و تحولات علمی در جهان بهبود یافته، و نظام اطلاع‌رسانی مربوط به آن رشد و توسعه حاصل نماید. برای این منظور توسعه برنامه‌های آموزش مداوم برای جامعه پزشکی و برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برای روز آمد نمودن دانسته‌ها و مهارت‌های دانش‌آموختگان، از ضرورت‌های توسعه خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی در کشور محسوب می‌شود.

۲۲-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

بازنگری و اصلاح ساختار سازمانی اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی در حوزه معاونت آموزشی و زیر بخش‌های آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به منظور تأمین انتظارات جامعه در برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی متناسب با پیشرفتهای علمی روز.

ج - سیاست‌ها و روشهای اجرایی

۱- بررسی و شناسایی وضع موجود آموزش مداوم و تعیین نیازهای مبرم در همه رده‌های گروه پزشکی.

۲- تعیین اولویت‌ها و تدوین برنامه‌ها در زمینه آموزش مداوم در سطوح مختلف گروه پزشکی با استفاده از مشارکت دانشگاههای علوم پزشکی و انجمنهای علمی - تخصصی

۳- طراحی برنامه‌های آموزش مداوم همزمان با روزآمد کردن محتوای آنها.

۴- تدوین روشهای اجرایی برای ارزشیابی مستمر برنامه‌های کارگاههای آموزشی، سمینارها و کنگره‌های داخلی

۵- اختصاص اعتبار لازم به منظور حمایت از اجرای کیفی برنامه‌ها

۶- تدوین برنامه‌های آموزش مداوم از راه دور و خودآموزی، از طریق ایجاد تسهیلات لازم برای اعتبار بخشیدن به برنامه‌های خودآموزی و غیرحضوری و قابل قبول دانشگاهها، و انجمنهای علمی و تخصصی، و اعطای مجوز تخصیص امتیاز

۷- تدوین برنامه‌های مناسب به منظور ایجاد تسهیلات و تأمین منابع اعتباری لازم برای شرکت دانش آموختگان متخصص در کنگره‌های بین‌المللی

۸- تدوین برنامه‌های مناسب به منظور فراهم نمودن امکان آموزش مداوم از طریق اطلاع رسانی پزشکی.

۹- تدوین برنامه و برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت برای کارکنان مؤسسات پزشکی

۲۳- سیاست استراتژیک

ارتقای کیفیت مدیریت آموزش - خدمات و توسعه کاربرد مدیریت کیفیت فراگیر (TQM) و راهبرد ارتقای مستمر کیفیت (CQI)، در دانشگاههای علوم پزشکی

۲۳-۱- توجیه سیاست استراتژیک

ارتقای کیفیت مدیریت خدمات آموزشی و آموزشی - درمانی، و توجه به کاربرد اصول مدیریت کیفیت فراگیر (TQM) و راهبرد مناسب آن ارتقای مستمر کیفیت (CQI) علاوه بر آنکه زمینه‌های مناسب برای تأمین حمایت‌های مختلف در زمینه‌های قانونگذاری و پشتیبانی (تأمین اعتبار، اصلاحات تشکیلاتی و ساختاری، و اجرای طرح‌های عملیاتی و عمرانی) فراهم می‌نماید، پاسخ گویی به انتظارات را نیز امکان‌پذیر نموده، و از بروز مشکلاتی همانند تعدد مراجع تصمیم‌گیری در امور سیاستگذاری و اجرایی در برنامه‌های آموزش پزشکی جلوگیری می‌نماید. براین اساس لازم است ضمن آشنا نمودن مدیریتهای به ضرورت افزایش کیفیت خدمات آموزشی و خدمات بهداشتی و درمانی که توسط مراکز آموزشی ارائه می‌شود، در آنان تواناییهای لازم و برای بهبود کیفیت خدمات و نحوه فرآوری آن، با توجه به اصول جامعه (یا مشتری) محوری، بهبود سیستمها و روشهای انجام کار، افزایش انگیزه در کارکنان و به طور کلی استفاده موثر عملکرد کیفیت در مدیریت تولید و ارائه خدمات ایجاد نمود.

۲۳-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف - وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

^۱. Integrated Product and Process Development (IPPD)

^۲. Quality Function Development (QFD)

ب- اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

تشکیل ستادهای برنامه‌یزی و بهبود مدیریت خدمات برای استقرار نظام مدیریت کیفیت فراگیر و نظارت و ارزشیابی آن در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.

ج- سیاستها و روشهای اجرایی

۱- بررسی و تحلیل نقاط ضعف نظام آموزشی در گروه پزشکی در زمینه‌های انسانی، تجهیزاتی در فضاهای آموزشی، و همچنین برنامه‌های آموزشی، و آشنا نمودن مدیران به انتظارات از کیفیت خدمات و نحوه فرآوری آن

۲- ارزیابی و بازنگری سیاست ادغام دانشگاههای علوم پزشکی و سازمان‌های بهداشتی منطقه‌ای

۳- تدوین برنامه‌ها و ضوابط اجرایی لازم برای مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی براساس داده‌های مناسب و قابل جمع‌آوری از مراکز آموزشی - درمانی

۴- تدوین استانداردها و دستورالعملهای مناسب برای ارزشیابی کیفیت خدمات و نحوه فرآوری آن، و نظارت بر آنها

۵- تهیه برنامه اجرایی مناسب برای استفاده بهینه از شبکه‌های بهداشتی - درمانی در آموزش پزشکی مطابق با استانداردهای کیفی برای نحوه ارائه خدمات آموزشی، و آموزشی - درمانی

۶- تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی ویژه مدیران و برنامه ریزان آموزشی برای افزایش توانایی آنان در ارتقای کیفیت خدمات و نحوه فرآوری آن، و ارزشیابی مدیران.

۷- تدوین روشهای اجرایی لازم به منظور استقرار مدیریت کیفیت فراگیر و ترازیبی (یا مقیاس گذاری) مدیریت در نظام آموزشی پزشکی و آموزشی - درمانی

۸- تدوین برنامه‌های مناسب برای ترویج فرهنگ ارزشیابی به منظور ارتقای کیفیت مدیریت خدمات، و نه اثبات نقاط ضعف مدیریتها

- ۹- تدوین برنامه‌های اجرایی برای ارتقای مستمر کیفیت در مدیریت خدمات، و ایجاد، نگهداری و روزآمد کردن سخت‌افزارها، نرم‌افزارها و دیگر منابع اطلاعاتی و پژوهشی
- ۱۰- تدوین مقررات و دستورالعمل‌های لازم برای افزایش ثبات و توانایی مدیریت‌ها در آموزش عالی و پاسخ‌گویی مدیران به مشکلات ناشی از کیفیت خدمات و نحوه فرآوری آن
- ۱۱- تدوین برنامه‌ها و روش‌های اجرایی مناسب برای ایجاد نظام مدیریت مشارکتی، در قالب نظام مدیریت کیفیت فراگیر در خدمات آموزشی و آموزشی - درمانی

۲۴- سیاست استراتژیک

ارتقاء اخلاق پزشکی براساس آموزه‌های (یا تعالیم) علمی و دینی در جامعه پزشکی

۲۴-۱- توجیه سیاست استراتژیک

توجه به ارتقای اخلاق پزشکی و آموزش آن برای جامعه پزشکی از جمله ضرورت‌های اساسی برای توسعه آموزش و پژوهش در گروه پزشکی مطابق با انتظارات برنامه‌ریزان و مدیران، و افزایش مشارکت مردم در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد. چنانچه آموزه‌های علمی و دینی در گسترش اخلاق پزشکی به درستی تبیین گردد و در فرآیندهای آموزش دانشگاهی و پس از آن در اختیار جامعه پزشکی کشور قرار گیرد، ضمن تحقق اعتماد متقابل بین صاحبان حرف پزشکی و مردم و افزایش کارآیی نیروی انسانی در گروه پزشکی برای ارتقای سطح سلامت جامعه، می‌توان نیازهای آموزشی و پژوهشی در علوم پزشکی را متناسب با مشکلات بهداشتی و درمانی افراد جامعه شناسایی، و برای تأمین نیازها برنامه‌ریزی لازم به عمل آورد.

۲۴-۲- اقدامات و راهکارهای اجرایی تحقق سیاست استراتژیک

الف- وضع یا اصلاح قوانین

نیاز به اصلاح و وضع قوانین جدید ندارد.

ب - اصلاحات سازمانی و تشکیلاتی

تشکیل کمیته تخصصی از صاحب نظران دانشگاهی و ستاد وزارت، بهداشت درمان و آموزش پزشکی بمنظور تعیین ضوابط اخلاق پزشکی در جذب و ارتقای اعضای هیات علمی، و همچنین تدوین برنامه آموزشی دروس اخلاق پزشکی تحت نظر شورای عالی برنامه ریزی گروه پزشکی

ج - سیاستها و روشهای اجرایی

۱- تدوین برنامه‌های اجرایی برای ارزیابی مستمر فعالیتهای اعضای هیات علمی در زمینه ترویج

اخلاق پزشکی

۲- تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی مناسب به منظور اختصاص دادن بخشی از محتوای برنامه‌های

آموزش مداوم (و یا همایش‌ها و سمینارهای بزرگ) به مطالب علمی و کاربردی در اخلاق پزشکی.

۳- تدوین برنامه اجرایی لازم برای افزایش کاربرد فناوریهای جدید ارتباطی و شیوه‌های نوین و

کارآمد در آموزش نظری و علمی اخلاق پزشکی.

۴- تدوین ضوابط و دستورالعملهای دلازم برای ارزیابی فعالیتهای صاحبان حرف پزشکی از بعد

اخلاق پزشکی در پژوهش و کار حرفه‌ای.

فصل هفتم: هدف‌های کمی و کیفی بخش بهداشت و درمان

در برنامه سوم توسعه

الف- هدف‌های کیفی

۱. بهداشت

- ◀ تقویت و اجرای برنامه‌های امنیت غذا و تغذیه - باروری - تنظیم خانواده - پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های واگیردار و غیر واگیردار- بهداشت نوجوانان و جوانان و بهداشت محیط
- ◀ تکمیل طرح گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی جهت سهولت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی
- ◀ فراهم نمودن زمینه مردم و بخش‌های تعاونی و خصوصی در ارائه خدمات اولیه بهداشتی
- ◀ افزایش سهم بخش بهداشت از تولید ناخالص ملی

۲. درمان

- ◀ اجرای سطح بندی خدمات درمانی تأمین و توزیع منابع فیزیکی و انسانی در بخش دولتی، تعاونی و خصوصی بر مبنای آن
- ◀ برقراری نظام ارجاع
- ◀ ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب

- ◀ تکمیل شبکه اورژانس کشور
- ◀ ساماندهی امور مربوط به بیماران خاص، روانی مزمن و سوختگی
- ◀ بازنگری در نظام پرداخت هزینه خدمات درمانی به عرضه کنندگان خدمات

۳. دارو

- ◀ افزایش منابع ارزی تخصیص یافته برای تأمین و تولید داروی مورد نیاز جامعه
- ◀ تنظیم بازار متناسب با شرایط حفظ، نگهداشت و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی
- ◀ تقویت واحدها کنترل کیفیت دارو و نظارت بر تولید، واردات و توزیع دارو
- ◀ اصلاح فرهنگ نسخه نویسی و افزایش آگاهی های عمومی در زمینه مصرف دارو

۴. آموزش

- ◀ ارتقای کیفیت آموزش در همه رده های نیروی انسانی گروه پزشکی، با ضرورت های توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور
- ◀ تثبیت و گسترش آموزش مداوم جامعه پزشکی
- ◀ ارتقای کیفیت مدیریت آموزش در دانشگاه های علوم پزشکی
- ◀ ارزشیابی مستمر آموزشی برای بهبود فرایند آموزش پزشکی و اعتلای موقعیت علمی کشور

۵. پژوهش

- ◀ پذیرش و بکارگیری اصل تحقیق به عنوان ابزاری برای نیل به توسعه پایدار و خودکفایی
- ◀ توسعه پژوهش های کار بردی به منظور اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی و آموزشی
- ◀ توسعه علوم و تکنولوژی پزشکی و بهره گیری از فن آوری های جدید
- ◀ توسعه شبکه ارتباطی نظام اطلاع رسانی علوم پزشکی در کشور، تقویت مراکز اطلاع رسانی جهت تسهیل دسترسی به اطلاعات مورد نیاز

۶. بیمه

- ◀ فراگیری پوشش جمعیتی بیمه خدمات درمانی در چارچوب نظامهای بیمه درمان همگانی و بیمه درمان مکمل
- ◀ اصلاح فرایندها و روشها در برقراری نظام یکسان اجرایی برای تمامی سازمانهای بیمه گر و بیمه شدگان ، و نظام پرداخت فراهم آوردن خدمات
- ◀ توسعه روشها و نظام نظارت و بازرسی برای ایجاد و حفظ اعتماد متقابل بین بیمه شوندهگان ، فراهم آوردن خدمات ، و سازمانهای بیمه گر
- ◀ تأمین هزینه کامل درمانی بر اساس تعرفه های مناسب برای بیمه شدگانی که در نظام سطح بندی خدمات و نظام ارجاع خدمات مورد نیاز خود را دریافت می دارند .

۷. بهزیستی و توانبخشی

- ◀ تأمین مشارکت افراد معلول و خانواده های آنان در فعالیتهای توانبخشی
- ◀ افزایش آگاهی و تغییر نگرش مسوولین و آحاد و جامعه در زمینه ناهنجاریهای اجتماعی ، بیماریهای روانی و معلولیتها ، و تغییر نگرش آنها در برخورد با ناهنجاریهای اجتماعی و روانی به عنوان بیماری
- ◀ تأمین منابع مالی و انسانی مورد نیاز و ایجاد امکانات لازم به منظور گسترش خدمات پیشگیری ، درمان و توانبخشی در مورد معلولیت های روانی و اجتماعی
- ◀ ایجاد همکاریهای بین بخشی و مشارکت جامعه در برنامه ریزی ، اجرا و نظارت بر فعالیت های پیشگیری از معلولیتها و آسیب های اجتماعی و حفاظت جامعه از تأثیر و تشدید اثر عوامل آسیب زا و معلولیت زا

ب- هدفهای کمی: این هدفها به شرح جدولهای صفحات بعد ، بیان شده است .

جدول ۳. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (بهداشت)

۱۳۸۳	۱۳۷۸	واحد متعارف	عناوین شاخص	
۱۴/۶	۱۶	در هزار تولد زنده	میزان مرگ و میر نوزادان	۱
۲۳/۷	۲۶	در هزار تولد زنده	میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال	۲
۲۰/۵	۳۳	در هزار تولد زنده	میزان مرگ و میر اطفال زیر پنج سال	۳
۳۴	۳۷/۴	در صد هزار تولد زنده	میزان مرگ و میر مادران بار دار به علل عوارض حاملگی و زایمان	۴
۱۰۰	۶۵	درصد	درصد دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی از طریق شبکه های بهداشتی در مناطق شهری	۵
۱۰۰	۸۵	درصد	درصد دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی از طریق شبکه های بهداشتی در مناطق روستایی	۶
۹۵ به بالا	۹۵	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون سرخک کودکان زیر یکسال	۷
۹۵ به بالا	۹۵	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون ب ث ژ کودکان زیر یکسال	۸
۹۵ به بالا	۹۵	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون فلج اطفال نوبت سوم کودکان زیر یکسال	۹
۹۵ به بالا	۹۵	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث نوبت سوم کودکان زیر یکسال	۱۰
۹۵ به بالا	۹۴	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون هیپاتیت 'ب' نوبت سوم کودکان زیر یکسال	۱۱
۹۵ به بالا	-	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون MMR در کودکان ۱۵ ماهه الی ۱۴ ساله	۱۲
۹۵ به بالا	۹۵	درصد	درصد پوشش واکسیناسیون توأم برای دانش آموزان ۱۴ الی ۱۶ ساله	۱۳
۹۰ به بالا	۷۶	درصد	درصد زنانی که در دوره بارداری از نظر کزاز ایمنی دارند	۱۴
۲/۳	۲/۶	فرزند	میزان باروری کلی	۱۵
۶۰	۵۴/۶	درصد	میزان استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری	۱۶
۹۰	۷۴	درصد	میزان مراقبت از زنان باردار	۱۷
۸	۱۰	درصد	درصد نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم هنگام تولد	۱۸
۶۳	۵۵/۷	درصد	میزان استفاده از روش شیر دهی انحصاری تا ۶ ماهگی	۱۹
۸۶	۸۶	درصد	احتمال تداوم شیر دهی مادر در کودکانی که شیر مادر را شروع کرده اند تا ۱۲ ماهگی	۲۰
۴۱/۵	۴۱/۵	درصد	احتمال تداوم شیر دهی مادر در کودکانی که شیر مادر را شروع کرده اند تا ۲۴ ماهگی	۲۱
۸/۵	۱۱	درصد	درصد کودکان زیر ۵ سال که وزن آنها نسبت به سن زیر دو انحراف معیار از میانگین استاندارد قرار دارد	۲۲
۱۱	۱۵/۴	درصد	درصد کودکان زیر ۵ سال که قد آنها نسبت به سن زیر دو انحراف معیار از میانگین استاندارد قرار دارد	۲۳

ادامه جدول ۳. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (بهداشت)

ردیف	عناوین شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۲۴	میزان DMFT در کودکان ۱۲ ساله	درصد	۱/۴۵	۱/۰۵
۲۵	درصد دانش آموزان ۶-۱۸ ساله تحت پوشش خدمات بهداشتی	درصد	۵۱	۸۶
۲۶	درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مبتلا به فقر آهن	درصد	۳۳/۴	۲۳
۲۷	درصد کودکان ۸ تا ۱۰ ساله دارای ید کمتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر (در ادرار)	درصد	۱۰	بالا تر از ۱۰
۲۸	دسترسی خانوارها به نمک یددار	درصد	۹۰	بالا تر از ۹۰
۲۹	درصد دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم	درصد	۸۶	۹۱
۳۰	درصد خانوارهایی که به توالی بهداشتی دسترسی دارند	درصد	۸۲	۸۹
۳۱	درصد اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی و دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی	درصد	۷۳	۸۱
۳۲	درصد خانوارهایی که از سیستم جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب برخوردارند	درصد	۱۱	۲۱
۳۳	درصد کارگاههای تحت پوشش خدمات بهداشتی	درصد	۷۴	۹۶
۳۴	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات درمانی	درصد	۶۸	۹۳
۳۵	درصد شاغلین تحت پوشش در معرض خطر حداقل یک عامل زیان آور	درصد	۳۸	۱۴

توضیح: شاخصهایی که در نظر است طی سالهای برنامه نسبت به تهیه اطلاعات لازم برای آنها اقدام

شود، بشرح زیر است:

↳ درصد جمعیتی که خدمات بهداشتی اولیه آنان از بخش غیر دولتی خریداری میشود

↳ مقدارسالهای از دست رفته عمر ناشی از مرگ و معلولیت و ناتوانی برای بیماریهای مالاریا، سل،

جذام، ایدز، هپاتیت (ب)، کزاز، سرخک، فلج اطفال، لیشمانیوز، هاری، بروسلوز، سیاه زخم، کیست هیداتیک، بیماری منتقله از راه جنسی،

سوء تغذیه، کم خونی ها، اسهال ها، بیماری های حاد تنفسی، دیابت، بیماری های قلب عروق، استئوپروز، تالاسمی، سوانح و حوادث

بهداشتی روان، سرطان، و ... DALY

۴ - شاخص ۳۲ به سیستم جمع آوری فاضلاب (به روش لوله کشی) و تصفیه فاضلاب از طریق تأسیسات تصفیه خانه اطلاق می گردد.

۵ - شاخص ۳۳ به کارگاههایی اطلاق می شود که در طول سال حد اقل یک بار مورد باز دیدکادر بهداشتی قرار گرفته و پرونده بهداشتی برای آنان تشکیل گردد (شمول آن طبق تعریف قانون کار است) تعداد کل کارگاهها ۹۵۰۰۰۰ باب و تعداد کارگاههای تحت پوشش ۶۹۸۲۵۰ باب است.

۶ - شاخص ۳۴ به شاغلینی گفته می شود که در کارگاههای تحت پوشش بر نامه بهداشت حر فه ای مشغول کار باشند و برای آنان پرونده بهداشتی تشکیل داده شده باشد. تعداد کل شاغلین تحت پوشش ۳ میلیون نفر و تعدادشاغلین دارای پرونده بهداشتی ۲۰۱۶۰۰۰ نفر است.

↩ درصد انطباق نیروی انسانی موجود در واحدهای مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی با طرح

گسترش شبکه به تفکیک رده خدمتی

↩ میزان مراقبت از زنان شیر ده

↩ میزان مراقبت از کودکان زیر ۲ سال

↩ میزان CPI در گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله

↩ میزان CPI در گروه سنی ۴۴-۳۵ ساله

↩ درصد خانوارهایی که کمتر از ۸۰ درصد کالری مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند

↩ درصد کودکان زیر ۶ سال مبتلا به فقر آهن

↩ درصد وزن و چاقی در افراد ۳۰ سال به بالا

↩ درصد خانوارهایی که زباله را به روش جمع آوری و دفع می کنند

↩ امید زندگی در مردان

↩ امید زندگی در زنان

جدول ۴. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (درمان و تجهیزات پزشکی)

ردیف	عناوین شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	ضریب اشتغال تخت	درصد	۵۷/۷۵٪	۷۰٪
۲	نسبت تخت دایر به جمعیت (اندکس تخت دایر)	نسبت به هزارنفر	۱/۳۲	۱/۵
۳	نسبت تخت ثابت به جمعیت (اندکس تخت ثابت)	نسبت به هزارنفر	۱/۶	۱/۶
۴	متوسط اقامت در بیمارستان (با احتساب بیماران بستری در اورژانس)	روز	۳/۶	۳/۶
۵	متوسط اقامت در بیمارستان (بدون احتساب بیماران بستری در اورژانس)		۴/۲	۴/۲
۶	نسبت تخت روانی به جمعیت	نسبت به هزارنفر	۰/۰۶	۰/۱۱
۷	نسبت تخت سوختگی به جمعیت	نسبت به هزارنفر	۰/۰۱۵	۰/۰۲
۸	نسبت تخت ویژه به جمعیت	نسبت به ده هزارنفر	۰/۵۳	۰/۷۴
۹	نسبت تخت ویژه NICU به جمعیت	نسبت به ده هزار نفر	۰/۰۴	۰/۰۹
۱۰	مانیتورینگ (نسبت به تخت ویژه CCU)	نسبت به تخت	۰/۸۷	۱/۱۱
۱۱	الکتروشوک (نسبت به تخت CCU)	نسبت به تخت	۰/۱۸	۰/۲۵
۱۲	ونتیلا تور (نسبت به تخت ویژه ICU)	نسبت به تخت	۰/۶۶	۱/۱۳
۱۳	MRI	عدد	۱۹	۴۴
۱۴	CT Scan	عدد	۱۲۱	۱۵۰
۱۵	سنگ شکن	عدد	۳۵	۴۱
۱۶	کاردیوگرافی	عدد	۱۶۱	۲۵۸
۱۷	آنژیوگرافی	عدد	۵۴	۷۵
۱۸	رادیو تراپی	عدد	۱۸	۳۳
۱۹	تست ورزش	عدد	۱۳۶	۲۴۶
۲۰	تکنسین اورژانس	نفر	۲۳۰۰	۱۲۶۰۰
۲۱	آمبولانس	عدد	۱۰۰۰	۲۱۰۰
۲۲	پایگاه اورژانس شهری	عدد	۳۰۴	۵۴۰
۲۳	مدیران بیمارستانی با تخصص مدیریت	نفر	۶۷	۲۰۷
۲۴	آزمایشگاه رفرانس تشخیص طبی	عدد	۱	۳۹
۲۵	مرکز ارائه خدمات دندان پزشکی	عدد	۱	۱۱

جدول ۵. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (دارو)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	تولید مواد اولیه ، جانبی و بسته بندی دارو	قلم ماده (اولیه،جانبی،بسته بندی)	۸۰	۱۵۵
۲	تولید داروهای گیاهی (با همکاری وزارت کشاورزی)	قلم دارو	۶۶ قلم	۱۹۰
	تولید گیاهان دارویی (با همکاری وزارت کشاورزی)	قلم گیاه بسته بندی شده	۹۲	بیش از ۱۴۷
۴	تولید داروهای با منشأ نو ترکیب در داخل	قلم دارو	صفر	بیش از ۱۰
۵	تولید داخلی داروهای (جدید)	قلم دارو	۶۷۹	۷۷۰
۶	صادرات دارو	میلیون دلار	۱۰	۲۵
۷	آزمایشگاههای کنترل دارو منطقه ای (استانی)	واحد	۱	۷
۸	تجویز دارو در هر نسخه	قلم دارو در نسخه	۴/۲	۲/۹
۹	مطالعه کنترل کیفی دارو در بازار مصرف	مطالعه تحقیقاتی	۱۲۰	۷۵۰
۱۰	آزمایشگاههای کنترل مواد غذایی ،مواد آرایشی و بهداشتی با توان علمی و تجهیزات کافی	واحد	۳۷	۳۷
۱۱	کنترل نسخ دارویی	میلیون نسخه	۳	۵۰
۱۲	مراکز اطلاع رسانی دارویی و مسمومیتها	واحد	۱۵	۵۴
۱۳	نیروی انسانی متخصص نسبت به کل نیروی انسانی در صنعت دارو	درصد	۳/۸	۱۵
۱۴	ارز بری دارو	میلیون دلار	۵۳۰	۷۰۰
۱۵	تعداد داروخانه	باب	۶۰۰۰	۸۲۰۰
۱۶	تعداد داروهای تولید داخل	میلیارد عدد	۱۶	۲۵

جدول ۶. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (بیمه خدمات درمانی)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	جمعیت بیمه شده	میلیون نفر	۲۹/۹	۳۴/۲
۲	کارکنان دولت	میلیون نفر	۶/۱	۶/۱
۳	روستاییان و نیازمندان	میلیون نفر	۲۲/۳	۲۳
۴	خویش فرمایان	میلیون نفر	۰/۷	۴/۱
۵	سایر اقشار	میلیون نفر	۰/۸	۱
۶	حق بیمه سرانه درمان کارکنان دولت و سایر اقشار	ریال	۷۹۲۰	۳۱۲۳۷
۷	هزینه سرانه درمان کارکنان دولت و سایر اقشار	ریال	۱۰۱۴۰	۳۱۲۳۷
۸	در صد تفاوت حق بیمه سرانه و هزینه سرانه درمان کارکنان دولت و سایر اقشار	درصد	۲۸	۰
۹	حق بیمه سرانه درمان روستاییان	ریال	۱۵۸۴	۶۲۴۷
۱۰	هزینه سرانه درمان روستاییان	ریال	۱۴۷۰	۶۲۴۷
۱۱	در صد تفاوت حق بیمه سرانه و هزینه سرانه درمان روستاییان	ریال	۷	۰
۱۲	حق بیمه سرانه درمان خویش فرمایان	ریال	۱۰۰۰۰	۴۶۵۲۵
۱۳	هزینه سرانه درمان خویش فرمایان	ریال	۳۰۴۲۰	۴۶۵۲۵
۱۴	در صد تفاوت حق بیمه سرانه و هزینه سرانه درمان خویش فرمایان	ریال	۱۰۴	۰
۱۵	منابع مالی	میلیارد ریال	۱۲۲۱	۶۸۷۵
۱۶	هزینه	میلیارد ریال	۱۵۶۳	۶۸۷۵
۱۷	درصد کفایت	میلیارد ریال	۷۸	۱۰۰

جدول ۷. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (امنیت غذا و تغذیه)

ردیف	عنوان شاخص	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	در صد کودکان زیر ۵ سال که وزن آنها نسبت به سن آنها زیر دو انحراف معیار از میانگین استاندارد قرار دارد	۱۱	۸/۵
۲	درصد کودکان زیر ۵ سال که قد آنها نسبت به سن آنها زیر دو انحراف معیار از میانگین استاندارد قرار دارد	۱۵/۴	۱۱
۳	درصد کودکان زیر ۵ سال که وزن به قد آنها زیر دو انحراف معیار از میانگین استاندارد است	۵	۴
۴	در صد نوزادان که وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم دارند	۱۰	۸
۵	میران استفاده از روش شیر دهی انحصاری تا ۶ ماهگی	۵۵/۷	۶۳
۶	احتمال تداوم شیر دهی مادر تا ۱۲ ماهگی در کودکانی که شیر مادر را شروع کرده اند	۸۶	۹۱
۷	احتمال تداوم شیر دهی مادر تا ۲۴ ماهگی در کودکانی که شیر مادر را شروع کرده اند	۴۱/۵	۴۱/۵
۸	در صد خانوارهایی که کمتر از ۹۰ درصد کالری مورد نیاز توصیه شده را دریافت میکنند	۲۰	۱۵
۹	در صد خانوارهایی که کمتر از ۸۰ درصد کالری مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۱۱	۸/۵
۱۰	در صد خانوارهایی که بیشتر از ۱۱۰ درصد کالری مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۵۵	۳۰
۱۱	در صد خانوارهایی که بیشتر از ۱۲۰ درصد کالری مورد نیاز توصیه شده را دریافت میکنند	۴۳	۲۰
۱۲	در صد خانوارهایی که کمتر از ۸۰ درصد کلسیم مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۳۰	۱۸
۱۳	در صد خانوارهایی که کمتر از ۹۰ درصد کلسیم مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۴۰	۲۴
۱۴	در صد خانوارهایی که کمتر از ۸۰ درصد ویتامین B ₂ مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۷۰	۵۳
۱۵	در صد خانوارهایی که کمتر از ۹۰ درصد ویتامین B ₂ مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۷۹	۶۰
۱۶	در صد خانوارهایی که کمتر از ۸۰ درصد ویتامین A مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۴۶	۲۳

ادامه جدول ۷. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (امنیت غذا و تغذیه)

ردیف	عنوان شاخص	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱۷	در صد خانوارهایی که کمتر از ۹۰ درصد ویتامین A مورد نیاز توصیه شده را دریافت می کنند	۵۱	۲۵
۱۸	در صد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مبتلا به فقر آهن	۳۳/۴	۲۳
۱۹	در صد کودکان ۸ تا ۱۰ ساله دارای ید کمتر از ۱۰ میکرو گرم در دسی لیتر (در ادرار)	۱۳	بالاتر از ۱۰
۲۰	دسترسی خانوارها به نمک ید دار	۹۰	بالاتر از ۹۰
۲۱	متوسط انرژی دریافتی خانوارهایی که بیش از ۱۲۰ در صد نیاز انرژی دریافت می دارند	۳۴۰۰	۲۴۰۰
۲۲	متوسط انرژی دریافتی خانوارهایی که کمتر از ۹۰ در صد نیاز انرژی دریافت می دارند	۱۹۰۰	۲۴۰۰
۲۳	متوسط سهم انرژی حاصل از چربی از کل انرژی دریافتی	۲۱/۲	۲۱
۲۴	متوسط سهم انرژی حاصل از قند از کل انرژی دریافتی	۱۰	۷/۵
۲۵	متوسط کسر وزن غذاهای حیوانی به گیاهی در سبد غذایی	۲۶/۲	۳۰
۲۶	متوسط کسروزی سبزی و میوه از کل مصرف منابع غیر حیوانی	۴۳	۵۰
۲۷	متوسط سهم منابع حیوانی در تأمین پروتئین دریافتی	۲۸	۳۳
۲۸	متوسط دانسیته پروتئین در الگوی غذایی (به ازای هر هزار کالری)	۲۸	۲۸
۲۹	متوسط دانسیته ویتامین B2 در الگوی غذایی (به ازای هر هزار کالری)	۳۶۵	۴۰۰
۳۰	متوسط دانسیته ویتامین A در الگوی غذایی (به ازای هر هزار کالری)	۲۲۶	۲۷۰
۳۱	متوسط دانسیته کلسیم در الگوی غذایی (به ازای هر هزار کالری)	۲۳۰	۲۶۵

جدول ۸. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (تحقیقات، تحول فن آوری و بیوتکنولوژی)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	تعداد پژوهشگر	نفر	۸۷۴۴	۱۲۳۰۴
۲	نسبت تحصیلکردگان Ph.D (هیأت علمی و دانشجو) به کل پژوهشگران	درصد	۸	۱۵
۳	نسبت تعداد پروژه های فعال به تعداد اعضای هیأت علمی	به ازای هر صد عضو هیأت علمی	۲۵	۳۵
۴	نسبت تعداد پروژه های مصوب سال به تعداد اعضای هیأت علمی	به ازای هر صد عضو هیأت علمی	۱۱	۵۲
۵	تعداد مقالات تأیید شده داخلی	تعداد	۱۲۸۳	۳۸۳۱
۶	نسبت فرصتهای مطالعاتی به استاد-دانشیار-استاد یار	درصد	۰/۵۸	۱/۳۶
۷	نسبت کنگره و سمینار و گرد همایی به کل اعضای هیأت علمی	درصد	۴/۴	۸,۶
۸	تعداد مجلات (تأیید شده)	تعداد	۳۴	۵۱
۹	تعداد مراکز تحقیقاتی	تعداد	۲۱	۳۶
۱۰	تعداد بانکهای اطلاعاتی فعال	تعداد	۱۵	۴۰
۱۱	نسبت پروژه های کار بردی به کل پروژه ها	درصد	۵۸	۷۱
۱۲	سرانه اعتبارات تحقیق به پژوهشگر	میلیون ریال	۱۰/۶	۳۹/۳
۱۳	تعداد اعضا، هیأت علمی و محققین مشترک اینترنت	نفر	۱۷۳۷	۱۳۱۹۰
۱۴	تعداد کنگره و سمینار	تعداد	۱۷۲	۵۱۳

جدول ۹. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (بهبودی و توانبخشی)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۱	تعداد افراد عقب مانده ذهنی زیر ۱۴ سال (شدید و متوسط) استفاده کننده از خدمات توان بخشی و آموزش روزانه (دولتی و غیر دولتی)	نفر	۸۳۷۵	۲۲۵۷۱
۲	تعداد افراد عقب مانده عمیق استفاده کننده از خدمات مراقبت و پرستاری شبانه روزی (دولتی و غیر دولتی)	نفر	۱۵۶۹۱	۲۲۸۲۷
۳	تعداد معلولین و سالمندان استفاده کننده از خدمات نگهداری در منزل	نفر	۸۰۲۶۰	۱۹۱۳۹۱
۴	تعداد کودک نا شنوا استفاده کننده از خدمات توانبخشی	نفر	۱۰۹۰	۱۷۵۲
۵	تعداد معلولین استفاده کننده از خدمات آموزش فنی و حرفه ای شامل نا شنوا، ذهنی، نابینا، جسمی و حرکتی (دولتی و غیر دولتی)	نفر	۶۴۸۴	۲۱۰۱۹
۶	تعداد معلولین نا شنوای بزرگسال استفاده کننده از خدمات سوادآموزی	نفر	۵۶۰	۷۱۵
۷	تعداد معلولین نابینا استفاده کننده از خدمات سوادآموزی	نفر	۷۸۰	۹۹۵
۸	تعداد سالمندان معلول استفاده کننده از خدمات مراقبت و پرستاری (شبانه روزی) (دولتی و غیر دولتی)	نفر	۴۵۷۳	۱۴۱۰۰
۹	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات فیزیوتراپی	نفر	۹۴۰۰۰	۱۱۹۹۷۱
۱۰	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات کار در مانی	نفر	۲۵۰۰۰	۴۰۵۳۵
۱۱	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات گفتار در مانی	نفر	۹۱۰۰	۱۱۷۵۰
۱۲	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات سنجش شنوایی	نفر	۹۳۵۰۰	۲۶۲۸۰
۱۳	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات ارتوپدی - فنی	نفر	۵۴۰۰۰	۶۸۹۲۰
۱۴	تعداد افراد استفاده کننده از خدمات بینایی سنجی	نفر	۱۸۰۰۰	۱۸۰۰۰
۱۵	تعداد معلولین اشتغال یافته	نفر	۳۴۴۷	۲۲۵۰۰
۱۶	تعداد موارد اعطای وسایل کمک توانبخشی	مورد	۴۳۰۰۰۰	۵۴۸۸۰۱
۱۷	تعداد معلولین استفاده کننده از خدمات مدد کاری و مشاوره	مورد	۱۱۸۸۰۰۰	۱۵۱۶۲۲۳
۱۸	تعداد معلولین نابینا استفاده کننده از خدمات توانبخشی اجتماعی نابینایان	نفر	۶۱۸	۱۶۴۹
۱۹	تعداد معلولین نابینا استفاده کننده از آموزش توانبخشی خانواده و کودک زیر ۶ سال	نفر	۱۲۰	۳۳۰
۲۰	نسبت معلولین تحت مراقبت در میان خانواده به کل معلولین تحت پوشش	درصد	۷۴	۷۶
۲۱	نسبت معلولین تحت مراقبت در بخش غیر دولتی به کل معلولین تحت پوشش	درصد	۸۷	۱۰۰
۲۲	نسبت مراکز مشاوره به هر یک میلیون نفر جمعیت	مرکز	۱،۷	۵

ادامه جدول ۹. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (بهبودی و توانبخشی)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۸	سال ۱۳۸۳
۲۳	تعداد مراکز مستقل مشاوره تلفنی	مرکز مشاوره	۳	۳۰
۲۴	نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه سایکوگرام به کل جمعیت کشور	درصد	۰	۴۰
۲۵	نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه های آگاهسازی به کل جمعیت کشور	درصد	۰	۶۰
۲۶	پایگاه های سنجش بینایی	واحد (پایگاه)	۵۰۰۰	۷۰۰۰
۲۷	نسبت مهد های کودک و آمادگی های تحت پوشش سنجش بینایی	درصد	۹۰	۱۰۰
۲۸	مراکز مشاوره پزشکی - ژنتیک	واحد (مرکز)	۶۰	۱۰۰
۲۹	نیروی تخصصی همکار در طرح های پیشگیری از معلولیت ها	نفر	۵۰۰۰	۷۵۰۰
۳۰	جمعیت تحت پوشش خدمات پیشگیری از نابینایی	نفر	۸۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰
۳۱	جمعیت تحت پوشش خدمات پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی	نفر	۲۰۰۰	۳۰۰۰۰۰
۳۲	جمعیت تحت پوشش خدمات پیشگیری از ناشنوایی	نفر	۷۰۰	۳۰۰۰۰۰
۳۳	جمعیت تحت پوشش خدمات پیشگیری از معلولیتها	هزار نفر	۱۰۰۰	۲۳۰۰
۳۴	جمعیت روان - بهداشتیاری پایه چهارم تحت پوشش برنامه روان بهداشتیاریان مدارس	نفر	-	۲۱۵۰۰
۳۵	جمعیت کارشناسان تحت پوشش برنامه (استانی) روان - بهداشتیاریان مدارس	نفر	-	۷۰
۳۶	تعداد استانهای تحت پوشش برنامه روان - بهداشتیاریان مدارس	در یکصد هزار نفر	-	۲۸
۳۷	تعداد همیاران تحت پوشش برنامه همیاران بهداشت روان	نفر	-	۴۰
۳۸	تعداد نیروهای متخصص همکار طرح برنامه همیاران بهداشت روان	نفر	-	۱۶۰
۳۹	تعداد شرکت کنندگان در جلسات طرح آموزشی زندگی خانواده	زوج در هزار ازدواج	-	۱۵
۴۰	تعداد مراکز آموزشی طرح آموزش زندگی خانواده (مراکز آموزشی سازمانی و خارج سازمانی)	مرکز در هزار ازدواج	-	۷,۲
۴۱	نسبت جمعیت تحت پوشش طرح جامع پیشگیری از اعتیاد به جمعیت کل کشور	درصد	۰/۱۵	۲۰
۴۲	میزان ارائه خدمات درمان سرپایی به معتادان	ساعت	۱۶۳۲	۶۰۰۰

جدول ۱۰. هدفهای کمی بخش بهداشت و درمان (آموزش پزشکی)

ردیف	عنوان شاخص	واحد متعارف	سال ۱۳۷۶	۱۳۸۳
۱	تعداد دانشجویان رده کاردانی	نفر	۲۱۲۲۴	۲۹۱۱۷
۲	تعداد دانشجویان رده کارشناسی	نفر	۳۲۰۰۰	۳۴۱۴۱
۳	تعداد دانشجویان رده دکترای عمومی	نفر	۳۸۵۰۰	۳۰۵۳۸
۴	تعداد دانشجویان رده کارشناسی ارشد	نفر	۱۷۷۰	۴۸۸۸
۵	تعداد دانشجویان رده دکترای تخصصی	نفر	۴۴۵	۸۸۰
۶	تعداد دانشجویان رده تخصص	نفر	۶۱۸۲	۶۹۵۸
۷	تعداد دانشجویان رده فوق تخصص	نفر	۳۲۳	۳۴۸
۸	جمع کل دانشجویان	نفر	۱۰۰۶۴۶	۱۰۶۸۷۰
۹	سرانه هزینه دانشجویی	هزارریال	۵۶۰۰	۳۰۰۰۰
۱۰	نسبت دانشجویان دوره تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان	درصد	۸/۸	۱۲/۲
۱۱	نسبت استاد به دانشجو	درصد	۱۱/۵	۷
۱۲	نسبت اعضای هیأت علمی با درجه دکترای تخصصی و بالاتر نسبت به کل	درصد	۷۱	۸۳
۱۳	هرم اعضای هیأت علمی از نظر مرتبه دانشگاه ها (هیأت علمی با درجه مربی و پایین تر به کل)	درصد	۳۳	۱۹
۱۴	آموزش مداوم نسبت در صد مشمولین رده پزشکی به کل مشمولین نسبت برنامه های دارای طراحی عملی به کل برنامه	درصد درصد	۹۰ ۲۰	۱۰۰ ۷۰
۱۵	نسبت تخت آموزشی به دانشجوی پزشکی	درصد	۱/۶	۳
۱۶	سرانه فضای آموزشی	مترمربع	۱۳	۳۰
۱۷	سرانه فضای کمک آموزشی رفاهی و خدماتی	مترمربع	۵	۲۵