

به نام خدا

عنوان پروژه: تحلیل محتوای برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بودجه‌های
سنواتی در بخش سلامت

کارفرما: دبیرخانه سیاست گذاری سلامت

نام مجری: دکتر علی اخوان بهبهانی

سال ۱۳۹۳

خلاصه صفحه ویژه مخاطبین عام

برنامه چهارم توسعه بخش بهداشت و درمان در جهت اهداف مصرح در چشم انداز ۲۰ ساله کشور و با توجه به مأموریت برنامه که اقتصاد دانایی محور بود، تدوین گردید. اهداف کلان این برنامه ارتقاء وضعیت سلامت، افزایش پاسخگویی نظام ارائه خدمات سلامت به نیازهای غیرپزشکی مردم و همچنین بهبود مشارکت عادلانه در تامین مالی سلامت بود. عدالت بعنوان یک ارزش محوری در اغلب احکام مصوب مدنظر قرار گرفته است. نگاهی اجمالی به برنامه چهارم توسعه حاکی از آن است که قانون برنامه چهارم تکالیف مربوط به بخش سلامت را با اولویت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر بخش‌ها مطرح ساخته است

قانون برنامه پنجم توسعه نیز به موضوع‌هایی مانند بیمه‌های اجتماعی و سلامت و درمان، مسایل حمایتی و توانمندسازی، سرمایه اجتماعی، جوانان، خانواده و ایثارگران اختصاص دارد و در موضوع‌هایی مانند تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توزیع امکانات دولتی در واحدهای بهداشتی و درمانی مطابق با سطح‌بندی خدمات آنها، کاهش پرداخت از جیب مردم به ۳۰ درصد، درمان بی‌قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و گسترش پوشش بیمه همگانی سلامت، مشابه برنامه چهارم است. بقیه مواد این فصل از جمله: حمایت دولت از ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت در بخش غیردولتی، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و برقراری ارتباط آن با پایگاه مرکز آمار ایران، تهیه و ابلاغ فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، تک شغله شدن پزشکان، طراحی نظام سطح‌بندی «خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف»، پرداخت حق بیمه پایه سلامت افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسه‌های خیریه توسط دولت، اختصاص ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران جدید است.

نگاهی اجمالی به بودجه‌های سنواتی در خلال اجرای برنامه‌ها توسعه چهارم و پنجم گویای ارتباط ضعیف میان برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سنواتی است. به نحوی که از حدود ۶۶ بند و تبصره بودجه‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مرتبط با بخش سلامت تنها ۲۲ مورد در ارتباط با برنامه چهارم توسعه بودند. این موضوع در برنامه پنجم هم دیده می‌شود به نحوی که از حدود ۲۵ بند و تبصره بودجه‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ تنها ۱۰ مورد در ارتباط با برنامه پنجم توسعه بودند. ضمن اینکه این ارتباط نیز در مواردی جای تامل و سوال دارد. این نتیجه تقریباً در تمامی مطالعات مشابه دیده می‌شود.

نگاهی دقیق بر برنامه چهارم و پنجم در بخش سلامت نشان می‌دهد بسیاری از احکام پیش‌بینی شده در برنامه که جنبه اجرایی و خدماتی دارند با توجه به امکانات مالی و اجرایی کشور و جداول مالی کلان برنامه در ظرف زمانی پنج‌ساله آن برنامه قابل تحقق و اجرا نیستند. بطور مشخص باید گفت در تدوین قوانین برنامه‌های توسعه در بخش سلامت لازم است جامعیت کافی لحاظ شود متولی امر مشخص شده شاخص‌هایی جهت ارزیابی مقرر شود و احکام به نحوی تدوین شوند که در بازه زمانی مقرر قابلیت اجرایی داشته باشند. از سوی دیگر تبلور جزئیات هر برنامه در ردیف‌های بودجه، به معنای اختصاص واقعی منابع محدود کشور به اولویت‌ها و سیاست‌های برنامه توسعه است. در بسیاری موارد به دلیل عدم وجود این ارتباط به منویات بودجه‌های سالیانه موجب سرازیر شدن منابع کشور در بخش‌هایی می‌شود که هیچ نسبتی با اولویت‌های شناخته شده در برنامه‌های توسعه ندارند.

کشورهای مختلف برای پیوند زدن برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی از سازوکاری به نام «چارچوب میان‌مدت مخارج استفاده می‌کنند که لازمست در ایران نیز مورد توجه قرار گیرد.

خلاصه گزارش ویژه سیاست گذاران

در جمهوری اسلامی ایران که دستیابی به اهداف ملی و تعیین شده در سند انداز بیست چشم ساله از طریق آثار سیاست های کلی و قوانین برنامه پیجویی می شوند، سند بودجه مهمترین ابزار در جهت تحقق اهداف برنامه و سیاست های کلی نظام تلقی میشود

بدون تردید، همراستایی و تناسب سند بودجه با اسناد فرادستی کشور همچون سند چشم انداز و سیاستهای کلی ابلاغی، شرط لازم برای نیل به اهداف قانونی خواهد بود

ولیکن برنامه ریزی در صورتی با موفقیت همراه خواهد بود که اهداف آن مبتنی بر نیازهای جامعه باشد و از طرف دیگر عزم و اراده ی ملی و همه جانبه برای نیل به آنها وجود داشته باشد. همچنین در این بین وجود منابع و امکانات برای پیمودن راه بسیار ضروری می نماید.

از جمله بخش های زیربنایی و بنیادین در هر اقتصادی سلامت است چرا که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر فعالیت کلیه ی بخش های فعال اقتصادی تاثیر می گذارد. طی سالهای اخیر و با تغییر نگرش نسبت به آدمی و در نظر گرفتن وی به عنوان یک سرمایه ی مهم مشخص شده است که سلامتی به عنوان یک قلم دارایی مهم و ارزشمند در راستای توسعه توانمندی و ظرفیتهای وجودی و ساختاری آدمی است. لذا طی سالیان اخیر دولتها و حکومتهای مختلف با صرف وقت، هزینه و نیروی انسانی به تبیین و تثبیت جایگاه آن در اقتصاد کشورها پرداخته و اعتبارات و بودجه های قابل تاملی نیز به آن اختصاص می دهند. با علم بر اهمیت و جایگاه سلامت در رشد و توسعه ی اقتصاد و انسانی کشورها، نوشتار حاضر با هدف بررسی وضعیت قوانین موجود بخش سلامت در برنامه های توسعه چهارم و پنجم و بودجه های سنواتی کشور می پردازد. لازم به ذکر است که این گزارش تنها به بررسی مواد و بندهایی از برنامه می پردازد که به صورت مستقیم و در ذیل بخش سلامت بیان شده اند.

در این مطالعه متن قوانین توسعه چهارم و پنجم و قوانین بودجه سنواتی متناظر آنها به عنوان اسناد اصلی مورد بررسی قرار گرفته اند. علاوه بر مواد قانونی برنامه، اهداف کلان و خطمشی ها برنامه نیز برای تحلیل برنامه مورد استفاده قرار می گرفت. با توجه به اهداف تحقیق و شیوه های رایج در تحلیل سیاستگذاری و با لحاظ مجموعه اسناد و مدارک در دسترس در این مقاله از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا استفاده شده است.

برنامه چهارم توسعه بخش بهداشت و درمان در جهت اهداف مصرح در چشم انداز ۲۰ ساله کشور و با توجه به مأموریت برنامه که اقتصاد دانایی محور بود، تدوین گردید. اهداف کلان این برنامه ارتقاء وضعیت سلامت، افزایش پاسخگویی نظام ارائه خدمات سلامت به نیازهای غیرپزشکی مردم و همچنین بهبود مشارکت عادلانه در تامین مالی سلامت بود. عدالت بعنوان یک ارزش محوری در اغلب احکام مصوب مدنظر قرار گرفته است. نگاهی اجمالی به برنامه چهارم توسعه حاکی از آن است که قانون برنامه چهارم تکالیف مربوط به بخش سلامت را با اولویت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر بخشها مطرح ساخته است

نظام برنامه ریزی برنامه چهارم توسعه، متفاوت از برنامه های پیشین، سعی در تلفیق و هماهنگی برنامه با بودجه سالیانه داشت. همچنین برای هر بخش اسناد بخشی و برای موضوع های فرابخشی تهیه اسناد ویژه فرابخشی و برای هر استان تهیه سند توسعه استان در دستور کار قرار گرفت. در این اسناد ضمن تشریح قابلیت ها، امکانات، محدودیت ها، جهتگیری های اصلی، اهداف کمی، اهداف کلی، راهبردها، سیاست های اجرایی و اقدام های مورد نیاز برای رسیدن به اهداف هر سند پیش بینی شد. علاوه بر این قرار بود تا برای اقدام هایی که تکلیف دستگاه های مختلف اجرایی تلقی می شد، برنامه عملیاتی تهیه و تنظیم شود تا بر پایه آن احکام برنامه در قالب بودجه های سالیانه، عملیاتی شود.

قانون برنامه پنجم توسعه قانون ۲۳۵ ماده دارد و از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۴ شمسی اعتبار دارد. فصل سوم این قانون اختصاص به امور اجتماعی دارد. این فصل از برنامه پنجم که متناظر با فصول هفتم و هشتم برنامه چهارم است، به موضوع هایی مانند بیمه های

اجتماعی و سلامت و درمان، مسایل حمایتی و توانمندسازی، سرمایه اجتماعی، جوانان، خانواده و ایثارگران اختصاص دارد و در موضوع‌هایی مانند تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توزیع امکانات دولتی در واحدهای بهداشتی و درمانی مطابق با سطح‌بندی خدمات آنها، کاهش پرداخت از جیب مردم به ۳۰ درصد، درمان بی‌قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و گسترش پوشش بیمه همگانی سلامت، مشابه برنامه چهارم است. بقیه مواد این فصل از جمله: حمایت دولت از ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت در بخش غیردولتی، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و برقراری ارتباط آن با پایگاه مرکز آمار ایران، تهیه و ابلاغ فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، تک شغله شدن پزشکان، طراحی نظام سطح‌بندی «خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف»، پرداخت حق بیمه پایه سلامت افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسه‌های خیریه توسط دولت، اختصاص ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران جدید است. بر مبنای ماده (۲۱۷) این قانون کلیه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه‌های اجرائی و عملیاتی خود را در قالب بسته‌های اجرائی برنامه ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه کنند. این بسته‌ها که پس از تصویب هیأت وزیران جهت اطلاع به مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می‌گیرد.

بودجه ریزی در بخش عمومی ناظر بر پیش‌بینی منابع و مصارف مالی برای انجام مأموریت‌ها و وظایف دولت است. در این تعریف، اطلاعات بودجه‌ای بازتاب مالی و اعتباری تصمیم‌های اجرایی و محدوده بودجه ریزی مترادف یا منطبق با چارچوب فعالیت‌های دولت است. بودجه ریزی در ایران؛ به رغم جایگاه ممتاز برنامه ریزی و اهمیتی که بودجه در تهیه و اجرای برنامه‌های عمرانی دارد، ابزاری ناکارآمد است.

نگاهی اجمالی به بودجه‌های سنواتی در خلال اجرای برنامه‌ها توسعه چهارم و پنجم گویای ارتباط ضعیف میان برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سنواتی است. به نحوی که از حدود ۶۶ بند و تبصره بودجه‌ای سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مرتبط با بخش سلامت تنها ۲۲ مورد در ارتباط با برنامه چهارم توسعه بودند. این موضوع در برنامه پنجم هم دیده می‌شود به نحوی که از حدود ۲۵ بند و تبصره بودجه‌ای سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ تنها ۱۰ مورد در ارتباط با برنامه پنجم توسعه بودند. ضمن اینکه این ارتباط نیز در مواردی جای تامل و سوال دارد. این نتیجه تقریباً در تمامی مطالعات مشابه دیده می‌شود.

در واقع در ایران، تعارض‌ها یا ناسازگاری سیاست‌های بودجه‌ای با هدفگذاری مصوب برنامه‌های میان‌مدت، به رغم پیش‌بینی‌های به عمل آمده برنامه ریزان در اغلب موارد به تغییر هدف‌ها و صورت‌بندی‌های برنامه‌های توسعه منجر شده است. طول دوران اجرای برنامه‌های توسعه، تعارض‌ها یا ناسازگاری سیاست‌های بودجه‌ای با هدف‌گذاری مصوب برنامه‌های میان‌مدت، به رغم پیش‌بینی‌های به عمل آمده برنامه ریزان در اغلب موارد به تغییر هدف‌ها و صورت‌بندی‌های برنامه‌های توسعه منجر شده است. عمده‌ترین دلایل این امر به شرح ذیل است:

- احکام برنامه‌ها ارتباط ساخت یافته‌ای با ارقام جداول کمی آن ندارند
- درآمدهای نفتی زمینه لازم را برای انحراف بودجه از برنامه به وجود می‌آورد
- بالا بودن نرخ تورم و کاهش قدرت خرید دولت
- عدم پایبندی دولتها به ثبات سیاست‌های اقتصادی به منظور رسیدن به اهداف اقتصاد کلان که در برنامه‌های توسعه پیش‌بینی شده است
- مجموع دلایل فوق موجب شده اند تا کشور به طور همزمان با دو پدیده روبه‌رو باشد:
- الف- چون منابع لازم برای انجام مجموع وظایف و تکالیف پیش‌بینی شده برای دولت در برنامه برآورد نشده است و از طرف دیگر منابع لازم برای انجام آنها (باتوجه به حجم تعهدات قبلی) وجود ندارد، لذا دولتها مجبور میشوند تا آگاهانه

بخشی از احکام برنامه را کنار بگذارند. نتیجه این امر، عدم اعتماد مردم به تصمیمات دولتمردان و کاهش اعتبار مصوبات مجلس شورای اسلامی است.

- ب- با افزایش درآمدهای نفتی، زمینه برای تأمین اعتبار بخشی از احکام برنامه فراهم میشود، لذا دولتها به سرعت حجم بودجه را افزایش میدهند و با حرکت خارج از سقف ارقام پیش بینی شده در برنامه، ثبات اقتصاد کلان دچار تزلزل میشود.

صرف نظر از تغییر رویکردی در نگاه به بخش سلامت در برنامه‌های یاد شده نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. به عبارت دیگر برخی احکام پیش بینی شده در برنامه که جنبه اجرایی و خدماتی دارند با توجه به امکانات مالی و اجرایی کشور و جداول مالی کلان برنامه در ظرف زمانی پنج‌ساله آن برنامه قابل تحقق و اجرا نیستند. برخی نیز که جنبه سیاستگذاری دارند نیاز به استمرار در برنامه‌های بعدی را دارند. همچنین علاوه بر موضوع یاد شده بسیاری از مواد قانونی برنامه فاقد متولی مشخص هستند و یا شاخص مشخصی برای ارزیابی عملکرد و پاسخگویی صریح از طرف دولت ندارند. این موضوع باعث شده با تغییر دولتها شاهد تغییرات قابل توجهی در نحوه اجرای احکام برنامه باشیم که خود بخود موجب تأثیر بر اثربخشی اجرای آن می‌شود.

نکته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد اینست که تطابق زمانی دوره فعالیت قوای مجریه و مقننه با دوره زمانی برنامه‌های توسعه ایران وجود ندارد و این مهم با توجه به روش‌های متعدد اجرا در قوای مجریه و مقننه و دیگر موارد از ضمانت اجرایی برنامه‌ها را کاسته است.

بطور مشخص باید گفت در تدوین قوانین برنامه‌های توسعه در بخش سلامت لازم است جامعیت کافی لحاظ شود متولی امر مشخص شده شاخصهایی جهت ارزیابی مقرر شود و احکام به نحوی تدوین شوند که در بازه زمانی مقرر قابلیت اجرایی داشته باشند. موضوع مهم دیگر ارتباط برنامه و بودجه است. این موضوع از دیرباز دغدغه ذهنی برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران بوده است. در این راستا پیشنهاد می‌شود پس از تدوین کلیات برنامه، جزئیات عملیات اجرایی سالیانه و تخصیص منابع، تهیه و طراحی شود. به طوری که مجموع سیاست‌های سال‌های برنامه، مبین کل برنامه باشد. این موضوع به معنای تبدیل اسناد برنامه، به اسناد بودجه و به عبارت دیگر، تابعیت بودجه از برنامه است. تبلور جزئیات هر برنامه در ردیف‌های بودجه، به معنای اختصاص واقعی منابع محدود کشور به اولویت‌ها و سیاست‌های برنامه توسعه است. در کشورهای مختلف دیگر نیز برای پیوند زدن برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی از سازوکاری به نام «چارچوب میان‌مدت مخارج استفاده می‌کنند که لازمست در نظام برنامه و بودجه کشور مورد توجه قرار گیرد.

در چارچوب میان‌مدت مخارج در ابتدا، چارچوب اقتصاد کلان به منظور پیش‌بینی‌های درآمدها و مخارج سه سال آینده مورد بررسی قرار می‌گیرد. این مرحله برای دستیابی به انضباط مالی کلان حیاتی است. مرحله دوم مشتمل بر سه گام است. در گام اول، اهداف، فعالیت‌ها و دستاوردهای بخش‌ها و وزارتخانه‌ها مرور می‌شود. در گام دوم، بر سر برنامه‌ها و زیربرنامه‌های وزارتخانه‌ها و بخش‌ها توافق صورت می‌گیرد. در گام سوم، هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای برنامه‌ها و طرح‌های مورد توافق برای سه سال آتی تعیین می‌شود. در مرحله سوم، در مورد اهداف و برنامه‌های اولویت‌دار توافق می‌شود. در مرحله چهارم، سقف‌های هزینه وزارتخانه‌ها و بخش‌ها تعیین می‌شود و به طور کلی چارچوب مخارج به صورت تفصیلی مشخص می‌گردد. در مرحله پنجم، سقف هزینه‌ها توسط کابینه تعیین می‌گردد. در مرحله بعد، وزارتخانه‌ها در داخل سقف‌های مصوب کابینه اقدام به تخمین‌های سه ساله می‌کنند. در مرحله هفتم، نیز تخمین‌ها در نهاد برنامه‌ریزی بازنگری و به کابینه و مجلس ارائه می‌شوند

برنامه ریزی و ترسیم اهداف و روش نیل به آنها با توجه به منابع موجود و در یک سررسید زمانی معین از جمله اموری است که مستلزم توجه جدی و عمیق به وضعیت موجود، منابع و امکانات در اختیار و پیش بینی تغییرات آتی دارد. در همین راستا دولتها و حکومت‌های مختلف در راه نیل به اهداف و آمال مملکتی اقدام به برنامه ریزی‌هایی می‌نمایند که نقشه‌ی راه آنها را نشان می‌دهد. برنامه‌های بلند مدت توسعه‌ی ابزاری برای ترسیم افق‌های آینده به شمار می‌آیند تا در راستای عملکرد گام به گام به آنها، بتوان به اهداف مورد نظر دست یافت. این نوع برنامه ریزی در دهه ۱۹۵۰ رواج یافت، به این ترتیب که چون برنامه ریزی عملیاتی و بودجه بندی در ارائه یک افق بلند مدت در برنامه ریزی دچار ضعف بود لذا صاحب‌نظران را بر آن داشت تا از ابزار دیگری استفاده نمایند و به همین جهت، برنامه ریزی مبتنی بر "طول زمان" شکل گرفت و بر این مبنا در دوره‌های کوتاه مدت (زیر یک سال)، میان مدت (یک تا ۳ سال)، و بلند مدت (۳ تا ۵ سال) تعریف شد. (۱)

فرآیند برنامه ریزی در ایران در سال ۱۳۱۶ شمسی با تشکیل شورای اقتصاد با هدف بررسی طرح‌های اقتصادی و پیشنهاد راه‌های عملی برای اجرای آنها به هیأت دولت (متشکل از ۱۰ عضو به ریاست نخست وزیر) آغاز گردید. در سال ۱۳۱۶ یک کمیسیون دائمی با تصویب شورای اقتصاد مأمور تهیه برنامه ۷ ساله کشاورزی شد که نتیجتاً منجر به تهیه پیشنهاد‌هایی درباره اصلاح وضع کشاورزی و مسأله مهاجرت شد. ولی پس از سال ۱۳۱۷ این موضوع مسکوت ماند و مسأله برنامه ریزی تا سال ۱۳۲۳ به دست فراموش سپرده شد. در سال ۱۳۲۳ شورای عالی اقتصاد دوباره تشکیل شد. این بار وظایفی از جمله تثبیت نرخ پول، تشویق و افزایش تولیدات، بررسی امور مالی و فنی کارخانه‌های دولتی، ایجاد نظم در امور اقتصادی و تأمین حداقل زندگی مردم به این شورا داده شد. شورای اقتصاد دوم نیز فعالیت چشمگیری نداشت و نتوانست از عهده انجام وظایف محوله به خوبی بر آید. دولت ایران در سال ۱۳۲۵ با شرکت موريسن نودسن قراردادی را منعقد نمود. شرکت مذکور نیز گزارش خود را تحت عنوان «برنامه توسعه و عمران ایران» به دولت ایران ارائه کرد که وسعت برنامه مذکور خارج از توان مالی دولت بود و لذا دولت با توجه به برنامه شرکت مذکور و با کمک هیأت عالی برنامه و نظرات کارشناسان ایرانی در سال ۱۳۲۶ یک برنامه ۷ ساله تهیه کرد که به صورت لایحه در اردیبهشت ماه ۱۳۲۷ به مجلس شورای ملی ارائه شد و مجلس نیز در بهمن سال ۱۳۲۷ برنامه مذکور را با اعتباری معادل ۲۱ میلیارد ریال تصویب کرد. تا پیش از پیروزی انقلاب مجموعاً شش برنامه عمرانی به تصویب رسید. (۱ و ۲)

پس از پیروزی انقلاب و برپایی دولت جدید اتفاقاتی چون تغییر مدیران و پیدایش هشت سال جنگ تحمیلی مهمترین دغدغه‌های جمهوری اسلامی در دهه آغازین خود بود. که باعث شد عملاً به مدت ۱۰ سال تدوین برنامه توسعه به فراموشی سپرده شود. نخستین برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی در سال ۱۳۶۷ با تلاش و پیگیری سازمان برنامه و بودجه کشور و تعامل مناسب مجلس شورای اسلامی برای یک دوره پنج ساله به تصویب رسید. و پس از آن نیز چهار برنامه دیگر تهیه و به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

در جمهوری اسلامی ایران که دستیابی به اهداف ملی و تعیین شده در سند انداز بیست چشم ساله از طریق آثار سیاست‌های کلی و قوانین برنامه‌پیجویی می‌شوند، سند بودجه مهمترین ابزار در جهت تحقق اهداف برنامه و سیاست‌های کلی نظام تلقی میشود

بدون تردید، همراستایی و تناسب سند بودجه با اسناد فرادستی کشور همچون سند چشم انداز و سیاست‌های کلی ابلاغی، شرط لازم برای نیل به اهداف قانونی خواهد بود

ولیکن برنامه ریزی در صورتی با موفقیت همراه خواهد بود که اهداف آن مبتنی بر نیازهای جامعه باشد و از طرف دیگر عزم و اراده‌ی ملی و همه جانبه برای نیل به آنها وجود داشته باشد. همچنین در این بین وجود منابع و امکانات برای پیمودن راه بسیار ضروری می‌نماید.

از جمله بخش های زیربنایی و بنیادین در هر اقتصادی سلامت است چرا که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر فعالیت کلیه ی بخش های فعال اقتصادی تاثیر می گذارد. طی سالهای اخیر و با تغییر نگرش نسبت به آدمی و در نظر گرفتن وی به عنوان یک سرمایه ی مهم -بلکه مهمترین سرمایه- مشخص شده است که سلامتی به عنوان یک قلم دارایی مهم و ارزشمند در راستای توسعه توانمندی و ظرفیتهای وجودی و ساختاری آدمی است. لذا طی سالیان اخیر دولتها و حکومتهای مختلف با صرف وقت، هزینه و نیروی انسانی به تبیین و تثبیت جایگاه آن در اقتصاد کشورها پرداخته و اعتبارات و بودجه های قابل تاملی نیز به آن اختصاص می دهند. با علم بر اهمیت و جایگاه سلامت در رشد و توسعه ی اقتصاد و انسانی کشورها، نوشتار حاضر با هدف بررسی وضعیت قوانین موجود بخش سلامت در برنامه های توسعه چهارم و پنجم و بودجه های سنواتی کشور می پردازد. لازم به ذکر است که این گزارش تنها به بررسی مواد و بندهایی از برنامه می پردازد که به صورت مستقیم و در ذیل بخش سلامت بیان شده اند.

اهداف

- توصیف برنامه های توسعه چهارم و پنجم در حیطه سلامت
- ∑ بررسی بودجه های سنواتی بخش سلامت در سالهای اجرای برنامه های توسعه چهارم و پنجم
- تحلیل برنامه های توسعه چهارم و پنجم در حیطه سلامت
- تحلیل بودجه های سنواتی بخش سلامت در سالهای اجرای برنامه های توسعه چهارم و پنجم

روش انجام مطالعه

فاز اول (تشکیل کمیته راهبری متشکل از خبرگان مجرب در امر برنامه و بودجه در حوزه سلامت به منظور تأیید چارچوب نظری)

فاز دوم (بررسی ادبیات موضوع و تهیه چارچوب نظری)

فاز سوم (مرور و تحلیل متون علمی و قانونی -شامل بررسی قانون برنامه توسعه و بودجه و تحلیل آن و اسناد سیاستی تهیه شده در این حوزه مشتمل بر مصوبات هیات وزیران گزارش عملکرد برنامه) فاز چهارم (تدوین گزارش اولیه)

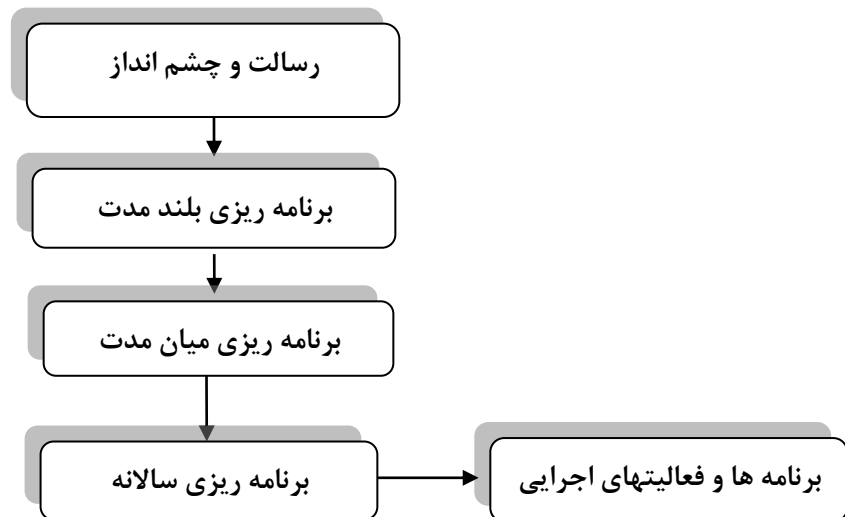
فاز پنجم (تشکیل کارگروه های تخصصی و تشکیل میزگردهای متعدد با حضور اعضاء جهت نقد و بررسی سند اولیه تدوین شده و ارائه پیشنهاد به کمیته راهبری)

فاز ششم (تهیه گزارش نهایی منتج از نتایج فازهای قبلی و اخذ تأیید از کمیته راهبری)

روش کار

رویکرد و چارچوب مفهومی

زمانی که قصد تحلیل برنامه توسعه را داریم، الگوهای متنوعی را می توانیم مورد استفاده قرار دهیم. با رویکرد قانونی کشور مبنی بر بودجه ریزی عملیاتی که در برنامه چهارم و پنجم توسعه مورد تایید و تاکید قرار گرفته است می توان مدل مفهومی زیر را برای بخش در نظر گرفت.



در این مدل در هر سطح باید محتوای بخش مشخص شده باشد تا براساس آن بدانیم وظایف و تکالیف سازمان در سطح بعدی چیست و در نهایت بر اساس آن بتوانیم میزان تطابق برنامه با بودجه را بسنجیم. در این مدل برای نیل به مقصود ابتدا باید متن قوانین برنامه و بودجه مورد تحلیل قرار گیرد.

برای نیل به این منظور در این مطالعه متن قوانین توسعه چهارم و پنجم و قوانین بودجه سنواتی متناظر آنها به عنوان اسناد اصلی مورد بررسی قرار گرفته اند. علاوه بر مواد قانونی برنامه، اهداف کلان و خط‌مشی‌ها برنامه نیز برای تحلیل برنامه مورد استفاده قرار می‌گرفت. با توجه به اهداف تحقیق و شیوه‌های رایج در تحلیل سیاست‌گذاری و با لحاظ مجموعه اسناد و مدارک در دسترس در این مقاله از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوا در این تحقیق از نوع مضمونی است و در واقع واحد تحلیل، مضامین موجود در متن قانون است و معرف‌های مورد نظر در قالب این مضامین جستجو و در راستای تطبیق و تحلیل برنامه‌ها به کار گرفته می‌شوند. بدین منظور یک بار کلیه متون مربوط به برنامه‌ها مطالعه، پیشخوانی و فیش‌برداری شده‌اند و پس از پایان کار و تطبیق با سایر اسناد موجود جهت افزایش اعتبار و پایانی تحقیق، دوباره خوانی شده‌اند. در این شیوه عملاً با واژه‌ای خاص جستجو صورت نمی‌گیرد و کل متن مورد بررسی پیشخوانی و فیش‌برداری قرار می‌گیرد. متغیر اصلی مورد بررسی در این تحقیق قوانین مربوط به سلامت بود و تمامی احکامی که بطور مستقیم بر مقوله سلامت تاثیر گذار بود مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

توصیف برنامه چهارم توسعه در بخش سلامت

قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸) در ۱۵ فصل و ۱۶۱ ماده به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. (۳) ویژگی برنامه چهارم توسعه تهیه و تصویب آن در چارچوب سند چشم‌انداز بیست ساله و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه توسط رهبر معظم انقلاب اسلامی است. در چارچوب چشم‌انداز، برنامه‌ریزی‌ها و حرکت‌های فردی و اجتماعی در راستای آینده‌سازی جهت‌گیری می‌شوند. در این چارچوب، تمام قلمروهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی به صورت یک کلیت مطرح است.

نظام برنامه‌ریزی برنامه چهارم توسعه، متفاوت از برنامه‌های پیشین، سعی در تلفیق و هماهنگی برنامه با بودجه سالیانه داشت. (۲) همچنین برای هر بخش اسناد بخشی و برای موضوع‌های فربخشی تهیه اسناد ویژه فربخشی و برای هر استان تهیه سند توسعه استان در دستور کار قرار گرفت. در این اسناد ضمن تشریح قابلیت‌ها، امکانات، محدودیت‌ها، جهتگیری‌های اصلی، اهداف کمی، اهداف کلی، راهبردها، سیاست‌های اجرایی و اقدام‌های مورد نیاز برای رسیدن به اهداف هر سند پیش بینی شد. علاوه بر این قرار بود تا برای اقدام‌هایی که تکلیف دستگاه‌های مختلف اجرایی تلقی می‌شد، برنامه عملیاتی تهیه و تنظیم شود تا بر پایه آن احکام برنامه در قالب بودجه‌های سالیانه، عملیاتی شود.

فصل هفتم این قانون با نام ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی با ۱۱ ماده به موضوع سلامت اختصاص داشت. (۳). برنامه چهارم توسعه بخش بهداشت و درمان در جهت اهداف مصرح در چشم انداز ۲۰ ساله کشور و با توجه به مأموریت برنامه که اقتصاد دانایی محور بود، تدوین گردید. اهداف کلان این برنامه ارتقاء وضعیت سلامت، افزایش پاسخگویی نظام ارائه خدمات سلامت به نیازهای غیرپزشکی مردم و همچنین بهبود مشارکت عادلانه در تامین مالی سلامت بود. عدالت بعنوان یک ارزش محوری در اغلب احکام مصوب مدنظر قرار گرفته است. نگاهی اجمالی به برنامه چهارم توسعه حاکی از آن است که قانون برنامه چهارم تکالیف مربوط به بخش سلامت را با اولویت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر بخش‌ها مطرح ساخته است که در این قسمت بطور اجمالی به کلیات آن اشاره می‌شود. لازم به ذکر است واگذاری برخی از جنبه‌های اجرایی مواد قانونی برنامه توسعه چهارم به وزارت رفاه و تامین اجتماعی و نیز مشترک بودن حوزه فعالیت وزارت بهداشت در خصوص اجرای برخی از مواد قانونی برنامه چهارم توسعه با سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی دیگر چون محیط زیست، وزارت رفاه، راهنمایی و رانندگی، سازمان زندان‌ها، موسسه استاندارد، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت راه ترابری، شهرداری‌ها و بخش‌داری‌ها و ... و همچنین محدودیت در هماهنگی‌های مورد نیاز، متولی بودن برخی از این سازمانها و همکاری بودن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله نکات این برنامه در بخش سلامت بود. (۴)

در ماده ۹۰ این قانون برای اولین بار بحث مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع در بخش سلامت به میان آمد در این ماده مقرر شد به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. (۵)

ماده ۸۸ این قانون بحث ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، را مطرح کرد و شیوه‌هایی برای تغییر نحوه اداره بیمارستانهای دولتی (از جمله، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به آنها در چارچوب تعرفه‌های مصوب) مشخص نمود. در این راستا مواد ۸۴ و ۸۵ قانون برنامه چهارم توسعه ابعاد مختلف مخاطرات سلامتی را مورد توجه قرار داده و سیاست‌هایی را برای کنترل و کاهش آنها ارائه کرده است.

همچنین در ماده ۸۹ این قانون که نوعی ادامه برنامه سوم توسعه بود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. در این برنامه بحث درمان رایگان مصدومان حوادث ترافیکی نیز در ماده ۹۲ طرح و مورد توجه قرار گرفت. (۳)

در این برنامه به دنبال تغییر شرایط بین‌المللی و وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی ایران برای اولین بار حضور در بازارهای جهانی مطرح و مقرر شد که در پایان برنامه چهارم توسعه، جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه تبدیل شود و ارزش حاصل از صادرات خدمات و تولیدات این بخش ۳۰ درصد مصارف ارزی آن را تأمین کند. (۵)

بر اساس ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه مقرر گردید سند ملی توسعه بخش تدوین گردد. این سند، سندی راهبردی است که با توجه به قابلیت‌ها، امکانات، محدودیت‌ها و مسائل اساسی، جهت‌گیری‌های اصلی، هدف‌های کمی و کیفی بلندمدت و میان‌مدت، فعالیت‌های محوری و سیاست‌های فضایی و منطقه‌ای و همچنین اقدام‌های مهم محوری و فعالیت‌های اولویت‌دار توسعه بخش را تبیین می‌نماید.

بر اساس این ماده کلیه دستگاه‌های اجرایی ملی کشور موظف‌اند، برنامه اجرایی و عملیاتی خود را در قالب اسناد ملی توسعه در چارچوب ضوابط فوق با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و پس از تصویب در هیئت وزیران به مرحله اجرا درآورند. بودجه سنواتی این دستگاه‌ها بر اساس اسناد فوق تنظیم می‌شود. در این ماده تصریح شده است اقدام‌ها و عملیاتی که، در جهت تحقق هدف‌های پیش‌بینی شده در اسناد توسعه بخشی، استانی و ویژه (فرابخشی) ضرورت اجرا می‌یابند، در لایحه بودجه سالانه کل کشور درج و به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.

هر چند در این برنامه توسعه مراکز بهداشتی درمانی را شاهد بودیم و تعداد تخت‌های بستری به ۱۱۵۰۰۰ تخت و تعداد خانه‌های بهداشت به ۱۷۷۵۰ واحد رسید (۳۳) اما در تحقق شاخص‌های مربوط به عدالت در سلامت توفیق چندانی مشاهده نشد به نحوی که در سال ۱۳۸۷، سهم خانوار از هزینه‌های سلامت بین ۵۳٪-۴۷٪ و در هزینه‌های درمانی بین ۶۰٪-۵۲٪ بوده است (۶) از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه تا حدی تحت تاثیر سیاست‌های عدالت در بخش سلامت بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت بیشتری برخوردار بود. (۷)

بررسی برنامه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه

سیاست کلی ابلاغی (۳۶)

در بند ۱۲ سیاست کلی برنامه چهارم توسعه ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری چنین آمده است: تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقاء سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد.

سایر بندهای این سیاست به بخش سلامت ارتباط موضوعی مستقیم ندارند.

راهبردهای اتخاذ شده بخش سلامت در برنامه (۳):

- یکپارچگی و هماهنگی در مدیریت، سیاست‌گذاری و ارزشیابی
- ارتقای امنیت غذا و تغذیه
- تقویت نظام پایش، نظارت و ارزشیابی
- پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت
- تأمین سبد مطلوب غذایی و رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد
- افزایش سهم کشور در تجارت منطقه ای و فرامنطقه ای سلامت
- تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه
- ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی
- افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور
- ساماندهی نظام ارایه خدمات با تاکید بر سطح بندی
- کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی

- تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی
- تنظیم بازار دارویی کشور
- مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های بخش سلامت

تکالیف مصرح در برنامه (۳)

- تشکیل "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ✓ تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه.
- لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی
- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور
- کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.
- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی.
- تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله
- کاهش خطرات و زیانهای فردی و اجتماعی اعتیاد،
- پیشگیری و درمان بیماری ایدز
- کاهش بار بیماری‌های روانی
- حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه،
- معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی
- تحویل ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان
- تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخصهای بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه‌بندی بیمارستانها، بر اساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی
- مشتری‌مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی،
- اصلاح فرایندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی)
- اداره بیمارستانهای پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و
- تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به بیمارستانها در چارچوب تعرفه‌های مصوب
- تفکیک بیمارستانها، از نظر تخته‌های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخصهای اعتباری و نیروی انسانی بر اساس آن
- طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی
- طراحی نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور مبتنی بر سطح‌بندی خدمات
- ارتقا «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪)
- کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪)

- کاهش میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪)
- ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل توسط شرکتهای بیمه تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی
- تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع
- تعریف و اجرای خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری
- تکلیف به دارا بودن بیمه‌نامه جهت کلیه اتباع خارجی مقیم کشور برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران
- تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم بر اساس سرانه واقعی
- درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی
- ممنوعیت عرضه دارو خارج از داروخانه‌ها.
- کنترل کیفیت کارخانه‌های تولید کننده دارو
- پوشش کامل (صد درصد) جمعیتی، از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی.
- رعایت ضوابط بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طرف کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

اهداف کمی و شاخصهای کمی برنامه چهارم توسعه (۸)

۱. سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی بمیزان ۷,۵٪ باشد
۲. اختصاص ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکتهای بیمه تجاری به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. تأمین ۱۰۰٪ اعتبار بیمه های خدمات درمانی در بودجه های سنواتی بر اساس سرانه واقعی در طول برنامه
۴. شاخص مشارکت عادلانه تأمین منابع مالی از ۸۳/۰ به ۹۰/۰ در انتهای برنامه چهارم توسعه برسد
۵. در انتهای برنامه چهارم توسعه سهم پرداختی از جیب خانوار (OOP) از کل هزینه های سلامتی ۳۰٪ شود
۶. در صدخانوارهای مواجه با هزینه های خانمان سوز سلامتی در انتهای برنامه چهارم توسعه از ۳/۵ به ۱ درصد برسد
۷. تضمین ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی و درمانی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پائین درآمدی از طریق جابجایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه ها
۸. تأمین بیمه پایه درمانی برای ۱۰۰٪ روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری
۹. ۱۰۰٪ موسسات ارائه کننده خدمات سلامت در بخش سرپایی و بستری و پاراکلینیک و مطبها اعتبار بخشی و رتبه بندی گردند
۱۰. ۱۰۰٪ مراقبتهای بهداشتی، درمانی و توانبخشی تایید شده توسط وزارت بهداشت در شمول خدمات بیمه ای پایه ای سلامت تا پایان برنامه قرار گیرند
۱۱. پرداخت ۱۰۰٪ تعرفه خدمات به ارائه دهندگان در صورت رعایت سطوح ارجاع در مراجعین سرپایی و بستری
۱۲. پرداخت ۵۰٪ تعرفه کامل خدمات تخصصی به ارائه دهندگان در صورت عدم رعایت سطوح ارجاع

۱۳. ۱۰۰٪ منابع مورد نیاز برای پوشش فراگیر بیمه درمان بستری تا پایان برنامه چهارم توسعه تامین گردد
۱۴. ۱۰۰٪ حق سرانه بیمه درمان اقشار آسیب پذیر توسط دولت تامین گردد
۱۵. ۱۰۰٪ مردم از بیمه سرپایی برخوردار باشند.
۱۶. افزایش سهم بیمه در گردش مالی نظام سلامت از ۲۶٪ به میزان ۵۰٪
۱۷. پوشش ۱۰۰٪/ترمیم معلولیت‌های ناشی از سوختگی بوسیله سازمان‌های بیمه گر پایه
۱۸. درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث در ۱۰۰٪ موارد در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی
۱۹. تدوین ۱۰۰ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده براساس اولویت‌های برگرفته از بار بیماری‌های بستری
۲۰. تدوین و اجرای ۵۰ دستورالعمل طبابت بالینی ویژه پزشکان عمومی بر اساس بار بیماری‌ها
۲۱. تدوین و اجرای ۲۰ دستورالعمل طبابت بالینی ویژه هر تخصص بر اساس بار بیماری‌های همان رشته تخصصی
۲۲. اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده در هر دستورالعمل به میزان ۸۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۲۳. ۱۰٪ رشد سالیانه شاخص‌های کیفی در نظام ارزشیابی موجود بیمارستانی تا ۵۰٪ کل شاخصها تا پایان برنامه
۲۴. ۱۰۰ درصد تدوین بسته خدمات پایه و مکمل بیمه‌ها بر اساس ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات
۲۵. اعمال استانداردهای بالینی در ۱۰۰٪ بیمارستانها بر اساس شاخص‌های کیفیت ارائه خدمات
۲۶. رتبه بندی ۱۰۰٪ بیمارستانها براساس ارتقای مستمر کیفیت عملکرد
۲۷. راه اندازی پرونده الکترونیک بیماران در ۱۰۰٪ بیمارستانها تا پایان برنامه
۲۸. کاهش میزان نیازهای برآورده نشده زوجین (unmet need) به کمتر از ۵٪
۲۹. افزایش پوشش روش‌های مدرن تنظیم خانواده به ۶۵٪
۳۰. کاهش ۵۰٪ مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل نسبت به سال اول تا پایان برنامه
۳۱. کاهش بروز حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده‌ها و راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه چهارم
۳۲. افزایش ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم بمنظور کاهش ۵۰٪ مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل
۳۳. دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت شهری به آب آشامیدنی سالم
۳۴. دسترسی ۹۰٪ جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم
۳۵. افزایش جمعیت تحت پوشش شبکه فاضلاب شهری به میزان ۴۰٪
۳۶. کاهش میزان آلودگی هوا در شهرهای بزرگ
۳۷. کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار و زندگی، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی بمیزان ۱۰٪ سال اول برنامه
۳۸. کاهش میزان آلودگی محیط‌های داخلی (INDOOR POLLUTION) تا پایان برنامه بمیزان ۱۰٪ درصد تا پایان برنامه
۳۹. دسترسی ۸۷ درصد خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی
۴۰. کارگاه‌هایی که حداقل یکی از عوامل زیان آور: ارگونومیکی ۲۵٪ عوامل شیمیایی ۴۰٪ عوامل فیزیکی ۸۵٪ را کنترل نموده اند
۴۱. افزایش کارگاه‌های تحت پوشش خدمات بهداشتی به ۵۶٪
۴۲. افزایش مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی: شهری ۹۱٪ روستایی ۸۲٪
۴۳. کاهش میزان غیر مجاز افزودنی‌های مجاز بمیزان ۱۰ درصد سال اول برنامه

۴۴. کاهش میزان افزودنیهای غیر مجاز بمیزان ۹۰٪ سال اول برنامه
۴۵. ۲۰٪ کاهش در باقیمانده سموم کشاورزی در محصولات کشاورزی نسبت به سال اول
۴۶. کاهش آلودگی آبهای زیر زمینی به باقیمانده سموم به میزان ۱۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۴۷. کاهش باقیمانده غیر مجاز هورمونها و داروها در فرآورده های دام و طیور بمیزان ۲۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۴۸. جمع آوری، تفکیک در مبدا و دفع بهداشتی زباله در ۹۵٪ بیمارستانها
۴۹. افزایش خانوارهای روستاییکه زباله را بروش بهداشتی جمع آوری و دفع می کنند به بیش از ۷۰٪
۵۰. جمع آوری و دفع بهداشتی فضلاب بیمارستانی در ۹۰٪ بیمارستانها
۵۱. اجرای نظام ارجاع مبتنی بر تشکیل واحد های پزشکی خانواده در کل کشور تا پایان برنامه
۵۲. کاهش زمان رسیدن به صحنه فوریت و حادثه در ۸۰٪ ماموریتها تا پایان برنامه با استانداردهای ۱۰ دقیقه در شهرهای بزرگ، ۸ دقیقه در شهرهای کوچک، ۱۵ دقیقه در جاده های اصلی و ۲۰ دقیقه در جاده های فرعی جهت اعزام به مناسبترین مرکز ارائه دهنده خدمت بستری با توجه به اولویت نیاز های بالینی بیمار
۵۳. تکمیل ۱۰۰٪ پستهای بلا تصدی بهداشتی درمانی ناشی از بازنشستگی
۵۴. استاندارد سازی ۵۰٪ منابع (انسانی، فیزیکی، تجهیزات) اورژانسهای بیمارستانی
۵۵. توزیع ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی سرپایی دولتی، خصوصی، تعاونی و خیریه مطابق طرح سطح بندی در کل کشور توسط دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی
۵۶. استقرار ۸۰٪ تختها و تجهیزات و ۱۰۰٪ پرسنل و ۵۰٪ فضای فیزیکی پیش بینی شده در بخش بستری هر شهرستان بر اساس استانداردهای طرح سطح بندی تا پایان برنامه چهارم توسعه
۵۷. کاهش Daly's ناشی از حوادث عمدی و غیر عمدی بمیزان ۱۵٪ کل بار بیماریهای کشور
۵۸. کاهش ۱۰٪ از بار بیماریها در ۱۰ بیماری و ۶ عامل خطر اولویت دار (سیگار، مواد مخدر، چاقی، کم تحرکی، مصرف کم میوه و سبزی، هوای آلوده)
۵۹. کاهش مصرف سیگار در گروههای سنی مختلف بمیزان ۵٪ سال پایه
۶۰. افزایش مانگین زمان اختصاص یافته به ورزش بمیزان ۵۰٪ سال پایه
۶۱. کاهش زمان اولین ویزیت پزشک اورژانس بیمارستانی در فوریتهای پزشکی تا ۸۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۶۲. کاهش ۷۰٪ بروز سوانح و حوادث غیر ترافیکی منجر به بستری
۶۳. کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیر ترافیکی به میزان ۳۰٪
۶۴. ۳۰٪ کاهش در نسبت مرگ ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی در افراد کمتر از ۷۰ سال به تعداد موارد مرگ ناشی از همین بیماری در ۷۰ سال یا بالاتر
۶۵. کاهش میزان مرگ نوزادان به زیر ۱۵ در هزار موالید زنده
۶۶. کاهش مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه به کمتر از ۱۰ در هزار موالید زنده
۶۷. کاهش میزان مرگ مادران به حدود ۲۰ در صد هزار تولد زنده
۶۸. کاهش اختلالات شایع دوره سالمندی بمیزان ۱۰٪ سال پایه
۶۹. میزان خودکشی در استانهای با شیوع بالا بمیزان ۶ در صد هزار جمعیت برسد
۷۰. کاهش ۵ درصد از DALY ناشی از بار بیماریهای روانی و رفتاری
۷۱. کاهش ۱۰٪ عود مجدد بیماری روانی شدید
۷۲. تایید حذف ۳ بیماری سرخک، کزاز نوزادی، تراخم
۷۳. حفظ خدمات نگهدارنده برنامه های موجود واگیر و کاهش بروز هر یک بمیزان ۱۰٪

۷۴. دسترسی افراد در خطر ابتلا به ایدز به خدمات مشاوره بمیزان ۱۰۰٪.
۷۵. کاهش عفونت بیمارستانی از ۱۸ درصد به ۱۰ درصد
۷۶. کاهش عقب ماندگی ذهنی ناشی از هیپوتیروییدی بمیزان ۸۰٪.
۷۷. کاهش میزان DMFT در کودکان ۳،۶، ۱۲ ساله بمیزان ۲۰٪. سال ۸۳
۷۸. کاهش درصد زایمانهای غیر بهداشتی به کمتر از ۵٪.
۷۹. افزایش جمعیت تحت پوشش مراقبت دانش آموزی بمیزان ۵۰٪.
۸۰. شناسایی ۱۰۰٪ خانوارهای مبتلا به سوء تغذیه ناشی از فقر و بحران و مداخله در ۵۰٪ از این خانوارها
۸۱. ۱۰٪ کاهش سوء تغذیه جمعیت واقع در سه دهک اول تا سوم درآمدی
۸۲. کاهش میزان شیوع کم خونی فقر آهن، کمبود روی، کلسیم، ویتامین های A و D، در گروههای آسیب پذیر (کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان زنان سنین باروری، زنان باردار، زنان شیرده) به میزان ۱۰٪ وضع موجود
۸۳. کاهش کم وزنی کودکان زیر ۵ سال به کمتر از ۸٪.
۸۴. کاهش کوتاه قدی تغذیه ای کودکان زیر ۵ سال به کمتر از ۱۲٪.
۸۵. حفظ میانه ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله کشور در طیف ۲۰-۱۰ میکروگرم در سی لیتر به نحوی که بیش از ۵۰٪ نمونه های ید ادرار بالاتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد.
۸۶. کاهش میزان عادات نامناسب غذایی (مصرف نمک، شکر، روغن، نوشابه گازدار، هله هوله و...) بمیزان ۱۰٪ سال پایه
۸۷. کاهش متوسط سرانه مصرف روزانه چربی از ۴۰ گرم به ۳۶ گرم
۸۸. کنترل کیفیت بهداشتی ۱۰۰٪ تغذیه رایگان و بوفه مدارس در کشور
۸۹. طراحی علمی ۱۰۰٪ برنامه عملیاتی سالانه توسط دانشگاههای علوم پزشکی در راستای برنامه ها و سیاستهای ملی ستاد وزارت بهداشت
۹۰. نظارت بر نحوه توزیع اعتبارات دانشگاهها با توجه به ارزشیابی عملکرد برنامه های عملیاتی ایشان
۹۱. تطبیق و تایید ۱۰۰٪ بودجه و صورتهای مالی دانشگاههای کشور با سیاستهای برنامه کشوری توسط مدیر ملی برنامه (ماده ۴ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاههای کشور)
۹۲. دسترسی دیجیتالی ۹۵٪ کارکنان و مدیران شهرستانهای کشور برای تولید و بکارگیری داده های بخش سلامت
۹۳. دیجیتالی کردن پرونده خانوار و زیج سلامت در ۹۰٪ خانه های بهداشت
۹۴. تغییر نگرش سیاستگذاران کلان کشور در بخشهای مختلف از نظام برنامه ریزی اقتصاد محور به نظام برنامه ریزی سلامت محور بمیزان ۱۰٪.
۹۵. افزایش درصد جمعیت تحت پوشش برنامه های جامع آموزش سلامت همگانی در کشور به میزان بیش از ۸۰٪ در پایان برنامه
۹۶. افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه جامع خود مراقبتی بمیزان ۱۰٪ سال پایه
۹۷. تولید داروهای با نام Branded generic از ۱۰۰ در آغاز برنامه به ۲۰۰۰ در پایان برنامه
۹۸. سهم دولت از واردات از ۴۰٪ قلم داروهای مورد نیاز به صفر درصد
۹۹. تولید داروهای با دانش فنی پیچیده از ۲ قلم به ۳۰ قلم
۱۰۰. توزیع کننده داروی بیماران خاص از صفر به ۳۰ (در هر استان ۱ واحد)
۱۰۱. تعداد داروخانه جهت دسترسی بهتر مردم از ۷۲۰۰ به ۹۰۰۰
۱۰۲. اصلاح تعرفه واردات دارو از ۱۰۰ درصد به حداکثر ۳۵ درصد
۱۰۳. تولید دارو در کشور از ۹۳۷ قلم به ۱۱۰۰ قلم

۱۰۴. تولید داروهای تحت لیسانس از صفر قلم به حداقل ۲ قلم برای هر شرکت تولیدی
۱۰۵. تولید مواد اولیه دارویی موثره و غیر موثره در داخل کشور از ۱۱۰ قلم به ۲۰۰ قلم
۱۰۶. انجام کنترل داروها پس از عرضه (PMQC) سالانه ۱۰۰ قلم
۱۰۷. میانگین قلم دارو در هر نسخه از ۳/۶ به ۳/۲
۱۰۸. میانگین تجویز داروهای تزریقی در هر نسخه از ۴۸/۸٪ به ۴۰٪
۱۰۹. میانگین تجویز داروهای آنتی‌بیوتیک در هر نسخه ۵۳٪ به ۴۶٪
۱۱۰. میانگین داروهای کورتیکواستروئید در هر نسخه از ۲۰٪ به ۱۶٪
۱۱۱. تجهیز ۱۰۰٪ آزمایشگاههای کنترل کیفیت محصولات غذایی آرایشی و بهداشتی تولیدی در سطح موردنظر
۱۱۲. استقرار سیستم HACCP در ۵۰٪ کارخانه‌های تولید مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی
۱۱۳. تفویض ۱۰۰٪ امور اجرایی به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۱۱۴. واگذاری ۵۰٪ امور نظارت بر واحدهای تولید، توزیع و نگهداری مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی به بخش

غیردولتی

۱۱۵. غنی‌سازی ۵۰٪ آرد مصرفی خبازیه‌ها در کارخانه‌های تولید آرد
۱۱۶. کاهش اسید چرب ترانس ۱۰۰٪ روغنهای خوراکی تاحد استاندارد
۱۱۷. درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی از ۳/۵ به ۱
۱۱۸. سهم هزینه‌های سلامتی در هزینه‌های غیرخوراکی خانوار از ۸٪ به ۳٪
۱۱۹. سهم پرداخت‌های خانوار از کل هزینه‌های سلامتی به ۳۰٪
۱۲۰. سهم ارز حاصل از صدور خدمات و کالاهای پزشکی به کل ارز مصرفی بخش سلامت به میزان ۳۰٪
۱۲۱. میزان پاسخگویی به انتظارات مردم تا ۹۰٪
۱۲۲. درصد رضایتمندی مردم از خدمات واحدهای بهداشتی - درمانی تا ۹۰٪
۱۲۳. افزایش ۱۰۰ درصدی میزان جذب دانش‌آموختگان در بازار کار
۱۲۵. نسبت دانشجوی به عضو هیئت علمی از ۹/۰۶ به ۱۰/۳
۱۲۶. افزایش سهم بودجه آموزش عالی از GNP (تا حد سه درصد)
۱۲۷. تعداد اعضای هیات علمی جذب‌شده در دانشگاه‌ها از ۱۰۴۹۲ به ۱۱۲۴۲ نفر
۱۲۸. افزایش تعداد رشته‌های جدید بین رشته‌ای از ۱۷ به ۲۰
۱۲۹. نسبت سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی از ۹/۴ به ۱۰ به کل دانشجویان
۱۳۰. تعداد قطب‌های علمی ایجاد شده در گروه علوم پزشکی از ۱۸ به ۳۵
۱۳۱. تعداد انجمن‌های علمی ایجاد شده در گروه علوم پزشکی از ۱۰۰ به ۲۰۰
۱۳۲. تعداد دوره‌های بازآموزی و نوآموزی برای دانش‌آموختگان شاغل و جویای کار از ۱۴۰۰ در سال ۱۳۸۲ به ۳۰۰۰

در سال ۱۳۸۸

۱۳۴. نسبت اعضای هیئت علمی دانشیار به بالا به کل هیات علمی از ۱۱٪ به ۱۲٪
۱۳۵. افزایش پوشش سرانه خوابگاهی دانشگاههای کشور از ۴۰٪ به ۶۰٪
۱۳۶. نسبت صادرات کالاهای فناوری پیشرفته از کل صادرات غیرنفتی به ۶٪ برسد
۱۳۷. افزایش ۳ درصدی اعتبارات پژوهشی به تولید ناخالص داخلی
۱۳۸. افزایش تعداد دانشمندان و کارکنان در تحقیق و توسعه (به ازای هر میلیون نفر) به ۲۰۰۰ نفر

۱۳۹. افزایش تعداد ثبت جواز امتیاز علمی (به ازای هر میلیون نفر) به ۴ جواز علمی
۱۴۰. افزایش تعداد مقالات چاپ شده در مجلات علمی- پژوهشی ایندکس شده در سایت های معتبر بین المللی ()
آت آ به ۱۳۰۰۰ مقاله
۱۴۱. افزایش تعداد مراکز تحقیقاتی (دولتی ، خصوصی) به ۱۵۲ مرکز
۱۴۲. افزایش تعداد R&D ها در بخش خصوصی ۲۰۰ واحد و بخش دولتی به ۱۴۰۰ واحد
۱۴۳. افزایش تعداد شبکه های تحقیقاتی به ۸۰ شبکه
۱۴۴. افزایش تعداد کانونهای تفکر به ۵۰ کانون

اهداف کلی توسعه بخش سلامت در برنامه چهارم: (۸)

۱. تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم
۲. پاسخگویی به نیازهای مرتبط و غیر مرتبط با سلامتی مردم
۳. تامین عدالت مالی از نظر هزینه های بخش

راهبردهای کلان توسعه بخش سلامت در برنامه: (۸)

۱. تضمین مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه های بخش سلامت
۲. ایجاد نظام بیمه ای سلامت نگر
۳. تقویت حاکمیت بالینی و نظارت عالی بر اجرای قوانین و مقررات مرتبط با سلامت
۴. استمرار سیاست تحدیدموالید
۵. توسعه همکاریهای بین بخشی بمنظور ترویج شیوه زندگی سالم در خانه، خانواده، محیط زندگی و کار
۶. اصلاح نظام تعیین تعرفه ودستمزدها همگام با تحولات اقتصادی جامعه
۷. بهبود ساختار نظام سلامتی در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد مردم
۸. سطح بندی و طراحی نظام شبکه سلامت (اعم از شبکه دولتی، خصوصی، خیریه...)
۹. برنامه ریزی ومداخله غیر متمرکز برای مقابله با اولویتهای منطقه ای وتنوع الگوی بیماریها(واگیر و غیر واگیر دار)
۱۰. اجرای نظام ارجاع در شبکه و بخش خصوصی با محوریت پزشک خانواده
۱۱. ارتقا سطح ایمنی و امنیت غذا و تغذیه
۱۲. کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه های سلامتی
۱۳. تغییر روشهای پرداخت بر اساس تقسیم ریسک مالی، کاهش مخاطرات اخلاقی و تقاضای القایی
۱۴. نهادینه سازی نظام تصمیم گیری مبتنی برپژوهشها و شواهد علمی و کاربردی
۱۵. تامین دسترسی آحاد مردم به خدمات پایه سلامت بدون توجه به میزان درآمد آنها
۱۶. مبتنی نمودن ارائه خدمات نظام سلامت بر بسته های استاندارد خدمات سلامتی و ایجاد مکانیسم های علمی برای ورود فن آوریهای نوین بمنظور جلوگیری از ایجاد تقاضای القایی
۱۷. متناسب سازی سهم بخش سلامت از GDP باتوجه به تغییرات سایر بخشها
۱۸. متناسب سازی برنامه های جاری سلامت با اولویت ها ونیاز های اساسی و عوامل مخاطره آمیز سلامت جسمی، روانی و اجتماعی

بخش بهداشت و درمان در برنامه پنجم توسعه

قانون برنامه پنجم توسعه قانون ۲۳۵ ماده دارد و از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۴ شمسی اعتبار دارد. فصل سوم این قانون اختصاص به امور اجتماعی دارد. این فصل از برنامه پنجم که متناظر با فصول هفتم و هشتم برنامه چهارم است، به موضوع‌هایی مانند بیمه‌های اجتماعی و سلامت و درمان، مسایل حمایتی و توانمندسازی، سرمایه اجتماعی، جوانان، خانواده و ایثارگران اختصاص دارد و در موضوع‌هایی مانند تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توزیع امکانات دولتی در واحدهای بهداشتی و درمانی مطابق با سطح‌بندی خدمات آنها، کاهش پرداخت از جیب مردم به ۳۰ درصد، درمان بی‌قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و گسترش پوشش بیمه همگانی سلامت، مشابه برنامه چهارم است.

بقیه مواد این فصل از جمله: حمایت دولت از ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت در بخش غیردولتی، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و برقراری ارتباط آن با پایگاه مرکز آمار ایران، تهیه و ابلاغ فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، تک‌شغله شدن پزشکان، طراحی نظام سطح‌بندی «خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف»، پرداخت حق بیمه پایه سلامت افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسه‌های خیریه توسط دولت، اختصاص ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران جدید است.

بر مبنای ماده (۲۱۷) این قانون کلیه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه‌های اجرائی و عملیاتی خود را در قالب بسته‌های اجرائی برنامه ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه کنند. این بسته‌ها که پس از تصویب هیأت وزیران جهت اطلاع به مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می‌گیرد. (۹)

سیاست‌های کلی ابلاغی بخش سلامت در برنامه (۱۰)

- رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت
- کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم.
- یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی در بخش
- ارتقای شاخصهای سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت
- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی

راهبردهای کلان بخش سلامت در برنامه (۹):

- تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت در امر بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت
- حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت
- پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی را دارند
- ساماندهی بیمه‌های سلامت

اهداف کلی بخش سلامت در برنامه (۹):

- تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه

- ساماندهی ارائه خدمات درمانی
- عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه
- مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های بخش سلامت
- ارتقای امنیت غذا و تغذیه
- افزایش سهم بخش سلامت از یارانه ها

برنامه های کلان بخش سلامت در برنامه(۹):

- ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تدوین استانداردهای ملی پیوست سلامت
- بازطراحی و ایجاد سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت
- محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع،
- سطح‌بندی خدمات،
- خرید راهبردی خدمات،
- واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده(۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری
- پرداخت مبتنی بر عملکرد،
- تدوین و ساماندهی نظام درمانی کشور
- تک شغله شدن پزشکان بخش دولتی
- © حمایت دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت
- کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد(۳۰٪) هزینه‌های سلامت،
- ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی،
- کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان،
- پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج،
- تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی
- کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز
- متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور
- تدوین فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف
- توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده های طبیعی و گیاهی
- نظارت بر سلامت محصولات باغی و زراعی
- اعلام مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی با همکاری وزارت جهاد کشاورزی
- استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
- خدمات الکترونیک بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
- پرداخت تسهیلات ویژه برای پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به‌طور مستمر (حداقل دوسال متوالی) در «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» انجام وظیفه نمایند.
- تمرکز سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تدوین فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء‌مصرف
- اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی
- بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت
- نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- تعرفه گذاری بخش دولتی و خصوصی
- آیین‌نامه‌ای نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی
- تعیین مصادیق تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت
- متناسب نمودن تعرفه‌ها
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت،
- دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت
- ساماندهی نظام ارائه خدمات و توزیع منابع، تسهیلات و امکانات بهداشتی و درمانی بر اساس سطح‌بندی و نظام ارجاع
- تشکیل شورای عالی بیمه سلامت کشور
- بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت
- اختیار واگذاری نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی مصوب، به مؤسسات غیردولتی
- اصلاح نظام پرداخت
- تدوین فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت

راهبردهای بسته اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طول برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه^(۱۱)

- ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت
- خرید خدمات سلامت از بخش خصوصی
- ارتقاء کیفیت خدمات سلامت
- ارتقاء خدمات کنترل محیطی و مهندسی بهسازی محیط
- کاهش شیوع مصرف مواد دخانی، مخدر و روان‌گردان
- افزایش دسترس به خون و فرآورده‌های خونی سالم
- افزایش میزان دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبد غذای سالم
- کاهش فاصله شاخص‌های برخورداری از خدمات سلامت بین مناطق محروم و غیرمحروم
- تمرکز سیاست گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- گسترش پوشش بیمه‌های سلامت

^۱ - به استناد ماده (۲۱۷) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹ کلیه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه‌های اجرایی و عملیاتی خود را در قالب بسته‌های اجرایی برنامه ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه کنند. این بسته‌ها که پس از تصویب هیأت وزیران جهت اطلاع به مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می‌گیرد. بر همین اساس بسته اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۳ به تصویب هیأت وزیران رسید.

- افزایش سهم منابع عمومی در هزینه‌های سلامت
- یکپارچگی تخصیص منابع عمومی
- توزیع عادلانه هزینه‌های سلامت
- توسعه آموزش و پژوهش علوم پزشکی مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور

سیاست‌های اجرایی متخذه برای تحقق راهبردهای اصلی بسته اجرایی (۱۰۳)

- گسترش خرید راهبردی خدمات سلامت با اولویت جلب مشارکت بخش غیردولتی
- توسعه زیرساخت‌ها
- توسعه نظارت و مدیریت بر برنامه‌های پزشک خانواده
- خرید راهبردی خدمات سلامت به قیمت ترجیحی
- خرید خدمات اولویت دار در راستای تعیین عدالت در سلامت
- ارتقاء کمی و کیفی نظام مراقبت از گروه‌های هدف
- پیشگیری، کنترل و کاهش شیوع و بروز بیماری‌ها
- ارتقاء سطح سلامت اجتماعی جامعه
- اعتلاء آگاهی‌های عمومی در زمینه سلامت
- ارتقاء کیفی خدمات سطح ۲ و ۳
- حمایت از تولید داخلی فرآورده‌های بیولوژیک
- توانمندسازی نیروی انسانی بخش سلامت
- پیشگیری از سوء مصرف مواد دخانی، مواد مخدر و روان گردان
- درمان مبتلایان به بهبود کیفیت زندگی آنان
- دسترسی به فرآورده‌های خونی سالم
- توسعه توانمندی‌های مقابله با بلایا در سطوح مختلف نظام سلامت
- ارتقاء سیستم پایش امنیت غذایی
- توسعه کیفیت خدمات مراقبت تغذیه‌ای
- ارتقاء خدمات سلامت مادر و کودک در مناطق محروم
- یکپارچگی در تولید اطلاعات مرتبط با سلامت
- مدیریت یکپارچه دانش و اطلاعات حوزه سلامت
- متناسب سازی منابع با نظام ارائه خدمات سلامت
- توسعه نظارت در جهت کاهش تخلفات و سوء استفاده در نظام سلامت
- ارتقاء بهره‌وری کلیه عوامل در نظام سلامت
- تشکیل شبکه‌های فعال در جهت مشارکت و ائتلاف ذی نفعان در سیاست‌گذاری سلامت
- تجمیع بیمه‌های سلامت و اجباری کردن بیمه پایه سلامت
- هدفمندسازی یارانه‌ها برای حمایت اقشار آسیب‌پذیر
- توسعه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و مشارکت عادلانه در هزینه‌های سلامت
- حمایت از ارتقاء کیفی خدمات آموزشی، پژوهشی، رفاهی و فرهنگی علوم پزشکی

بررسی بودجه های بخش سلامت در سالهای ۱۳۸۴-۱۳۹۳

بودجه کل کشور تنها یک برنامه مالی سالانه نیست بلکه برنامه ای است که در قالب آن کلیه فعالیت های اقتصادی دولت جهت گیری و سامان می یابد. آثار و جهت گیری عملیات اقتصادی دولت نیز با توجه به حجم و نقش دولت در اقتصاد ملی کلیه فعالیت های اقتصادی کشور را تحت تأثیر قرار می دهد. با وجود این تأثیرپذیری ویژگی ها و جهت گیری کلان اقتصادی بودجه کل کشور در دستیابی به اهداف برنامه های توسعه اهمیت ویژه ای برخوردار است. بودجه های سنواتی باید به گونه ای تنظیم شود که سیاست ها و اهداف کلان برنامه های توسعه را محقق سازد.

سال ۱۳۸۴

در این سال، مصادف با ابلاغ قانون برنامه چهارم توسعه، و در اجرای بند "ب" ماده ۱۴۵ آن، دستگاه های اجرایی موظف شدند برای کاهش حجم تصدی های خود و افزایش مشارکت مردم در اداره امور کشور، موارد و میزان واگذاری تصدی های اجتماعی، فرهنگی، تولیدی، خدماتی و نظایر آن را جهت کاهش سه درصد (۳٪) از تصدی های دولت بر حسب برنامه و فعالیت، در موافقتنامه اعتبارات هزینه ای مورد مبادله منظور نمایند. سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مکلف شد از تأمین اعتبار جهت پروژه های تملک دارایی های سرمایه ای نیمه تمام و یا آماده بهره برداری خودداری نماید. و از همین سال به صراحت، دستگاه های اجرایی مکلف شدند صرفاً پس از تأمین صددرصد حقوق و مزایای مستمر کارکنان و افزایش ضریب حقوق آنان، پاداش بازنشسته ها، پاداش پایان سال و سایر هزینه های قانونی پرسنلی دستگاه تا پایان سال نسبت به پیش بینی سایر هزینه ها اقدام نمایند.

تحول گسترده در این سال، استقلال اداری-استخدامی-تشکیلاتی و مالی-معاملاتی دانشگاه ها و حرکت در جهت هویت بخشی به بیمارستان ها و مراکز درمانی به عنوان یک نهاد مستقل، براساس مواد ۴۹ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه بود. ضمناً اجازه داده شد تا دانشگاه ها بتوانند مازاد درآمد اختصاصی خود، در حوزه های آموزشی و پژوهشی را مجدداً دریافت کنند.

در همین سال با شروع طرح بیمه روستایی در اواخر سال ۱۳۸۳ در عمل تحولی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات اولیه سلامت ایجاد گردید. به همین جهت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده شد تا در راستای اجرای قانون بیمه همگانی درمانی، نسبت به هرگونه جابجایی، تغییر ردیف و کاهش یا افزایش سقف اعتبار ردیف ها در محدوده اعتبارات مصوب به میزان سی درصد اقدام نماید. و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف شد در صورت بستری شدن اقشار آسیب پذیر که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار نداشتند، و کلیه روستاییان و اهالی شهرهای زیر بیست هزار نفر، نسبت به بیمه رایگان آنها از طریق سازمانهای ذی ربط اقدام نماید. ضمن اینکه سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف شد پنجاه درصد حسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی به عنوان علی الحساب پرداخت نماید. و کلیه سازمان های بیمه خدمات درمانی موظف شدند بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی-درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه را پرداخت نمایند.

از آنجا که یکی از سیاست های دولت تقویت توان اورژانس کشور بود، لذا براساس ماده ۸۵ قانون برنامه چهارم توسعه، به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده شد برای تأمین آمبولانس مورد نیاز پایگاههای اورژانس، بیمارستانها و شبکه بهداشتی درمانی کشور، نسبت به واردات دو هزار دستگاه آمبولانس و تجهیزات مربوطه با استفاده از منابع عمومی و استفاده از تسهیلات و همچنین تأسیس و راه اندازی تعداد پنجاه پایگاه اورژانس جدید اقدام نماید. در همین سال مصوبه «ممنوعیت هرگونه سرمایه گذاری دستگاه های اجرایی اعم از کشوری و لشگری، به استثنای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت ساخت و توسعه واحدهای جدید بهداشتی و درمانی» مجدداً تکلیف شد. و با ابلاغ «تخصیص اعتبار برای تأمین خانه برای

متخصصین پزشکی در شهرهای زیر یک‌صد هزار نفر به ازاء هر ده تخت یک منزل مسکونی» امکان جذب متخصصین به مناطق محروم و کم‌برخوردار فراهم شد.

علاوه بر تقویت خدمات درمانی، در جهت حرکت به سوی ارتقاء بهداشت، مصوبه ای به این شرح که «به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان (به استثنای موارد عمل‌های زیبایی) کودکان زیر ۱۲ سال، شبکه بهداشتی و درمانی کشور موظف شد خدمات پیشگیری از این بیماریها را انجام دهد و در صورت نیاز به ارجاع جهت درمان این بیماریها طبق تعرفه مشخص بصورت کامل از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تحت پوشش قرار گیرد. و بار مالی ناشی از این تکلیف از محل حذف اعتبار بیمه درمان ذیل دستگاه‌های اجرائی به میزان حداقل یکصد میلیارد ریال (سه‌م هر یک از دستگاه‌های مذکور معادل پنجاه درصد) تأمین و در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی قرار گیرد.» (۱۲)

سال ۱۳۸۵

با توجه به تأکید بر بودجه ریزی عملیاتی در سال ۱۳۸۵ و به استناد بند الف ماده ۴۹ که تأکید می کرد اعتبارات هزینه ای دانشگاهها و موسسات آموزش عالی از محل بودجه عمومی دولت بر اساس قیمت تمام شده به دستگاههای اجرایی اختصاص یابد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تهیه آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نمود.

در اجرای ماده ۸۷ قانون برنامه چهارم توسعه به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، بانک مرکزی موظف شد مبلغ یکصد میلیارد ریال تسهیلات را با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در اختیار بخش خصوصی و تعاونی قرار دهد.

در همین سال به دولت اجازه داده شد به منظور نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی، اورژانس هوایی، آزمایشگاههای مرجع و غذا و دارو، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور و مراکز درمانی و توانبخشی خاص جانبازان به ویژه نخاعی، شیمیایی و اعصاب و روان معادل دویست میلیون دلار از محل حساب ذخیره ارزی در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و دستگاههای فوق قرار گیرد و حتی حقوق گمرکی، مالیات، حقوق ورودی، سود بازرگانی و عوارض تجهیزاتی که از این محل وارد می شود، صرف همین منظور گردد. و معادل چهل میلیون دلار نیز از حساب ذخیره ارزی برای مطالعه و اجرای دو هزار تخت بیمارستانی در شهرهایی با اولویت زیر اولویت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه گردد:

(۱) شهرستانهای فاقد تخت بیمارستانی با حداقل جمعیت پنجاه هزار نفر و حداقل ۵۰ کیلومتر فاصله از نزدیکترین بیمارستان

(۲) شهرهایی که جمعیت آنها بین بیست تا پنجاه هزار نفر می باشد و مراکز بهداشتی، درمانی شبانه روزی با امکانات تخصصی، تسهیلات زایمانی، آمبولانس و تخت اورژانس بستری ندارند

(۳) بیمارستانهای جایگزین در شهرستانهایی که بیمارستان آنها فرسوده و بیش از ۵۰ سال قدمت دارد

این در حالی بود که بازسازی امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی شهرستان بم هنوز در دستور اکید دولت قرار داشت. و در همین سال همچون سال قبل، مبلغی معادل بیست میلیارد تومان برای ساخت یک هزار واحد مسکونی برای متخصصین پزشکی در شهرهای زیر یک صد هزار نفر (به ازاء هر ده تخت یک منزل مسکونی) تخصیص یافت تا امکان جذب متخصصین به مناطق محروم و کم‌برخوردار فراهم شود. ضمناً جاری سازی آیین نامه های موضوع مواد ۴۹ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه تداوم یافت و به دانشگاهها اجازه داده شد تا مازاد درآمد اختصاصی خود، در حوزه های آموزشی و پژوهشی را مجدداً دریافت کنند.

در سال ۸۵ سازمان‌های بیمه خدمات درمانی مکلف گردیدند ۸۰ درصد مبلغ صورت‌حساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را ظرف دو هفته اول بصورت علی‌الحساب و بقیه را ظرف مدت سه ماه از تحویل اسناد پرداخت نماید. این مصوبه نگاه ویژه مجلس را به تأمین به موقع منابع مالی مراکز درمانی نشان می‌دهد. هر چند تدوین آیین‌نامه اجرایی آن دچار پیچ و خم‌های بسیار گردید. در همین رابطه به وزارتخانه مجوز داده شد تا مابه‌ازای ثبت‌نماینده‌گی هر کارخانه تولیدکننده کالاها و محصولات دارویی، غذایی، آرایشی و بهداشتی و مواد و لوازم و تجهیزات پزشکی مبلغ ۵ میلیون و چهارصد هزار تومان و برای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکت‌های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور، معادل نه صد هزار تومان و برای بازدید شرایط ساخت کارخانجات معادل چهارمیلیون و پانصد هزار تومان دریافت کند.

ساخت پنجاه پایگاه اورژانس از اقدامات اساسی دیگر بود که مجوز آن در راستای افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی-درمانی به وزارت بهداشت داده شد. و مصوبه‌ای جدید برای توسعه فعالیت‌های بیمارستانی در قالب ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم (هیئت امنایی کردن بیمارستان‌ها) برداشته شد. اختصاص مبلغ صد میلیارد تومان اعتبار برای ساخت، تکمیل، تجهیز و راه‌اندازی بیمارستان‌ها، به ترتیب اولویت اختصاص یابد. از همین سال عوارض سیگار پایدار شد و مبلغ اخذ شده از تولیدکنندگان و واردکنندگان، به وزارت بهداشت و سازمان تربیت بدنی تعلق گرفت تا صرف توسعه اقدامات مبارزه با دخانیات، گسترش شبکه بهداشتی کشور، کنترل سل و سرطان و بیماری‌های ریوی و گسترش فضاهای ورزشی کنند. در همین سال تخصیص اعتبارات گسترده برای توسعه ورزش بسیار قابل توجه است.

بیمه کردن رایگان اقشار محروم و روستاییان و اهالی شهرهای کمتر از بیست هزار نفر جمعیت که تحت پوشش بیمه نیستند، توسط سازمان بیمه خدمات درمانی در زمان بستری در بیمارستان در همین سال در دستور کار قرار گرفت. و یارانه تأمین داروهای و شیرخشک به میزان ۲۲۵ میلیارد تومان مصوب گردید. و برای اولین بار اعتباری برای شناسایی اقشار آسیب‌پذیر در اختیار وزارت رفاه در نظر گرفته شد. (۱۳)

سال ۱۳۸۶

سال ۱۳۸۶ اولین سالی بود که توزیع بودجه به تفکیک دستگاه‌های زیرمجموعه توسط وزارتخانه‌ها صورت گرفت و اولین سالی بود که اعتبار حقوق و مزایای دستگاه‌ها تحت عنوان بند (و) تبصره ۱۹ قانون بودجه، از سرجمع اعتبارات مصوب دستگاه کسر و توسط خزانه داری کل کشور بلوکه گردید و تنها توزیع تخصیص اعتبار توسط وزارتخانه صورت گرفت.

سال ۸۶ را می‌توان سال تحول در مدیریت بیمارستان قلمداد کرد. براساس بند الف تبصره ۱۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز شد تا در راستای اجرای مواد ۴۹ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه، علاوه بر بیمارستان‌های منتخب مندرج در جدول شماره ۸ قانون بودجه سال ۱۳۸۵ کل کشور تا بیست درصد از بیمارستان‌های خود را برای اداره به صورت هیأت امنایی تعیین و اعلام نماید. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی موظف شدند صد درصد اعتبارات عمومی و درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌های مزبور را در اختیار هیأت امنای مربوطه قرار دهند. این اعتبارات پس از اختصاص به هزینه قطعی منظور خواهد شد. هیأت امناء ضمن داشتن اختیار در هزینه نمودن اعتبارات، مسؤولیت پاسخگویی به دانشگاه مربوطه و وزارت متبوع را دارد.

همچنین در بودجه این سال به دولت اجازه داده شد کلیه بیمارستان‌های نیمه دولتی که عملیات ساختمانی آنها تا پنجاه درصد پیشرفت فیزیکی داشت به منظور تکمیل، تجهیز و بهره‌برداری با هدف خیرخواهانه به اشخاص حقیقی و حقوقی غیردولتی بلاعوض واگذار شود. البته مصوب گردید تا اسناد مالکیت اینگونه بیمارستان‌ها پس از ده سال بهره‌برداری مشروط به رعایت تعرفه‌های درمانی وزارت بهداشت به اشخاص مذکور واگذار گردد و ضمناً تغییر کاربری این بیمارستان‌ها ممنوع شد.

در جهت تأمین به موقع منابع مالی بیمارستان‌ها در این سال نیز مصوب گردید تا سازمان بیمه خدمات درمانی تمامی اعتبارات ردیف‌های مربوط به بیمه درمان را صرفاً به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه‌شدگان اختصاص دهد. و هشتاد درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته بعنوان علی‌الحساب و بقیه

مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نماید. و در صورت عدم اجراء حکم، سازمان‌های بیمه‌گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله شدند.

در این سال به صراحت اخذ عوارض یا مالیات سلامت برای اقدامات و کالاهای تهدید کننده سلامت رسمی شد. در واقع دولت مجوز گرفت تا معادل ده درصد قیمت هر نخ سیگار تولید داخل، بیست درصد قیمت سیگار وارداتی، بیست درصد توتون قلیان وارداتی، بیست درصد توتون پیپ و سایر مواد دخانی را افزایش دهد. و درآمد حاصله پس از واریز به درآمد عمومی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد تا به منظور توسعه مبارزه با دخانیات، از طریق حمایت از مراکز مشاوره‌ای و درمانی غیردولتی ترک مصرف مواد دخانی، نوسازی و تکمیل شبکه بهداشتی، کمک به تحقیقات مؤسسات دولتی و غیردولتی در مورد بیماری‌های ناشی از استعمال سیگار، کنترل بیماری‌های سل و سرطان و بیماری ریوی از طریق درمان و تأمین داروی مورد نیاز، شناسایی بیماری‌های دیابتی و پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق، و سازمان بهزیستی برای کمک به مراکز ترک اعتیاد غیردولتی و سازمان تربیت بدنی برای احداث و تکمیل طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و توسعه فعالیت‌های ورزشی هزینه شود. از اعتبار ردیف فوق‌الذکر شصت درصد مربوط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و چهل درصد مربوط به سازمان تربیت بدنی شد. از سهم وزارت بهداشت و سازمان تربیت بدنی پنجاه درصد اعتبارات هزینه‌ای و پنجاه درصد اعتبارات تملک‌دارایی سرمایه‌ای مشخص گردید. و پنجاه درصد سهم سازمان تربیت بدنی به توسعه ورزش روستایی اختصاص یافت. همچنین مجوز افزایش معادل ده درصد به قیمت نوشابه‌های گازدار قندی تولید داخل و پانزده درصد به قیمت نوشابه‌های گازدار قندی وارداتی صادر شد. شصت درصد درآمد حاصله تا مبلغ پانصد میلیارد ریال در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شد تا به منظور پیشگیری، آموزش، تغییر زندگی و غربالگری بیماران دیابتی و بیماران قلبی و عروقی و کمک به هزینه درمان بیماران بی‌بضاعت مبتلا به دیابت و کمک به انجمن‌های غیردولتی ذیربط هزینه گردد.

در سال ۸۶ نیز موضوع بیمه کردن رایگان اقشار محروم و روستاییان و اهالی شهرهای کمتر از بیست هزار نفر جمعیت که تحت پوشش بیمه نیستند، به همان صورت استمرار یافت. همچنین یارانه تأمین دارو و شیرخشک تداوم پیدا کرد. از سوی دیگر اتفاق جدیدی در جهت هدفمندسازی یارانه‌ها صورت گرفت: «در راستای جبران اثرات حذف تدریجی یارانه‌ها بر اقشار آسیب‌پذیر و اجرای برنامه‌های رفاه و تأمین اجتماعی، بیست و پنج درصد (۲۵٪) از مبلغ سه هزار میلیارد ریال در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شد تا برای پرداخت دیه بیماران هموفیلی و حمایت از بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی، سرطان خون و ام.اس)، صعب‌العلاج، سرطانی، الزایمر و کمک به تأمین هزینه بیماران که دچار هزینه‌های تحمل‌ناپذیر هستند هزینه نماید.» (۱۴)

سال ۱۳۸۷

سال ۱۳۸۷ تبصره‌های قانون بودجه حذف و ماده واحده به جای تبصره‌ها در قانون بودجه جایگزین شد و توزیع بودجه به تفکیک دستگاه‌های زیرمجموعه توسط وزارتخانه انجام شد و موافقتنامه‌های اصلی و عملیاتی میان واحدهای زیرمجموعه دستگاه‌های اجرایی توسط دستگاه مبادله و اعتبارات نیز توسط دستگاه توزیع گردید. از اتفاقات مهم این سال، ادامه فعالیت ۱۸ بیمارستان منتخب در قالب نظام اداره هیئت امنایی بصورت قانونی مصوب گردید. (۱۵)

سال ۱۳۸۸

در جهت تأمین به موقع منابع مالی بیمارستان‌ها در این سال نیز مصوب گردید تا سازمان‌های بیمه خدمات درمانی شصت درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته بعنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نماید. و در صورت عدم اجراء حکم، سازمان‌های بیمه‌گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله شدند.

ضمناً علاوه بر ادامه فعالیت ۱۸ بیمارستان منتخب در قالب نظام اداره هیئت امنایی، مقرر شد به ازای هر دانشگاه یک بیمارستان آموزشی هم به جمع این دسته از بیمارستان‌ها اضافه شود. و تمام اختیارات قانونی دانشگاه به هیئت امنای بیمارستان واگذار گردد. و اعضای هیئت علمی این مراکز درمانی بصورت تمام وقت جغرافیایی به خدمت مشغول شوند. و تعرفه حق‌العلاج و هتلینگ این بیمارستان‌ها ۳,۶ برابر تعرفه دولتی در نظر گرفته شد (دو برابر از سوی سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و ۱,۶ برابر از منابع عمومی). و برای اولین بار به این بیمارستان‌ها اجازه داده شد تا با سازمان‌های تجاری بیمه درمان، قرارداد بیمه تکمیلی داشته باشند.

در این سال برای اولین بار طرح پزشک خانواده در سطح روستا و شهرهای زیر یک‌صد هزار نفر، تا پایان سال ۸۸، با همکاری بخش غیردولتی رسماً تکلیف گردید. بطوری‌که ۴۰ درصد اعتبارات مصوب این برنامه باید به امر ارائه خدمت در سطح اول اختصاص می‌یافت. ضمناً به منظور توسعه خدمات در سطوح دوم و سوم، همکاری بخش غیردولتی در اولویت کار قرار گرفت. همچنین در جهت هدفمندسازی یارانه‌های دارو و مواد غذایی، در بودجه سال ۸۸ مصوب گردید تا قیمت داروهایی که امکان سوء مصرف برای آنها وجود دارد تا صد درصد افزایش یابد، تا درآمد حاصله صرف تهیه داروهای حیاتی برای بیماری‌های صعب‌العلاج گردد. در این سال نیز، سهمی از اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌ها به مقوله تحقیقات کاربردی، بدون نیاز به رعایت قوانین و مقررات عمومی کشور تخصیص یافت. (۱۶)

سال ۱۳۸۹

اتفاق مهم در سال ۱۳۸۹، تمدید قانون برنامه چهارم توسعه به مدت یک سال دیگر بود. ضمناً اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها از تحولات اساسی اقتصادی کشور به حساب می‌آمد که در این سال بصورت جدی مطرح شد. همچنین برای کنترل بیشتر هزینه‌های پرسنلی مقرر شد تا حقوق و مزایای پرسنل قراردادی، شبیه پرسنل رسمی و پیمانی، از طریق خزانه‌داری کل کشور، تحت عنوان بند «و» قانون بودجه، و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی پرداخت گردد. جالب توجه آن که در این سال به استناد سیاست کلی ۲۲ برنامه پنجم توسعه (که شروع آن از سال ۹۰ بود)، دولت موظف گردید از حداقل ۲۰ درصد اعتبارات صندوق توسعه ملی برای تکمیل و توسعه پروژه‌های عمرانی مختلف و از جمله سلامت اختصاص دهد.

قانون کاهش ساعات کار پرستاران و کسری اعتبار ناشی از اجرای آن و ایجاد ۶ دانشگاه/ دانشکده جدید تربت حیدریه، نیشابور، مراغه، کرج، دزفول، جیرفت از دیگر اتفاقاتی است که در قانون بودجه آن سال رخ داد. البته نکته قابل توجه برگشت داده شدن مازاد درآمد اختصاصی دانشگاه به همان دانشگاه است. در عین حال دستگاههایی همچون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شدند ۵ درصد اعتبارات هزینه‌ای خود را با واگذاری تصدی‌ها به بخش غیردولتی کاهش دهند. در این رابطه واگذاری پروژه‌های نیمه تمام حوزه سلامت نیز طرح گردید.

در سال ۸۹ نیز شاهد هستیم که سهمی از اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌ها به مقوله تحقیقات کاربردی، بدون نیاز به رعایت قوانین و مقررات عمومی کشور تخصیص یافته است. ضمناً اجازه داده شد تا دو درصد از اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌ها دستگاه به امور پژوهشی و توسعه علم و فناوری اختصاص داده شود.

در این سال به دستگاه‌ها اجازه داده شد تا سه درصد از اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌ها خود را صرف کمک به امور هزینه‌ای و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای حوزه‌های مختلف امور اجتماعی و از جمله سلامت کنند. ضمناً اداره امور بیمارستانی در قالب هیئت امنایی به همان صورت سال گذشته تمدید گردید. همچنین موضوع تأمین به موقع منابع مالی بیمارستان‌ها با پرداخت شصت درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد توسط سازمان‌های بیمه خدمات درمانی، قبل از رسیدگی، حداکثر ظرف دو هفته بعنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی، درمانی حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور ابقا شد. البته بیمه کردن افراد مستضعف و محروم فاقد بیمه خدمات درمانی مجدداً بر وزارت رفاه تکلیف شد. (۱۷)

سال ۱۳۹۰

علاوه بر جبران تعهدات قانون هدفمندسازی یارانه ها، عمل به تکالیف مصرح در قانون برنامه پنجم توسعه و نیاز به اعتبار برای انجام این تکالیف از مهمترین موضوعات مطرح در بودجه سال ۱۳۹۰ بود. به علاوه تشکیل سازمان غذا و دارو، ایجاد ردیف مستقل بودجه ای برای ۴ دانشگاه/ دانشکده جدیدالتأسیس اسدآباد، اسفراین، بم و آبادان و همچنین ایجاد ردیف مستقل برای پژوهشکده محیط زیست تهران و مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان، و ایجاد ردیف متفرقه تحت عنوان «ارتقاء بیمه های درمان» بابت اجرای بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم، رشد ۳۹٪ درصدی اعتبار بیمه رایگان روستائیان و شهرهای زیر بیست هزار نفر و کاهش عوارض سیگار برای تولید داخلی از ۱۰٪ به ۵٪ از دیگر اتفاقات مهم و موثر بر منابع مالی وزارت بهداشت در این سال بود. اختصاص بندی به منظور اجرای بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم از محل هدفمندسازی یارانه ها از اتفاقات بودجه ای این سال در بخش سلامت بود. (۱۸)

سال ۱۳۹۱

در این سال، طبق ماده واحده ۳-۴۵ مبلغ شصت هزار میلیارد ریال به منظور اجرای بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم از محل هدفمندسازی یارانه ها و ایجاد ردیف جدید مستقل ۱۱-۱۲۹۰۰۰ تحت عنوان «فعالیت های فرهنگی دانشگاه های علوم پزشکی»، ایجاد ردیف متفرقه ۹۶-۵۳۰۰۰۰ تحت عنوان «وزارت بهداشت- اعتبارات موضوع بند «الف» ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم» با اعتبار هفتصد میلیارد ریال برای احصاء و تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف، ایجاد ردیف متفرقه ۹۷-۵۳۰۰۰۰ تحت عنوان «وزارت بهداشت- اعتبارات موضوع بند «ج» ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم» با اعتبار دویست میلیارد ریال برای کنترل و مدیریت تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت، حذف دو ردیف اجرای برنامه های سلامت و اعتبار بیماران دیابتی و قلبی و عروقی و ادغام آنها در ردیف جدید ۱۲۹۴۵۰ در راستای اجرای بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم، حذف اکثر ردیف های متفرقه و انتقال آنها به ردیف ۱۲۹۴۵۰ برای توسعه مبارزه با دخانیات، آنفلونزای پرندگان و کاشت حلزون گوش، و دستور شروع اجرای برنامه پزشک خانواده از مهمترین اتفاقات و برنامه های موثر در بودجه و منابع مالی وزارت بهداشت و سازمانهای وابسته بود. (۱۹)

سال ۱۳۹۲

در این سال دولت مکلف گردید از طریق سازمان امور مالیاتی در مقاطع سه ماهه درآمد حاصل از افزایش پانزده درصد (۱۵٪) قیمت نوشابه گازدار قندی تولید داخل و ۲۰ درصد قیمت نوشابه گازدار قندی وارداتی را دریافت و به حساب ردیف درآمدی ۱۶۰۱۲۳ واریز نماید. درآمد وصولی به نسبت ۶۰ درصد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت پیشگیری و درمان بیماران دیابتی اقدام نماید. ضمناً مقرر شد تا مبلغ پنجاه هزار میلیارد (۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد (۲۰)

سال ۱۳۹۳

مهمترین اتفاق بودجه ای این سال بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، یک واحد درصد به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده و تخصیص آن از طریق ردیف ۱۲۲-۵۳۰۰۰۰ به پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع)، بود.

ضمناً در این سال مبلغ چهل و هشت هزار میلیارد (۴۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اختصاص داده شد. همچنین مقرر گردید عوارض واردات خودروهای سواری به میزان پنج درصد (۵٪) قیمت تحویل روی کشتی (فوب) افزایش یابد و درآمد حاصله پس از واریز به حساب خزانه‌داری کل کشور تا سقف یک هزار و پانصد میلیارد (۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. (۲۱)

در پیوست یک تبصره‌ها و ردیف‌های بودجه‌ای مرتبط با سلامت آورده شده است

تطبیق بودجه‌های سنواتی با احکام برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه

برای یافتن تناظر میان بودجه‌های سنواتی و قانون برنامه در دو جدول زیر به مقایسه تبصره‌های بودجه‌ای بخش بهداشت و درمان با حکم معادل آن در برنامه توسعه پرداخته شده است.

جدول ۱- تطبیق تبصره‌های بودجه‌های سالهای ۱۳۹۳-۱۳۹۰ با قانون برنامه پنجم توسعه

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه	
۱۳۹۳	تبصره ۱۸- بند ج	افزایش عوارض واردات خودروهای سواری به‌منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس	در راستای بند الف ماده ۳۷ اما مطابقت کامل ندارد	
	تبصره ۱۳- بند ز	درآمد حاصل از خرید عدم انجام تعهدات بورس	-	
	تبصره ۱۳- بند ح	وجه اداره شده پرداختی به صندوق رفاه دانشجویان	-	
	تبصره ۱۳- بند ط	منابع ریالی حاصل از فروش ارزی	-	
	تبصره ۱۶- بند ج	هزینه‌های درمانی مربوط به ایثارگران	بند ب ماده ۴۴	
	تبصره ۹- بند ط	افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده به منظور پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست‌هزار نفر جمعیت	در راستای ب ماده ۳۸ اما مطابقت کامل ندارد حتی در برخی موارد تضاد دارد.	
	تبصره ۱۵- بند د	بیمه درمان رزمندگان	-	
	تبصره ۲۱- بند الف-۲	اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)	
	۱۳۹۲	۳۶	احداث خانه‌بهداشت	-
		۷۲	افزایش قیمت نوشابه گازدار قندی جهت درمان دیابت	در راستای بند الف ماده ۳۷ اما مطابقت کامل ندارد
۸۱-۳		اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)	
۸۳		پرداخت علی‌الحساب ۶۰ درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی	-	

۲- جدول کامل در پیوست ۲ آورده شده است.

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه
		بیمه ها	
	۸۷	بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری	-
	۹۸	خدمات بیمه و درمان تکمیلی ایثارگران	بند(ب) ماده(۴۴)
	۱۱۷	وجوه اداره شده پرداختی به صندوق رفاه دانشجویان	-
۱۳۹۱	۳- ۴۳	احداث خانه های بهداشت، تأمین آمبولانس	-
	۳- ۴۵	اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)
	۵۵	درآمد وصولی ناشی از اجرای بند (ج) ماده (۳۷)	بند (ج) ماده (۳۷)
	۶۰	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۶۱	واریز ده درصد (۱۰٪) از اصل حق بیمه شخص ثالث	-
	۶۵	صدور دفترچه درمانی رایگان	-
	۸۷	احداث فضاهای بهداشتی، درمانی،	-
۱۳۹۰	۲-ب	اجرای بند «ب» ماده «۳۴»	بند (ب) ماده (۳۴)
	۹۲	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۱۱۴	وجوه اداره شده پرداختی به صندوقهای رفاه دانشجویان	-

جدول ۲- تطبیق تبصره های بودجه سالهای ۱۳۸۹-۱۳۸۴ با قانون برنامه چهارم توسعه

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه
۱۳۸۹	۲-ه	مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها	-
	۷-الف	حقوق و مزایای کارکنان قراردادی	-
	۷-ی	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۷-ف	اصلاح ساختار و واگذاری وظایف امور تصدی گری	-
	۱۶-ه	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	-
۱۳۸۸	۱۱-الف-۳	تحقق احکام مواد(۱۳)،(۱۶)و(۲۴) قانون مدیریت خدمات کشوری	-
	۱۲	کاهش قیمت داروهای بیماریهای صعبالعلاج	-
	۲۲	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-

۳- جدول کامل در پیوست ۲ آورده شده است.

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه
	۲۴	بیمارستانهای هیات امنایی	بند ج ماده ۸۸
	۲۵	وجوه اداره شده صندوق رفاه دانشجویان	-
	۲۹	طرح های دانشگاهی مشمول ماده ۴۹	ماده ۴۹
	۲۸	مآزاد درآمد اختصاصی دانشگاهها	-
	۳۷	تأمین سلامت به صورت عادلانه	در راستای بند ب ماده ۹۱
۱۳۸۷	۲۵	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان	-
۱۳۸۶	تبصره ۲ بند ۳	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان	-
	تبصره ۹ - بند ج	اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)
	تبصره ۱۴ - بند الف	بیمارستان های هیأت امنایی	بند ج ماده ۸۸
	تبصره ۱۴ - بند ب	بیمه همگانی درمانی	بند ب ماده ۹۶
	تبصره ۱۴ - بند پ	بیمه محصولات خونی	-
	تبصره ۱۴ - بند ت	درآمد اختصاصی مؤسسه انستیتو پاستور ایران و سازمان انتقال خون ایران	-
	تبصره ۱۴ - بند ث	وجوه حاصل از درآمد اختصاصی	-
	تبصره ۱۴ - بند ج	افزایش قیمت سیگار به منظور توسعه مبارزه با دخانیات	-
	تبصره ۱۴ - بند چ	حمایت از بخش غیر دولتی	-
	تبصره ۱۴ - بند ح	احداث بیمارستان توسط بخش غیردولتی	بند (ج) ماده (۱۴۵)
	تبصره ۱۴ - بند خ	کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیر دولتی	-
	تبصره ۱۴ - بند د	عوارض ثبت دارو	-
	تبصره ۱۴ - بند ذ	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	بند ب ماده ۹۶ ماده (۹۱)
	تبصره ۱۴ - بند ط	یارانه دارو و شیرخشک	-
	تبصره ۱۴ - بند ع	بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری	-
	تبصره ۱۴ - بند غ	تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقاء سطح سلامت جانبازان شیمیایی	-
	تبصره ۱۴ - بند ف	پوشش رایگان جانبازان شیمیایی	-
	تبصره ۱۴ - بند ق	افزایش قیمت نوشابه های گازدار قندی به منظور پیشگیری و درمان دیابت	-
	تبصره ۱۴ - بند ک	پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه
۱۳۸۵	تبصره ۱۴ بند- ن	واگذاری بیمارستانهای نیمه دولتی	-
	تبصره ۱۵ بند-ب	پرداخت دیه بیماران هموفیلی و حمایت از بیماران خاص	ماده ۹۰
	تبصره ۲ - بند ۹	تسهیلات در راستای اجرای ماده ۸۷	ماده ۸۷
	تبصره ۲ بند ۱۱ ج -	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان	-
	تبصره ۲ بند ۲۶	نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانها	-
	تبصره ۲ بند ۲۷-	ساخت بیمارستان	-
	تبصره ۹- بند د	اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)
	تبصره ۱۴ بند الف	پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
	تبصره ۱۴ بند- ب	عوارض ثبت دارو	-
	تبصره ۱۴ بند- ج	عوارض بابت صدور کارت بهداشتی	-
	تبصره ۱۴ بند -د	تقویت اورژانس و فوریت های پیش بیمارستانی	ماده (۸۵)
	تبصره ۱۴ بند -ه	پیشگیری و درمان بیماری های دهان و دندان	-
	تبصره ۱۴ بند -و	ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان	-
	تبصره ۱۴ بند- ز	بیمارستانهای هیات امنایی	بند ج ماده ۸۸
	تبصره ۱۴ بند-ح	تکمیل عملیات اجرایی طرحهای بیمارستانی	در راستای ماده (۸۹)
	تبصره ۱۴ بند- ط	افزایش قیمت سیگار به منظور توسعه مبارزه با دخانیات	-
	تبصره ۱۴ بند- ی	عوارض بازدید کارخانجات داروسازی	-
	تبصره ۱۴ بند- ک	پوشش مناسب مصدومان شیمیایی	-
	تبصره ۱۵ بند-الف	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	بند (الف) و (ب) ماده ۹۶ ماده (۹۱)
	۱۳۸۴	تبصره ۱- ۵ -	تسهیلات جهت اجرای ماده (۸۷)
تبصره ۹ - ث		نحوه اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)
تبصره ۱۴ بند - الف		پرداخت علی الحساب ۵۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
تبصره ۱۴ بند -ب		عوارض ثبت هر قلم دارو	-
تبصره ۱۴ بند -پ		عوارض صدور کارت بهداشتی	-
تبصره ۱۴ بند -ث		تقویت اورژانس و فوریتهای پیش بیمارستانی	ماده (۸۵)
تبصره ۱۴ بند -ج		پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان	-
تبصره ۱۴ بند -چ		ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی	-
تبصره ۱۵ بند -الف		بیمه بستری اقشار آسیب پذیر	بند ب ماده ۹۶

سال	شماره بند	موضوع	ماده مرتبط در برنامه
	تبصره ۱۵ بند ب- ۵	تأمین یارانه دارو و شیرخشک	-
	تبصره ۱۵ بند ث	بیمه درمانی مکمل برای بازنشستگان کشوری، لشکری	-
	تبصره ۱۵ بند ص	تأمین بهداشت و درمان جانبازان	-
	تبصره ۱۹ - بند ح ۲-	جبران کسری احتمالی حقوق و مزایای بخش بهداشت و درمان	-

بحث و پیشنهاد

بحث:

احکام بخش سلامت در برنامه های توسعه تا حدی تحت تاثیر الگوهای جهانی بوده است این موضوع بخصوص در برنامه چهارم و پنجم بخوبی خود را نشان می دهد. اما این احکام مترقی نتوانستند تجلی مناسبی در بودجه های سنواتی داشته باشند بودجه ریزی در بخش عمومی ناظر بر پیش بینی منابع و مصارف مالی برای انجام مأموریت ها و وظایف دولت است. در این تعریف، اطلاعات بودجه ای بازتاب مالی و اعتباری تصمیم های اجرایی و محدوده بودجه ریزی مترادف یا منطبق با چارچوب فعالیت های دولت است. از این رو، بررسی محتوایی و ارزیابی ماهوی تصمیم های بودجه ای و به تبع آن گستره بودجه ریزی و حجم عملیاتی آن در ساختارهای سیاسی سوسیالیست، دولت های مداخله گر، یا حاکمیت های ارشادی با تفاوت های بسیار آشکار همراه خواهد بود. از سوی دیگر، جایگاه دولت و انتظارات اجتماعی از آن، متأثر از نظام های ارزشی حاکم و پیشینه تاریخی حکومت است، هر چند که ماهیت درآمدهای عمومی و چگونگی دسترسی دولت ها به منابع مالی و نیز حدود مشارکت افراد جامعه در تأمین این منابع، نقش پراهمیتی دارد. بنابراین، برای انتخاب و ارائه تعریفی از بودجه و بودجه ریزی در بخش عمومی باید به تأثیر تفاوت های ناشی از ویژگی های یاد شده در ماهیت منابع و محدوده مصارف هر کشور توجه داشت.

بودجه ریزی در ایران؛ به رغم جایگاه ممتاز برنامه ریزی و اهمیتی که بودجه در تهیه و اجرای برنامه های عمرانی دارد، ابزاری ناکارآمد است. تهیه و تصویب بودجه برای هر دوره مالی توان قابل توجهی از نیروهای کارشناسی دستگاه ها را به خود اختصاص می دهد و بحث های گسترده ای را بین قوای اجرایی و قانونگذاری مطرح می کند. در مقیاسه با دگرگونی های بسیاری که طی دهه های اخیر در مفاهیم و مأموریت های بودجه در اداره امور عمومی کشورها پدید آمده است، سازماندهی، مدیریت تهیه و اجرای بودجه در ایران هنوز هم پایبند صورت های گذشته و درگیر قانونمندی های مالیه قدیم بوده و از تحولات مزبور به دور مانده است. از این رو، فرایند تهیه و اجرای بودجه در نیم قرن گذشته به مسأله پیچیده و دشواری در مدیریت بخش عمومی مبدل شده است که پیامدهای نامطلوب و روبه تزاید خود را بر دولت تحمیل می کند. از دیدگاه حاکمیت سیاسی کشور، بیش تر دشواری ها و مسائل بودجه ایران معلول نارسایی های منابع انگاشته می شود، در حالی که تحلیل ساختارها و عملکردهای بودجه ای اخیر در مقایسه با منابع و امکانات مالی دولت ها بیانگر واقعیت دیگری است. در عین حال، تنگناهای بودجه ای و نارسایی های مدیریت بخش عمومی از دیدگاه عامه مردم دارای سرش ت و اسباب متفاوتی است. از این منظر، مدیریت بخش عمومی حوزه ای فاقد

مرزبندی های شفاف و سازوکاری پرهزینه و کم توان است، بنابراین، مسائل و نارسایی های بودجه ریزی در بخش عمومی را می باید بازتاب ناکارآمدی های ساختاری در فرایند انتخاب و مدیریت مأموریت های دولت دانست. برای کشورهایی که در اداره امور خود از برنامه ریزی های اقتصادی اجتماعی استفاده می کنند، نظام های بودجه ریزی علاوه بر معانی و مأموریت های معمول) به عنوان سند قانونی یا به عنوان نظام اطلاعات مالی عملیاتی دولت (معنا و مأموریت مهم دیگری نیز دارد. در این کشورها، بودجه سالانه، به عنوان پاره ای از برنامه های توسعه میان مدت، باید از مطابقت های عملیاتی، اعتباری و زمانی با پیش بینی های برنامه تنظیم و اجرا شود. بنابراین انتظار می رود که سازماندهی برای اجرای این مأموریت و هدایت جریان های بودجه ای به سوی تحقق اهداف برنامه های توسعه، از طریق ایجاد هماهنگی های ساختاری در تابعیت بودجه از برنامه صورت پذیرد.

اما آنچه در عمل روی می دهد تا حدود زیادی متفاوت است. به عبارت دیگر برنامه ریزان اقتصادی در بحث های نظری همواره بر بهره گیری از بودجه به عنوان برنامه کوتاه مدت و ابزار اجرایی برنامه های توسعه، تأکید می ورزند، اما انعطاف پذیری و سهولت تصمیم گیری بودجه ای در مواجهه با مسائل پیش بینی نشده و نیز قابلیت اصلاح و تکرار سالانه و حتی کوتاه مدت بودن این تصمیم ها در مقایسه با پیش بینی های میان مدت برنامه های توسعه، فعالیت های بودجه ای را قرین واقعیت های اجرایی می کند و آن ها را نسبت به پیگیری مطلق هدف های مصوب و دارای انضباط برنامه های توسعه ممتاز می سازد.

نگاهی اجمالی به بودجه های سنواتی در خلال اجرای برنامه ها توسعه چهارم و پنجم گویای ارتباط ضعیف میان برنامه های توسعه و بودجه های سنواتی است. به نحوی که از حدود ۶۶ بند و تبصره بودجه ای سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ مرتبط با بخش سلامت تنها ۲۲ مورد در ارتباط با برنامه چهارم توسعه بودند. این موضوع در برنامه پنجم هم دیده می شود به نحوی که از حدود ۲۵ بند و تبصره بودجه ای سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ تنها ۱۰ مورد در ارتباط با برنامه پنجم توسعه بودند. ضمن اینکه این ارتباط نیز در مواردی جای تامل و سوال دارد. این نتیجه تقریباً در تمامی مطالعات مشابه دیده می شود.

خاندوزی فقدان پیوند بین بودجه سالیانه با برنامه های مصوب را به عنوان یکی از مشکلات اصلی برنامه نویسی در ایران قلمداد کرده و می نویسد: علاوه بر عدم پیوند برنامه با اسناد بالادستی، این مشکل در خصوص اسناد پایین دستی مانند بودجه های سالانه نیز وجود دارد. به عبارت دیگر، نمی توان بودجه سنواتی را برش یک ساله برنامه دانست و دولت مکلف نیست تناسب بودجه با اهداف برنامه را اثبات کند. از این رو، غالباً در سال پایان برنامه، مجموعه ای از فعالیت های شتابزده برای نشان دادن تحقق برنامه توسعه در دستگاه های اجرایی انجام می شود. (۲۳)

شبیری نژاد معتقدست: در گذشته اخیر ایران، تعارض ها یا ناسازگاری سیاست های بودجه ای با هدفگذاری مصوب برنامه های میان مدت، به رغم پیش بینی های به عمل آمده برنامه ریزان در اغلب موارد به تغییر هدف ها و صورت بندی های برنامه های توسعه منجر شده است. (۲۴)

عسگری و همکاران در گزارش **ارزیابی رابطه بودجه ۱۳۸۵ با برخی احکام کمی قانون برنامه چهارم توسعه** چنین آورده است: چگونگی انعکاس جهت گیری های برنامه در قالب بودجه های سالانه از جمله سؤالاتی است که به خصوص به هنگام تصویب لوایح بودجه اهمیت می یابد. برقراری ارتباط بین برنامه و بودجه در ایران به دلایل متعدد کاری دشوار است. نظام فعلی بودجه ریزی در کشور و همچنین ساختار برنامه های توسعه زمینه تبعیت ساختاری بودجه سنواتی از برنامه های توسعه را فراهم نمی کند. به علاوه وجود تعداد قابل ملاحظه ای از احکام برنامه که فاقد معیارهای کمی هستند و همچنین استفاده از عبارات و اصطلاحات که قالب بودجه ای ندارد، پیگیری نحوه انعکاس بخش قابل توجهی از احکام برنامه در لوایح بودجه را عملاً ناممکن می سازد. همچنین در مورد احکامی که دارای معیارهای کمی هستند نیز عدم به کارگیری اصطلاحات تعریف شده، ارزیابی احکام برنامه را دشوار می کند. در نهایت، تفاوت در عملکرد و قوانین بودجه در اثر اصلاحیه های متعدد و ... اعتبار بودجه به عنوان سندی که

حاوی تصمیمات مالی دولت است را مخدوش می سازد. لذا حتی اگر حکمی از احکام برنامه در لایحه و قانون بودجه به خوبی انعکاس یابد، در خصوص تحقق عملی این حکم، اطمینان چندانی وجود ندارد.

بررسی احکام کمی قانون برنامه چهارم و ارقام پیشنهادی در لایحه بودجه ۱۳۸۵ حاکی از عدم رعایت سقف های مورد نظر برنامه است. (۲۵)

مرکز پژوهشهای مجلس در گزارشی به بررسی برنامه چهارم توسعه از زاویه پیوند بین برنامه و بودجه پرداخته چنین آورده است: برنامه چهارم توسعه در بستر مجموعه قوانین و مقررات مالی موجود تهیه و اجرا خواهد شد. از جمله این قوانین عبارتند از: قانون محاسبات عمومی کشور مصوب سال ۱۳۶۶، قانون برنامه و بودجه مصوب سال ۱۳۵۱ و قانون دیوان محاسبات مصوب سال ۱۳۶۲. نکته اول این است که در آستانه آغاز این برنامه، هنوز تکالیف قانونی مشخصی برای چگونگی تهیه و تنظیم بودجه کل کشور وجود ندارد. این امر موجب شده است تا از یک طرف در رابطه با پیوند بین برنامه و بودجه راه برای انجام تفسیرهای مختلف باز باشد و از طرف دیگر سابقه بیش تر بودجه نویسی در کشور موجب گردیده تا سمت و سوی برنامه های عمرانی شکل معمول بودجه ای به خود بگیرند. وجود نزدیک به ۳۰۰ حکم بودجه ای در برنامه چهارم توسعه خود شاهدهی به این مدعا است. (۲۶)

سازمان مدیریت و برنامه ریزی نیز در گزارشی چنین آورده است به رغم ضرورت هماهنگی میان بودجه های سالیانه با برنامه های میان مدت، غالباً در عمل این تناسب و هماهنگی از بین رفته و اهداف، راهبردها و سیاست های میان مدت در برنامه ها تحت الشعاع تخصیص منابع و تصمیمات موقت و بودجه ای قرار گرفته و حتی ادبیات، ابزارها و شیوه های بودجه ریزی بر نظام برنامه ریزی حاکم و مسلط شده است. (۲۷)

جنانی در پژوهشی عملکرد کلی دولت در بخش بهداشت و درمان را در طی برنامه های توسعه چنین توصیف می نماید: عملکرد کلی دولت در بخش بهداشت و درمان طی برنامه اول روندی افزایشی، مثبت و بیش از ارقام پیشبینی شده داشته است. در سالهای برنامه دوم، اعتبارات جاری بخش بهداشت و درمان روندی صعودی داشته است. اعتبارات عمرانی در برخی زیربخشها مانند زیربخش بهداشت و خدمات بهداشتی و درمان عمومی با درصد تحقق کمتری از آنچه در برنامه پیشبینی شده بود، مواجه شد. اما با این حال عملکرد اعتبارات بودجه ای بخش، مطلوب و روند افزایشی داشته است. طی سالهای برنامه سوم به طور متوسط حدود ۵۰ درصد از اعتبارات کل بخش بهداشت و درمان به بودجه جاری (اعتبارات هزینه های (و بقیه به بودجه عمرانی (تملک دارایی های سرمایه ای) و درآمد اختصاصی تقسیم شده است. پرداختها از درآمدهای اختصاصی بخش بهداشت و درمان طی این سالها حدود ۳۵ درصد از کل بودجه بوده است. در مجموع، مقایسه روند اعتبارات بخش بهداشت، درمان طی سه برنامه توسعه (اجرا شده (پس از پیروزی انقلاب اسلامی نشاندهنده آن است که به رغم افزایش کمی اعتبارات، سهم اعتبارات این بخش از بودجه عمومی دولت دارای روندی کاهنده بوده است. با در نظر گرفتن این مطلب در کنار موقعیت پایین بخش بهداشت و درمان ایران و وضع نامناسب این بخش میتوان چنین نتیجه گرفت که "اعتبارات دولت در بخش بهداشت و درمان نتوانسته است موجب توسعه خدمات بهداشتی شود". (۲۸)

شبکه تحلیلگران تکنولوژی ایران نیز در گزارش آسیب شناسی برنامه های توسعه در ایران چنین آورده است در کشور ما، ارتباط منسجمی بین برنامه های پنج ساله و بودجه های سالیانه وجود ندارد و برنامه به راه خود و بودجه نیز به راه خود می رود. این در حالی است که برای ضمانت اجرای برنامه، دولت باید ابزارهای مختلف خود را به خدمت برنامه درآورد و یکی از عمده ترین ابزارهای دولت، ابزارهای مالی و تخصیص منابع است که در بودجه های سالیانه مورد تصمیم گیری واقع می شود.

این موضوع به معنای تبدیل اسناد برنامه، به اسناد بودجه و به عبارت دیگر، تابعیت بودجه از برنامه است. تبلور جزئیات هر برنامه در ردیف های بودجه، به معنای اختصاص واقعی منابع محدود کشور به اولویت ها و سیاست های برنامه توسعه می باشد.

در بسیاری موارد به دلیل عدم وجود این ارتباط، منویات بودجه‌های سالیانه موجب سرازیر شدن منابع کشور در بخش‌هایی می‌گردد که هیچ نسبتی با اولویت‌های شناخته شده در برنامه‌های توسعه ندارند. ناگفته پیداست در شرایط کشور ما، با توسعه نیافتگی موجود و مشکلات عدیده اقتصادی، انحراف منابع کشور از اولویت‌های اساسی، معنایی جز اتلاف آنها نخواهد داشت. از سوی دیگر اهداف کیفی متعالی زیادی در متون برنامه‌ها دیده می‌شود که مابه‌ازای مناسبی در بودجه‌های سالیانه ندارند. به‌عنوان مثال به تقویت پول ملی، فقرزدایی، عدالت اجتماعی، توسعه اقتصادی، نظم و انضباط اجتماعی و موارد متعدد دیگر می‌توان اشاره نمود.

همچنین می‌توان به اعمال اصلاحات مکرر در برنامه‌های توسعه‌ای اشاره داشت. به‌گونه‌ای که اعمال این اصلاحات در برخی موارد بار مالی سنگینی را در بودجه‌ای سالیانه تحمیل کرده و دستیابی به اهداف برنامه را در برخی موارد دشوار می‌کند. در صورتی که می‌توان با بررسی دقیق‌تر، ضوابط و چارچوب‌هایی را در اعمال اصلاحات برنامه تعیین کرد تا براساس این ضوابط از رویداد برخی آسیب‌ها جلوگیری کرد. (۲۹)

عزیز خانی و همکاران نیز در گزارش ارتباط بین برنامه پنجم توسعه و بودجه ۱۳۹۱ چنین آورده است: ۱۴۲ حکم از قانون برنامه پنجم توسعه، شامل یکسری وظایف و تکالیف برای دولت و دستگاه‌های اجرایی است که قابلیت اجرایی آن وابسته به تأمین اعتبار در بودجه‌های سنواتی است بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۱ نشان می‌دهد که تنها ۱۸ حکم از ۱۴۲ حکم موجود، در سال مالی ۱۳۹۱ پیش‌بینی تأمین اعتبار شده است. از سوی دیگر در برنامه پنجم توسعه ۵۲ هدف کمی بخشی با دوره زمانی مشخص مربوط به حوزه‌های مختلف وظایف دولت است. تحقق غالب این اهداف، نیاز به تأمین اعتبار در بودجه‌های سالیانه دارد و وجود شرط زمانی تحقق این اهداف، مستلزم این است که در سال مالی ۱۳۹۱ به‌عنوان دومین سال اجرای برنامه، تمهیدات و زمینه‌های تحقق اهداف یاد شده مد نظر قرار گیرد. با این حال براساس جدول ۵ دیده می‌شود که تنها دو هدف از اهداف فوق در لایحه بودجه ۱۳۹۱، پیش‌بینی تأمین اعتبار شده است. در قانون برنامه پنجم توسعه، ۶ هدف کمی فرابخشی نیز دیده می‌شود، اما از آنجایی که جدول کمی ساخت‌یافته‌ای در برنامه پنجم وجود ندارد و تصویری از روند متغیرهای مذکور در طول سال‌های اجرای برنامه پنجم دیده نمی‌شود، ردیابی میزان تحقق این اهداف در بودجه‌های سنواتی بسیار دشوار خواهد بود و در این خصوص به سختی می‌توان اظهار نظر کرد. در مجموع مطالب این گزارش نشان می‌دهد که علیرغم آنچه انتظار می‌رفت پیوند و سازگاری کم‌رنگی میان برنامه پنجم و لایحه بودجه ۱۳۹۱ (دومین سال اجرای برنامه) دیده می‌شود. به‌طوری که با احتساب تمام احکام طبقه‌بندی شده (یعنی در مجموع ۲۱۶ حکم) برنامه پنجم که باید در لایحه بودجه ۱۳۹۱ لحاظ می‌شدند، تنها ۲۲ حکم آن در لایحه بودجه ۱۳۹۱ مورد توجه بوده است. (۳۰)

جوادی و همکاران نیز در گزارش ارتباط کمی و کیفی بین سند چشم‌انداز، برنامه پنجم توسعه و بودجه‌های سنواتی می‌نویسد: در طول دوران اجرای برنامه‌های توسعه، تعارض‌ها یا ناسازگاری سیاست‌های بودجه‌ای با هدف‌گذاری مصوب برنامه‌های میان مدت، به رغم پیش‌بینی‌های به عمل آمده برنامه ریزان در اغلب موارد به تغییر هدف‌ها و صورت‌بندی‌های برنامه‌های توسعه منجر شده است. عمده‌ترین دلایل این امر به شرح ذیل است:

- احکام برنامه‌ها ارتباط ساخت یافته‌ای با ارقام جداول کمی آن ندارند
- درآمدهای نفتی زمینه لازم را برای انحراف بودجه از برنامه به وجود می‌آورد
- بالا بودن نرخ تورم و کاهش قدرت خرید دولت
- عدم پایبندی دولتها به ثبات سیاست‌های اقتصادی به منظور رسیدن به اهداف اقتصاد کلان که در برنامه‌های توسعه پیش‌بینی شده است

مجموع دلایل فوق موجب شده اند تا کشور به طور همزمان با دو پدیده روبه رو باشد:

الف- چون منابع لازم برای انجام مجموع وظایف و تکالیف پیشبینی شده برای دولت در برنامه برآورد نشده است و از طرف دیگر منابع لازم برای انجام آنها (باتوجه به حجم تعهدات قبلی) وجود ندارد، لذا دولتها مجبور میشوند تا آگاهانه بخشی از احکام برنامه را کنار بگذارند. نتیجه این امر، عدم اعتماد مردم به تصمیمات دولتمردان و کاهش اعتبار مصوبات مجلس شورای اسلامی است.

ب- با افزایش درآمدهای نفتی، زمینه برای تأمین اعتبار بخشی از احکام برنامه فراهم میشود، لذا دولتها به سرعت حجم بودجه را افزایش میدهند و با حرکت خارج از سقف ارقام پیش بینی شده در برنامه، ثبات اقتصاد کلان دچار تزلزل میشود. (۳۱)

مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی در گزارش ارتباط برنامه پنجم توسعه با لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ می نویسد: در یک تقسیم بندی کلی احکام موجود در برنامه پنجم را می توان در سه بخش طبقه بندی کرد:

- احکام مربوط به ساختار بودجه ریزی: که در آن احکام برنامه درباره موضوعاتی نظیر شیوه بودجه ریزی، طبقه بندی های آن و همچنین محتوای اطلاعاتی آن، شیوه اجرای بودجه های استانی، طرح های عمرانی (تملک دارایی های سرمایه ای)، مالیات ها، تخفیفات، ترجیحات و معافیت ها و... را مشخص نماید که در مجموع از ۲۳۵ حکم قانونی برنامه پنجم توسعه ۱۹ حکم آن (در حدود ۸ درصد احکام) دارای چنین ماهیتی است.

- احکام صریح بودجه ای: که در آن صریحاً و به صورت مشخص به تأمین مالی و یا حمایت مالی و بودجه ای در قانون برنامه پنجم اشاره شده است که در حدود ۱۴۲ حکم (حدود ۶۰ درصد احکام) از احکام قانون برنامه پنجم توسعه را شامل می شود. تحقق غالب این اهداف، نیاز به تأمین اعتبار در بودجه های سالیانه دارد و وجود شرط زمانی تحقق این اهداف، مستلزم این است که در هر سال مالی، تمهیدات و زمینه های تحقق اهداف یاد شده مد نظر قرار گیرد و نتایج آن در گزارش عملکرد سالیانه برنامه قابل ارزیابی باشد.

- اهداف فرابخشی و بخشی برنامه پنجم توسعه: در قانون برنامه پنجم توسعه، ۶ هدف کمی فرابخشی و ۵۲ هدف کمی بخشی تعیین شده است، اما از آنجایی که جدول کمی ساخت یافته ای در برنامه پنجم وجود ندارد و تصویری از روند متغیرهای مذکور در طول سال های اجرای برنامه پنجم دیده نمی شود، ردیابی میزان تحقق این اهداف در بودجه های سنواتی امکان پذیر نیست. (۳۲)

جمع بندی

صرف نظر از تغییر رویکردی در نگاه به بخش سلامت در برنامه های یاد شده نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. به عبارت دیگر برخی احکام پیش بینی شده در برنامه که جنبه اجرایی و خدماتی دارند با توجه به امکانات مالی و اجرایی کشور و جداول مالی کلان برنامه در ظرف زمانی پنج ساله آن برنامه قابل تحقق و اجرا نیستند. برخی نیز که جنبه سیاست گذاری دارند نیاز به استمرار در برنامه های بعدی را دارند. همچنین علاوه بر موضوع یاد شده بسیاری از مواد قانونی برنامه فاقد متولی مشخص هستند و یا شاخص مشخصی برای ارزیابی عملکرد و پاسخگویی صریح از طرف دولت ندارند. این موضوع باعث شده با تغییر دولتها شاهد تغییرات قابل توجهی در نحوه اجرای احکام برنامه باشیم که خود بخود موجب تاثیر بر اثربخشی اجرای آن می شود.

موضوع مهم دیگر ارتباط برنامه و بودجه است. این موضوع از دیرباز دغدغه ذهنی برنامه ریزان و تصمیم گیران بوده است و بنا به برداشت های مختلفی که برنامه ریزان از دو موضوع «برنامه» و «بودجه» داشته اند تصور روشنی از آن وجود ندارد.

ناتوانی در ایجاد ارتباط میان سیاست گذاری، برنامه ریزی و بودجه ریزی یکی از ضعف های اساسی در مالیه عمومی به خصوص در کشورهای در حال توسعه است. فقدان یک سازوکار ارتباط دهنده سیاست گذاری، برنامه ریزی و بودجه ریزی ریشه در عوامل متعددی دارد. ناتوانی در پیش بینی منابع مالی حتی برای دوره های زمانی کوتاه مدت، ناتوانی در هدایت منابع به اولویت های سیاستی،

ناتوانی در طراحی اولویت‌های سیاستی بر مبنای برنامه، ناتوانی در محدود کردن برنامه‌ریزی و اولویت‌های سیاستی در محدوده امکانات، فقدان مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی در نظام تصمیم‌گیری مجموعه عواملی هستند که فرآیند تصمیم‌گیری را مختل می‌کنند و نتیجه آنها کارکردهای ضعیف و مخرب برای انتخاب‌های مالی دولت است.

بودجه‌ریزی در بخش عمومی ناظر بر پیش‌بینی منابع و مصارف مالی برای انجام مأموریت‌ها و وظایف دولت است. در این تعریف، اطلاعات بودجه‌ای بازتاب مالی و اعتباری تصمیم‌های اجرایی و محدوده بودجه‌ریزی مترادف یا منطبق با چارچوب فعالیت‌های دولت است. از دیگر سو در کشورهایی که در اداره امور خود از برنامه‌ریزی‌های اقتصادی - اجتماعی استفاده می‌کنند نظام بودجه‌ریزی به‌عنوان برشی از برنامه‌های توسعه میان‌مدت تعریف می‌گردد و باید در تطابق عملیاتی و اعتباری و زمانی با پیش‌بینی‌های برنامه تنظیم و اجرا شود. به عبارت دیگر، برنامه‌ریزان اقتصادی همواره بودجه را به‌عنوان ابزاری کوتاه‌مدت و اجرایی برای برنامه‌های توسعه می‌دانند. از این دیدگاه برنامه را می‌توان سندی برای اولویت‌بندی مأموریت‌ها و وظایف دولت تلقی کرد. بدین ترتیب در بودجه سنواتی کثیری از دستگاه‌ها به انجام مأموریت‌ها و وظایف خود می‌پردازند، اما در مورد آن دسته از مأموریت‌ها و وظایف که طبق برنامه برای آنها اولویتی در نظر گرفته شده است، بودجه سنواتی تمهیدات ویژه‌ای در قالب اختصاص اعتبارات ویژه (حتی در بخشی مجزا) در نظر می‌گیرد. براساس این دیدگاه برنامه نباید تکالیف و وظایف جدید برای دولت و دستگاه‌های اجرایی ایجاد کند (به عبارت دیگر برنامه توسعه، قانون شرح وظایف جدید برای دستگاه‌های اجرایی کشور نیست)، بلکه نحوه عملیاتی کردن وظایف قانونی موجود در قالب زمان معین است. زیرا وظایفی که در قانون اساسی، قوانین تأسیس یا اساسنامه‌های مربوطه برعهده دستگاه‌های اجرایی گذاشته شده است در اغلب موارد تعریف‌های کلی بوده و فاقد مفاهیم عملیاتی و روشن است و به همین دلیل یکی از مجاری اصلی که به این وظایف صورت کمی و اولویت زمانی و عملیاتی می‌دهد، برنامه توسعه است.

در ایران نیز، موضوع ارتباط برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی (به‌عنوان دو ابزار در مدیریت بخش عمومی) از دیرباز دغدغه ذهنی برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران کشور بوده است. اصولاً، برنامه‌های توسعه برای یک بازه زمانی ۵ ساله تنظیم می‌شوند در حالی که بودجه برنامه مالی دولت برای یک سال است. این وجه تشابه زمانی موجب این تصور و برداشت شده است که برنامه‌های توسعه مشتمل بر ۵ برنامه بودجه‌ای است و قاعدتاً باید از راه تدوین ۵ برنامه بودجه سنواتی اهداف برنامه‌های توسعه محقق شود. بنابراین، تصمیم‌گیران کشور در پی آن رفته و انتظار داشته‌اند که این دو در راستای یکدیگر باشند و هدف واحدی را دنبال کنند. اما در عمل برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سنواتی هر یک راه خود را رفته‌اند و نه تنها همدیگر را تقویت نکرده‌اند، بلکه گاهی اوقات در تعارض با همدیگر نیز قرار گرفته‌اند. در واقع، پیوند منطقی بین برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی در کشور وجود نداشته و این کاستی بعضاً به اتلاف منابع ملی منجر شده است. این نارسایی ریشه در عوامل مختلفی دارند که برخی از آنها عبارتند از:

الف) اهداف متفاوت بودجه‌های سنواتی و برنامه‌های توسعه: بودجه‌ریزی در بخش عمومی ناظر بر پیش‌بینی منابع و مصارف مالی برای انجام مأموریت‌ها و وظایف دولت است. این وظایف و مأموریت‌ها در یک دوره تاریخی بر اساس قوانین و مقررات مختلف برعهده دولت گذاشته شده است و چارچوب قانونی دارند و عمده آنها نیز در طول زمان تداوم دارند. در حالی که، دولت‌ها از راه برنامه‌های توسعه درصد اولویت‌بندی وظایف و مأموریت‌های خود براساس نیازهای توسعه‌ای کشور بوده‌اند. در واقع، کارکرد بودجه از برنامه‌های توسعه متفاوت بوده است. برنامه‌های توسعه به مثابه ابزاری برای پیش‌برد اولویت‌ها و نیازهایی که در گذر زمان ایجاد می‌شود، شکل گرفته‌اند. در حالی که بودجه، سندی برای نمایش مأموریت‌های تقریباً ثابت دولت و آثار مالی آنهاست.

ب) تبدیل برنامه‌های توسعه از ابزار اولویت‌بندی و هدفگذاری به ابزار قانونگذاری و ایجاد وظایف جدید برای دستگاه‌ها: قاعدتاً برنامه‌های توسعه باید نحوه عملیاتی کردن مأموریت‌ها و وظایف دولت و اهداف آنها را در یک بازه زمانی مشخص تعیین کنند. بدین ترتیب بودجه‌های سالیانه می‌توانند آثار مالی اولویت‌گذاری‌ها و هدفگذاری‌های تخصیص منابع مالی را نشان دهند. به عبارت دیگر، برنامه‌های توسعه سازوکاری برای تصریح مأموریت‌های دولت و نحوه عملیاتی کردن وظایف قانونی دستگاه‌های دولت در قالب زمان است. زیرا وظایفی که در قانون اساسی، قوانین تأسیس یا اساسنامه‌های مربوطه برعهده

دستگاه‌های اجرایی گذاشته شده است در اغلب موارد تعریف‌های کلی بوده و فاقد مفاهیم عملیاتی و روشن است و به همین دلیل یکی از مجاری اصلی که به این وظایف صورت کمی و اولویت زمانی و عملیاتی می‌دهد، برنامه توسعه است. براساس این دیدگاه، برنامه نباید تکالیف و وظایف جدید برای دولت و دستگاه‌های اجرایی ایجاد کند (به عبارت دیگر برنامه توسعه، قانون شرح وظایف جدید برای دستگاه‌های اجرایی کشور نیست)، بلکه نحوه عملیاتی کردن وظایف قانونی موجود در قالب زمان معین است. در عمل برنامه‌های توسعه از یک چنین کارویژه‌ای فاصله داشته است.

ج) عدم تبعیت سیاست‌ها از محدودیت منابع: پدیده مزبور (تبدیل سند برنامه به مجموعه‌ای از وظایف و تکالیف جدید برای دستگاه‌های اجرایی) در کنار این واقعیت که تصمیمات برنامه‌ها با توجه به محدودیت منابع و هزینه‌های آنان اتخاذ نمی‌شوند، در عمل اعتبار احکام برنامه را زیر سؤال می‌برد. به روش‌های مختلفی می‌توان نشان داد که بدون هیچ‌گونه تعیین وظایف جدید برای دولت، مجموعه امکانات مالی کشور در حدی نیست که دولت را قادر سازد به وظایف و تکالیف فعلی عمل کند. این موضوع منجر به اختلاف فاحش بین آنچه که قول داده و آنچه عمل می‌شود می‌گردد و کمترین نتیجه آن نیز بی‌اعتباری سیاست‌گذاری است. ارتباط ضعیف سیاست‌های برنامه‌های توسعه و محدودیت منابع منجر به نقض آگاهانه نه تنها احکام برنامه بلکه بسیاری از قوانین دیگر می‌شود که در بند بعد تشریح شده است.

د) تناقض احکام قانونی برنامه‌های توسعه و بودجه‌ریزی: در ماده (۲۲۵) قانون برنامه پنجم توسعه اینگونه آمده است که: «دولت موظف است بار مالی کلیه قوانین و مقررات از جمله احکام قانون برنامه پنجم که مستلزم استفاده از منابع عمومی است را در لوائح بودجه سنواتی در حدود درآمدهای وصولی و پیش‌بینی اجرا نماید».

همچنین در تبصره «۱» ماده واحده آمده است که: این قانون با الزام به رعایت قوانین و مقررات ذیربط قابل اجرا می‌باشد و وصول منابع و تعهد و پرداخت از محل مصارف این قانون در حدود وصولی منابع صرفاً با «رعایت مفاد بند «و» ماده (۲۲۴) قانون برنامه پنجم توسعه» امکانپذیر می‌باشد. این درحالی است که در بند «و» ماده (۲۲۴) قانون برنامه پنجم توسعه آمده است که: «کلیه اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و مالی و کمک‌ها و سایر اعتبارات و ردیف‌های مندرج در جداول قوانین بودجه سنواتی به شرح عناوین و ارقام جداول مذکور فقط در حدود وصولی درآمدها و سایر منابع عمومی به شرح عناوین و ارقام مندرج در جداول مربوط قوانین یاد شده بر اساس مفاد موافقتنامه‌های متبادله دستگاه با معاونت و در حدود ابلاغ و تخصیص اعتبار از سوی معاونت، قابل تعهد، پرداخت و هزینه است».

مواد فوق هرچند که وابستگی عملکرد برنامه به تأمین مالی را نشان می‌دهد، اما از سوی دیگر نشان‌دهنده ضمانت اجرایی ضعیف برنامه و مجوزهای عدم پاسخگویی دولت است به عبارتی دیگر بدین طریق سازوکار نقض احکام برنامه در خود برنامه پیش‌بینی و مجاز شمرده است

ه) غلبه دیدگاه بودجه‌ریزی بر برنامه‌ریزی: بسیاری از احکام برنامه‌های چهارم و بخصوص پنجم توسعه ماهیتی برتر از احکام و تبصره‌های بودجه سنواتی ندارند.

پیشنهاد

الف- یک نکته مهم که باید مورد توجه قرار گیرد اینست که تطابق زمانی دوره فعالیت قوای مجریه و مقننه با دوره زمانی برنامه‌های توسعه ایران وجود ندارد و این مهم با توجه به روش‌های متعدد اجرا در قوای مجریه و مقننه و دیگر موارد از ضمانت اجرایی برنامه‌ها را کاسته است.

ب- بطور مشخص باید گفت در تدوین قوانین برنامه‌های توسعه در بخش سلامت لازم است جامعیت کافی لحاظ شود متولی امر مشخص شده شاخصهایی جهت ارزیابی مقرر شود و احکام به نحوی تدوین شوند که در بازه زمانی مقرر قابلیت اجرایی داشته باشند.

ج- پس از تدوین کلیات برنامه، ضروری است جزئیات عملیات اجرایی سالیانه و تخصیص منابع، تهیه و طراحی شود. به طوری که مجموع سیاست‌های سال‌های برنامه، مبین کل برنامه باشد. می‌توان از شکستن برنامه به بودجه‌ها در ایران به نام تلفیق برنامه و بودجه‌های سنواتی یاد کرد. این موضوع به معنای تبدیل اسناد برنامه، به اسناد بودجه و به عبارت دیگر، تابعیت بودجه از برنامه است. تبلور جزئیات هر برنامه در ردیف‌های بودجه، به معنای اختصاص واقعی منابع محدود کشور به اولویت‌ها و سیاست‌های برنامه توسعه است. در بسیاری موارد به دلیل عدم وجود این ارتباط به منویات بودجه‌های سالیانه موجب سرازیر شدن منابع کشور در بخش‌هایی می‌شود که هیچ نسبتی با اولویت‌های شناخته شده در برنامه‌های توسعه ندارند.

کشورهای مختلف برای پیوند زدن برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی از سازوکاری به نام «چارچوب میان‌مدت مخارج (MTEF)»^۴ استفاده می‌کنند. (۳۴) این سازوکار سه وظیفه برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و بودجه‌ریزی را در یک چارچوب پیوسته با یکدیگر مرتبط می‌سازد و مشکلات ناشی از گسترش وظایف دولت را تقلیل می‌دهد. همچنین، انتخاب‌های سیاستی را در چارچوب امکانات در دسترس قرار می‌دهد. در این سازوکار، اولویت‌های سیاستی بر مبنای برنامه تعیین می‌شود که توسط منابع در دسترس محدود می‌گردد. علاوه بر این چارچوب تصمیم‌گیری در بالاترین سطح (معمولاً کابینه) تعیین می‌شود. این چارچوب سیاست‌گذاری را در حیطه امکانات محدود می‌سازد. البته طراحی این چارچوب مستلزم پشتیبانی‌های فنی، وجود اطلاعات مورد نیاز و بنا نهادن و اجرای مجموعه فرآیندهایی برای تقویت نظام تصمیم‌گیری است. (۳۲)

در چارچوب میان‌مدت مخارج **در ابتدا**، چارچوب اقتصاد کلان به منظور پیش‌بینی‌های درآمدها و مخارج سه سال آینده مورد بررسی قرار می‌گیرد. این مرحله برای دستیابی به انضباط مالی کلان حیاتی است. **مرحله دوم** مشتمل بر سه گام است. در گام اول، اهداف، فعالیت‌ها و دستاوردهای بخش‌ها و وزارتخانه‌ها مرور می‌شود. در گام دوم، بر سر برنامه‌ها و زیربرنامه‌های وزارتخانه‌ها و بخش‌ها توافق صورت می‌گیرد. در گام سوم، هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای برنامه‌ها و طرح‌های مورد توافق برای سه سال آتی تعیین می‌شود. **در مرحله سوم**، در مورد اهداف و برنامه‌های اولویت‌دار توافق می‌شود. **در مرحله چهارم**، سقف‌های هزینه وزارتخانه‌ها و بخش‌ها تعیین می‌شود و به طور کلی چارچوب مخارج به صورت تفصیلی مشخص می‌گردد. **در مرحله پنجم**، سقف هزینه‌ها توسط کابینه تعیین می‌گردد. **در مرحله بعد**، وزارتخانه‌ها در داخل سقف‌های مصوب کابینه اقدام به تخمین‌های سه ساله می‌کنند. **در مرحله هفتم**، نیز تخمین‌ها در نهاد برنامه‌ریزی بازنگری و به کابینه و مجلس ارائه می‌شوند.

ازوجی نیز برای برقراری ارتباط بین برنامه و بودجه یک فرآیند ۵ مرحله‌ای را جهت احصای برنامه‌ها و فعالیت‌ها پیشنهاد داده است: این پنج مرحله شامل شناسایی و تعیین برنامه‌ها و فعالیت‌ها، مقایسه و تجزیه و تحلیل اهمیت برنامه‌ها و فعالیت‌ها، برآورد هزینه هر برنامه و فعالیت در سطوح مختلف، مقایسه سطوح مختلف هزینه هر برنامه و فعالیت و تعیین اولویت آنها و انتخاب مناسب‌ترین برنامه‌ها و فعالیت‌ها می‌باشد

مرحله اول - شناسایی و تعیین برنامه‌ها و فعالیت‌ها:

با توجه به عملکرد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، می‌توان برنامه‌ها و فعالیت‌های مختلف را در مرحله اولیه تدوین برنامه توسعه‌ای، شناسایی یا احصا کرد که این موضوع می‌تواند تا پایین‌ترین سطوح عملیاتی دستگاه‌های اجرایی در قالب طرح و پروژه مشخص شود.

مرحله دوم - مقایسه و تجزیه و تحلیل اهمیت برنامه‌ها و فعالیت‌ها:

هدف از این مرحله، شناسایی اهمیت و اولویت هر یک از برنامه‌ها و فعالیت‌ها است به نحوی که اهمیت هر یک نسبت به اثربخشی اجرای آن در یک دوره پنج‌ساله مطابق اهداف کلان قابل تصور باشد. بدین منظور لازم است، اطلاعات کافی را نسبت به اهداف برنامه‌ها و فعالیت‌ها و اجرای آنها، روش‌های اجرایی هر برنامه و فعالیت، برآورد دقیق هزینه هر فعالیت، حجم عملیات

^۴ Medium term expenditure frame work

برنامه یا فعالیت، معیارهای مناسب سنجش و اندازه‌گیری عملیات و آثار و نتایج اجرای عملیات تأمین کرد تا امکان مقایسه و تجزیه و تحلیل اهمیت نسبی هر یک از برنامه‌ها و فعالیت‌ها فراهم آید.

مرحله سوم- برآورد هزینه هر برنامه و فعالیت در سطوح مختلف:

برنامه‌ها ممکن است مربوط به قوانین و مقررات، نهادها یا سرمایه‌گذاری جدید یا ترکیبی از آنها باشد اما در عین حال برای اجرای آنها نیاز به برآورد منابع و امکانات هر برنامه یا فعالیت در سطوح مختلف است.

هدف از این کار، تسهیل تصمیم‌گیری سیاستگذاران و برنامه‌ریزان در مورد کاهش، تثبیت یا افزایش اعتبارات برنامه‌ها و فعالیت‌ها براساس تجزیه و تحلیل، اهمیت و بازدهی آنها است. تأکید بر سطوح مختلف باعث خواهد شد که در خصوص دامنه اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌ها، متناسب با ظرفیت زمانی و مکانی آنها تصمیم‌گیری شود.

مرحله چهارم- مقایسه سطوح مختلف هزینه هر برنامه و فعالیت و تعیین اولویت آنها:

در این مرحله، برنامه‌ریزان با مقایسه سطوح مختلف هزینه هر برنامه و فعالیت و نتایج قابل پیش‌بینی از اجرای آنها در سطوح یادشده به اولویت‌بندی برنامه‌ها، فعالیت‌ها و طرح‌های مختلف دستگاه‌ها می‌پردازند. در این فرآیند ضمن بررسی اطلاعات در مورد هر برنامه یا فعالیت، ممکن است به یکی از این تصمیم‌ها نظیر حذف برنامه‌ها یا فعالیت‌ها، کاهش اعتبارات و اختیارات آنها، حفظ اعتبارات و اختیارات در سطح جاری و افزایش اعتبارات و اختیارات دست یابند.

مرحله پنجم- انتخاب مناسب‌ترین برنامه‌ها و فعالیت‌ها (مهم‌ترین مرحله):

پس از تعیین اولویت‌ها برای اجرا، نوبت به مرحله تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ها و فعالیت‌هایی می‌رسد که باید به اجرا درآیند. این تصمیم‌گیری در سطوح بالای مدیریتی و با توجه به اهداف کلان دولت و دستگاه‌های اجرایی اتخاذ می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که در انتخاب مناسب‌ترین برنامه‌ها و فعالیت‌ها، باید برنامه‌ها و فعالیت‌هایی انتخاب شوند که از جامعیت کافی (از بعد شمولیت و اثربخشی) در اجرای طرح‌ها و پروژه‌های مختلف و مرتبط برخوردار باشد. (۳۵) (پیوست ۳)

منابع :

- ۱- هادی زنوز بهروز. بررسی نظام برنامه ریزی اقتصادی در ایران. چاپ اول. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۸۹: ۷۷-۸۶
- ۲- ورمزیار حسن و جهانگرد اسفندیار. مجموعه مطالعات الگوی مطلوب برنامه ریزی برای ایران جلد ۹. بررسی تطبیقی نظام های برنامه ریزی ایران طی برنامه های قبل و بعد از انقلاب اسلامی. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۱: ۱۱-۶۹

- ۳- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۸-۱۳۸۴. چاپ اول. تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. ۱۳۸۳
- ۴- معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶ و نظارت بر عملکرد سه ساله اول برنامه چهارم توسعه. جلد دوم: حوزه‌های بخشی. چاپ اول. تهران: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور. ۱۳۸۸:
- ۵- طریقت محمد حسن، اخوان بهبهانی علی حسن زاده علی اصول و مبانی سیاست ملی سلامت. چاپ دوم. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۸۸: ۹۷-۵۹
- ۶- مرکز آمار ایران. حساب‌های ملی سلامت. چاپ اول تهران. مرکز آمار ایران ۱۳۹۰
- ۷- اخوان بهبهانی علی. مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره ۳۱؛ شماره ۲، تابستان ۱۰۵: ۱۳۹۲-۱۱۲
- ۸- سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت هماهنگی و دبیرمجامع خرداد ماه ۱۳۸۴
- ۹- معاونت حقوقی ریاست جمهوری. قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴-۱۳۹۰. چاپ اول. تهران: معاونت حقوقی ریاست جمهوری. ۱۳۸۹
- ۱۰- معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور مجموعه برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران. معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور. ۱۳۸۹
- ۱۱- مصوبه شماره ۶۴۰۹۵ هیات وزیران ۲۳/۷/۱۳۹۱- تعیین بسته اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع ماده (۲۱۷) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
- ۱۲- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۴
- ۱۳- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۵
- ۱۴- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۶
- ۱۵- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۷
- ۱۶- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۸
- ۱۷- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۸۹
- ۱۸- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۹۰
- ۱۹- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۹۱
- ۲۰- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۹۲
- ۲۱- قانون بودجه کل کشور سال ۱۳۹۳
- ۲۲- ابوالحلاج مسعود و همکاران. تئوری تا عمل تامین مالی بخش دولتی سلامت. انتشارات راه‌تیا ۱۳۹۲
- ۲۳- خاندوزی سید احسان. ارزیابی شیوه برنامه‌نویسی توسعه در ایران (۸۸-۱۳۶۸). فصلنامه برنامه و بودجه. ۱۳۸۹؛ ۱۵ (۱): ۹۹-۱۲۷
- ۲۴- شبیری نژاد علی اکبر. مبانی نظری بودجه و بودجه‌ریزی در ایران (مسائل و چالشها). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۱
- ۲۵- ناصر عسگری، محمد زنگنه. درباره لایحه بودجه سال ۱۳۸۵ کل کشور (۹) ارزیابی رابطه بودجه با برخی احکام کمی قانون برنامه چهارم توسعه مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۴
- ۲۶- شبیری نژاد، علی اکبر؛ درباره لایحه برنامه چهارم توسعه (۱) نظام بودجه‌ریزی و پیوند بین برنامه و بودجه (ویرایش دوم) مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۲

- ۲۷- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، مجموعه مقالات همایش چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه ایران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، جلد‌های اول تا ششم، چاپ اول، ۱۳۸۴.
- ۲۸- جنانی افشین. بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاست‌های بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان. مجله اقتصادی (دوماهنامه بررسی مسائل و سیاست‌های اقتصادی). ۱۳۸۴؛ ۵ (۵۱ و ۵۲): ۲۶-۵
- ۲۹- شبکه تحلیلگران تکنولوژی ایران. آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه در ایران. مرکز پژوهش‌های مجلس. ۱۳۸۸
- ۳۰- فاطمه عزیزخانی، حسن ورمزیار. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۱ کل کشور ۶. ارتباط بین برنامه پنجم توسعه و بودجه ۱۳۹۱. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۰
- ۳۱- جوادی شاهین، قاسمی محمد. ارتباط کمی و کیفی بین سند چشم‌انداز، برنامه پنجم توسعه و بودجه‌های سنواتی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۸
- ۳۲- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور: ۶. نکاتی درباره ارتباط برنامه پنجم توسعه با لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۲
- ۳۳- معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۸ و نظارت بر عملکرد پنج ساله برنامه چهارم توسعه. جلد دوم: حوزه‌های بخشی. چاپ اول. تهران: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور. ۱۳۹۰: ۳-۱۵۲
- ۳۴- زنگنه محمد، عسگری ناصر، مجلل محمد رضا و پناهی علی. درباره لایحه بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور (۲۹) ارزیابی رابطه بودجه با برخی احکام قانون برنامه چهارم توسعه. مرکز پژوهش‌های مجلس ۱۳۸۳
- ۳۵- ازوجی علاءالدین برقراری ارتباط بین برنامه توسعه و بودجه کشور؛ رهیافتی برای تدوین برنامه پنجم. نشریه برنامه سال هفتم شماره ۳۰۸ اسفند ۱۳۸۷
- ۳۶- سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه ابلاغی مقام معظم رهبری ۱۳۸۲

پیوست ها

پیوست یک:

تبصره و ردیف های بودجه ای مرتبط با بخش سلامت

پیوست تبصره ها

۱۳۹۳

تبصره ۱۸- بند ج

ج - عوارض واردات خودروهای سواری به میزان پنج درصد (۵٪) قیمت تحویل روی کشتی (فوب) افزایش می یابد. درآمد حاصله پس از واریز به حساب خزانه داری کل کشور تا سقف یک هزار و پانصد میلیارد (۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد.

تبصره ۱۳- بند ز

ز - وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند طبق قوانین و مقررات، درآمد حاصل از خرید عدم انجام تعهدات بورس و ارزبگیر با هزینه شخصی و جریمه های آن را اخذ و به حساب درآمد اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور واریز نمایند. صددرصد (۱۰۰٪) این درآمد به عنوان درآمد اختصاصی وزارتخانه های یادشده تلقی می شود و به منظور تحقق برنامه های مؤسسات آموزش عالی در مناطق شهری کمتر از دویست هزار نفر جمعیت به آنها اختصاص می یابد.

تبصره ۱۳- بند ح

ح - صددرصد (۱۰۰٪) وجوه اداره شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۰ به صندوق رفاه دانشجویان، وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوق های رفاه دانشجویان تلقی می گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وام های مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می رسد.

تبصره ۱۳- بند ط

ط - به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (سازمان امور دانشجویان) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود منابع ریالی حاصل از فروش ارزی که از منابع خارج از کشور در وجه دانشجویان ایرانی شاغل به تحصیل خارج از کشور یا دانشگاه های محل تحصیل آنان پرداخت می شود را وصول و به حساب درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۴۷ نزد خزانه داری کل کشور واریز نمایند. منابع واریزی از طریق ردیف ۱۲۵-۵۳۰۰۰۰ صرف هزینه های دانشجویان بورسیه داخل و خارج از کشور، یارانه تغذیه، تعمیر و تجهیز خوابگاه های دانشجویی، تربیت بدنی و سایر امور دانشجویی دانشگاه ها می گردد.

تبصره ۱۶- بند ج- دولت مکلف است صددرصد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی مربوط به ایثارگران بازنشسته و شاغل در دستگاههای اجرائی و افراد تحت تکفل آنها اعم از خدمات درمان و بیمه تکمیلی را توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران پرداخت نماید.

تبصره ۹- بند ط

ط - از ابتدای سال ۱۳۹۳ علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، یک واحد درصد به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت مستقیماً به ردیف درآمدی ۱۱۰۵۱۲ واریز می‌شود. صددرصد (۱۰۰٪) منابع دریافتی از طریق ردیف ۱۲۲-۵۳۰۰۰۰ به پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست‌هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع)، اقدام و پس از تحقق هدف فوق نسبت به تأمین تجهیزات بیمارستانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه‌نیافته، مصارف هیأت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست‌هزار نفر جمعیت اقدام نماید.

هرگونه پرداخت هزینه‌های پرسنلی نظیر حقوق و مزایا، اضافه‌کار، کمکهای رفاهی، پاداش، فوق‌العاده‌های مأموریت، کارانه، بهره‌وری، مدیریت، نوبت‌کاری، دیون و مانند آن و همچنین هزینه‌های اداری نظیر اقلام مصرفی اداری و تأمین ائاثیه و منسوبات اداری از این محل ممنوع می‌باشد.

تبصره ۱۵- بند د

د- دولت موظف است رزمندگان غیرشاغل دارای دوازده ماه سابقه رزمندگی و پیشمرگان گُرد مسلمان را تحت پوشش بیمه درمانی قرار دهد. اعتبارات این بند از محل ردیف بیمه ایرانیان قابل پرداخت است.

تبصره ۲۱- بند الف-۲

الف-۲- مبلغ چهل و هشت هزار میلیارد (۴۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

۱۳۹۲

۳۶- دولت مکلف است مبلغ هشت‌هزارمیلیارد (۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل فروش سهام شرکتهای دولتی را به منظور تهیه و اجرای طرحهای هادی و پروژه‌های دارای اولویت در زمینه بهسازی روستاها، احداث و نگهداری راههای روستایی، آبرسانی روستایی، احداث خانه‌بهداشت و توسعه ورزش روستایی براساس شاخصهای برخورداری هر شهرستان اختصاص دهد.

۷۲- دولت مکلف است از طریق سازمان امور مالیاتی در مقاطع سه‌ماهه درآمد حاصل از افزایش پانزده درصد (۱۵٪) قیمت نوشابه گازدار قندی تولید داخل و ۲۰ درصد قیمت نوشابه گازدار قندی وارداتی را دریافت و به

حساب ردیف درآمدی ۱۶۰۱۲۳ واریز نماید. درآمد وصولی به نسبت ۶۰ درصد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت پیشگیری و درمان بیماران دیابتی و ۴۰ درصد به وزارت ورزش و جوانان جهت توسعه ورزش همگانی روستایی پرداخت شود.

۸۱-۳ تا مبلغ پنجاه هزار میلیارد (۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

۸۳ ۸۳- کلیه سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی موظفند ۶۰ درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته به‌عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه‌ماه پس از تحویل اسناد مربوط، پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمان‌های بیمه‌گر موظفند جریمه‌های آن را به نرخ سالانه ۱۵ درصد جبران نمایند.

۸۷ ۸۷- صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح مکلفند به‌منظور اجرای بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری و عائله درجه یک تحت پوشش آنها، اقدامات لازم را انجام دهند. هزینه‌های مربوط به نسبت برابر، توسط بیمه شده، دولت و سازمان بیمه‌گر (صندوق بازنشستگی) تأمین می‌شود.

۹۸- ایثارگران بازنشسته و شاغل در دستگاه اجرایی و افراد تحت تکفل آنها مخیر به استفاده از خدمات بیمه و درمان تکمیلی و صددرصد هزینه‌های درمانی مربوطه از دستگاه اجرایی متبوع یا بنیاد شهید و امور ایثارگران می‌باشند. استفاده ایثارگران از خدمات درمانی بنیاد شهید و امور ایثارگران منوط به واریز هزینه‌های مربوط از دستگاه اجرایی به بنیاد می‌باشد. اعتبارات این بند از محل ردیف ۱۰۷ - ۵۵۰۰۰۰۰ تأمین می‌گردد. در اجرای بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران دستگاه‌های اجرایی مکلفند نسبت به تأمین صددرصد هزینه‌های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان از سقف اعتبارات هزینه‌ای خود اقدام نمایند.

۱۱۷- صددرصد وجوه اداره شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۸ به صندوق رفاه دانشجویان، وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوق‌های رفاه دانشجویان تلقی می‌گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وام‌های مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می‌رسد. دولت موظف است گزارش عملکرد این بند را به مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.

۱۳۹۱

۴۳-۳- معادل پانزده درصد (۱۵٪) برای امور اجتماعی از جمله کمک به شهرداریهای شهرهای کمتر از دوازده هزار نفر جمعیت، کمک به دهیارها، احداث خانه‌های بهداشت، تأمین آمبولانس مراکز بهداشتی درمانی فاقد آمبولانس،

احداث و تجهیز مراکز اورژانس و امور آموزشی شامل آموزش و پرورش و دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و امور پژوهشی و درمانی و حمایتی و احداث زندان

۳-۴۵- شصت هزار میلیارد (۶۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون

برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

۵۵- دولت مکلف است درآمد وصولی ناشی از اجرای بند (ج) ماده (۳۷) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران را به ردیف درآمدی ۱۵۰۱۲۵ با عنوان «درآمد حاصل از وصول جریمه های سوء تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت» واریز نماید.

۶۰- کلیه سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظفند ضرر و زیان آن را به نرخ پانزده درصد (۱۵٪) جبران نمایند

۶۱- شرکتهای بیمه موظفند بدون دریافت وجه اضافی از بیمه گذار ده درصد (۱۰٪) از اصل حق بیمه شخص ثالث دریافتی را به صورت هفتگی به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۱ جدول شماره (۵) این قانون واریز کنند. عدم اجرای این حکم تصرف غیرمجاز در وجوه و اموال عمومی محسوب می شود.

۶۵- سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است برای افرادی که به دلیل بیماریهای روحی و روانی و اعتیاد از طریق قوه قضائیه یا نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران برحسب ضرورت به بیمارستانها اعزام می شوند و دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی نیستند از محل بیمه ایرانیان نسبت به صدور دفترچه درمانی رایگان اقدام کند و مطابق صورت هزینه های ارسالی دانشگاهها و مراکز درمانی نسبت به پرداخت هزینه اقدام نماید.

۸۷- در سال ۱۳۹۱ دولت موظف است در طراحی و اجرای شهرهای جدید و مسکن مهر نسبت به احداث فضاهای سبز، بهداشتی، درمانی، فرهنگی، مذهبی، آموزشی و سایر زیرساخت های موردنیاز اقدام نماید.

۱۳۹۰-۲-۲- از محل افزایش درآمد حاصل از صادرات نفت و میعانات گازی ملازاد بر مبالغ مندرج در بند(۱) این قانون قبل از واریز به حساب ذخیره ارزی معادل ریالی مبالغ زیر پس از واریز به خزانه اختصاص می یابد:

ب - سه میلیارد (۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار به بخش سلامت (به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اجرای اهداف بند «ب» ماده «۳۴» قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه)

۹۲- کلیه سازمانهای بیمه‌گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه‌گر موظفند ضرر و زیان آن را جبران نمایند.

۱۱۴- پنجاه درصد (۵۰٪) وجوه اداره‌شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ لغایت سال ۱۳۸۸ به صندوقهای رفاه دانشجویان وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی بابت وام شهریه دانشجویی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوقهای رفاه دانشجویان تلقی می‌گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وامهای مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می‌رسد. دولت موظف است گزارش عملکرد این بند را به مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.

۱۳۸۹

۲-هـ - مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط می‌باشند در سقف اعتبارات موضوع ردیف‌های ۴۴ - ۱۱۳۵۰۰ و ۱۳۵ - ۱۲۹۵۰۰ حسب مورد به همان دانشگاه و مؤسسه‌ای که درآمد را کسب کرده‌اند، اختصاص می‌یابد

۷-الف - در سال ۱۳۸۹ حقوق و مزایای کارکنان قراردادی سالانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در سقف شاغلین در آخر بهمن ۱۳۸۸) مشابه سایر کارکنان پیمانی و رسمی منحصراً از طریق بند (و) توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی پرداخت می‌گردد

۷-ی - کلیه سازمانهای بیمه‌گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت نمایند در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه‌گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن می‌باشند

۷-ف - دستگاههای اجرایی و دارندگان ردیف خصوصاً وزارتخانه‌های آموزش و پرورش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - علوم، تحقیقات و فناوری و ارتباطات و فناوری اطلاعات مکلفند از طریق اصلاح ساختار و واگذاری وظایف امور تصدی‌گری خود به همراه منابع (فیزیکی، انسانی، اعتباری، نرم‌افزاری) به بخش غیردولتی و خصوصی و تعاونی

حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات هزینه‌ای خود را کاهش دهد. مسؤولیت اجراء این بند به عهده بالاترین مقام دستگاه اجرایی استگزارش عملکرد این بند توسط بالاترین مقامات دستگاه اجرایی و دارندگان ردیف به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور اعلام تا به کمیسیونهای مربوط ارسال گردد.

۱۶-هـ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۹ در صورت بستری‌شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه خدمات درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون اقدام نموده و آنها را به‌طور رایگان بیمه نماید

۱۳۸۸

۱۱-الف-۳

۱۱-الف-۳- در اجراء فصل دوم قانون مدیریت خدمات کشوری، چهاردرصد (۴٪) از بودجه مصوب دستگاههای اجرائی از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (به‌استثناء فعالیتهای آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و مراکز تحقیقاتی وابسته) و سازمان تربیت بدنی و سازمان میراث فرهنگی و گردشگری و صنایع دستی در اختیار وزیر و یا بالاترین مقام دستگاه اجرائی مربوطه قرار می‌گیرد تا در راستای تحقق احکام فصل دوم قانون به ویژه مواد (۱۳)، (۱۶) و (۲۴) هزینه نمایند

۱۲- به دولت اجازه داده می‌شود که با تصویب کمیسیون قیمت‌گذاری دارو موضوع ماده (۲۰) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داروئی و مواد خوردنی و آشامیدنی تا صددرصد (۱۰۰٪) قیمت داروهای که امکان سوء مصرف دارند و فهرست آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و به تصویب دولت می‌رسد را افزایش داده و مابه‌التفاوت حاصل از این افزایش را از تولیدکنندگان داروی مربوطه أخذ و به ردیف درآمد عمومی ۱۴۰۲۰۸ نزد خزانه‌داری کل کشور واریز نماید.

معادل صددرصد درآمد مزبور تا سقف یکهزارمیلیارد ریال از محل ردیف ۱۹-۵۲۰۰۰۰۰ در اختیار وزارت مزبور قرار می‌گیرد تا برای کاهش قیمت داروهای بیماریهای صعب‌العلاج به صورت یارانه پرداخت نماید.

۲۲- کلیه سازمانهای بیمه‌گر خدمات درمانی موظفند شصتدرصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دوهفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت نمایند. در صورت عدم اجراء حکم این بند سازمانهای بیمه‌گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن می‌باشند.

۲۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال ۱۳۸۸ اضافه بر هشت بیمارستان ذیل جدول شماره (۲۰) مربوط به سال ۱۳۸۷، پس از امتیازبندی بیمارستانهای آموزشی، در تهران به ازای هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی حداقل یک بیمارستان آموزشی و در سایر استانها نیز حداقل یک بیمارستان آموزشی که حائز حداکثر امتیاز هستند را به صورت هیات امنایی طبق مفاد این بند اداره نماید. به هیات امنای مذکور در این بند تمام اختیارات قانونی هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تفویض می گردد.

اعضای هیات علمی شاغل در این مراکز به صورت تمام وقت جغرافیایی انجام وظیفه می نمایند. سازمانهای بیمه گر موظفند دو برابر تعرفه های مصوب دولتی در ازاء حق العلاج پزشکی و هزینه تخت بستری (هتلینگ) و معادل تعرفه های مصوب دولتی در مورد سایر خدمات بر حسب اسناد هر کدام از بیمارستانها به حساب درآمد اختصاصی مربوطه واریز نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است علاوه بر تخصیص صددرصد (۱۰۰٪) درآمد اختصاصی مکتبسه بیمارستان، معادل ۱/۶ برابر تعرفه مصوب دولتی حق العلاج و هزینه تخت بستری (هتلینگ) از منابع عمومی بیمارستانهای فوق و از محل اعتبار بند (۹) ردیف ۵۵۰۰۰۰ که در اختیار دانشگاه قرار می گیرد، مطابق عملکرد هر بیمارستان پرداخت نماید. این بیمارستانها هیچگونه اعتبار هزینه ای دیگری غیر از منابع فوق از منابع عمومی دریافت نخواهند کرد. درصد پرداختی توسط بیمه شده (فرانشیز) بیماران بر مبنای یک برابر تعرفه های دولتی اعمال خواهد شد. این مراکز مجاز به عقد قرارداد با بیمه های تکمیلی می باشند. سازمانهای دولتی در عقد قرارداد بیمه های تکمیلی این بیمارستانها را باید در اولویت قرار دهند. ضوابط اجرائی این بند شامل باز توزیع جبرانی اعضای هیات علمی و پرسنل تمام وقت، راه اندازی کلینیک های ویژه پذیرش بیماران، عقد قرارداد با بیمه های عمومی و تکمیلی، ارتقاء امور آموزشی و پژوهشی، زمان بندی و سایر موارد تابع آئین نامه ای خواهد بود که حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۸ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

۲۵- مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات جزء (۱۰) ردیف ۵۵۰۰۰۰ جدول شماره (۹) به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش شده های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز از طریق وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می کنند. این تسهیلات به نسبت تعداد دانشجویان بین مراکز آموزش عالی موضوع این جزء توزیع خواهد شد. این اعتبارات صددرصد (۱۰۰٪) تخصیص یافته خواهد بود. آئین نامه اجرائی استفاده از این تسهیلات توسط وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۸ تهیه و به تأیید رئیس‌جمهور می‌رسد.

گزارش عملکرد این بند هرشش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه می‌گردد.

۲۹

۲۹- طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهر سازی، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول مقررات قانونی موضوع ماده(۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می باشند.

۲۸

۲۸- مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی وابسته به وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع بند ۱۲۴ ردیف ۱۲۹۰۰۰ و بند ۴۰ ردیف ۱۱۳۵۰۰ براساس درخواست دستگاه‌های مزبور توسط وزارتخانه های مذکور (حسب مورد) به همان دانشگاه و مؤسسه‌ای که درآمد را کسب کرده، اختصاص می یابد.

۳۷

۳۷- به منظور تأمین سلامت به صورت عادلانه برای کل مردم، ارتقاء کیفیت، کارآیی و بهره‌وری، اجرائی نمودن بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطوح اول و دوم، استقرار پزشک خانواده و تکمیل اجرای نظام ارجاع در روستاها و شهرهای زیر یکصد هزار نفر تا پایان سال ۱۳۸۸ و استفاده از توان و امکانات بخش غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد.

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به نحوی برنامه ریزی نماید که حداقل چهل درصد(۴۰٪) از اعتبارات هزینه‌ای فصل سلامت و بهداشت و برنامه بیمه رایگان روستائیان برای ارائه خدمات سطح اول هزینه گردد.

ب- کلیه دستگاه های اجرائی از جمله سازمان های بیمه گر مکلفند سیاست‌ها و برنامه های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تحقق اهداف مذکور در این بند را اجراء نمایند. هزینه نمودن اعتبارات بیمه ای خارج از سیاست ها و برنامه های ابلاغی فوق و مصوبات شورای عالی بیمه ممنوع است.

ج- دولت مکلف است حداقل ده درصد(۱۰٪) از اعتبارات تملک دارائی مربوط به اجراء پروژه‌های بیمارستانی با اولویت پروژه های جدید را به صورت وجوه اداره‌شده یا تأمین سود تسهیلات بانکی و با عقد قرارداد در اختیار بخش غیر دولتی قراردهد.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است در هر جایی که نیاز داشته باشد از بخش خصوصی با شرایط

مذکور در جزء فوق خرید خدمت نماید.
هـ - آئین نامه اجرائی این بند حداکثر ظرف مدت دوماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

۱۳۸۷

۲۵

۲۵- مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) اعتبارات جزء (۲۲) ردیف ۵۵۰۰۰۰ از جدول شماره (۹) به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه های علوم و تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش شده های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز از طریق وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده کنند.

این تسهیلات به نسبت تعداد دانشجو و شهریه ای که دانشجویان پرداخت می کنند بین مراکز آموزش عالی موضوع این جزء خواهد توزیع شد.

آئین نامه اجرایی استفاده از این تسهیلات توسط وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد. گزارش عملکرد این بند هر شش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارسال می گردد.

۱۳۸۶

تبصره ۲ بند ۳

بند ۳- مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات موضوع این بند در اختیار وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش شده های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز به نسبت تعداد دانشجویان خود از طریق وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می کنند.

۱ - در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، اعتبارات دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی ، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در این **قانون** براساس درخواست وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یاد شده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند ، به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می شود ، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود . برداشت از حساب های بانکی یاد شده با حداقل دو امضای مجاز که در آئین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است ، ممکن خواهد بود . تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) **قانون** برنامه و **بودجه** کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و قوانین **بودجه** سالانه کشور در مورد اعتبارات موضوع این جزء به طور مستقیم قابل ابلاغ به دستگاههای اجرایی ذی ربط خواهد بود .

۲ - سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و سایر ردیف های **بودجه** براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند (الف) ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات موردعمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند .

وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های **بودجه** سایر دستگاههای اجرایی به دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ، مشمول مفاد این جزء می باشد .
به وزارتخانه های علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور از محل کاهش حداکثر پنج درصد (۵٪) از اعتبار هزینه ای هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط ، اعتبار هزینه ای سایر دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط را حداکثر به میزان ده درصد (۱۰٪) افزایش دهد . مشروط بر اینکه در سرجمع اعتبارات هزینه ای کلیه دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط تغییری حاصل نشود .

د - طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهرسازی ، علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، مشمول مقررات **قانونی** موضوع ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می باشد .

الف - در اجرای مواد (۸۸) و (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مجاز است ، علاوه بر بیمارستان های منتخب مندرج در جدول شماره (۸) **قانون بودجه** سال ۱۳۸۵ کل کشور تا بیست درصد (۲۰٪) از بیمارستان های خود را برای اداره به صورت هیأت امنایی تعیین و اعلام نماید .
دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی موظفند صددرصد (۱۰۰٪) اعتبارات عمومی و درآمدهای اختصاصی بیمارستان های مزبور را در اختیار هیأت امنای مربوطه قرار دهند . این اعتبارات پس از اختصاص به هزینه قطعی منظور خواهد شد . هیأت امناء ضمن داشتن اختیار در هزینه نمودن اعتبارات ، مسؤولیت پاسخگویی به دانشگاه مربوطه و وزارت متبوع را دارد . این مسؤولیت شامل بدهیهای سنوات گذشته نمی شود .

ب - به منظور ایجاد عدالت در برخورداری از خدمات بیمه درمانی و دسترسی همگانی به خدمات درمانی در سال ۱۳۸۶ آحاد جمعیت کشور براساس مفاد ماده (۱۳) **قانون** بیمه همگانی تحت پوشش بیمه پایه خدمات درمانی قرار می گیرند .

۱ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خدمات مشمول بیمه پایه خدمات درمانی را حداکثر ظرف سه ماه تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه برساند . این مصوبه برای کلیه دستگاههای اجرایی موضوع ماده (۱۶۰) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران لازم الاجراء می باشد .

۲ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با هوشمند کردن برنامه های بیمه خدمات درمانی و تهیه نرم افزاری جامع نسبت به صدور دفترچه یا کارت بیمه پایه درمانی همگانی اقدام و طی دستورالعملی کلیه سازمانهای بیمه گر پایه را مکلف به صدور دفترچه یا کارت بیمه پایه خدمات درمانی با درج شماره ملی در آن نماید . سازمان ثبت احوال کشور موظف است اطلاعات پایه جمعیتی کشور را به صورت برخط و یا روزانه در اختیار سازمانهای ذی ربط قرار دهد .

دولت مکلف است بیمه خدمات درمانی کلیه کارکنان اعم از شاغلین ، بازنشسته ها ، وظیفه یا مستمری بگیران و اعضاء خانواده آنان را به نحوی ساماندهی نماید تا بتوانند مطابق تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی با مراجعه مستقیم از خدمات کلیه پزشکان و مراکز خدمات بهداشتی و درمانی ، آزمایشگاهی و داروخانه های سراسر کشور بهره مند شوند . آیین نامه مربوط با پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، رفاه و تأمین اجتماعی ، کار و امور اجتماعی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید

تبصره ۱۴ بند- پ

پ - سازمان انتقال خون موظف است به منظور حمایت از بیمارانی که به علت دریافت خون و محصولات خونی و بیماریهای منتقله از آن مبتلا می گردند ، محصولات خونی تولید شده خود را در نزد شرکتهای بیمه تجاری بیمه نماید . مبلغ بیست و پنج میلیارد (۲۵ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال اعتبار ردیف ۵۰۳۹۲۹ مندرج در قسمت چهارم این **قانون** برای بیمه محصولات خونی اختصاص می یابد . شرکتهای بیمه تجاری متعهد می گردند هزینه های مربوط به عوارض و خسارت های ناشی از تزریق محصولات خونی را پرداخت نمایند . در صورتی که عوارض و خسارت های ناشی از تزریق محصولات خونی با تشخیص سازمان نظام پزشکی مربوط به اهمال سازمان انتقال خون نباشد آن سازمان مسؤولیتی در قبال عوارض حقوقی مربوطه نخواهد داشت .

تبصره ۱۴ بند- ت

ت - به مؤسسه انستیتو پاستور ایران و سازمان انتقال خون ایران و پایگاههای انتقال خون استانی اجازه داده می شود درآمد حاصل از فروش محصولات خود را به حساب درآمد عمومی به ترتیب موضوع ردیف های ۱۴۰۲۰۶ و ۱۴۰۱۰۸ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند . صددرصد (۱۰۰٪) درآمد حاصله از محل ردیف ۵۰۳۹۲۰ قسمت چهارم این **قانون** در اختیار دستگاههای مذکور قرار می گیرد تا طبق مقررات مربوطه در راستای افزایش تولید و ارتقای کیفیت محصولات مورد استفاده قرار دهند .

تبصره ۱۴ بند- ث

ث - به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود وجوه حاصل از درآمد اختصاصی موضوع ماده (۲۴) **قانون** تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت را دریافت و به حساب درآمدهای اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است معادل وجوه واریزی را از طریق ابلاغ اعتبار ، در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و واحدهای ذیربط قرار دهد تا طبق قوانین و مقررات هزینه شود .

تبصره ۱۴ بند-ج

ج - به دولت اجازه داده می شود معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت هر نخ سیگار تولید داخل ، بیست درصد (۲۰٪) قیمت سیگار وارداتی ، بیست درصد (۲۰٪) توتون قلیان وارداتی ، بیست درصد (۲۰٪) توتون پیپ و سایر مواد دخانی را افزایش دهد . درآمد حاصله پس از واریز به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۷ قسمت سوم این **قانون** ، از محل

اعتبار ردیف ۵۰۳۸۷۴ قسمت چهارم این **قانون** در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا به منظور توسعه مبارزه با دخانیات ، از طریق حمایت از مراکز مشاوره ای و درمانی غیر دولتی ترک مصرف مواد دخانی ، نوسازی و تکمیل شبکه بهداشتی ، کمک به تحقیقات مؤسسات دولتی و غیر دولتی در مورد بیماری های ناشی از استعمال سیگار ، کنترل بیماری های سل و سرطان و بیماری ریوی از طریق درمان و تأمین داروی مورد نیاز ، شناسایی بیماری های دیابتی و پیشگیری از بیماری های قلب و عروق سازمان بهزیستی برای کمک به مراکز ترک اعتیاد غیر دولتی و همچنین از طریق سازمان تربیت بدنی برای احداث و تکمیل طرح های تملک دارایی های سرمایه ای و توسعه فعالیت های ورزشی هزینه شود . از اعتبار ردیف فوق الذکر شصت درصد (۶۰٪) مربوط به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و چهل درصد (۴۰٪) مربوط به سازمان تربیت بدنی می شود . از سهم وزارت بهداشت و سازمان تربیت بدنی پنجاه درصد (۵۰٪) اعتبارات هزینه ای و پنجاه درصد (۵۰٪) اعتبارات تملک دارایی سرمایه ای می باشد . پنجاه درصد (۵۰٪) از سهم سازمان تربیت بدنی در این بند به توسعه ورزش روستایی اختصاص می یابد .

آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران تهیه و ظرف مدت سه ماه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

تبصره ۱۴ بند-چ

چ - به دولت اجازه داده می شود برای حمایت از بخش غیر دولتی و ممانعت از اضافه پرداخت اقشار مختلف جامعه تا سقف یکصد میلیارد ریال از محل اعتبار ردیف ۵۰۳۶۱۰ قسمت چهارم **قانون بودجه** برای پرداخت بخشی از سود تسهیلات بانکی به سازندگان بیمارستانی به بانکهای عامل پرداخت نماید . کلیه واحدهای درمانی استفاده کننده از این تسهیلات ملزم به ارائه تعهد نسبت به رعایت تعرفه های مصوب هیأت وزیران خواهند بود . در صورت عدم اجرای تعهد مربوطه ، گروههای مذکور موظف به پرداخت وجوه دریافتی به نرخ روز خواهند بود .

تبصره ۱۴ بند-ح

ح - در چهارچوب مفاد بند (ج) ماده (۱۴۵) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، پانزده درصد (۱۵٪) از اعتبارات طرحهای تملک دارایی های سرمایه ای فصل مربوطه برای کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیردولتی در کلیه شهرها بجز شهرهای مرکز استان (مرکز استان های مناطق محروم از این امر مستثنی هستند) اختصاص می یابد ، بنحوی که تا بیست و پنج درصد (۲۵٪) هزینه احداث این بیمارستانها تأمین و در اختیار این گروهها قرار گیرد . وجوه مذکور به عنوان هزینه قطعی تلقی می شود .

تبصره ۱۴ بند-خ

خ - وزارت مسکن و شهرسازی موظف است برای کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیر دولتی در کلیه شهرها به جز شهرهای مرکز استان (مرکز استان های مناطق محروم از این امر مستثنی هستند) زمین رایگان در مناطقی که امکان آن وجود داشته باشد در اختیار آنها قرار دهد .
بخش غیر دولتی به مدت حداقل ۲۰ سال مجاز به تغییر کاربری واحدهای درمانی احداث شده نخواهد بود .
آیین نامه اجرایی این بند توسط وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، رفاه و تأمین اجتماعی ، مسکن و شهرسازی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد .

تبصره ۱۴ بند-د

د - به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود :

۱ - با رعایت استاندارد مربوطه به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور و ثبت هر کارخانه تولید کننده فرآورده های آرایشی ، بهداشتی و غذایی یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل پنجاه و چهار میلیون (۵۴ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال و برای ثبت هر قلم فرآورده های مذکور مبلغ نه میلیون ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید .

۲ - از متقاضیان صدور ، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب ، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار ریال و بابت صدور کارت بهداشتی و آموزش هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ سی هزار ریال دریافت و به حساب ۱۴۰۱۲۰ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید . در صورت عدم مراجعه افراد واجد شرایط جهت اخذ کارت بهداشتی برای بار اول معادل ۵ برابر هزینه صدور کارت از آنان دریافت و مبلغ جریمه به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۵۰۱۰۹ قسمت سوم این **قانون** واریز می شود . در صورت عدم مراجعه برای بار دوم پروانه کسب آنان لغو خواهد شد .

دریافت هرگونه وجهی علاوه بر مبالغ فوق تحت هر عنوان ممنوع می باشد .

۳ - در صورت لزوم به بازدید از شرایط خوب ساخت (تپب) کارخانجات داروسازی و آرایشی ، بهداشتی ، پزشکی و آزمایشگاهی ، مواد غذایی و مواد اولیه آنها به ازای هر نفر اعزامی ، از شرکتهای تولید کننده خارج از کشور معادل چهل و پنج میلیون ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید .
معادل وجوه واریزی در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا صرف هزینه های انجام مأموریت های مذکور شود .

۴ - برای نظارت بر مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه های فوق خدماتی را ارائه می کنند از افراد حقیقی و یا حقوقی که صلاحیت آنها توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تأیید شده است استفاده نماید .

تبصره ۱۴ بند- ذ

ذ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۶ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تا سقف نهصد و هفتاد و هشت میلیارد (۹۷۸ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این **قانون** اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید . این بیماران هنگام بستری شدن در بیمارستان های دولتی ، برای بستری شدن ده درصد (۱۰٪) و برای بیماران سرپایی سی درصد (۳۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد .
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است براساس ماده (۹۱) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این **قانون** تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۶ دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل نماید .

تبصره ۱۴ بند- ط

ط - به منظور تأمین یارانه دارو و شیرخشک اعتبار ردیف های ۵۰۳۷۸۸ و ۵۰۳۹۳۰ جمعاً به مبلغ دو هزار و یکصد و بیست و هفت میلیارد و سیصد میلیون ریال براساس پیشنهاد وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان یارانه دارو و شیرخشک در اختیار دستگاههای اجرایی ذی ربط قرار خواهد گرفت .
مبلغ ششصد و بیست و سه میلیارد ریال اعتبار در قالب ردیف ۵۰۳۹۱۷ قسمت چهارم این **قانون** به منظور ذخیره سازی استراتژیک داروهای حیاتی در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد .

تبصره ۱۴ بند-ع

ع - سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح مکلفند به منظور اجرای طرح بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری اقدامات لازم را انجام دهند . هزینه های جاری طرح فوق به نسبت برابر توسط بیمه شده ، دولت و سازمانهای بیمه گر تأمین خواهد شد . آئین نامه اجرایی این بند ظرف مدت دو ماه بنا به

پیشنهاد مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید

تبصره ۱۴ بند- غ

غ - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهش های کاربردی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقاء سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان اختصاص یابد .

مبلغ پنج میلیارد ریال از اعتبار ردیف ۵۰۳۱۱۶ این **قانون** در اختیار مرکز تحقیقات آسیبهای شیمیایی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج) قرار می گیرد .

تبصره ۱۴ بند- ف

ف - بیمارستانها و سایر مراکز درمانی تحت پوشش وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی کلیه افرادی که با تأیید یگانهای اعزام کننده در معرض عوامل شیمیایی جنگی بوده اند و بدلیل خفیف بودن یا شناسایی نشدن ضایعات تحت پوشش بنیاد شهید و ایثارگران قرار نگرفته اند را بصورت رایگان تحت پوشش مناسب قرار دهند .

تبصره ۱۴ بند- ق

ق - از اول سال ۱۳۸۶ معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت نوشابه های گازدار قندی تولید داخل و معادل پانزده درصد (۱۵٪) به قیمت نوشابه های گازدار قندی وارداتی افزایش می یابد . تولیدکنندگان و واردکنندگان مربوطه حسب مورد موظفند درآمد حاصل از این افزایش قیمت را به حساب درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۲۳ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند .

شصت درصد (۶۰٪) درآمد حاصله تا مبلغ پانصد میلیاردریال از محل ردیف ۵۰۳۹۴۶ قسمت چهارم این **قانون** در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا به منظور پیشگیری ، آموزش ، تغییر زندگی و غربالگری بیماران دیابتی و بیماران قلبی و عروقی و کمک به هزینه درمان بیماران بی بضاعت مبتلا به دیابت و کمک به انجمن های غیر دولتی ذیربط هزینه گردد .

تبصره ۱۴ بند- ک

ک - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۶ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه شدگان اختصاص دهد . سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند هشتاد درصد (۸۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف

دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی ، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نماید . در صورت عدم اجراء حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله می باشند . آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تا آخر فروردین ماه ۱۳۸۶ به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .

تبصره ۱۴ بند- ن

ن - به دولت اجازه داده می شود کلیه بیمارستانهای نیمه دولتی را که عملیات ساختمانی آنها تا پنجاه درصد (۵۰٪) پیشرفت فیزیکی دارد به منظور تکمیل ، تجهیز و بهره برداری با هدف خیرخواهانه به اشخاص حقیقی و حقوقی غیر دولتی بلاعوض واگذار نماید . اسناد مالکیت اینگونه بیمارستانها پس از ده (۱۰) سال بهره برداری مشروط به رعایت تعرفه های درمانی وزارت بهداشت به اشخاص مذکور واگذار خواهد شد . تغییر کاربری این بیمارستانها امکان پذیر نمی باشد . آیین نامه اجرایی این بند مشترکاً توسط وزارت مسکن و شهرسازی و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت یک ماه تهیه و تا پایان اردیبهشت ماه به تصویب هیأت وزیران می رسد .

تبصره ۱۵ بند-ب

ب - در راستای جبران اثرات حذف تدریجی یارانه ها بر اقشار آسیب پذیر و اجرای برنامه های رفاه و تأمین اجتماعی ، اعتبار ردیف ۵۰۳۹۳۵ قسمت چهارم این **قانون** تحت عنوان اعتبار هدفمند کردن یارانه ها و کمک به اقشار آسیب پذیر ، به مبلغ سه هزار میلیارد ریال براساس پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار دستگاههای اجرایی ذی ربط قرار می گیرد تا برای حمایت از اقشار آسیب پذیر به شرح زیر هزینه شود :

اجرای	قانون	حمایت	از	زنان	و	کودکان	بی	سرپرست
اجرای	قانون	حمایت	از	معلولین				
حمایت	از	خانواده	های	آسیب	دیده	اجتماعی		نیازمند
حمایت	از	خانواده	های	آسیب	دیده	حوادث	و	سوانح
تأمین	بخشی	از	هزینه	های	تحصیلی	و	تغذیه	دانش آموزان مناطق محروم
کاهش	فقر	غذایی	خانواده	های	کم			درآمد
-	کمک	به	طرح	معیشتی				طلاب

-بیست و پنج درصد (۲۵٪) (از اعتبار فوق الذکر در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا برای پرداخت دیه بیماران هموفیلی و حمایت از بیماران خاص (هموفیلی ، تالاسمی ، دیالیزی ، سرطان خون و ام

اس (، صعب العلاج ، سرطانی ، الزایمر و کمک به تأمین هزینه بیمارانی که دچار هزینه های تحمل ناپذیر هستند هزینه نماید .

۱۳۸۵

تبصره ۲ - بند ۹

۹- افزایش سقف مانده تسهیلات تکلیفی بانکی در سال ۱۳۸۵، با رعایت سایر تکالیف مصرح در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تا سقف یک‌هزار و هشتصد میلیارد (۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال مجاز است. از این افزایش مانده تسهیلات، سهم بخش دولتی بیست و پنج درصد (۲۵٪) و سهم بخش تعاونی و خصوصی هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) می‌باشد. حداقل شصت و پنج درصد (۶۵٪) سهم بخش‌های تعاونی و خصوصی برای اعطای تسهیلات با اهداف اشتغال‌زایی با اولویت مناطق توسعه نیافته براساس شاخص‌هایی که بنا به پیشنهاد مشترک سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی و تعاون به تصویب هیأت‌وزیران خواهد رسید، بین استان‌ها توزیع می‌شود تا از طریق بانک‌های عامل در اختیار متقاضیان قرارگیرد. متقاضیان مذکور در دوران بهره‌برداری طرح‌ها نسبت به بکارگیری نیروهای جدید با اولویت بیکاران ثبت نام شده در مراکز کارایی و ادارات کل کار و امور اجتماعی متعهد می‌گردند .

بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ چهارصد میلیارد (۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره را از طریق دفتر همکاری‌های فناوری نهاد ریاست جمهوری و وزارت تعاون به منظور ایجاد اشتغال مولد جهت متخصصان فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها و جلوگیری از فرار مغزها با معافیت سهم آورده منظور نماید. ایثارگران شامل رزمندگان، آزادگان، جانبازان و خانواده معظم شهدا در اولویت می‌باشند. بیست و پنج درصد (۲۵٪) از تسهیلات سهم بخش خصوصی و تعاونی برای ایجاد فرصت‌های شغلی محرومان و مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی اختصاص می‌یابد. دولت مکلف است از محل تسهیلات تکلیفی، اعتبارات وجوه اداره شده و کمک‌های فنی و اعتباری منظور شده برای فعالیت‌های اشتغال‌زایی دستگاه‌های اجرایی، استانی و ملی به میزان حداقل ده درصد (۱۰٪) منابع مذکور را در چارچوب برنامه مدون ایجاد اشتغال برای واجدین شرایط معرفی شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران برای تأمین اشتغال فرزندان شاهد، جانبازان و آزادگان اختصاص دهد. در اجرای ماده (۸۷) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره از سهم بخش تعاونی و خصوصی را با معرفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از

طریق بانک‌های عامل در اختیار بخش خصوصی و تعاونی قرار دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است لغایت دی ماه سال ۱۳۸۵ نسبت به جذب این اعتبار اقدام نماید.

تبصره ۲ بند ۱۱ ج -

بند ۱۱ ج - مبلغ یک‌هزار و دو بیست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات این بند به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می‌گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض‌الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزشکده‌های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز به نسبت تعداد دانشجویان خود از طریق وزارتخانه‌های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می‌کنند.

تبصره ۲ بند ۲۶

۲۶- به دولت اجازه داده می‌شود منابع موضوع ردیف ۳۱۰۳۰۶ قسمت سوم این **قانون** را به منظور نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی، اورژانس هوایی، آزمایشگاههای مرجع و غذا و دارو، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور و مراکز درمانی و توانبخشی خاص جانبازان به ویژه نخاعی، شیمیایی و اعصاب و روان معادل دو بیست میلیون (۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار از محل حساب ذخیره ارزی موضوع اعتبار ۵۰۳۸۳۲ قسمت چهارم این **قانون** در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و دستگاههای فوق الذکر مطابق جدول قرار دهد. حقوق گمرکی، مالیات، حقوق ورودی، سود بازرگانی و عوارض تجهیزاتی که از محل این بند وارد می‌شود، به صورت جمعی خرجی به حساب درآمد عمومی کشور موضوع ردیف ۱۱۰۴۰۳ قسمت سوم این **قانون** و ردیف ۵۰۳۸۶۹ قسمت چهارم این **قانون** منظور می‌گردد.

تبصره ۲ بند ۲۷-

۲۷- به دولت اجازه داده می‌شود معادل چهل میلیون (۴۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار از حساب ذخیره ارزی برداشت نموده و پس از فروش، درآمد حاصله را به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف... قسمت سوم این **قانون** واریز و معادل صد درصد آن را از محل ردیف ... قسمت چهارم این **قانون** در اختیار وزارت مسکن و شهرسازی قرار دهد تا براساس موافقت نامه متبادله با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور برای مطالعه و اجرای دو هزار (۲۰۰۰) تخت بیمارستانی در شهرهایی که با مراعات شاخص های زیر اولویت آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌گردد هزینه گردد :

اولویت ۱: شهرستانهای فاقد تخت بیمارستانی با حداقل جمعیت پنجاه هزار نفر و با حداقل ۵۰ کیلومتر فاصله مرکز آن از نزدیکترین بیمارستان .

اولویت ۲: شهرهایی که جمعیت آنها بین بیست تا پنجاه هزار نفر می باشد مراکز بهداشتی، درمانی شبانه روزی با امکانات تخصصی، تسهیلات زایمانی، آمبولانس و ده تخت اورژانس بستری ایجاد می شود.

اولویت ۳: بیمارستانهای جایگزین در شهرستانهایی که بیمارستان آن فرسوده بوده و بیش از ۵۰ سال قدمت دارد.

تبصره ۹- بند د

د -

۱- مازاد درآمد اختصاصی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی موضوع ردیف های ۱۱۳۵۹۰ و ۱۲۹۰۹۹ این **قانون** براساس درخواست دستگاههای مزبور، توسط وزارتخانه ذی ربط به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده است، اختصاص یافته و به اطلاع سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور می رسد.

۲- در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اعتبارات دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در این **قانون** و یا در جداول شماره ۱۵ تا ۲۳ ضمیمه این **قانون** براساس درخواست وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یادشده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند و به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می گردد، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود. برداشت از حساب های بانکی یادشده با حداقل دو امضاء مجاز که در آیین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است، ممکن خواهد بود. تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) **قانون** برنامه و **بودجه** کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و ماده واحده این **قانون** در مورد اعتبارات موضوع این جزء مستقیماً قابل ابلاغ به دستگاههای اجرایی ذی ربط می باشد.

۳- سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و سایر ردیف های **بودجه** براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند (الف) ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات مورد عمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند.

وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های **بودجه** سایر دستگاه های اجرایی به دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی، مشمول مفاد این جزء می باشد.

به وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور از محل کاهش حداکثر پنج درصد (۵٪) از اعتبار هزینه ای هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط، اعتبار هزینه ای سایر دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط را حداکثر به میزان ده

درصد (۱۰٪) افزایش دهد. مشروط بر اینکه در سر جمع اعتبارات هزینه ای کلیه دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط تغییری حاصل نشود. وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می توانند از محل صرفه جویی در اعتبارات هزینه ای خود، اعتبارات هزینه ای پذیرش دانشجو را به میزان بیش از پنج درصد (۵٪) اعمال شده در **قانون بودجه** سال ۱۳۸۵ تا مرز استانداردهای رسمی تعریف شده افزایش دهند و وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مکلفند نسبت به اصلاح استانداردهای آموزشی در جهت بهره برداری بهینه و ظرفیت های موجود و افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه های پزشکی و غیرپزشکی کشور اقدام نمایند و گزارش آن را حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی اعلام نمایند.

هـ - طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهرسازی، علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشمول تسهیلات **قانونی** اجرای طرح های تملک دارایی های سرمایه ای دانشگاههای وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

و - اعتبار مندرج در طرح های شماره ۳۰۱۴۶۲۹۴، ۳۱۰۴۶۰۲۵، ۳۰۱۴۶۲۹۴، ۱۰۵۲۱۰۱۰، ۱۰۵۲۱۰۰۸ و ۳۰۱۴۶۰۰۵ مندرج در پیوست شماره (۱) این **قانون** برای تکمیل طرح های تملک دارایی های سرمایه ای (آموزشی، کمک آموزشی، خوابگاه ها، پژوهشی و فناوری) نیمه تمام دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و جهاد دانشگاهی که حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) هزینه های آن از محل کمک های مردمی و سایر منابع تأمین اعتبار تأمین شده است، اختصاص می یابد تا بین مراکز مزبور توزیع گردد. سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی براساس موافقتنامه ای که برای هر یک از طرح های مذکور حسب مورد بین وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله خواهد شد، تعیین می گردد.

تبصره ۱۴ بند الف

الف - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۵ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه شدگان اختصاص دهد. سازمان های بیمه گر خدمات درمانی موظفند هشتاد درصد (۸۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور، پرداخت نمایند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله می باشند. آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تا آخر فروردین ماه ۱۳۸۵ به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. تعرفه های اعلام شده توسط دولت برای هر سال، از اول فروردین ماه همان سال قابل

اعمال و لازم الاجرا می باشد. شورای عالی بیمه، کمیته ای را برای حل اختلاف در کسورات بین مؤسسات بیمه گر و دانشگاهها تعیین می نماید.

تبصره ۱۴ بند ب

ب - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با رعایت استاندارد مربوطه به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکت های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور و ثبت هر کارخانه تولیدکننده فرآورده های آرایشی، بهداشتی و غذایی و یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی آن توسط شرکت های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل پنجاه و چهار میلیون (۵۴,۰۰۰,۰۰۰) ریال و برای ثبت هر قلم فرآورده های مذکور مبلغ نه میلیون (۹,۰۰۰,۰۰۰) ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید.

تبصره ۱۴ بند ج

ج - متقاضیان صدور، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی مکلفند بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار (۱۰۰,۰۰۰) ریال و بابت صدور کارت بهداشتی هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ ده هزار (۱۰,۰۰۰) ریال پرداخت و به حساب ۱۴۰۱۲۰ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت تجدید صدور کارت بهداشتی برای بار اول به پنج برابر هزینه صدور کارت جریمه و مبلغ جریمه را به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۵۰۱۰۹ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت صدور کارت بهداشتی برای بار دوم، پروانه کسب آنان لغو خواهد گردید.

تبصره ۱۴ بند

د

د - به منظور تقویت اورژانس و فوریت های پیش بیمارستانی و ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث و بیماری ها در راستای ماده (۸۵) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود تعداد پنجاه پایگاه اورژانس جدید تأسیس و راه اندازی کند. اعتبار مورد نیاز به مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از ردیف ۱۲۹۰۰۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان فوریت های پیش بیمارستانی هزینه می گردد.

تبصره ۱۴ بند -

۵

ه - به منظور پیشگیری و درمان بیماری های دهان و دندان (به استثنای موارد عمل های زیبایی) کودکان زیر ۱۲ سال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (شبکه بهداشتی و درمانی کشور) موظف است از محل اعتبار ردیف ۵۰۳۸۲۸ مبلغ بیست میلیارد (۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال هزینه نماید. موارد ارجاع جهت درمان این بیماری ها طبق تعرفه مشخص بصورت کامل از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تحت پوشش قرار می گیرد.

تبصره ۱۴ بند - و

و - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهش های کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان اختصاص یابد.

تبصره ۱۴ بند - ز

ز - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود، اعتبار موضوع ردیف ۱۲۹۰۴۲ مندرج در قسمت چهارم این **قانون** را بین بیمارستان های مندرج در جدول شماره (۸) این **قانون** توزیع نماید تا بر اساس مفاد ماده (۸۸) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به مصرف برسد.

تبصره ۱۴ بند - ح

ح - به هیأت وزیران اجازه داده می شود به منظور تسریع در تکمیل عملیات اجرایی طرحهای بیمارستانی، مبلغ یک هزارمیلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل مبلغ مندرج در بند (الف) تبصره (۱) از سرمایه های مردم از طریق فروش اوراق مشارکت استفاده نماید. معادل صددرصد (۱۰۰٪) مبلغ مذکور توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار وزارتخانه های مسکن و شهرسازی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور قرار می گیرد تا جهت تکمیل پروژه های بیمارستانی مندرج در پیوست شماره (۱) این **قانون** و پروژه های بیمارستانی که مطابق با ماده (۴۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران توسط دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اجرا می گردد و همچنین بیمارستانهای بالای هفتاددرصد (۷۰٪) پیشرفت فیزیکی متوقف که علت توقف آنها رفع گردیده و براساس ماده (۸۹) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند، اختصاص یابد. پروژه هایی که از پیشرفت فیزیکی بالاتری برخوردارند و یا به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اولویت بالاتری دارند، در استفاده از این منابع

در اولویت می باشند. میزان اعتباری که به هر پروژه تعلق می گیرد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد.

تبصره ۱۴ بند- ط

ط - به دولت اجازه داده می شود معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت هر نخ سیگار تولید داخل و بیست درصد (۲۰٪) قیمت سیگار وارداتی را افزایش داده و درآمد حاصله را پس از واریز به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۶ قسمت سوم این قانون از محل ردیف ۵۰۳۸۷۴ قسمت چهارم این قانون توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور توسعه مبارزه با دخانیات، گسترش شبکه بهداشتی، کمک به تحقیقات در مورد بیماریهای ناشی از سیگار، کنترل بیماریهای سل و سرطان و بیماری ریوی و همچنین سازمان تربیت بدنی جهت گسترش فضاهای ورزشی قرار دهد. آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران تهیه و ظرف مدت سه ماه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره ۱۴ بند- ی

ی - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود در صورت لزوم به بازدید شرایط خوب ساخت کارخانجات داروسازی و آرایشی، بهداشتی، پزشکی و آزمایشگاهی، مواد غذایی و مواد اولیه آنها به ازای هر نفر اعزامی، از شرکتهای تولیدکننده خارج از کشور معادل چهل و پنج میلیون (۴۵,۰۰۰,۰۰۰) ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید. معادل وجوه واریزی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد.

تبصره ۱۴ بند- ک

ک - دولت موظف است با امکانات وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی کلیه افرادی که با تأیید یگانهای اعزام کننده در معرض عوامل شیمیایی جنگی بوده اند و بدلیل خفیف بودن یا شناسایی نشدن ضایعات تحت پوشش بنیادشهید و ایثارگران قرار نگرفته اند را تحت پوشش مناسب قرار دهند.

تبصره ۱۵ بند- الف

الف - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملکف است در سال ۱۳۸۵ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی از محل ردیف ۱۲۹۱۰۹ اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید. این بیماران به هنگام بستری

شدن در بیمارستان های دولتی، ده درصد (۱۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملکف است براساس ماده (۹۱) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این **قانون** تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۵ دفترچه بیمه درمانی آنان را صادر و تحویل نماید.

۱۳۸۴

تبصره ۱- ۵ -

۵ - در اجرای ماده (۸۷) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه ، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره از سهم بخش تعاونی و خصوصی را بامعرفی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از طریق بانکهای عامل در اختیار بخش های خصوصی و تعاونی قرار دهد. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است لغایت دی ماه سال ۱۳۸۴ نسبت به جذب این اعتبار اقدام نماید. مبلغ ششصد میلیارد (۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال از تسهیلات موضوع این بند را در اختیار صندوق رفاه دانشجویان وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد به صورت قرض الحسنه با کارمزد کم قرار دهند. (دویست و پنجاه میلیارد (۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال از سهم دولتی و سیصد و پنجاه میلیارد (۳۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال از سهم غیردولتی) تا با استفاده از این قرض الحسنه بتوانند شهریه خود را پرداخت و پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. آئین نامه اجرایی استفاده از این تسهیلات توسط وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران می رسد. گزارش عملکرد این بند هر شش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارسال می گردد.

تبصره ۹ - ث -

۱- مزاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی موضوع ردیف های ۱۱۳۵۹۰ و ۱۲۹۰۹۹ این قانون براساس درخواست دستگاه های مزبور، توسط وزارتخانه ذی ربط به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده است ، اختصاص می یابد.

۲- در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، اعتبارات دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی ، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در جداول شماره (۱۰)، (۱۱)، (۱۲)،

(۱۳)، (۱۴)، (۱۵)، (۱۶)، (۱۸) و (۱۹) ضمیمه این قانون براساس درخواست وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یادشده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می گردد، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود. برداشت از حساب های بانکی یادشده با حداقل دو امضاء مجاز که در آیین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است، ممکن خواهد بود. تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و ماده واحده این قانون در مورد اعتبارات موضوع این جزء مستقیماً قابل ابلاغ به دستگاه های اجرایی ذی ربط می باشد. ضمناً اعتبارات بخش آموزش پزشکی از جداول شماره (۱۱) و (۱۲) منتزع و به جداول (۱۸) و (۱۹) منتقل می شود.

۳- سهم هر یک از دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی که از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و همچنین ردیف های متفرقه و سایر ردیف های بودجه که براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات موردعمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند. وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های بودجه سایر دستگاه های اجرایی به دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی، مشمول مفاد این جزء می باشد.

ج - اعتبار منظور شده تحت عنوان سایر مربوط به دستگاه های جدیدالتأسیس پس از طی مراحل قانونی تشکیل آنها، توسط وزارتخانه های ذی ربط و براساس مفاد بند (ث) (در اختیار آنها قرار خواهد گرفت).

ژ - چنانچه درآمدهای اختصاصی هر یک از دستگاه های اجرایی موضوع ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۴ بیشتر از رقم منظور شده در قسمت سوم این قانون وصول گردد، معادل مبلغ افزایش وصولی هر یک از دستگاه های اجرایی یادشده، تا مبلغ یکهزار میلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) اعتبار از محل درآمد اختصاصی آنها منظور در قسمت چهارم این قانون افزایش می یابد.

تبصره ۱۴

بند - الف

الف - در جهت اجرای **قانون** بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند در طول سال ۱۳۸۴ با موافقت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور نسبت به هرگونه جابه جایی، تغییر ردیف و کاهش یا افزایش سقف اعتبار ردیف ها در محدوده اعتبارات مصوب به میزان سی درصد

(۳۰٪) اقدام نماید، به نحوی که حداکثر تسهیلات لازم در اجرای **قانون** مذکور فراهم شده و اختلالی در اداره امور مراکز درمانی، بهداشتی و آموزشی حاصل نشود.

سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۴ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً جهت درمان بیمه شدگان هزینه نماید و پنجاه درصد (۵۰٪) صورت حسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی به عنوان علی الحساب پرداخت نماید.

سازمان های بیمه گر خدمات درمانی موظفند بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نمایند. دولت مکلف است برای کلیه روستائیان تحت پوشش خدمات بیمه درمانی دفترچه درمان صادر نموده و هزینه های چاپ و صدور آن را از بیمه شدگان دریافت نماید.

در اجرای ماده (۱۷) **قانون** بیمه همگانی مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح موظفند با کلیه مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی که آماده ارائه خدمات درمانی با تعهد به رعایت تعرفه های دولتی مصوب هیأت وزیران می باشند، عقد قرارداد نمایند.

تبصره ۱۴

بند ب-

ب - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود که به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل ریالی پنج هزار (۵,۰۰۰) دلار به نرخ رسمی کشور دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این **قانون** واریز نماید. معادل صددرصد (۱۰۰٪) آن تا مبلغ دوازده میلیارد (۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور توسعه فعالیتهای نظارتی و آزمایشگاهی غذا و دارو توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه می گردد.

تبصره ۱۴

بند پ-

پ - متقاضیان صدور، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی مکلفند بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار (۱۰۰,۰۰۰) ریال و بابت صدور کارت بهداشتی هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ ده هزار (۱۰,۰۰۰) ریال پرداخت و به حساب ۵۱۹۹۷۶ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت تجدید صدور کارت بهداشتی برای بار اول به پنج برابر هزینه

صدور کارت جریمه و مبلغ جریمه را به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۵۱۹۹۷۶ قسمت سوم این **قانون** واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت صدور کارت بهداشتی برای بار دوم ، پروانه کسب آنان لغو خواهد گردید.

تبصره ۱۴

بند -ث

ث - به منظور تقویت اورژانس و فوریت‌های پیش بیمارستانی و ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث و بیماریها در راستای ماده (۸۵) **قانون** برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود تعداد پنجاه پایگاه اورژانس جدید تأسیس و راه اندازی کند. اعتبار موردنیاز به مبلغ پنجاه میلیارد (۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از ردیف ۱۲۹۰۰۰ وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان فوریت‌های پیش بیمارستانی هزینه می گردد.

تبصره ۱۴

بند -ج

ج - به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان (به استثنای موارد عمل های زیبایی) کودکان زیر ۱۲ سال ، شبکه بهداشتی و درمانی کشور موظف است خدمات پیشگیری از این بیماریها را انجام دهد. موارد ارجاع جهت درمان این بیماریها طبق تعرفه مشخص بصورت کامل از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تحت پوشش قرار می گیرد. بار مالی ناشی از این تکلیف از محل حذف اعتبار بیمه درمان ذیل دستگاههای اجرائی به میزان حداقل یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تأمین و در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی قرار می گیرد (سهم هریک از دستگاههای مذکور معادل ۵۰٪ می باشد).

تبصره ۱۴

بند -چ

چ - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهشهای کاربردی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی اختصاص یابد. آیین نامه اجرایی این بند مشترکاً توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و بنیاد شهید و امور ایثارگران تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره ۱۵

بند - الف

الف - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۴ در صورت بستری شدن افسار آسیب پذیر که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمانهای ذی ربط از محل ردیف ۱۲۹۱۰۹ اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید. این بیماران به هنگام بستری شدن در بیمارستانهای دولتی ، ده درصد (۱۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد.

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است کلیه روستائیان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۴ دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل نماید

تبصره ۱۵

بند - ب-۵

ب-۵ - ۵- به منظور تأمین یارانه دارو و شیرخشک اعتبار ردیف ۵۰۳۷۸۸ به مبلغ دو هزار و دویست و چهل و چهار میلیارد (۲,۲۴۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال براساس پیشنهاد وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی ، به عنوان یارانه دارو و شیرخشک در اختیار دستگاه های اجرایی ذی ربط قرار خواهد گرفت.

تبصره ۱۵

بند - ث

ث - مبلغ یکصد و هفتاد میلیارد (۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل اعتبار ردیفهای ۱۰۴۰۰۱ ، ۱۱۱۱۲۰ و ۱۳۲۵۰۰ قسمت چهارم این قانون جهت اجرای طرح بیمه درمانی مکمل برای بازنشستگان کشوری ، لشکری و مستمری بگیران تأمین اجتماعی که به نسبت بازنشستگان و مستمری بگیران تحت پوشش هر یک از صندوق ها توزیع شده است ، طبق ضوابطی که با پیشنهاد شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور به تصویب هیأت وزیران می رسد، اختصاص می یابد.

تبصره ۱۵

بند - ص

ص - دولت موظف است به منظور توسعه و تأمین بهداشت و درمان جانبازان تمهیدات زیر را فراهم نماید:

۱- تأمین صددرصد (۱۰۰٪) هزینه های بیمه کامل درمان جانبازان.

۲- تأمین امکانات بهداشتی، درمانی، تشخیص، توانبخشی، آموزشی، پیشگیری، دارو و تجهیزات پزشکی، ارتز و پروتز و آمبولانس مورد نیاز جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان، نخاعی و پنج درصد (۵٪) خانواده های شاهد و آزادگان.

۳- تهیه و تأمین داروهای خاص و تجهیزات پزشکی و توانبخشی و آمبولانس با استفاده از بودجه ارزی و ریالی با برخورداری از معافیت های مالیاتی، عوارض، حقوق گمرکی و سود بازرگانی

تبصره ۱۹ - بند ح ۲- ردیف شماره ۵۰۳۸۱۹ بابت جبران کسری احتمالی حقوق و مزایای بخش بهداشت و درمان تا سه هزار و چهارصد و هشتاد و شش میلیارد (۳.۴۸۶.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰)ریال.

جدول ۱- اعتبارات مصوب دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی طی سال های ۱۳۸۴ الی ۱۳۹۳ (میلیارد ریال)

سال	ردیف های مستقل دانشگاهی				ردیف های متمرکز ستادی				جمع کل			
	هزینه ای	اختصاصی	درآمد	دارایی	تملک	جمع	هزینه ای	اختصاصی	درآمد	دارایی	تملک	جمع
۱۳۸۴	۱۰۲۴۴	۱۰۵۴۳	۲۲۲۴	۲۳۰۱۰	۲۶۸۴	۷۰۲۷	۹۸۸	۱۰۷۰۰	۱۲۹۲۸	۱۷۵۷۰	۳۲۱۲	۳۳۷۰۹
۱۳۸۵	۱۵۵۳۷	۱۰۸۵۵	۲۳۲۷	۲۸۷۱۸	۲۵۱۰	۱۱۸۸۱	۶۳۲	۱۵۰۲۳	۱۸۰۴۷	۲۲۷۳۵	۲۹۵۹	۴۳۷۴۱
۱۳۸۶	۱۹۳۸۶	۱۷۲۶۳	۲۹۸۵	۳۹۶۳۵	۲۸۴۹	۱۲۷۲۵	۹۴۸	۱۶۵۲۲	۲۲۲۳۵	۲۹۹۸۸	۳۹۳۴	۵۶۱۵۷
۱۳۸۷	۲۰۶۵۱	۲۰۸۳۳	۳۷۱۹	۴۵۲۰۳	۲۸۳۴	۱۳۴۱۵	۱۰۳۱	۱۷۲۸۰	۲۳۴۸۵	۳۴۲۴۸	۴۷۵۰	۶۲۴۸۳
۱۳۸۸	۲۷۲۹۴	۲۴۱۸۷	۳۴۹۸	۵۴۹۷۹	۳۷۳۲	۵۷۱۰	۸۷۵	۱۰۳۱۷	۳۱۰۲۵	۲۹۸۹۸	۴۳۷۳	۶۵۲۹۵
۱۳۸۹	۳۸۲۱۰	۲۹۷۲۳	۳۱۷۵	۷۱۱۰۸	۴۵۲۴	۶۹۸۵	۸۶۸	۱۲۳۷۷	۴۲۷۳۴	۳۶۷۰۷	۴۰۴۳	۸۳۴۸۵
۱۳۹۰	۴۳۵۷۷	۴۰۰۰۸	۴۰۱۲	۸۷۵۹۷	۵۶۹۳	۱۰۴۹۵	۶۳۸	۱۶۸۲۶	۴۹۲۷۰	۵۰۵۰۳	۴۶۵۱	۱۰۴۴۲۳
۱۳۹۱	۵۳۶۰۵	۵۲۷۳۲	۵۲۳۸	۱۱۱۵۷۴	۲۴۱۵۰	۱۲۹۹۱	۲۲۸۴	۳۹۴۲۵	۷۷۷۵۵	۶۵۷۲۳	۷۵۲۱	۱۵۰۹۹۹
۱۳۹۲	۶۲۴۰۴	۶۶۰۱۷	۶۶۸۷	۱۳۵۱۰۹	۶۵۲۴۰	۱۵۸۹۰	۲۰۶۱	۸۳۱۹۱	۱۲۷۶۴۵	۸۱۹۰۷	۸۷۴۸	۲۱۸۳۰۰
۱۳۹۳	۸۱۴۴۷	۹۳۲۱۱	۴۸۹۵	۱۷۹۵۵۳	۶۰۶۱۲	۳۴۸۵۵	۱۲۴۶	۹۶۷۱۴	۱۴۲۰۵۹	۱۲۸۰۶۶	۶۱۴۲	۲۷۶۲۶۷

توضیح: اعتبارات سایر دستگاههای وابسته (صندوق رفاه دانشجویان، انستیتو پاستور، سازمان انتقال خون در جدول منظور نشده است.

منبع:قوانین بودجه سنواتی

جدول ۲ - اعتبارات تخصیص یافته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۱ (میلیارد ریال)

سال	ردیف های مستقل دانشگاهی				ردیف های متمرکز ستادی				جمع کل			
	هزینه ای	اختصاصی	درآمد	دارایی	تملک	جمع	هزینه ای	اختصاصی	درآمد	دارایی	تملک	جمع
۱۳۸۴	۱۴۲۲۱	۱۰۲۷۸	۲۲۲۵	۲۶۷۲۴	۲۴۳۱	۶۲۴	۱۹۱۷	۴۹۷۲	۱۶۶۵۲	۱۰۹۰۲	۴۱۴۱	۳۱۶۹۵
۱۳۸۵	۲۰۲۶۶	۱۳۰۰۵	۲۳۲۷	۳۵۵۹۸	۵۸۸۳	۳۱۱۷	۳۵۹۳	۱۲۵۹۳	۲۶۱۴۹	۱۶۱۲۲	۵۹۲۰	۴۸۱۹۱
۱۳۸۶	۲۰۲۹۴	۱۶۴۳۷	۲۹۸۵	۳۹۷۱۶	۶۴۳۰	۳۳۰۳	۱۵۴۱	۱۱۲۷۴	۲۶۷۲۵	۱۹۷۳۹	۴۵۲۶	۵۰۹۹۰
۱۳۸۷	۲۴۸۴۸	۱۹۲۸۹	۳۷۱۹	۴۷۸۴۶	۵۹۹۲	۴۸۲۶	۲۸۴۱	۱۳۶۵۹	۳۰۸۳۰	۲۴۱۱۵	۶۵۶۰	۶۱۵۰۵
۱۳۸۸	۳۶۷۳۵	۲۳۸۹۷	۳۴۹۸	۶۴۱۳۰	۷۱۹۲	۴۵۵۹	۲۶۸۸	۱۴۴۳۹	۴۳۹۲۷	۲۸۴۵۶	۶۱۸۵	۷۸۵۶۸

۹۶۱۸۷	۶۱۹۹	۴۴۶۱۲	۴۵۳۷۶	۱۹۸۲۸	۳۰۲۸	۹۶۳۵	۷۱۶۵	۷۶۳۵۸	۳۱۷۱	۳۴۹۷۷	۳۸۲۱۰	۱۳۸۹
۱۳۲۰۳۸	۵۸۵۶	۵۱۳۹۷	۷۴۷۸۵	۲۱۰۹۶	۱۸۴۴	۷۷۲۰	۱۱۵۳۲	۱۱۰۹۴۲	۴۰۱۲	۴۳۶۷۷	۶۳۲۵۳	۱۳۹۰
۱۴۷۵۱۶	۷۸۴۴	۷۱۳۱۳	۶۸۳۵۹	۲۹۳۱۴	۲۴۹۰	۱۲۰۷۶	۱۴۷۴۸	۱۱۸۲۰۲	۵۳۵۴	۵۹۲۳۷	۵۳۶۱۱	۱۳۹۱

منبع: ۲۲

جدول ۳- اعتبارات عمومی بخش بهداشت و درمان و اصلاحیه یا متمم های سالانه وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱ (میلیارد ریال)

سال	مصوب	افزایش از محل متمم و اصلاحیه	جمع کل
۱۳۸۴	۷۹۹۵	۲۹۰۰	۱۰۸۹۵
۱۳۸۵	۱۱۷۳۰	۴۰۴۲	۱۵۷۷۲
۱۳۸۶	۱۵۴۸۵	۴۰۸	۱۵۸۹۳
۱۳۸۷	۱۵۴۹۳	۳۷۰۱	۱۹۱۹۵
۱۳۸۸	۲۰۸۹۲	۸۴۱۹	۲۹۳۱۲
۱۳۸۹	۲۸۵۲۵	.	۲۸۵۲۵
۱۳۹۰	۳۳۰۳۶	.	۳۳۰۳۶
۱۳۹۱	۴۰۵۶۰	.	۴۰۵۶۰

در راستای اجرای بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه، از محل جز «ب» بند ۲ ماده واحده سال ۱۳۹۰ کل کشور در کل مبلغ بیست هزار میلیارد ریال به بخش سلامت اختصاص یافت که از این میزان مبلغ ۱۹۶۸۵ میلیارد ریال آن به بخش بهداشت و درمان تحقق یافت که در جدول بالا لحاظ نگردیده است.

جدول ۴- رشد اعتبارات مصوب بخش بهداشت و درمان دانشگاهها و دانشکدههای علوم پزشکی با

احتساب متمم طی سالهای ۱۳۸۴ الی ۱۳۹۱

سال	درصد رشد نسبت به سال قبل	درصد نرخ تورم
۱۳۸۴	۶۴	۱۰.۳
۱۳۸۵	۴۵	۱۱.۹
۱۳۸۶	۱	۱۸.۳
۱۳۸۷	۲۱	۲۵.۳
۱۳۸۸	۵۳	۱۰.۸
۱۳۸۹	-۳	۱۲
۱۳۹۰	۱۶	۲۱.۵
۱۳۹۱	۲۳	۳۰.۵

جدول بالا نشان می‌دهد که در مقایسه نرخ رشد تورم و نرخ رشد سرجمع اعتبارات عمومی (با متمم و اصلاحیه) بخش بهداشت و درمان در طی سالهای مورد بررسی، ارتباطی بین این دو وجود ندارد و فرم خاصی را تبعیت نمی‌کند. این در حالی است که بنابر گزارشات رسمی، تورم در بخش بهداشت و درمان یک و نیم برابر تورم در کشور می‌باشد.

مقایسه تورم کشور و نرخ رشد در سرجمع اعتبارات عمومی بخش بهداشت و درمان با متمم و اصلاحیه نشان می‌دهد که به جز سالهای ۸۴ و ۸۵ و ۸۸، در سالهای دیگر تخصیص بودجه در قالب اعتبارات عمومی بخش بهداشت و درمان بدون در نظر گرفتن نرخ تورم کشور بوده که این به معنی فشار بیشتر روی مردم جهت تأمین

اعتبارات لازم بخش بهداشت و درمان است. در سال ۱۳۸۹ نرخ رشد اعتبارات عمومی بخش بهداشت و درمان بدون احتساب متمم نسبت به سال قبل آن ۳۷ درصد بوده، ولی بدلیل اینکه در آن سال متممی اختصاص نیافته نرخ رشد مجموع اعتبارات عمومی و متمم سال ۱۳۸۹ نسبت به سال قبل منفی سه درصد شده است.

اعتبارات عمومی بخش بهداشت و درمان به تفکیک برنامه

در سال ۱۳۸۲ که سال شروع بررسی اعتبارات دانشگاه‌ها می‌باشد، و همچنین در سال ۱۳۸۳ دانشگاه‌ها دارای ۲۳ برنامه بودند که با توجه به اینکه از سال ۱۳۸۴ به بعد اعتبارات دانشگاه‌ها تجمیع و تنها در چند برنامه اصلی منظور گردید،

۳۰۳۰۱: شامل اعتبار برنامه ۳۰۳۰۸ (خدمات دارویی درمانی سرپایی روستائیان)

- ۳۰۳۰۳: شامل اعتبارات برنامه های ۳۰۳۰۳، ۳۰۳۰۷ و ۳۰۳۱۵ (به ترتیب خدمات درمانی، خدمات درمانی سرپایی روستائیان و تعمیر و نگهداری تجهیزات بیمارستانی)
- ۳۰۳۱۴: فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی
- ۳۰۳۱۵: شامل اعتبارات برنامه های ۳۰۳۰۶ و ۳۰۳۰۹ (به ترتیب سلامت محیط کار، بهداشت)
- ۳۰۳۱۶: شامل اعتبارات برنامه های ۳۰۳۱۰، ۳۰۳۱۲ و ۳۰۳۱۶ (به ترتیب بهداشت روستایی، تعمیر و نگهداری مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و خدمات سلامت روستائیان)
- ۳۰۳۰۸: شامل اعتبار برنامه ۳۰۳۹۹ (خدمات اداری)
- سایر برنامه ها شامل: ۳۰۳۱۷، ۳۰۳۳۲، ۳۰۴۰۳، ۳۰۴۰۵، ۱۰۳۱۳، ۳۰۹۰۷، ۳۱۳۲۵، ۳۰۳۴۵، ۳۱۳۰۱، ۳۰۲۰۱، ۳۱۳۰۳

جدول ۵- اعتبارات عمومی مربوط به بخش بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی-درمانی به تفکیک برنامه - از سال ۸۴ تا ۹۱ (میلیارد ریال)

سال	۳۰۳۰۱	۳۰۳۰۳	۳۰۳۱۴	۳۰۳۱۵	۳۰۳۱۶	۳۰۳۳۷	۳۰۳۲۴	۳۰۴۷۹	۳۰۳۰۸	سایر برنامه ها	جمع
	خدمات دارویی	خدمات درمانی	فوریت‌های پزشکی	سلامت شهری	سلامت روستایی	واگذاری خدمات به بخش غیردولتی	درمان نیازمندان	هزینه بازنشستگان	مدیریت راهبردی		
۱۳۹۱	۰	۱۸۳۲۸	۲۳۷۵	۸۷۱۶	۸۵۲۴	۲۱۳	۵۰	۲۲۵۴	۰	۰	۴۰۵۶۰
۱۳۹۰	۰	۱۳۸۱۱	۱۸۱۲	۷۴۴۷	۷۵۱۵	۲۱۲	۰	۲۲۳۹	۰	۰	۳۳۰۳۶
۱۳۸۹	۰	۱۰۸۶۷	۱۵۱۲	۶۶۹۵	۶۶۸۵	۱۵۲	۰	۲۶۱۳	۰	۰	۲۸۵۲۵
۱۳۸۸	۰	۱۳۴۲۵	۱۲۰۸	۷۱۵۳	۶۷۷۲	۱۳۵	۰	۶۱۹	۰	۰	۲۹۳۱۲
۱۳۸۷	۰	۸۶۸۲	۹۶۵	۴۲۶۶	۴۴۷۲	۱۱۱	۰	۶۹۸	۰	۰	۱۹۱۹۵
۱۳۸۶	۰	۷۰۷۹	۹۶۵	۳۳۹۵	۳۶۴۹	۱۱۱	۰	۶۹۴	۰	۰	۱۵۸۹۳
۱۳۸۵	۰	۶۷۳۵	۷۳۸	۳۸۱۶	۴۱۴۰	۷۵	۰	۲۶۹	۰	۰	۱۵۷۷۲
۱۳۸۴	۲۱۸	۴۶۰۴	۴۸۳	۲۵۰۰	۲۵۰۰	۰	۰	۰	۵۹۱	۰	۱۰۸۹۵

منبع ۲۲

لازم به ذکر است با توجه به اینکه میزان کسب درآمد اختصاصی دانشگاه‌ها در هر سال ممکن است از سقف درآمد پیش بینی شده در قانون بودجه بیشتر گردد، ردیف متمرکز ۵-۱۲۹۰۰۰ (۱۲۹۰۹۹ سابق) تحت عنوان «مازاد درآمد اختصاصی دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی» ذیل وزارت بهداشت منظور گردید تا هر ساله بنا به تاییدیه

خزانه هر دانشگاه نسبت به افزایش سقف دانشگاه اقدام نماید. در جدول زیر عملکرد افزایشات از محل ردیف مذکور نیز لحاظ شده است.

جدول ۶- جدول اعتبارات عملکرد درآمد اختصاصی مربوط به بخش بهداشت و درمان دانشگاهها به

تفکیک برنامه - از سال ۸۴ تا ۹۱ (میلیارد ریال)

جمع سالانه	۳۰۳۱۶	۳۰۳۱۵	۳۰۳۰۳	۳۰۳۰۱	سال
	سلامت روستایی	سلامت شهری	خدمات درمانی	خدمات دارویی	
۵۷۷۴۹	۴۶۶۹	۱۶۲۸	۴۱۱۶۲	۱۰۲۹۰	۱۳۹۱
۴۲۵۱۰	۳۷۱۵	۱۱۶۶	۳۰۱۰۳	۷۵۲۶	۱۳۹۰
۳۴۱۲۴	۲۸۱۴	۸۶۰	۲۴۳۶۰	۶۰۹۰	۱۳۸۹
۲۳۲۷۷	۲۰۱۸	۶۶۷	۱۶۴۷۴	۴۱۱۸	۱۳۸۸
۱۸۷۸۷	۱۸۳۲	۷۲۰	۱۲۹۸۸	۳۲۴۷	۱۳۸۷
۱۶۱۳۹	۱۷۷۱	۵۵۱	۱۳۸۱۶	۰	۱۳۸۶
۱۲۶۶۱	۱۴۰	۳۵۹	۱۲۱۶۲	۰	۱۳۸۵
۹۷۷۸	۸۲	۲۱۱	۷۵۸۸	۱۸۹۷	۱۳۸۴

منبع: ۲۲

جدول ۷- اعتبارات عملکرد درآمد اختصاصی بخش بهداشت و درمان دانشگاهها به تفکیک برنامه

از سال ۸۴ تا ۹۱ (به میلیارد ریال)

جمع سالانه	۳۰۳۱۶	۳۰۳۱۵	۳۰۳۰۳	۳۰۳۰۱	سال
	سلامت روستایی	سلامت شهری	خدمات درمانی	خدمات دارویی	
۵۷۷۴۹	۴۶۶۹	۱۶۲۸	۴۱۱۶۲	۱۰۲۹۰	۱۳۹۱
۴۲۵۱۰	۳۷۱۵	۱۱۶۶	۳۰۱۰۳	۷۵۲۶	۱۳۹۰
۳۴۱۲۴	۲۸۱۴	۸۶۰	۲۴۳۶۰	۶۰۹۰	۱۳۸۹
۲۳۲۷۷	۲۰۱۸	۶۶۷	۱۶۴۷۴	۴۱۱۸	۱۳۸۸
۱۸۷۸۷	۱۸۳۲	۷۲۰	۱۲۹۸۸	۳۲۴۷	۱۳۸۷
۱۶۱۳۹	۱۷۷۱	۵۵۱	۱۳۸۱۶	۰	۱۳۸۶
۱۲۶۶۱	۱۴۰	۳۵۹	۱۲۱۶۲	۰	۱۳۸۵
۹۷۷۸	۸۲	۲۱۱	۷۵۸۸	۱۸۹۷	۱۳۸۴

منبع: ۲۲

پیوست ۲

تطبيق تبصره های بودجه سالهای ۱۳۹۳-۱۳۹۰ با قانون برنامه پنجم توسعه

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
۱۳۹۳	تبصره ۱۸-بند ج	ج - عوارض واردات خودروهای سواری به میزان پنج درصد (۵٪) قیمت تحویل روی کشتی (فوب) افزایش می یابد. درآمد حاصله پس از واریز به حساب خزانه داری کل کشور تا سقف یک هزار و پانصد میلیارد (۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد.	افزایش عوارض واردات خودروهای سواری به منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس	در راستای بند الف ماده ۳۷ اما مطابقت کامل ندارد
	تبصره ۱۳- بند ز	ز - وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند طبق قوانین و مقررات، درآمد حاصل از خرید عدم انجام تعهدات بورس و ارزبگیر با هزینه شخصی و جریمه های آن را اخذ و به حساب درآمد اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور واریز نمایند. صددرصد (۱۰۰٪) این درآمد به عنوان درآمد اختصاصی وزارتخانه های یادشده تلقی می شود و به منظور تحقق برنامه های مؤسسات آموزش عالی در مناطق شهری کمتر از دویست هزار نفر جمعیت به آنها اختصاص می یابد.	درآمد حاصل از خرید عدم انجام تعهدات بورس	-
	تبصره ۱۳- بند ح	ح - صددرصد (۱۰۰٪) وجوه اداره شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۰ به صندوق رفاه دانشجویان، وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوق های رفاه دانشجویان تلقی می گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وامهای مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می رسد.	وجوه اداره شده پرداختی به صندوق رفاه دانشجویان	-
	تبصره ۱۳- بند	ط - به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (سازمان امور دانشجویان) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود منابع ریالی حاصل از فروش ارزی که از منابع خارج از کشور در وجه دانشجویان ایرانی شاغل	منابع ریالی حاصل از فروش ارزی	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
	ط	به تحصیل خارج از کشور یا دانشگاههای محل تحصیل آنان پرداخت می‌شود را وصول و به حساب درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۴۷ نزد خزانه داری کل کشور واریز نمایند. منابع واریزی از طریق ردیف ۱۲۵-۵۳۰۰۰۰ صرف هزینه‌های دانشجویان بورسیه داخل و خارج از کشور، یارانه تغذیه، تعمیر و تجهیز خوابگاههای دانشجویی، تربیت بدنی و سایر امور دانشجویی دانشگاهها می‌گردد.		
	تبصره ۱۶- بند ج	ج- دولت مکلف است صددرصد (۱۰۰٪) هزینه‌های درمانی مربوط به ایثارگران بازنشسته و شاغل در دستگاههای اجرائی و افراد تحت تکفل آنها اعم از خدمات درمان و بیمه تکمیلی را توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران پرداخت نماید.	هزینه‌های درمانی مربوط به ایثارگران	بند ب ماده ۴۴
	تبصره ۹ - بند ط	ط - از ابتدای سال ۱۳۹۳ علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، یک واحد درصد به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت مستقیماً به ردیف درآمدی ۱۱۰۵۱۲ واریز می‌شود. صددرصد (۱۰۰٪) منابع دریافتی از طریق ردیف ۱۲۲-۵۳۰۰۰۰ به پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست‌هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع)، اقدام و پس از تحقق هدف فوق نسبت به تأمین تجهیزات بیمارستانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه‌نیافته، مصارف هیأت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست‌هزار نفر جمعیت اقدام نماید. هرگونه پرداخت هزینه‌های پرسنلی نظیر حقوق و مزایا، اضافه‌کار، کمکهای رفاهی، پاداش، فوق‌العاده‌های مأموریت، کارانه، بهره‌وری، مدیریت، نوبت‌کاری، دیون و مانند آن و همچنین هزینه‌های اداری نظیر اقلام مصرفی اداری و تأمین اثاثیه و منصوبات اداری از این محل ممنوع می‌باشد.	افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده به منظور پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست‌هزار نفر جمعیت	در راستای ب ماده ۳۸ اما مطابقت کامل ندارد حتی در برخی موارد تضاد دارد.
	تبصره ۱۵	د- دولت موظف است رزمندگان غیرشاغل دارای دوازده ماه سابقه رزمندگی و پیشمرگان کُرد مسلمان را تحت	بیمه درمان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
	- بند د	پوشش بیمه درمانی قرار دهد. اعتبارات این بند از محل ردیف بیمه ایرانیان قابل پرداخت است.	رزمندگان	
	تبصره ۲۱ - بند الف-۲	الف-۲- مبلغ چهل و هشت هزار میلیارد (۴۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)
۱۳۹۲	۳۶	۳۶ - دولت مکلف است مبلغ هشت هزار میلیارد (۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل فروش سهام شرکتهای دولتی را به منظور تهیه و اجرای طرحهای هادی و پروژههای دارای اولویت در زمینه بهسازی روستاها، احداث و نگهداری راههای روستایی، آبرسانی روستایی، احداث خانه بهداشت و توسعه ورزش روستایی براساس شاخصهای برخورداری هر شهرستان اختصاص دهد.	احداث خانه بهداشت	-
	۷۲	۷۲ - دولت مکلف است از طریق سازمان امور مالیاتی در مقاطع سه ماهه درآمد حاصل از افزایش پانزده درصد (۱۵٪) قیمت نوشابه گازدار قندی تولید داخل و ۲۰ درصد قیمت نوشابه گازدار قندی وارداتی را دریافت و به حساب ردیف درآمدی ۱۶۰۱۲۳ واریز نماید. درآمد وصولی به نسبت ۶۰ درصد به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت پیشگیری و درمان بیماران دیابتی و ۴۰ درصد به وزارت ورزش و جوانان جهت توسعه ورزش همگانی روستایی پرداخت شود.	افزایش قیمت نوشابه گازدار قندی جهت درمان دیابت	در راستای بند الف ماده ۳۷ اما مطابقت کامل ندارد
	۸۱-۳	۳-۸۱- تا مبلغ پنجاه هزار میلیارد (۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)
	۸۳	۸۳- کلیه سازمانهای بیمهگر خدمات درمانی موظفند ۶۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دوهفته بهعنوان	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
		علی الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمان های بیمه گر موظفند جریمه های آن را به نرخ سالانه ۱۵ درصد جبران نمایند.	صورتحساب های ارسالی از سوی بیمه ها	
	۸۷	۸۷- صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح مکلفند به منظور اجرای بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری و عائله درجه یک تحت پوشش آنها، اقدامات لازم را انجام دهند. هزینه های مربوط به نسبت برابر، توسط بیمه شده، دولت و سازمان بیمه گر (صندوق بازنشستگی) تأمین می شود.	بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری	-
	۹۸	۹۸- ایثارگران بازنشسته و شاغل در دستگاه اجرایی و افراد تحت تکفل آنها مخیر به استفاده از خدمات بیمه و درمان تکمیلی و صد درصد هزینه های درمانی مربوطه از دستگاه اجرایی متبوع یا بنیاد شهید و امور ایثارگران می باشند. استفاده ایثارگران از خدمات درمانی بنیاد شهید و امور ایثارگران منوط به واریز هزینه های مربوط از دستگاه اجرایی به بنیاد می باشد. اعتبارات این بند از محل ردیف ۱۰۷ - ۵۵۰۰۰۰۰ تأمین می گردد. در اجرای بند (ب) ماده (۴۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران دستگاه های اجرایی مکلفند نسبت به تأمین صد درصد هزینه های درمانی ایثارگران شاغل و افراد تحت تکفل آنان از سقف اعتبارات هزینه ای خود اقدام نمایند.	خدمات بیمه و درمان تکمیلی ایثارگران	بند (ب) ماده (۴۴)
	۱۱۷	۱۱۷- صد درصد وجوه اداره شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۸ به صندوق رفاه دانشجویان، وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوق های رفاه دانشجویان تلقی می گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وام های مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می رسد. دولت موظف است گزارش عملکرد این بند را به	وجوه اداره شده پرداختی به صندوق رفاه دانشجویان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
		مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.		
۱۳۹۱	۳- ۴۳	۳-۴۳- معادل پانزده درصد (۱۵٪) برای امور اجتماعی از جمله کمک به شهرداریهای شهرهای کمتر از دوازده هزار نفر جمعیت، کمک به دهیاریها، احداث خانه های بهداشت، تأمین آمبولانس مراکز بهداشتی درمانی فاقد آمبولانس، احداث و تجهیز مراکز اورژانس و امور آموزشی شامل آموزش و پرورش و دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و امور پژوهشی و درمانی و حمایتی و احداث زندان	احداث خانه های بهداشت، تأمین آمبولانس	-
	۳- ۴۵	۳-۴۵- شصت هزار میلیارد (۶۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور اجرای بند (ب) ماده (۳۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	اجرای بند (ب) ماده (۳۴)	بند (ب) ماده (۳۴)
	۵۵	۵۵ - دولت مکلف است درآمد وصولی ناشی از اجرای بند (ج) ماده (۳۷) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران را به ردیف درآمدی ۱۵۰۱۲۵ با عنوان «درآمد حاصل از وصول جریمه های سوء تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت» واریز نماید.	درآمد وصولی ناشی از اجرای بند (ج) ماده (۳۷)	بند (ج) ماده (۳۷)
	۶۰	۶۰- کلیه سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظفند ضرر و زیان آن را به نرخ پانزده درصد (۱۵٪) جبران نمایند	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۶۱	۶۱- شرکتهای بیمه موظفند بدون دریافت وجه اضافی از بیمه گذار ده درصد (۱۰٪) از اصل حق بیمه شخص ثالث دریافتی را به صورت هفتگی به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۱ جدول شماره (۵) این قانون واریز کنند. عدم	واریز ده درصد (۱۰٪) از اصل حق	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
		اجرای این حکم تصرف غیرمجاز در وجوه و اموال عمومی محسوب می شود.	بیمه شخص ثالث	
	۶۵	۶۵ - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است برای افرادی که به دلیل بیماریهای روحی و روانی و اعتیاد از طریق قوه قضائیه یا نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران برحسب ضرورت به بیمارستانها اعزام می شوند و دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی نیستند ازمحل بیمه ایرانیان نسبت به صدور دفترچه درمانی رایگان اقدام کند و مطابق صورت هزینه های ارسالی دانشگاهها و مراکز درمانی نسبت به پرداخت هزینه اقدام نماید.	صدور دفترچه درمانی رایگان	-
	۸۷	۸۷ - در سال ۱۳۹۱ دولت موظف است در طراحی و اجرای شهرهای جدید و مسکن مهر نسبت به احداث فضاهای سبز، بهداشتی، درمانی، فرهنگی، مذهبی، آموزشی و سایر زیرساخت های موردنیاز اقدام نماید.	احداث فضاهای بهداشتی، درمانی،	-
۱۳۹۰	۲-ب	۲- از محل افزایش درآمد حاصل از صادرات نفت و میعانات گازی مازاد بر مبالغ مندرج در بند(۱) این قانون قبل از واریز به حساب ذخیره ارزی معادل ریالی مبالغ زیر پس از واریز به خزانه اختصاص می یابد: ب - سه میلیارد (۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار به بخش سلامت (به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اجرای اهداف بند«ب» ماده«۳۴» قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه)	اجرای بند«ب» ماده«۳۴»	بند (ب) ماده (۳۴)
	۹۲	۹۲- کلیه سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظفند ضرر و زیان آن را جبران نمایند.	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه پنجم
	۱۱۴	۱۱۴- پنجاه درصد (۵۰٪) وجوه اداره شده پرداختی از سال ۱۳۸۵ لغایت سال ۱۳۸۸ به صندوقهای رفاه دانشجویان وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی بابت وام شهریه دانشجویی به عنوان کمک جهت افزایش سرمایه صندوقهای رفاه دانشجویان تلقی می گردد و وجوه حاصل از بازپرداخت وامهای مذکور در قالب درآمد اختصاصی برای پرداخت مجدد به دانشجویان به مصرف می رسد. دولت موظف است گزارش عملکرد این بند را به مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.	وجوه اداره شده پرداختی به صندوقهای رفاه دانشجویان	-

تطبیق تبصره های بودجه سالهای ۱۳۸۹-۱۳۸۴ با قانون برنامه چهارم توسعه

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
۱۳۸۹	۲-هـ	۲-هـ - مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی ربط می باشند در سقف اعتبارات موضوع ردیفهای ۴۴ - ۱۱۳۵۰۰ و ۱۳۵ - ۱۲۹۵۰۰ حسب مورد به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده اند، اختصاص می یابد	مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها	-
	۷-الف	۷-الف - در سال ۱۳۸۹ حقوق و مزایای کارکنان قراردادی سالانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در سقف شاغلین در آخر بهمن ۱۳۸۸) مشابه سایر کارکنان پیمانی و رسمی منحصراً از طریق بند (و) توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی پرداخت می گردد	حقوق و مزایای کارکنان قراردادی	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	۷-ی	۷-ی - کلیه سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت نمایند در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن می باشند	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۷-ف	۷-ف - دستگاههای اجرایی و دارندگان ردیف خصوصاً وزارتخانه های آموزش و پرورش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - علوم، تحقیقات و فناوری و ارتباطات و فناوری اطلاعات مکلفند از طریق اصلاح ساختار و واگذاری وظایف امور تصدی گری خود به همراه منابع (فیزیکی، انسانی، اعتباری، نرم افزاری) به بخش غیردولتی و خصوصی و تعاونی حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات هزینه ای خود را کاهش دهد. مسؤلیت اجراء این بند به عهده بالاترین مقام دستگاه اجرایی است گزارش عملکرد این بند توسط بالاترین مقامات دستگاه اجرایی و دارندگان ردیف به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور اعلام تا به کمیسیونهای مربوط ارسال گردد.	اصلاح ساختار و واگذاری وظایف امور تصدی گری	-
	۱۶-هـ	۱۶-هـ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۹ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه خدمات درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	-
۱۳۸	۱۱-الف-	۱۱-الف-۳- در اجراء فصل دوم قانون مدیریت خدمات کشوری، چهاردرصد (۴٪) از بودجه مصوب دستگاههای	تحقق احکام	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
۸	۳	اجرائی از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (به استثناء فعالیتهای آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و مراکز تحقیقاتی وابسته) و سازمان تربیت بدنی و سازمان میراث فرهنگی و گردشگری و صنایع دستی در اختیار وزیر و یا بالاترین مقام دستگاه اجرائی مربوطه قرار می گیرد تا در راستای تحقق احکام فصل دوم قانون به ویژه مواد (۱۳)، (۱۶) و (۲۴) هزینه نمایند	مواد (۱۳)، (۱۶) و (۲۴) قانون مدیریت خدمات کشوری	
	۱۲	۱۲- به دولت اجازه داده می شود که با تصویب کمیسیون قیمت گذاری دارو موضوع ماده (۲۰) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داروئی و مواد خوردنی و آشامیدنی تا صد درصد (۱۰۰٪) قیمت داروهایی که امکان سوء مصرف دارند و فهرست آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و به تصویب دولت می رسد را افزایش داده و مابه التفاوت حاصل از این افزایش را از تولیدکنندگان داروی مربوطه اخذ و به ردیف درآمد عمومی ۱۴۰۲۰۸ نزد خزانه داری کل کشور واریز نماید. معادل صد درصد درآمد مزبور تا سقف یک هزار میلیارد ریال از محل ردیف ۱۹-۵۲۰۰۰۰ در اختیار وزارت مزبور قرار می گیرد تا برای کاهش قیمت داروهای بیماریهای صعبالعلاج به صورت یارانه پرداخت نماید.	کاهش قیمت داروهای بیماریهای صعبالعلاج	
	۲۲	۲۲- کلیه سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دوهفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت نمایند. در صورت عدم اجراء حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن می باشند.	پرداخت علی الحساب ۶۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
	۲۴	۲۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال ۱۳۸۸ اضافه بر هشت بیمارستان ذیل جدول شماره (۲۰) مربوط به سال ۱۳۸۷، پس از امتیازبندی بیمارستانهای آموزشی، در تهران به ازای هر دانشگاه علوم	بیمارستانهای هیات امنایی	بند ج ماده ۸۸

ماده مرتبط در برنامه چهارم	موضوع	متن قانون	شماره بند	سال
		<p>پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی حداقل یک بیمارستان آموزشی و در سایر استانها نیز حداقل یک بیمارستان آموزشی که حائز حداکثر امتیاز هستند را به صورت هیات امنایی طبق مفاد این بند اداره نماید.</p> <p>به هیات امنای مذکور در این بند تمام اختیارات قانونی هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تفویض می گردد.</p> <p>اعضای هیات علمی شاغل در این مراکز به صورت تمام وقت جغرافیایی انجام وظیفه می نمایند.</p> <p>سازمانهای بیمه گر موظفند دو برابر تعرفه های مصوب دولتی در ازاء حق العلاج پزشکی و هزینه تخت بستری (هتلینگ) و معادل تعرفه های مصوب دولتی در مورد سایر خدمات بر حسب اسناد هر کدام از بیمارستانها به حساب درآمد اختصاصی مربوطه واریز نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است علاوه بر تخصیص صددرصد (۱۰۰٪) درآمد اختصاصی مکتبسه بیمارستان، معادل ۱/۶ برابر تعرفه مصوب دولتی حق العلاج و هزینه تخت بستری (هتلینگ) از منابع عمومی بیمارستانهای فوق و از محل اعتبار بند (۹) ردیف ۵۵۰۰۰۰ که در اختیار دانشگاه قرار می گیرد، مطابق عملکرد هر بیمارستان پرداخت نماید. این بیمارستانها هیچگونه اعتبار هزینه ای دیگری غیر از منابع فوق از منابع عمومی دریافت نخواهند کرد.</p> <p>درصد پرداختی توسط بیمه شده (فرانشیز) بیماران بر مبنای یک برابر تعرفه های دولتی اعمال خواهد شد. این مراکز مجاز به عقد قرارداد با بیمه های تکمیلی می باشند. سازمانهای دولتی در عقد قرارداد بیمه های تکمیلی این بیمارستانها را باید در اولویت قرار دهند.</p> <p>ضوابط اجرائی این بند شامل باز توزیع جبرانی اعضای هیات علمی و پرسنل تمام وقت، راه اندازی کلینیک های ویژه پذیرش بیماران، عقد قرارداد با بیمه های عمومی و تکمیلی، ارتقاء امور آموزشی و پژوهشی، زمان بندی و سایر موارد تابع آئین نامه ای خواهد بود که حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۸ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.</p>		
-	وجوه اداره شده	جدول ۵۵۰۰۰۰ ردیف (۱۰) از اعتبارات جزء (۱۰) ردیف ۵۵۰۰۰۰ (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات جزء (۱۰) ردیف ۵۵۰۰۰۰	۲۵	

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		شماره (۹) به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش دیده های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز از طریق وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می کنند. این تسهیلات به نسبت تعداد دانشجویان بین مراکز آموزش عالی موضوع این جزء توزیع خواهد شد. این اعتبارات صددرصد (۱۰۰٪) تخصیص یافته خواهد بود. آئین نامه اجرائی استفاده از این تسهیلات توسط وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۸ تهیه و به تأیید رئیس جمهور می رسد. گزارش عملکرد این بند هرشش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه می گردد.	صندوق رفاه دانشجویان	
	۲۹	۲۹- طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهر سازی، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول مقررات قانونی موضوع ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می باشند.	طرح های دانشگاهی مشمول ماده ۴۹	ماده ۴۹
	۲۸	۲۸- مزاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی وابسته به وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع بند ۱۲۴ ردیف ۱۲۹۰۰۰ و بند ۴۰ ردیف ۱۱۳۵۰۰ براساس درخواست دستگاه های مزبور توسط وزارتخانه های مذکور (حسب مورد) به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده، اختصاص می یابد.	مزاد درآمد اختصاصی دانشگاهها	-
	۳۷	۳۷- به منظور تأمین سلامت به صورت عادلانه برای کل مردم، ارتقاء کیفیت، کارائی و بهره وری، اجرائی نمودن بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطوح اول و دوم، استقرار پزشک خانواده و تکمیل اجرای نظام ارجاع در	تأمین سلامت به صورت عادلانه	در راستای بند ب ماده ۹۱

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		<p>روستاها و شهرهای زیر یکصد هزار نفر تا پایان سال ۱۳۸۸ و استفاده از توان و امکانات بخش غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد.</p> <p>الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به نحوی برنامه ریزی نماید که حداقل ۴۰٪ از اعتبارات هزینه‌ای فصل سلامت و بهداشت و برنامه بیمه رایگان روستائیان برای ارائه خدمات سطح اول هزینه گردد.</p> <p>ب- کلیه دستگاه‌های اجرائی از جمله سازمان‌های بیمه گر مکلفند سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تحقق اهداف مذکور در این بند را اجراء نمایند. هزینه نمودن اعتبارات بیمه‌ای خارج از سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی فوق و مصوبات شورای عالی بیمه ممنوع است.</p> <p>ج- دولت مکلف است حداقل ده درصد (۱۰٪) از اعتبارات تملک دارائی مربوط به اجراء پروژه‌های بیمارستانی با اولویت پروژه‌های جدید را به صورت وجوه اداره‌شده یا تأمین سود تسهیلات بانکی و با عقد قرارداد در اختیار بخش غیر دولتی قرار دهد.</p> <p>د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است در هر جایی که نیاز داشته باشد از بخش خصوصی با شرایط مذکور در جزء فوق خرید خدمت نماید.</p> <p>ه- آئین‌نامه اجرائی این بند حداکثر ظرف مدت دوماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.</p>		
۱۳۸۸ ۷	۲۵	<p>۲۵- مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) اعتبارات. جزء (۲۲) ردیف ۵۵۰۰۰۰ از جدول شماره (۹) به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه‌های علوم و تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می‌گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش‌دیده‌های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز از طریق</p>	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		<p>وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده کنند.</p> <p>این تسهیلات به نسبت تعداد دانشجو و شهریه ای که دانشجویان پرداخت می کنند بین مراکز آموزش عالی موضوع این جزء توزیع خواهد شد.</p> <p>آئین نامه اجرایی استفاده از این تسهیلات توسط وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد.</p> <p>گزارش عملکرد این بند هر شش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارسال می گردد.</p>		
۱۳۸۶	تبصره ۲ بند ۳	<p>بند ۳- مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات موضوع این بند در اختیار وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزش شده های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز به نسبت تعداد دانشجویان خود از طریق وزارتخانه های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می کنند.</p>	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به دانشجویان	-
	تبصره ۹ - بند ج	<p>ج - ۱- در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، اعتبارات دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی ، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در این قانون براساس درخواست</p>	اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)

ماده مرتبط در برنامه چهارم	موضوع	متن قانون	شماره بند	سال
		<p>وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یاد شده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند ، به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می شود ، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود . برداشت از حساب های بانکی یاد شده با حداقل دو امضای مجاز که در آئین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است ، ممکن خواهد بود . تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و قوانین بودجه سالانه کشور در مورد اعتبارات موضوع این جزء به طور مستقیم قابل ابلاغ به دستگاههای اجرایی ذی ربط خواهد بود .</p> <p>۲ - سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و سایر ردیف های بودجه براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات موردعمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند .</p> <p>وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های بودجه سایر دستگاههای اجرایی به دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ، مشمول مفاد این جزء می باشد .</p> <p>به وزارتخانه های علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور از محل کاهش حداکثر پنج درصد (۵٪) از اعتبار هزینه ای هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط ، اعتبار هزینه ای سایر دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط را حداکثر به میزان ده درصد (۱۰٪) افزایش دهد . مشروط بر اینکه در سرجمع اعتبارات هزینه ای کلیه دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط تغییری حاصل نشود .</p>		

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		د - طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهرسازی ، علوم ، تحقیقات و فناوری و بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، مشمول مقررات قانونی موضوع ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می باشد .		
	تبصره ۱۴ - بند الف	الف - در اجرای مواد (۸۸) و (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مجاز است ، علاوه بر بیمارستان های منتخب مندرج در جدول شماره (۸) قانون بودجه سال ۱۳۸۵ کل کشور تا بیست درصد (۲۰٪) از بیمارستان های خود را برای اداره به صورت هیأت امنایی تعیین و اعلام نماید . دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی موظفند صددرصد (۱۰۰٪) اعتبارات عمومی و درآمدهای اختصاصی بیمارستان های مزبور را در اختیار هیأت امنای مربوطه قرار دهند . این اعتبارات پس از اختصاص به هزینه قطعی منظور خواهد شد . هیأت امناء ضمن داشتن اختیار در هزینه نمودن اعتبارات ، مسؤولیت پاسخگویی به دانشگاه مربوطه و وزارت متبوع را دارد . این مسؤولیت شامل بدهیهای سنوات گذشته نمی شود .	بیمارستان های هیأت امنایی	بند ج ماده ۸۸
	تبصره ۱۴ - بند ب	ب - به منظور ایجاد عدالت در برخورداری از خدمات بیمه درمانی و دسترسی همگانی به خدمات درمانی در سال ۱۳۸۶ آحاد جمعیت کشور براساس مفاد . ماده (۱۳) قانون بیمه همگانی تحت پوشش بیمه پایه خدمات درمانی قرار می گیرند . ۱ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خدمات مشمول بیمه پایه خدمات درمانی را حداکثر ظرف سه ماه تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه برساند . این مصوبه برای کلیه دستگاههای اجرایی موضوع ماده (۱۶۰) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران لازم الاجراء می باشد . ۲ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با هوشمند کردن برنامه های بیمه خدمات درمانی و تهیه نرم افزاری جامع نسبت به صدور دفترچه یا کارت بیمه پایه درمانی همگانی اقدام و طی دستورالعملی کلیه سازمانهای بیمه گر پایه را مکلف به صدور دفترچه یا کارت بیمه پایه خدمات درمانی با درج شماره ملی در آن نماید .	بیمه همگانی درمانی	بند ب ماده ۹۶

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		سازمان ثبت احوال کشور موظف است اطلاعات پایه جمعیتی کشور را به صورت برخط و یا روزانه در اختیار سازمانهای ذی ربط قرار دهد . دولت مکلف است بیمه خدمات درمانی کلیه کارکنان اعم از شاغلین ، بازنشسته ها ، وظیفه یا مستمری بگیران و اعضاء خانواده آنان را به نحوی ساماندهی نماید تا بتوانند مطابق تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی با مراجعه مستقیم از خدمات کلیه پزشکان و مراکز خدمات بهداشتی و درمانی ، آزمایشگاهی و داروخانه های سراسر کشور بهره مند شوند . آیین نامه مربوط با پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، رفاه و تأمین اجتماعی ، کار و امور اجتماعی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید		
	تبصره ۱۴ بند- پ	پ - سازمان انتقال خون موظف است به منظور حمایت از بیمارانی که به علت دریافت خون و محصولات خونی و بیماریهای منتقله از آن مبتلا می گردند ، محصولات خونی تولید شده خود را در نزد شرکتهای بیمه تجاری بیمه نماید . مبلغ بیست و پنج میلیارد (۲۵ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال اعتبار ردیف ۵۰۳۹۲۹ مندرج در قسمت چهارم این قانون برای بیمه محصولات خونی اختصاص می یابد . شرکتهای بیمه تجاری متعهد می گردند هزینه های مربوط به عوارض و خسارت های ناشی از تزریق محصولات خونی را پرداخت نمایند . در صورتی که عوارض و خسارت های ناشی از تزریق محصولات خونی با تشخیص سازمان نظام پزشکی مربوط به اهمال سازمان انتقال خون نباشد آن سازمان مسؤلیتی در قبال عوارض حقوقی مربوطه نخواهد داشت .	بیمه محصولات خونی	-
	تبصره ۱۴ بند- ت	ت - به مؤسسه انستیتو پاستور ایران و سازمان انتقال خون ایران و پایگاههای انتقال خون استانی اجازه داده می شود درآمد حاصل از فروش محصولات خود را به حساب درآمد عمومی به ترتیب موضوع ردیف های ۱۴۰۲۰۶ و ۱۴۰۱۰۸ قسمت سوم این قانون واریز نمایند . صددرصد (۱۰۰٪) درآمد حاصله از محل ردیف ۵۰۳۹۲۰ قسمت چهارم این قانون در اختیار دستگاههای مذکور قرار می گیرد تا طبق مقررات مربوطه در راستای افزایش تولید و ارتقای کیفیت محصولات مورد استفاده قرار دهند .	درآمد اختصاصی مؤسسه انستیتو پاستور ایران و سازمان انتقال خون ایران	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	تبصره ۱۴ بند-ث	ث - به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود وجوه حاصل از درآمد اختصاصی موضوع ماده (۲۴) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت را دریافت و به حساب درآمدهای اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف است معادل وجوه واریزی را از طریق ابلاغ اعتبار ، در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و واحدهای ذیربط قرار دهد تا طبق قوانین و مقررات هزینه شود .	وجوه حاصل از درآمد اختصاصی	-
	تبصره ۱۴ بند-ج	ج - به دولت اجازه داده می شود معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت هر نخ سیگار تولید داخل ، بیست درصد (۲۰٪) قیمت سیگار وارداتی ، بیست درصد (۲۰٪) توتون قلیان وارداتی ، بیست درصد (۲۰٪) توتون پیپ و سایر مواد دخانی را افزایش دهد . درآمد حاصله پس از واریز به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۷ قسمت سوم این قانون ، از محل اعتبار ردیف ۵۰۳۸۷۴ قسمت چهارم این قانون در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا به منظور توسعه مبارزه با دخانیات ، از طریق حمایت از مراکز مشاوره ای و درمانی غیر دولتی ترک مصرف مواد دخانی ، نوسازی و تکمیل شبکه بهداشتی ، کمک به تحقیقات مؤسسات دولتی و غیر دولتی در مورد بیماری های ناشی از استعمال سیگار ، کنترل بیماری های سل و سرطان و بیماری ریوی از طریق درمان و تأمین داروی مورد نیاز ، شناسایی بیماری های دیابتی و پیشگیری از بیماری های قلب و عروق سازمان بهزیستی برای کمک به مراکز ترک اعتیاد غیر دولتی و همچنین از طریق سازمان تربیت بدنی برای احداث و تکمیل طرح های تملک دارایی های سرمایه ای و توسعه فعالیت های ورزشی هزینه شود . از اعتبار ردیف فوق الذکر شصت درصد (۶۰٪) مربوط به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و چهل درصد (۴۰٪) مربوط به سازمان تربیت بدنی می شود . از سهم وزارت بهداشت و سازمان تربیت بدنی پنجاه درصد (۵۰٪) اعتبارات هزینه ای و پنجاه درصد (۵۰٪) اعتبارات تملک دارایی سرمایه ای می باشد . پنجاه درصد (۵۰٪) از سهم سازمان تربیت بدنی در این بند به توسعه ورزش روستایی اختصاص می یابد .	افزایش قیمت سیگار به منظور توسعه مبارزه با دخانیات	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران تهیه و ظرف مدت سه ماه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .		
	تبصره ۱۴ بند- چ	چ - به دولت اجازه داده می شود برای حمایت از بخش غیر دولتی و ممانعت از اضافه پرداخت اقشار مختلف جامعه تا سقف یکصد میلیارد ریال از محل اعتبار ردیف ۵۰۳۶۱۰ قسمت چهارم قانون بودجه برای پرداخت بخشی از سود تسهیلات بانکی به سازندگان بیمارستانی به بانکهای عامل پرداخت نماید . کلیه واحدهای درمانی استفاده کننده از این تسهیلات ملزم به ارائه تعهد نسبت به رعایت تعرفه های مصوب هیأت وزیران خواهند بود . در صورت عدم اجرای تعهد مربوطه ، گروههای مذکور موظف به پرداخت وجوه دریافتی به نرخ روز خواهند بود .	حمایت از بخش غیر دولتی	-
	تبصره ۱۴ بند- ح	ح - در چهارچوب مفاد بند (ج) ماده (۱۴۵) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، پانزده درصد (۱۵٪) از اعتبارات طرحهای تملک دارایی های سرمایه ای فصل مربوطه برای کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیردولتی در کلیه شهرها بجز شهرهای مرکز استان (مرکز استان های مناطق محروم از این امر مستثنی هستند) اختصاص می یابد ، بنحوی که تا بیست و پنج درصد (۲۵٪) هزینه احداث این بیمارستانها تأمین و در اختیار این گروهها قرار گیرد . وجوه مذکور به عنوان هزینه قطعی تلقی می شود .	احداث بیمارستان توسط بخش غیردولتی	بند (ج) ماده (۱۴۵)
	تبصره ۱۴ بند- خ	خ - وزارت مسکن و شهرسازی موظف است برای کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیر دولتی در کلیه شهرها به جز شهرهای مرکز استان (مرکز استان های مناطق محروم از این امر مستثنی هستند) زمین رایگان در مناطقی که امکان آن وجود داشته باشد در اختیار آنها قرار دهد . بخش غیر دولتی به مدت حداقل ۲۰ سال مجاز به تغییر کاربری واحدهای درمانی احداث شده نخواهد بود . آیین نامه اجرایی این بند توسط وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، رفاه و تأمین اجتماعی ، مسکن	کمک به احداث بیمارستان توسط بخش غیر دولتی	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		و شهرسازی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران می رسد .		
	تبصره ۱۴ بند- ۵	<p>د - به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود :</p> <p>۱ - با رعایت استاندارد مربوطه به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور و ثبت هر کارخانه تولید کننده فرآورده های آرایشی ، بهداشتی و غذایی یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل پنجاه و چهار میلیون (۵۴ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال و برای ثبت هر قلم فرآورده های مذکور مبلغ نه میلیونریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید .</p> <p>۲ - از متقاضیان صدور ، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب ، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار ریال و بابت صدور کارت بهداشتی و آموزش هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ سی هزار ریال دریافت و به حساب ۱۴۰۱۲۰ قسمت سوم این قانون واریز نماید . در صورت عدم مراجعه افراد واجد شرایط جهت اخذ کارت بهداشتی برای بار اول معادل ۵ برابر هزینه صدور کارت از آنان دریافت و مبلغ جریمه به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۵۰۱۰۹ قسمت سوم این قانون واریز می شود . در صورت عدم مراجعه برای بار دوم پروانه کسب آنان لغو خواهد شد .</p> <p>دریافت هرگونه وجهی علاوه بر مبالغ فوق تحت هر عنوان ممنوع می باشد .</p> <p>۳ - در صورت لزوم به بازدید از شرایط خوب ساخت (تپب) کارخانجات داروسازی و آرایشی ، بهداشتی ، پزشکی و آزمایشگاهی ، موادغذایی و مواد اولیه آنها به ازای هر نفر اعزامی ، از شرکتهای تولید کننده خارج از کشور معادل چهل و پنج میلیون ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید . معادل وجوه واریزی در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا صرف هزینه های انجام مأموریت های مذکور شود .</p>	عوارض ثبت دارو	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		۴ - برای نظارت بر مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه های فوق خدماتی را ارائه می کنند از افراد حقیقی و یا حقوقی که صلاحیت آنها توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تأیید شده است استفاده نماید .		
	تبصره ۱۴ بند- ذ	ذ - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۶ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تا سقف نهصد و هفتاد و هشت میلیارد (۹۷۸ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰ ، ۰۰۰) ریال از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید . این بیماران هنگام بستری شدن در بیمارستان های دولتی ، برای بستری شدن ده درصد (۱۰٪) و برای بیماران سرپایی سی درصد (۳۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد . وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است براساس ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۶ دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل نماید .	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	بند ب ماده ۹۶ ماده (۹۱)

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	تبصره ۱۴ بند- ط	ط - به منظور تأمین یارانه دارو و شیرخشک اعتبار ردیف های ۵۰۳۷۸۸ و ۵۰۳۹۳۰ جمعاً به مبلغ دو هزار و یکصد و بیست و هفت میلیارد و سیصد میلیون ریال براساس پیشنهاد وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان یارانه دارو و شیرخشک در اختیار دستگاههای اجرایی ذی ربط قرار خواهد گرفت . مبلغ ششصد و بیست و سه میلیارد ریال اعتبار در قالب ردیف ۵۰۳۹۱۷ قسمت چهارم این قانون به منظور ذخیره سازی استراتژیک داروهای حیاتی در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد .	یارانه دارو و شیرخشک	-
	تبصره ۱۴ بند-ع	ع - سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح مکلفند به منظور اجرای طرح بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری اقدامات لازم را انجام دهند . هزینه های جاری طرح فوق به نسبت برابر توسط بیمه شده ، دولت و سازمانهای بیمه گر تأمین خواهد شد . آئین نامه اجرایی این بند ظرف مدت دو ماه بنا به پیشنهاد مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید	بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان کشوری و لشکری	-
	تبصره ۱۴ بند- غ	غ - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهش های کاربردی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقاء سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان اختصاص یابد . مبلغ پنج میلیارد ریال از اعتبار ردیف ۵۰۳۱۱۶ این قانون در اختیار مرکز تحقیقات آسیبهای شیمیایی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج) قرار می گیرد .	تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقاء سطح سلامت جانبازان شیمیایی	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	تبصره ۱۴-ف	ف - بیمارستانها و سایر مراکز درمانی تحت پوشش وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی کلیه افرادی که با تأیید یگانهای اعزام کننده در معرض عوامل شیمیایی جنگی بوده اند و بدلیل خفیف بودن یا شناسایی نشدن ضایعات تحت پوشش بنیاد شهید و ایثارگران قرار نگرفته اند را بصورت رایگان تحت پوشش مناسب قرار دهند .	پوشش رایگان جانبازان شیمیایی	-
	تبصره ۱۴-ق	ق - از اول سال ۱۳۸۶ معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت نوشابه های گازدار قندی تولید داخل و معادل پانزده درصد (۱۵٪) به قیمت نوشابه های گازدار قندی وارداتی افزایش می یابد . تولیدکنندگان و واردکنندگان مربوطه حسب مورد موظفند درآمد حاصل از این افزایش قیمت را به حساب درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۲۳ قسمت سوم این قانون واریز نمایند . شصت درصد (۶۰٪) درآمد حاصله تا مبلغ پانصد میلیاردریال از محل ردیف ۵۰۳۹۴۶ قسمت چهارم این قانون در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا به منظور پیشگیری ، آموزش ، تغییر زندگی و غربالگری بیماران دیابتی و بیماران قلبی و عروقی و کمک به هزینه درمان بیماران بی بضاعت مبتلا به دیابت و	افزایش قیمت نوشابه های گازدار قندی به منظور پیشگیری و درمان دیابت	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		کمک به انجمن های غیر دولتی ذیربط هزینه گردد .		
	تبصره ۱۴ بند- ک	ک - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۶ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه شدگان اختصاص دهد . سازمانهای بیمه گر خدمات درمانی موظفند هشتاد درصد (۸۰٪) صورتحساب های ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی ، درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نماید . در صورت عدم اجراء حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله می باشند . آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تا آخر فروردین ماه ۱۳۸۶ به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید .	پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمه ها	-
	تبصره ۱۴ بند- ن	ن - به دولت اجازه داده می شود کلیه بیمارستانهای نیمه دولتی را که عملیات ساختمانی آنها تا پنجاه درصد (۵۰٪) پیشرفت فیزیکی دارد به منظور تکمیل ، تجهیز و بهره برداری با هدف خیرخواهانه به اشخاص حقیقی و حقوقی غیر دولتی بلاعوض واگذار نماید . اسناد مالکیت اینگونه بیمارستانها پس از ده (۱۰) سال بهره برداری مشروط به رعایت تعرفه های درمانی وزارت بهداشت به اشخاص مذکور واگذار خواهد شد . تغییر کاربری این بیمارستانها امکان پذیر نمی باشد . آیین نامه اجرایی این بند مشترکاً توسط وزارت مسکن و شهرسازی و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت یک ماه تهیه و تا پایان اردیبهشت ماه به تصویب هیأت وزیران می رسد .	واگذاری بیمارستانهای نیمه دولتی	-
	تبصره ۱۵ بند- ب	ب - در راستای جبران اثرات حذف تدریجی یارانه ها بر اقشار آسیب پذیر و اجرای برنامه های رفاه و تأمین اجتماعی ، اعتبار ردیف ۵۰۳۹۳۵ قسمت چهارم این قانون تحت عنوان اعتبار هدفمند کردن یارانه ها و کمک به اقشار آسیب پذیر ، به مبلغ سه هزار میلیارد ریال براساس پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید سازمان	پرداخت دیه بیماران هموفیلی و حمایت از	ماده ۹۰

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		<p>مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار دستگاههای اجرایی ذی ربط قرار می گیرد تا برای حمایت از اقشار آسیب پذیر به شرح زیر هزینه شود :</p> <p>اجرای قانون حمایت از زنان و کودکان بی سرپرست</p> <p>اجرای قانون حمایت از معلولین</p> <p>حمایت از خانواده های آسیب دیده اجتماعی نیازمند</p> <p>حمایت از خانواده های آسیب دیده حوادث و سوانح</p> <p>تأمین بخشی از هزینه های تحصیلی و تغذیه دانش آموزان مناطق محروم</p> <p>کاهش فقر غذایی خانواده های کم درآمد</p> <p>- کمک به طرح معیشتی طلاب</p> <p>- بیست و پنج درصد (۲۵٪) (از اعتبار فوق الذکر در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد تا برای پرداخت دیه بیماران هموفیلی و حمایت از بیماران خاص (هموفیلی ، تالاسمی ، دیالیزی ، سرطان خون و ام اس) ، صعب العلاج ، سرطانی ، الزایمر و کمک به تأمین هزینه بیمارانی که دچار هزینه های تحمل ناپذیر هستند هزینه نماید .</p>	بیماران خاص	
۱۳۸۵	تبصره ۲ - بند ۹	<p>۹- افزایش سقف مانده تسهیلات تکلیفی بانکی در سال ۱۳۸۵، با رعایت سایر تکالیف مصرح در برنامه های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تا سقف یک هزار و هشتصد میلیارد (۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال مجاز است. از این افزایش مانده تسهیلات، سهم بخش دولتی بیست و پنج درصد (۲۵٪) و سهم بخش تعاونی و خصوصی هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) می باشد.</p> <p>حداقل شصت و پنج درصد (۶۵٪) سهم بخش های تعاونی و خصوصی برای اعطای تسهیلات با اهداف اشتغال زایی با اولویت مناطق توسعه نیافته براساس شاخص هایی که بنا به پیشنهاد مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و وزارتخانه های کار و امور اجتماعی و تعاون به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید، بین استان ها توزیع می شود تا از طریق بانک های عامل در اختیار متقاضیان قرار گیرد. متقاضیان مذکور در دوران بهره برداری طرح ها نسبت به</p>	تسهیلات در راستای اجرای ماده ۸۷	ماده ۸۷

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		<p>بکارگیری نیروهای جدید با اولویت بیکاران ثبت نام شده در مراکز کارایی و ادارات کل کار و امور اجتماعی متعهد می گردند .</p> <p>بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ چهارصد میلیارد (۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره را از طریق دفتر همکاری های فناوری نهاد ریاست جمهوری و وزارت تعاون به منظور ایجاد اشتغال مولد جهت متخصصان فارغ التحصیل دانشگاه ها و جلوگیری از فرار مغزها با معافیت سهم آورده منظور نماید. ایثارگران شامل رزمندگان، آزادگان، جانبازان و خانواده معظم شهدا در اولویت می باشند .</p> <p>بسیست و پنج درصد (۲۵٪) از تسهیلات سهم بخش خصوصی و تعاونی برای ایجاد فرصت های شغلی محرومان و مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی اختصاص می یابد .</p> <p>دولت مکلف است از محل تسهیلات تکلیفی، اعتبارات وجوه اداره شده و کمک های فنی و اعتباری منظور شده برای فعالیت های اشتغالزایی دستگاه های اجرایی، استانی و ملی به میزان حداقل ده درصد (۱۰٪) منابع مذکور را در چارچوب برنامه مدون ایجاد اشتغال برای واجدین شرایط معرفی شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران برای تأمین اشتغال فرزندان شاهد، جانبازان و آزادگان اختصاص دهد .</p> <p>در اجرای ماده (۸۷) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره از سهم بخش تعاونی و خصوصی را با معرفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق بانک های عامل در اختیار بخش خصوصی و تعاونی قرار دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است لغایت دی ماه سال ۱۳۸۵ نسبت به جذب این اعتبار اقدام نماید.</p>		
	تبصره ۲ بند ۱۱ ج -	بند ۱۱ ج - مبلغ یک هزار و دویست میلیارد (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از اعتبارات این بند به عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به صورت وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت شهریه به	وام قرض الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		دانشجویان مورد استفاده قرارگیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. دانشجویان آموزشکده‌های تحت پوشش وزارت آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی غیرانتفاعی نیز به نسبت تعداد دانشجویان خود از طریق وزارتخانه‌های مربوط به خود از این تسهیلات استفاده می‌کنند.	شهریه به دانشجویان	
	تبصره ۲ بند ۲۶	۲۶- به دولت اجازه داده می شود منابع موضوع ردیف ۳۱۰۳۰۶ قسمت سوم این قانون را به منظور نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی، اورژانس هوایی، آزمایشگاههای مرجع و غذا و دارو، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور و مراکز درمانی و توانبخشی خاص جانبازان به ویژه نخاعی، شیمیایی و اعصاب و روان معادل دویست میلیون (۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار از محل حساب ذخیره ارزی موضوع اعتبار ۵۰۳۸۳۲ قسمت چهارم این قانون در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و دستگاههای فوق الذکر مطابق جدول قرار دهد. حقوق گمرکی، مالیات، حقوق ورودی، سود بازرگانی و عوارض تجهیزاتی که از محل این بند وارد می شود، به صورت جمعی خرجی به حساب درآمد عمومی کشور موضوع ردیف ۱۱۰۴۰۳ قسمت سوم این قانون و ردیف ۵۰۳۸۶۹ قسمت چهارم این قانون منظور می گردد.	نوسازی تجهیزات پزشکی بیمارستانها	-
	تبصره ۲ بند ۲۷-	۲۷- به دولت اجازه داده می شود معادل چهار میلیون (۴۰,۰۰۰,۰۰۰) دلار از حساب ذخیره ارزی برداشت نموده و پس از فروش، درآمد حاصله را به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف... قسمت سوم این قانون واریز و معادل صددرصد آن را از محل ردیف ... قسمت چهارم این قانون در اختیار وزارت مسکن و شهرسازی قرار دهد تا براساس موافقت نامه متبادله با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور برای مطالعه و اجرای دو هزار (۲۰۰۰) تخت بیمارستانی در شهرهایی که با مراعات شاخص های زیر اولویت آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می گردد هزینه گردد : اولویت ۱: شهرستانهای فاقد تخت بیمارستانی با حداقل جمعیت پنجاه هزار نفر و با حداقل ۵۰ کیلومتر فاصله مرکز آن از نزدیکترین بیمارستان . اولویت ۲: شهرهایی که جمعیت آنها بین بیست تا پنجاه هزار نفر می باشد مراکز بهداشتی، درمانی شبانه روزی با امکانات تخصصی، تسهیلات زایمانی، آمبولانس و ده تخت اورژانس بستری ایجاد می شود .	ساخت بیمارستان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		اولویت ۳: بیمارستانهای جایگزین در شهرستانهایی که بیمارستان آن فرسوده بوده و بیش از ۵۰ سال قدمت دارد.		
	تبصره ۹ - بند د	<p>د -</p> <p>۱- مازاد درآمد اختصاصی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی موضوع ردیف های ۱۱۳۵۹۰ و ۱۲۹۰۹۹ این قانون براساس درخواست دستگاههای مزبور، توسط وزارتخانه ذی ربط به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده است، اختصاص یافته و به اطلاع سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور می رسد.</p> <p>۲- در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اعتبارات دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در این قانون و یا در جداول شماره ۱۵ تا ۲۳ ضمیمه این قانون براساس درخواست وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یادشده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند و به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می گردد، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود. برداشت از حساب های بانکی یادشده با حداقل دو امضاء مجاز که در آیین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است، ممکن خواهد بود. تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و ماده واحده این قانون در مورد اعتبارات موضوع این جزء مستقیماً قابل ابلاغ به دستگاههای اجرایی ذی ربط می باشد.</p> <p>۳- سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و سایر ردیف های بودجه براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات مورد عمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند.</p>	اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)

ماده مرتبط در برنامه چهارم	موضوع	متن قانون	شماره بند	سال
		<p>وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های بودجه سایر دستگاه های اجرایی به دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی، مشمول مفاد این جزء می باشد.</p> <p>به وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور از محل کاهش حداکثر پنج درصد (۵٪) از اعتبار هزینه ای هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط، اعتبار هزینه ای سایر دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط را حداکثر به میزان ده درصد (۱۰٪) افزایش دهد. مشروط بر اینکه در سر جمع اعتبارات هزینه ای کلیه دانشگاه ها و مؤسسات پژوهشی مربوط تغییری حاصل نشود.</p> <p>وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می توانند از محل صرفه جویی در اعتبارات هزینه ای خود، اعتبارات هزینه ای پذیرش دانشجو را به میزان بیش از پنج درصد (۵٪) اعمال شده در قانون بودجه سال ۱۳۸۵ تا مرز استانداردهای رسمی تعریف شده افزایش دهند و وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مکلفند نسبت به اصلاح استانداردهای آموزشی در جهت بهره برداری بهینه و ظرفیت های موجود و افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه های پزشکی و غیرپزشکی کشور اقدام نمایند و گزارش آن را حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۵ به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی اعلام نمایند.</p> <p>هـ - طرح های دانشگاهی ذیل ردیف های وزارتخانه های مسکن و شهرسازی، علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشمول تسهیلات قانونی اجرای طرح های تملک دارایی های سرمایه ای دانشگاههای وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.</p> <p>و - اعتبار مندرج در طرح های شماره ۳۰۱۴۶۲۹۴، ۳۱۰۴۶۰۲۵، ۱۰۵۲۱۰۱۰، ۱۰۵۲۱۰۰۸ و ۳۰۱۴۶۰۰۵ مندرج در پیوست شماره (۱) این قانون برای تکمیل طرح های تملک دارایی های سرمایه ای (آموزشی، کمک آموزشی، خوابگاه ها، پژوهشی و فناوری) نیمه تمام دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و جهاد دانشگاهی که حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) هزینه های آن از محل کمک های مردمی و سایر منابع تأمین اعتبار تأمین شده</p>		

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		است، اختصاص می یابد تا بین مراکز مزبور توزیع گردد. سهم هر یک از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی براساس موافقتنامه ای که برای هر یک از طرح های مذکور حسب مورد بین وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله خواهد شد، تعیین می گردد.		
	تبصره ۱۴ بند الف	الف - سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۵ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً به پرداخت سهم سازمان در درمان بیمه شدگان اختصاص دهد. سازمان های بیمه گر خدمات درمانی موظفند هشتاد درصد (۸۰٪) صورت حساب های ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف دو هفته به عنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور، پرداخت نمایند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمانهای بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان حاصله می باشند. آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تا آخر فروردین ماه ۱۳۸۵ به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. تعرفه های اعلام شده توسط دولت برای هر سال، از اول فروردین ماه همان سال قابل اعمال و لازم الاجرا می باشد. شورای عالی بیمه، کمیته ای را برای حل اختلاف در کسورات بین مؤسسات بیمه گر و دانشگاهها تعیین می نماید.	پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد صورت حساب های ارسالی از سوی بیمه ها	-
	تبصره ۱۴ بند ب	ب - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود با رعایت استاندارد مربوطه به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکت های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور و ثبت هر کارخانه تولیدکننده فرآورده های آرایشی، بهداشتی و غذایی و یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی آن توسط شرکت های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل پنجاه و چهار میلیون (۵۴,۰۰۰,۰۰۰) ریال و برای ثبت هر قلم فرآورده های مذکور مبلغ نه میلیون (۹,۰۰۰,۰۰۰) ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید.	عوارض ثبت دارو	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	تبصره ۱۴ بند ج	ج - متقاضیان صدور، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی مکلفند بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار (۱۰۰,۰۰۰) ریال و بابت صدور کارت بهداشتی هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ ده هزار (۱۰,۰۰۰) ریال پرداخت و به حساب ۱۴۰۱۲۰ قسمت سوم این قانون واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت تجدید صدور کارت بهداشتی برای بار اول به پنج برابر هزینه صدور کارت جریمه و مبلغ جریمه را به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۵۰۱۰۹ قسمت سوم این قانون واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت صدور کارت بهداشتی برای بار دوم، پروانه کسب آنان لغو خواهد گردید.	عوارض بابت صدور کارت بهداشتی	-
	تبصره ۱۴ بند ۵	د - به منظور تقویت اورژانس و فوریت های پیش بیمارستانی و ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث و بیماری ها در راستای ماده (۸۵) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود تعداد پنجاه پایگاه اورژانس جدید تأسیس و راه اندازی کند. اعتبار مورد نیاز به مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از ردیف ۱۲۹۰۰۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان فوریت های پیش بیمارستانی هزینه می گردد.	تقویت اورژانس و فوریت های پیش بیمارستانی	ماده (۸۵)
	تبصره ۱۴ بند ۵	ه - به منظور پیشگیری و درمان بیماری های دهان و دندان (به استثنای موارد عمل های زیبایی) کودکان زیر ۱۲ سال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (شبکه بهداشتی و درمانی کشور) موظف است از محل اعتبار ردیف ۵۰۳۸۲۸ مبلغ بیست میلیارد (۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال هزینه نماید. موارد ارجاع جهت درمان این بیماری ها طبق تعرفه مشخص بصورت کامل از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تحت پوشش قرار می گیرد.	پیشگیری و درمان بیماری های دهان و دندان	-
	تبصره ۱۴ بند -	و - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهش های کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان اختصاص یابد.	ارتقای سطح سلامت جانبازان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	و		شیمیایی و اعصاب و روان	
	تبصره ۱۴ بند- ز	ز - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود، اعتبار موضوع ردیف ۱۲۹۰۴۲ مندرج در قسمت چهارم این قانون را بین بیمارستان های مندرج در جدول شماره (۸) این قانون توزیع نماید تا بر اساس مفاد ماده (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به مصرف برسد.	بیمارستانهای هیات امنایی	بند ج ماده ۸۸
	تبصره ۱۴ بند- ح	ح - به هیأت وزیران اجازه داده می شود به منظور تسریع در تکمیل عملیات اجرایی طرحهای بیمارستانی، مبلغ یک هزارمیلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل مبلغ مندرج در بند (الف) تبصره(۱) از سرمایه های مردم از طریق فروش اوراق مشارکت استفاده نماید. معادل صددرصد (۱۰۰٪) مبلغ مذکور توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار وزارتخانه های مسکن و شهرسازی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور قرار می گیرد تا جهت تکمیل پروژه های بیمارستانی مندرج در پیوست شماره(۱) این قانون و پروژه های بیمارستانی که مطابق با ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران توسط دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اجرا می گردد و همچنین بیمارستانهای بالای هفتاددرصد (۷۰٪) پیشرفت فیزیکی متوقف که علت توقف آنها رفع گردیده و براساس ماده (۸۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند، اختصاص یابد. پروژه هایی که از پیشرفت فیزیکی بالاتری برخوردارند و یا به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اولویت بالاتری دارند، در استفاده از این منابع در اولویت می باشند. میزان اعتباری که به هر پروژه تعلق می گیرد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد.	تکمیل عملیات اجرایی طرحهای بیمارستانی	در راستای ماده (۸۹)
	تبصره	ط - به دولت اجازه داده می شود معادل ده درصد (۱۰٪) قیمت هر نخ سیگار تولید داخل و بیست درصد (۲۰٪)	افزایش قیمت	

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	۱۴ بند- ط	قیمت سیگار وارداتی را افزایش داده و درآمد حاصله را پس از واریز به درآمد عمومی ردیف ۱۶۰۱۱۶ قسمت سوم این قانون از محل ردیف ۵۰۳۸۷۴ قسمت چهارم این قانون توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور توسعه مبارزه با دخانیات، گسترش شبکه بهداشتی، کمک به تحقیقات در مورد بیماریهای ناشی از سیگار، کنترل بیماریهای سل و سرطان و بیماری ریوی و همچنین سازمان تربیت بدنی جهت گسترش فضاهای ورزشی قرار دهد. آئین نامه اجرایی این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران تهیه و ظرف مدت سه ماه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.	سیگار به منظور توسعه مبارزه با دخانیات	-
	تبصره ۱۴ بند- ی	ی - به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود در صورت لزوم به بازدید شرایط خوب ساخت کارخانجات داروسازی و آرایشی، بهداشتی، پزشکی و آزمایشگاهی، مواد غذایی و مواد اولیه آنها به ازای هر نفر اعمالی، از شرکتهای تولیدکننده خارج از کشور معادل چهل و پنج میلیون (۴۵,۰۰۰,۰۰۰) ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید. معادل وجوه واریزی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد.	عوارض بازدید کارخانجات داروسازی	-
	تبصره ۱۴ بند- ک	ک - دولت موظف است با امکانات وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی کلیه افرادی که با تأیید یگانهای اعزام کننده در معرض عوامل شیمیایی جنگی بوده اند و بدلیل خفیف بودن یا شناسایی نشدن ضایعات تحت پوشش بنیادشهید و ایثارگران قرار نگرفته اند را تحت پوشش مناسب قرار دهند.	پوشش مناسب مصدومان شیمیایی	-
	تبصره ۱۵ بند- الف	الف - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملکف است در سال ۱۳۸۵ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند حسب مورد نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی از محل ردیف ۱۲۹۱۰۹ اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید. این بیماران به هنگام بستری شدن در بیمارستان های دولتی، ده درصد (۱۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد.	بیمه بستری اقشار محروم و مستضعف	بند (الف) و (ب) ماده ۹۶ ماده (۹۱)

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملکف است براساس ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۵ دفترچه بیمه درمانی آنان را صادر و تحویل نماید.		
۱۳۸۴	تبصره - ۱ - ۵ -	<p>۵ - در اجرای ماده (۸۷) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مبلغ یکصد میلیارد (۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال تسهیلات موضوع این تبصره از سهم بخش تعاونی و خصوصی را بامعرفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق بانکهای عامل در اختیار بخش های خصوصی و تعاونی قرار دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است لغایت دی ماه سال ۱۳۸۴ نسبت به جذب این اعتبار اقدام نماید. مبلغ ششصد میلیارد (۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از تسهیلات موضوع این بند را در اختیار صندوق رفاه دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد به صورت قرض الحسنه با کارمزد کم قرار دهند. (دویست و پنجاه میلیارد (۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از سهم دولتی و سیصد و پنجاه میلیارد (۳۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال از سهم غیردولتی) تا با استفاده از این قرض الحسنه بتوانند شهریه خود را پرداخت و پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند. آئین نامه اجرایی استفاده از این تسهیلات توسط وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران می رسد. گزارش عملکرد این بند هر شش ماه یکبار به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارسال می گردد.</p>	تسهیلات جهت اجرای ماده (۸۷)	ماده (۸۷)

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
	تبصره ۹ - ث -	<p>۱- مازاد درآمد اختصاصی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی موضوع ردیف های ۱۱۳۵۹۰ و ۱۲۹۰۹۹ این قانون براساس درخواست دستگاه های مزبور، توسط وزارتخانه ذی ربط به همان دانشگاه و مؤسسه ای که درآمد را کسب کرده است ، اختصاص می یابد.</p> <p>۲- در اجرای بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، اعتبارات دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی ، پژوهشی و تحقیقاتی منظور در جداول شماره (۱۰)، (۱۱)، (۱۲)، (۱۳)، (۱۴)، (۱۵)، (۱۶)، (۱۸) و (۱۹) ضمیمه این قانون براساس درخواست وجه توسط بالاترین مقام اجرایی مؤسسات یادشده یا مقام مجاز از طرف آنها که به وزارت امور اقتصادی و دارایی (حسب مورد خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط) معرفی می شوند به حساب بانکی که توسط خزانه یا خزانه معین استان ذی ربط حسب مورد به نام آنها افتتاح می گردد، واریز و به هزینه قطعی منظور می شود. برداشت از حساب های بانکی یادشده با حداقل دو امضاء مجاز که در آیین نامه مالی و معاملاتی آنها تعیین شده است ، ممکن خواهد بود. تخصیص اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور مصوب سال ۱۳۵۱ و ماده واحده این قانون در مورد اعتبارات موضوع این جزء مستقیماً قابل ابلاغ به دستگاه های اجرایی ذی ربط می باشد.</p> <p>ضمناً اعتبارات بخش آموزش پزشکی از جداول شماره (۱۱) و (۱۲) منتزع و به جداول (۱۸) و (۱۹) منتقل می شود.</p> <p>۳- سهم هر یک از دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی که از محل اعتبارات هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای ذیل ردیف های ۱۱۳۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ و همچنین ردیف های متفرقه و سایر ردیف های بودجه که براساس موافقتنامه ای که بین وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد با سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مبادله می شود تعیین خواهد شد به عنوان کمک در اختیار دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی ذی ربط قرار می گیرد تا مطابق مفاد بند (الف) ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران براساس مقررات موردعمل مؤسسات مزبور و در قالب اهداف موافقتنامه های فوق الذکر به مصرف برسانند.</p> <p>وجوه پرداختی و اعتبارات ابلاغی از ردیف های بودجه سایر دستگاه های اجرایی به دانشگاهها و مؤسسات آموزش</p>	نحوه اجرای بند (الف) ماده (۴۹)	بند (الف) ماده (۴۹)

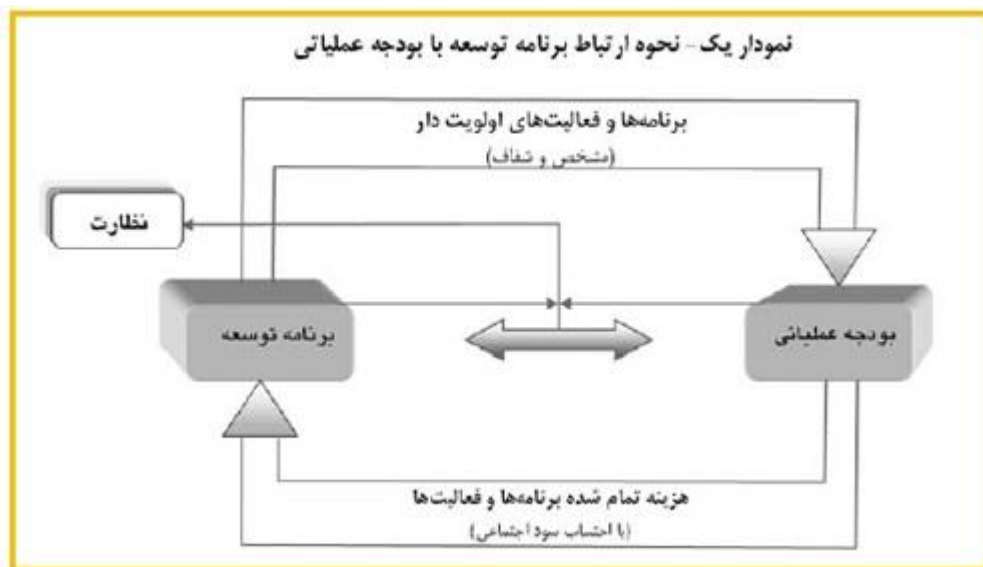
سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		<p>عالی و پژوهشی ، مشمول مفاد این جزء می باشد.</p> <p>ج - اعتبار منظور شده تحت عنوان سایر مربوط به دستگاه های جدیدالتأسیس پس از طی مراحل قانونی تشکیل آنها، توسط وزارتخانه های ذی ربط و براساس مفاد بند (ث) (در اختیار آنها قرار خواهد گرفت.</p> <p>ژ - چنانچه درآمدهای اختصاصی هر یک از دستگاه های اجرایی موضوع ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۴ بیشتر از رقم منظور شده در قسمت سوم این قانون وصول گردد، معادل مبلغ افزایش وصولی هر یک از دستگاه های اجرایی یادشده ، تا مبلغ یکهزار میلیارد (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال اعتبار از محل درآمد اختصاصی آنها منظور در قسمت چهارم این قانون افزایش می یابد.</p>		
	تبصره ۱۴ بند - الف	<p>الف - در جهت اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳ ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می تواند در طول سال ۱۳۸۴ با موافقت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور نسبت به هرگونه جابه جایی ، تغییر ردیف و کاهش یا افزایش سقف اعتبار ردیف ها در محدوده اعتبارات مصوب به میزان سی درصد (۳۰٪) اقدام نماید، به نحوی که حداکثر تسهیلات لازم در اجرای قانون مذکور فراهم شده و اختلالی در اداره امور مراکز درمانی ، بهداشتی و آموزشی حاصل نشود.</p> <p>سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است در سال ۱۳۸۴ تمامی اعتبارات ردیف های مربوط به بیمه درمان را صرفاً جهت درمان بیمه شدگان هزینه نماید و پنجاه درصد (۵۰٪) صورت حسابهای ارسالی از سوی بیمارستانهای طرف قرارداد را قبل از رسیدگی به عنوان علی الحساب پرداخت نماید.</p> <p>سازمان های بیمه گر خدمات درمانی موظفند بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوطه به نماینده رسمی سازمان مزبور پرداخت نمایند.</p> <p>دولت مکلف است برای کلیه روستائیان تحت پوشش خدمات بیمه درمانی دفترچه درمان صادر نموده و هزینه های چاپ و صدور آن را از بیمه شدگان دریافت نماید.</p>	<p>پرداخت علی الحساب ۵۰ درصد صورت حسابهای ارسالی از سوی بیمه ها</p>	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		در اجرای ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی مصوب ۳ / ۸ / ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی ، سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح موظفند با کلیه مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی که آماده ارائه خدمات درمانی با تعهد به رعایت تعرفه های دولتی مصوب هیأت وزیران می باشند، عقد قرارداد نمایند.		
	تبصره ۱۴ بند ب	ب - به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود که به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکتهای خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل ریالی پنج هزار (۵,۰۰۰) دلار به نرخ رسمی کشور دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید. معادل صددرصد (۱۰۰٪) آن تا مبلغ دوازده میلیارد (۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال به منظور توسعه فعالیتهای نظارتی و آزمایشگاهی غذا و دارو توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی هزینه می گردد.	عوارض ثبت هر قلم دارو	-
	تبصره ۱۴ بند پ	پ - متقاضیان صدور، تجدید و انتقال هر فقره پروانه کسب ، محل تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی مکلفند بابت صدور کارت بهداشتی محل های کسب فوق مبلغ یکصد هزار (۱۰۰,۰۰۰) ریال و بابت صدور کارت بهداشتی هر نفر از کارکنان مراکز مذکور مبلغ ده هزار (۱۰,۰۰۰) ریال پرداخت و به حساب ۵۱۹۹۷۶ قسمت سوم این قانون واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت تجدید صدور کارت بهداشتی برای بار اول به پنج برابر هزینه صدور کارت جریمه و مبلغ جریمه را به حساب درآمد اختصاصی ردیف ۵۱۹۹۷۶ قسمت سوم این قانون واریز نمایند. در صورت عدم مراجعه جهت صدور کارت بهداشتی برای بار دوم ، پروانه کسب آنان لغو خواهد گردید.	عوارض صدور کارت بهداشتی	-
	تبصره ۱۴ بند ث	ث - به منظور تقویت اورژانس و فوریتهای پیش بیمارستانی و ساماندهی و تکمیل شبکه فوریتهای پزشکی و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث و بیماریها در راستای ماده (۸۵) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ، به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می شود تعداد پنجاه	تقویت اورژانس و فوریتهای پیش بیمارستانی	ماده (۸۵)

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		پایگاه اورژانس جدید تأسیس و راه اندازی کند. اعتبار موردنیاز به مبلغ پنجاه میلیارد (۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از ردیف ۱۲۹۰۰۰ وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان فوریت‌های پیش بیمارستانی هزینه می گردد.		
	تبصره ۱۴ بند ج	ج - به منظور پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان (به استثنای موارد عمل های زیبایی) کودکان زیر ۱۲ سال ، شبکه بهداشتی و درمانی کشور موظف است خدمات پیشگیری از این بیماریها را انجام دهد. موارد ارجاع جهت درمان این بیماریها طبق تعرفه مشخص بصورت کامل از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی تحت پوشش قرار می گیرد. بار مالی ناشی از این تکلیف از محل حذف اعتبار بیمه درمان ذیل دستگاههای اجرائی به میزان حداقل یکصد میلیارد (۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تأمین و در اختیار وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی قرار می گیرد (سهم هریک از دستگاههای مذکور معادل ۵۰٪ می باشد).	پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان	-
	تبصره ۱۴ بند ج	چ - پنج درصد (۵٪) از اعتبارات پژوهشهای کاربردی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به منظور انجام تحقیقات پایه ای و بالینی برای ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی اختصاص یابد. آیین نامه اجرایی این بند مشترکاً توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و بنیاد شهید و امور ایثارگران تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.	ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی	-
	تبصره ۱۵ بند الف	الف - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است در سال ۱۳۸۴ در صورت بستری شدن اقشار آسیب پذیر که تحت پوشش هیچگونه بیمه درمانی قرار ندارند نسبت به بیمه نمودن آنان از طریق سازمانهای ذی ربط از محل ردیف ۱۲۹۱۰۹ اقدام نموده و آنها را به طور رایگان بیمه نماید. این بیماران به هنگام بستری شدن در بیمارستانهای دولتی ، ده درصد (۱۰٪) هزینه ها را (فرانشیز) پرداخت خواهند کرد. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است کلیهٔ روستائیان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که	بیمه بستری اقشار آسیب پذیر	بند ب ماده ۹۶

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۴ دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل نماید		
	تبصره ۱۵ بند - ۵-ب	ب-۵ - ۵-به منظور تأمین یارانه دارو و شیرخشک اعتبار ردیف ۵۰۳۷۸۸ به مبلغ دو هزار و دویست و چهل و چهار میلیارد (۲,۲۴۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال براساس پیشنهاد وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی ، به عنوان یارانه دارو و شیرخشک در اختیار دستگاه های اجرایی ذی ربط قرار خواهد گرفت.	تأمین یارانه دارو و شیرخشک	-
	تبصره ۱۵ بند - ث	ث - مبلغ یکصد و هفتاد میلیارد (۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال از محل اعتبار ردیفهای ۱۰۴۰۰۱ ، ۱۱۱۱۲۰ و ۱۳۲۵۰۰ قسمت چهارم این قانون جهت اجرای طرح بیمه درمانی مکمل برای بازنشستگان کشوری ، لشکری و مستمری بگیران تأمین اجتماعی که به نسبت بازنشستگان و مستمری بگیران تحت پوشش هر یک از صندوق ها توزیع شده است ، طبق ضوابطی که با پیشنهاد شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور به تصویب هیأت وزیران می رسد، اختصاص می یابد.	بیمه درمانی مکمل برای بازنشستگان کشوری ، لشکری	-
	تبصره ۱۵ بند - ص	ص - دولت موظف است به منظور توسعه و تأمین بهداشت و درمان جانبازان تمهیدات زیر را فراهم نماید: ۱- تأمین صددرصد (۱۰۰٪) هزینه های بیمه کامل درمان جانبازان. ۲- تأمین امکانات بهداشتی ، درمانی ، تشخیصی ، توانبخشی ، آموزشی ، پیشگیری ، دارو و تجهیزات پزشکی ، ارتز و پروتز و آمبولانس موردنیاز جانبازان شیمیایی ، اعصاب و روان ، نخاعی و پنج درصد (۵٪) خانواده های شاهد و آزادگان. ۳- تهیه و تأمین داروهای خاص و تجهیزات پزشکی و توانبخشی و آمبولانس با استفاده از بودجه ارزی و ریالی با	تأمین بهداشت و درمان جانبازان	-

سال	شماره بند	متن قانون	موضوع	ماده مرتبط در برنامه چهارم
		برخورداری از معافیت های مالیاتی ، عوارض ، حقوق گمرکی و سود بازرگانی		
	تبصره ۱۹ - بند ۲ - ح	تبصره ۱۹ - بند ۲ - ح - ردیف شماره ۵۰۳۸۱۹ بابت جبران کسری احتمالی حقوق و مزایای بخش بهداشت و درمان تا سه هزار و چهارصد و هشتاد و شش میلیارد (۳.۴۸۶.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰)ریال.	جبران کسری احتمالی حقوق و مزایای بخش بهداشت و درمان	-



نمودار ۲- فرآیند برنامه ریزی اجرایی برقراری ارتباط بودجه با برنامه

