

عضو کمیسیون فرهنگی مجلس شورای اسلامی جزئیات قانون مصوب پارلمان برای جوانی جمعیت و تعالی خانواده را تشریح کرد.
«احمد راستینه هفتشجانی» در گفت‌وگو با خبرگزاری تسنیم، با اشاره به ابعاد مختلف قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، گفت: تشکیل خانواده و حمایت از فرزندآوری یک مسئله مهم و حیاتی‌ترین سلول یک جامعه برای رشد و پویایی

مسکن ۷۰ متری شهرهای بالای ۵۰۰ هزار نفر و ۱۰۰ متری سایر شهرها برای دانشجویان و طلاب، خرید یا ساخت مسکن برای زوجین بدون فرزند و فاقد مسکن با بازپرداخت ۱۰ساله،افزایش محدوده سنی در استخدام جدید یک سال به ازای تأهل، تأسیس مراکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی ایرانی اسلامی در مراکز آموزش عالی و فرهنگ‌سازی درخصوص ازدواج و...از جمله موادی

آن، افزایش ۲۵درصد سقف تسهیلات مسکن جهت خرید و ساخت و جلاله به‌ازای هر فرزند و افزایش دوساله دوره بازپرداخت، تسهیلات قرض‌الحسنه برای تولد فرزند اول تا پنجم و ۱۰ تا ۵۰ میلیون تومان با تنفس ۶ماهه، فروش بدون نوبت و بدون قرعه‌کشی خودروی ایرانی به‌قیمت کارخانه پس از تولد فرزند دوم به بعد به مادران، تأمین زمین یا واحد

جزئیات قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده

چه مشوق‌هایی در قانون برای فرزندآوری پیش‌بینی شده است؟

است؛ بارها رهبر معظم انقلاب در دهه‌های اخیر به آن تأکید کرده‌اند؛ در زمان حاضر فرزندآوری یک مسئله استراتژیک برای کشور است که به‌علت پیشروی کشور به سمت سالمندی و عدم توجه مسئولان به این موضوع بارها مورد گلابه قرار گرفته است.
راستینه افزود: از سال گذشته قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده به‌صورت طرح در دستور کار کمیسیون فرهنگی قرار گرفت و براساس اصل ۸۵ این طرح به‌صورت تخصصی به کمیسیون مشترک سپرده شد؛ سپس در کمسیون مشترک با برگزاری بیش از ۸۵ جلسه مشترک و ۷ هزار ساعت بحث کارشناسی و مامایی شورای نگهبان تأیید شد و توسط رئیس‌مجلس برای اجرا به رئیس‌جمهور رسماً ابلاغ شد.

وی ادامه داد: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در چند بخش همچون جوانان در آستانه ازدواج یا زوجین جوان، درمان زوجین نابارور و پیشگیری از ناباروری، حمایت‌های دوران بارداری و شیردهی، مزایای تولد هر فرزند و چندقلو بودن فرزندان، مزایایی برای خانواده‌های دارای فرزند، حمایت از مادران در چند بخش (حمایت از عموم مادران، حمایت از مادران شاغل و غیرشاغل، حمایت از مادران دانشجو و طلبه) و تسهیلات اقتصادی، خدمات اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفت.

نماینده مردم شهرکرد در مجلس اظهارداشت: برای جوانان در آستانه ازدواج تسهیلاتی نظیر اعطای وام ۲۰۰میلیونی به زوجین جوان (زوج زیر ۲۵ سال و زوج زیر ۲۳ سال) و وام ۱۴۰میلیونی به زوجین با سنین بالاتر یا ضمانت‌های آسان،

افزایش ۷٫۵ برابری حق عائله‌مندی به‌مدت ۵ سال که این موضوع کمک بزرگی برای خانواده‌های پرجمعیت خواهد بود، اختصاص وام ۵۰میلیون تومانی ودیعه، تأمین ۵۰درصد ودیعه

هدف اصلی طرح تحول سلامت که از سال ۹۳ آغاز شد، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، به ویژه با محوریت قشرهای آسیب پذیر بود که متأسفانه به‌طور کامل محقق نشده است.
به گزارش سرویس پژوهش خبرگزاری صدا وسیمما، «هریم بیگ پور» در پژوهش خود نوشت: امروز یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مورد توجه در ارزیابی عملکرد دولت‌ها، میزان توجه و اهتمام آنها در حوزه اجتماعی است، مهم‌ترین مولفه حوزه اجتماعی، بخش سلامت است که جایگاه ویژه‌ای در قانون اساسی در اصول ۲۹ و ۴۳ برای آن مشخص و تبیین شده است.

براساس اسناد بالادستی، سهم مردم از هزینه‌های سلامت تا پایان برنامه چهارم توسعه باید به عدد ۳۰ درصد کاهش می‌یافت. از آنجایی که رسالت شرکت‌های بیمه، کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران است، به دلیل ناکارآمدی آنها این سهم که طبق قانون باید ۳۰ درصد باشد، هم‌اکنون بر اساس آمار وزارت بهداشت، ۴۳ درصد و بر اساس آمار غیر رسمی بسیار بیشتر است.

هدف اصلی طرح تحول سلامت نیز که از سال ۹۳ آغاز شد، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، به ویژه با محوریت قشرهای آسیب پذیر بود که متأسفانه به طور کامل محقق نشد و از ۵۵درصد قبل از اجرای طرح تحول به ۴۳ درصد رسیده است؛ با این تفاوت که هزینه‌های از جیب، به دلیل تورم و افزایش تعرفه‌های درمانی بسیار بیشتر از رقم ۵۵ درصد قبل از اجرای طرح تحول است.

در تمام دنیا هزینه سلامت بالاست و کشورها حدود ۵٫۹ درصد از درآمد ناخالص ملی خود را به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده‌اند. در سال ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴، هفت هزار و ۳۰۰ میلیارد دلار از کل ۷۷ هزار میلیارد دلار تولید ناخالصی دنیا به بخش بهداشت و درمان اختصاص پیدا کرده بود. این در حالی است که بازار ایجاد شده برای نفت و گاز در دنیا سه هزار و ۳۰۰ میلیارد دلار و تجهیزات نظامی یک هزار و ۷۰۰ میلیارد دلار بوده است. این آمار نشان می‌دهد حجم اقتصادی در حوزه سلامت بالا است و سلامت یک حوزه پرهزینه برای کشورها محسوب می‌شود. اما به دلیل کارآمدی بیمه‌ها، در دنیا پرداخت از جیب مردم تنها ۱۸ درصد است. در کشور ما به دلیل سهم پایین چهار بیمه اصلی (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، کميته امداد و نیروهای مسلح) در هزینه‌های سلامت، رابطه گسترده ملی بین پزشک و بیمار شکل گرفته که این امر مضرات بسیاری از قبیل بی‌اعتمادی به پزشک، افزایش هزینه‌های

غیر ضروری از سوی پزشک، زیرمیزی و... را به همراه داشته است.

قوانین بالادستی سند:

– کاهش سهم پرداخت‌های مردم در نظام سلامت.

– ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه.

– ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه.

– بند ۹ و ۱۰ سیاست کلی سلامت سند چشم انداز ۱۴۰۴.

– در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه

در روز ملی جمعیت توسط دستگاه و... از جمله مواردی بود که در این قانئون مورد توجه قرار گرفته است.

ایسن نماینده مجلس یادآور شد: در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به خدمات اجتماعی و حمایت از گروه‌های مردمی توجه ویژه‌ای شده است؛ تدابیری همچون ارائه رایگان سبد تغذیه و بسته بهداشتی مادران باردار،

وی تأکید کرد: در حوزه تسهیلات آموزشی خدماتی نظیر مرخصی یک و نیم سال تحصیلی بدون احتساب در سنوات برای مادر باردار دانشجو یا طلبه، آموزش غیر حضوری و مجازی مدران دانشجو و طلبه دارای فرزند زیر ۳ سال، تخفیف ۲۰درصد دوره‌های آموزشی تربیتی و هنری کانون پرورش فکری برای فرزندان خانواده‌های سه‌فرزندی، آموزش مهارت‌های سبک زندگی

متخصصین زنان و مامایی، آموزش دانش‌جویان علوم پزشکی و کارکنان با رویکرد افزایش رشد جمعیت و تأکید بر اثرات مثبت باروری، زایمان طبیعی، اختصاص ۵درصد از اعتبارات توسعه علوم و فناوری‌های نو به تحقیقات بنیادی و تجاری‌سازی درمان ناباروری، فرزندآوری و سلامت مادر و... در قانئون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده در نظر گرفته شده است.

راستینه با اشاره به تسهیلات فرهنگی که در قانئون جوانی جمعیت در نظر گرفته شده است، گفت: اختصاص حداقل ۱۰درصد بودجه برنامه‌های تولیدی و فیلم برای تولید محتوا با محوریت جوانی جمعیت، تدوین پیوست فرهنگی متناسب با سیاست‌های جمعیت توسط کلیه دستگاه‌ها، اهدای جایزه سالیانه ملی جوانی جمعیت بر اساس شاخص اثرگذاری بر رشد ازدواج و فرزندآوری در جامعه مخاطب، تدوین برنامه‌های تلویزیونی مطالبه‌گری اجرای قانون جوانی جمعیت، تدوین پیوست فرهنگی متناسب با سیاست‌های جمعیت توسط کلیه دستگاه‌ها،

صفحه ۸

شنبه ۱۸ آبان ۱۴۰۰

۳ ربیع‌الثانی ۱۴۴۳ – شماره ۲۲۸۸۴

نماینده مردم در مجلس یازدهم تأکید کرد: موضوع سقط جنین از جمله موضوعات مهم در قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده است که به‌صورت ویژه این موضوع در دو بخش سقط جنین و غربالگری و سقط‌های غیرقانونی مورد توجه قرار گرفته است؛ قوانینی همچون مجازات تعزیری، جزای نقدی و مصادره اموال حاصله برای معاونت و مباشرت در تمهید وسایل سقط غیرقانونی، تولید فیلم، سریال، تبلیغات بازرگانی، برگزاری جشنواره و نمایشگاه تبیین عوارض پزشکی، روانشناختی، فرهنگی و اجتماعی سقط جنین، فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و فرهنگی برای دانشجویان و کادر دانشگاه‌ها در تبیین حرمت سقط جنین و...مورد توجه قرار گرفته است.

راستینه خاطرنشان کرد: برای اجرایی شدن این قانون، تسهیلات متعددی در نظر گرفته شده است که هر یک از مواد قانونی به‌عهده سازمان و نهاد خاصی است که اگر کوتاهی در اجرای آنها داشته باشند مشمول مجازات‌هایی خواهند شد؛ محکومیت مستکنفین از اجرای این قانون



به مجازات حبس یا جزای نقدی درجه ۴ یا ۵ قانون مجازات اسلامی علاوهبر جبران خسارات وارده و علاوهبر اعمال مجازات موضوع ماده ۱۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری، معرفی مستکنفین این قانون به مراجع قضایی توسط سازمان بازرسی یا سایر نهادهای امنیتی و...مورد توجه قرار گرفت.

وی اظهار داشت: قانونی شدن طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده امروز برگ زرینی در مجلس یازدهم خواهد بود؛ امیدوارم به‌دسترسی به مرحله اجرایی شدن برسد.

اسلامی در کلیه مقاطع تحصیلی در اجرای سند تحول بنیادین، آموزش مسائل تربیتی بلوغ و ازدواج به کادر آموزشی و اولیا بر اساس سبک زندگی اسلامی و ایرانی، قانونی کردن آموزش‌های اخلاقی، حقوقی، روانشناختی و سلامت باروری

حسین ازدواج و... از جمله موضوعاتی است که به‌صورت جزئی مورد توجه قرار گرفته است. عضو کمیسیون فرهنگی مجلس بیان داشت: در مورد آموزش‌های بهداشتی و درمانی تدابیری همچون برگزاری دوره تخصصی آموزشی با محتوای درمان ناباروری و ارجاعات مربوطه برای

شیریده و دارای کودک زیر ۵ سال، نیم‌بها شدن هزینه موزه‌ها و اماکن تاریخی فرهنگی ورزشی و سینماها برای مادران دارای سه فرزند و بیشتر به‌همراه خانواده، توسعه و تجهیز کمی و کیفی شیرخوارگاه‌ها تا ۱٫۵ برابر سطح فعلی، اختصاص ۳۰درصد از بودجه حمایتی دستگاه‌ها به سازمان‌های مردنهاد جمعیت و تسهیل‌گر ازدواج، تأمین و واگذاری زمین با اجاره ۹۹ساله و غیر قابل تغییر کاربری به خیریه‌ها و سازمان‌های متقاضی تأسیس شیرخوارگاه‌ها از مهم‌ترین بدهای این قانون است.

یافت و درحال حاضر حدود ۱۰ درصد است، رقمی که در اغلب کشورها بین ۴ تا ۶ درصد گزارش شده است.
براساس گزارش هزینه و درآمد مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۹۹ هر خانوار شهری ایرانی به طور میانگین ۶۲میلیون و ۱۳۹ هزار تومان هزینه کرده است که از این میزان، ۶ میلیون و ۶۲ هزار تومان آن معادل ۹٫۸ درصد از کل هزینه‌های سبد خانوار، مربوط به هزینه‌های بهداشت و درمان بوده است. در روستاها نیز ۷درصد و از محل یارانه‌ها نسبت به سال گذشته ۴۳ درصد رشد داشته است.

سابقه موضوع

طبق داده‌های مرکز آمار ایران، سهم مسردم در پرداخت هزینه‌های مرتبط با خدمات نظام سلامت در سال ۱۳۸۹ معادل ۵۸٫۲ درصد بود که پس از تزریق ۲۰ هزار میلیارد ریال ملزاد اعتبارات باقیمانده از هدفمندی یارانه‌ه ها به بخش سلامت، به ۵٫۵ درصد در سال ۱۳۹۲ رسید. این در حالی بود که متوسط این شاخص در این بازه زمانی در جهان ۱۷٫۹ درصد بود. علاوه بر بخش قابل توجهی از مراکز بیمارستانی، همراهان بیماران برای خرید برخی از اقلام دارویی یا لوازم پزشکی مورد نیاز و انجام بسیاری از آزمایش‌ها به خارج از بیمارستان هدایت می‌شدند که این خود علاوهبر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران

۸٫۷ درصد آن مربوط به هزینه‌های بهداشت و درمان بود. این میزان تا سال ۱۳۹۲ به ۹٫۲ درصد و تا پایان سال ۱۳۹۳ به ۹٫۵ درصد افزایش یافت. اما با وجود اجرای طرح تحول و کاهش ظاهری هزینه‌های درمان به واسطه افزایش تعرفه‌ها، این میزان در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ به ترتیب ۱۰٫۹ و ۱۰٫۵ درصد بوده و در سال ۱۳۹۹ نیز طبق اعلام مرکز آمار ایران، ۹٫۸ درصد بوده است. در روستاها نیز در سال ۱۳۹۰ هزینه‌های بهداشت و درمان سهم ۸٫۱ درصدی در کل سبد هزینه‌ای خانوار داشته که این میزان تا سال ۱۳۹۲ به ۸٫۴ درصد، تا پایان سال ۱۳۹۳ به ۸٫۵ درصد، در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ به ترتیب ۱۱٫۲ و ۱۰٫۱ درصد و در سال ۱۳۹۹ نیز طبق اعلام مرکز آمار ایران حدود ۹٫۵ درصد بوده است.

بیان علل افزایش هزینه‌های درمان و راهکارهای حل مشکل
اولین علت بروز مشکلات، نبود کتابچه الگوهای بهینه درمانی است، طول درمان بسیار طولانی است و فقدان این کتابچه درمانی موجب تحمیل هزینه‌های هنگفتی به بیماران می‌شود. در بسیاری از موارد، بیمارانی را مشاهده کرده‌ایم که پس از مراجعه به متخصصان مختلف، متوجه شده‌اند راهی که رفته‌اند، اشتباه بوده است. متأسفانه اندک پزشکانی هم هستند که به دلایل بهداشتی در جمله وجود تعارض منافع، موجب طولانی

بیماری‌ها برای پیشگیری، ورزش، کاهش استرس‌ها، فعالیت‌های ورزشم و... به مردم داده می‌شود؛ قطعاً از مشکلات بخش درمان، کاسته و این همه هزینه به بخش درمان، بیمه‌ها و مردم تحمیل نمی‌شد. تفکیک نشدن بیمارستان‌های درمانی و آموزشی از یکدیگر، مشکل دیگری است که موجب شده به واسطه درگیر شدن بیماران در روند امور آموزشی و یادگیری دانشجویان، درصد خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های دولتی افزایش یافته و اعتماد مردم به این بیمارستان‌ها کم شود که در نتیجه آن، بخشی از مردم حاضرند هزینه‌های هنگفتی برای درمان پرداخت کرده و به بخش خصوصی و غیردولتی مراجعه کنند.

مورد بعدی، نبود نظارت بر روند همکاری بیمه‌ها با پزشکان و مراکز درمانی است که موجب شده، پزشکان به ویژه در شهرهای بزرگ و مراکز درمانی راحت‌ترین مسیر را انتخاب کرده و هزینه‌ها را از همان ابتدا از بیمار دریافت کنند و بیمار را برای دریافت هزینه‌ها به بیمه ارجاع دهند. اگر بر روابط بیمه‌ها و مراکز درمانی نظارت شود، با کاهش فرآیندهای زمان‌بر، هزینه‌های درمانی خانوارها هم کاهش خواهد یافت.

تفکیک بخش درمان از بخش آموزشی و درگیر نشدن روند درمان بیماران با آموزش بیمارستان‌ها، یکی از راهکارهایی است

اجرا نشدن قانون کاهش سهم پرداخت‌های مردم در نظام سلامت

هدف اصلی طرح تحول سلامت که از سال ۹۳ آغاز شد، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، به ویژه با محوریت قشرهای آسیب‌پذیر بود که متأسفانه به طور کامل محقق نشد و از ۵۵ درصد قبل از اجرای طرح تحول به ۴۳ درصد رسیده است؛ با این تفاوت که هزینه‌های از جیب، به دلیل تورم و افزایش تعرفه‌های درمانی بسیار بیشتر از رقم ۵۵ درصد قبل از اجرای طرح تحول است.

شدن روند درمان می‌شوند یا اینکه هزینه‌های مازاد و غیر ضروری به بیمار تحمیل می‌کنند، **کنار گذاشتن بخش پیشگیری و اختصاص بودجه‌ها به بخش درمان**
در این نظام مجلس این موضوع را مورد مطالبه لازم قرار دهد. کنار گذاشتن بخش پیشگیری و اختصاص همه بودجه‌ها به بخش درسان چالش مهمی دیگری است که موجب افزایش هزینه مردم در بخش درمان شده است. اگر آموزش‌های لازم درخصوص تغذیه مناسب، غربالگری

خانوارها معادل ۹٫۵ درصد از کل هزینه‌های سبد خانوار را برای این امر هزینه کرده‌اند. برای درک درشتی این رقم کافی است بدانیم این میزان معادل بیش از ۲۳ درصد بودجه ۵۷۱ هزار میلیارد تومانی عمومی کشور در سال ۱۳۹۹ است.

ارزش فراگیری و پرداخت

بر اساس نتایج پژوهش ها؛ پرداختی بیماران کشورمان از ۱۰۰ کشور جهان بیشتر است. نکته مهم‌تر اینکه بررسی‌های وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نشان می‌دهد؛ تنها در سال گذشته دو میلیون و ۴۰۰ هزار نفر از ایرانی‌ها به واسطه هزینه‌های بالای درمان به زیر خط فقر رفته‌اند و هرساله حدود ۷٫۵ درصد مردم به دلیل ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج زیر خط فقر قرار می‌گیرند. در سطح جهانی نیز بررسی شاخصی با عنوان هزینه‌های کم‌رشکن جراحی نشان می‌دهد که هزینه‌های جراحی ایران کم‌رشکن‌تر از ۹۳ کشور جهان است.

پوشش کامل نیازهای پایه درمان از سوی بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته‌باشد تأکید شده است.

چرایی و اهمیت موضوع

مطالعات نشان می‌دهد که الگوی حاکمیتی نظام سلامت کشورمان چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد کرده و بیمه‌ها نیز کار آایی و اثربخشی قابل قبولی در حوزه سلامت نداشته‌اند. ایرانی‌ها در سال ۱۳۹۹ حدود ۱۹۰ هزار میلیارد تومان برای بهداشت و درمان و بیمه هزینه کرده‌اند؛ نکته قابل تأمل اینکه، طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹ که طرح تحول سلامت با هزینه‌های قابل توجه و دقیقاً با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات –علاوهبر این، بر اساس اهداف سند چشم انداز ۱۴۰۴، ایران کشوری است با مردمی دارای