

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

آسیب‌شناسی محتوای قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه
سلامت ایران

مجریان طرح

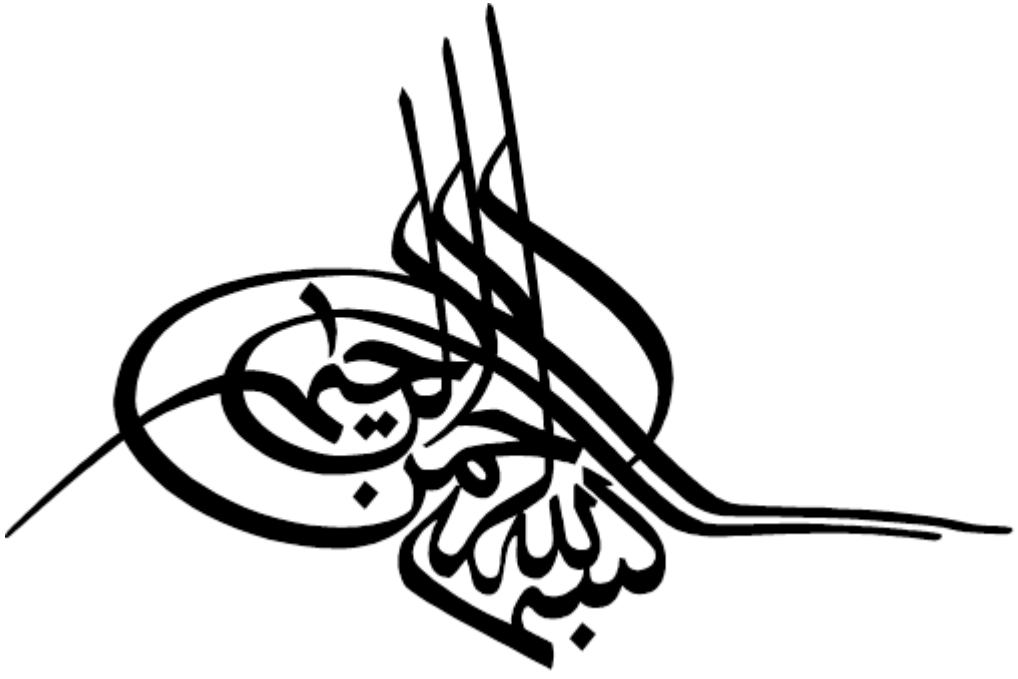
محمدحسین زیلوچی

دکتر علی اکبری ساری

دکتر امیرحسین تکیان

دکتر محمد عرب

موسسه ملی تحقیقات سلامت



گزارش خلاصه طرح

زمینه و هدف: تأمین مالی یکی از کارکردهای هر نظام سلامت و استفاده از مشارکتهای خیریه یکی از روش‌های تأمین مالی در تمام نظام‌های سلامت است. برای استفاده بهتر و بیشتر از پتانسیل خیرین و مؤسسات خیریه به منظور تأمین بخشی از هزینه‌های نظام سلامت، ضروری است بسترهای قانونی به‌گونه‌ای فراهم آید که مشارکت هر چه بیشتر خیرین را تسهیل، تشویق و ترغیب نموده، کمک‌های آنان را به سمت و سویی درست رهنمون گردد. حال آنکه به نظر می‌رسد قوانین و مقررات فعلی کشور چالش‌ها و نگرانی‌هایی را هم برای خیرین و هم برای سازمان‌هایی که به جمع‌آوری و هدایت کمک‌های خیرین می‌پردازند ایجاد نموده است.

لذا این پژوهش در پی آن است تا محتوای قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور را توصیف و چالش‌های آن را تحلیل نماید. سپس با ارائه پیشنهادهایی در این خصوص سیاست‌گذاران را در بسترسازی برای اجرای بهتر قوانین و مقررات موجود، رفع کاستی‌ها و اصلاح قوانین و مقررات موجود و نیز تدوین قوانین و مقررات آتی یاری رساند.

روش پژوهش: این پژوهش کیفی شامل سه مرحله است: در فاز اول مطالعه، اسناد، قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت، جستجو، شناسایی، گردآوری، طبقه‌بندی و تحلیل محتوا شدند. در فاز دوم، از طریق مصاحبه با ذینفعان، آسیب‌ها و چالش‌های قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت، شناسایی و تحلیل شدند و در فاز سوم راهکارهای پیشنهادی در این زمینه، از طریق پنل خبرگان شناسایی، جمع‌بندی و ارائه گردیدند.

یافته‌های فاز اول: تعداد ۶۱ سند مرتبط با قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران، شناسایی و در شش دسته اسناد بالادستی، قوانین عمومی، قوانین بودجه‌ای سالیانه، قوانین حوزه خیریه، اسناد حوزه سلامت و اسناد حوزه خیریه سلامت، طبقه‌بندی شدند. نتایج تحلیل محتوای این اسناد در قالب موضوعات محوری ذیل ارائه گردید: مشخصات اسناد از نظر نوع سند و مرجع تصویب‌کننده آن، تاریخچه و روند تاریخی تدوین اسناد، مشارکت خیریه در اسناد و قوانین بالادستی، اهداف مشارکتهای خیریه در حوزه سلامت، تعاریف و ویژگی‌ها، سازمان و مدیریت نهادهای فعال در عرصه خیریه سلامت، تولید وزارت بهداشت، قوانین مربوط به وقف و تولید سازمان اوقاف و امور خیریه، ابعاد مشارکت خیریه، ظرفیت‌ها و تسهیلات، راهبردها و انگیزاننده‌ها.

یافته‌های فاز دوم: از طریق مصاحبه با ذینفعان، نه دسته چالش به این شرح شناسایی شد: (۱) عدم جامعیت قوانین و مقررات، (۲) عدم شفافیت قوانین موجود، (۳) سخت‌گیرانه و طولانی بودن فرآیندهای قانونی، (۴) انگیزاننده نبودن قوانین و مقررات مالیاتی، (۵) ناهماهنگی، (۶) چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات، (۷) چالش‌های مربوط به قانون چهل-شصت، (۸) چالش‌های مربوط به تعرفه گذاری برای بیمارستان‌های خیریه و (۹) چالش‌های مربوط به وقف.

یافته‌های فاز سوم: راهکارهای پیشنهادی شرکت‌کنندگان در مطالعه، در پنج دسته ارائه شدند: (۱) رویکرد قانون‌گزار، (۲) مقررات پیشنهادی برای ترویج و تسهیل مشارکتهای خیریه، (۳) مقررات پیشنهادی برای اداره مراکز خیریه، (۴) پیشنهادها برای اجرا و (۵) پیشنهادهایی برای ایجاد هماهنگی و نظارت

تحلیل یافته‌ها و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های فازهای سه‌گانه مطالعه، مهم‌ترین چالش‌های شناسایی‌شده در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت و راهکار پیشنهادی برای هر یک از آن‌ها، به شرح زیر می‌باشد:

- قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور، فاقد جامعیت لازم می‌باشند. آنچه در مجموع به عنوان قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران به دست آمد، مجموعه‌ای است متشکل از بندهایی از برخی قانون‌ها، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها، تفاهم‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و اساسنامه‌ها که در طی چندین دهه، توسط مراجعی در سطوح مختلف،

در حوزه‌های عمومی، برنامه‌ای، بودجه‌ای، مالیاتی، اداری- اجرایی، امور خیریه و یا حوزه سلامت تدوین شده‌اند. باین حال همین مجموعه موجود که عمدتاً در لابه‌لای سایر قوانین و مقررات پراکنده‌اند، همه نیازهای قانونی را پوشش نداده و دارای خلأهای متعددی است.

- پراکنده بودن این بندهای قانونی، خود زمینه آسیب‌های دیگری از جمله عدم اطلاع دقیق همه ذینفعان از مقررات مربوطه، ناهمخوانی قوانین و مقررات با یکدیگر و ناهماهنگی بین مجریان را فراهم آورده است. لذا تدوین قانونی جامع و اختصاصی در سطح ملی که ابعاد مختلف مشارکت‌های خیریه مالی و غیرمالی و حوزه‌های مختلف پیشگیری، درمان، بهزیستی و توان‌بخشی، آموزش و پژوهش در عرصه سلامت را در برگیرد، ضروری می‌نماید. بعلاوه، وضع مقرراتی مکمل و تسهیلگر در سطوح سیاست‌گذاری ملی و محلی در مراجعی مانند مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شوراهای اسلامی شهرها و هیئت‌های امنا دانشگاه‌های علوم پزشکی، می‌تواند به پر کردن خلأهای قانونی موجود و عملیاتی کردن اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت کمک نماید.

- کلی‌گویی در بعضی قوانین، عدم صراحت، مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها و تفسیرهای متفاوت از قانون توسط ذینفعان مختلف، مصادیقی از عدم شفافیت قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت می‌باشند؛ بنابراین لازم است برنامه‌ها و قوانین کلی از طریق تدوین دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌ها، عملیاتی شده و موارد عدم شفافیت از طریق تعامل دوسویه سیاست‌گذاران و مجریان رفع گردند.

- برخی قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت، از جمله مقررات مربوط به ثبت مؤسسات خیریه و صدور مجوز فعالیت آن‌ها، مقررات مربوط به فرآیندهای مشارکتی در پروژه‌های عمرانی و نیز تخفیف‌های مالیاتی پیش‌بینی‌شده در قوانین و مقررات فعلی کشور، حاوی شرایطی سخت‌گیرانه بوده و فاقد انگیزانندگی لازم برای جلب مشارکت‌های خیریه هستند. لذا به منظور ترویج و تشویق مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت، تدوین مقرراتی تسهیلگر و انگیزاننده ضروری است.

- ناهماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی، عدم تأمین بار مالی، عدم تحقق تعهدات دولت یا کندی در عمل به آن‌ها در تفاهم‌نامه پروژه‌هایی که با مشارکت خیرین ساخته می‌شوند، از جمله چالش‌هایی هستند که اجرای معدود مقررات مؤثر در حوزه مشارکت‌های خیریه، مانند قانون چهل-شصت و یا آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت را با مشکل مواجه ساخته‌اند.

- استفاده از ظرفیت‌های موجود در نهاد وقف می‌تواند به تأمین زیرساخت‌های نظام سلامت کمک کند. باین حال قوانین مرتبط با وقف دارای چالش‌هایی چون محدودیت در تغییر کاربری یا فروش موقوفات و عدم جدایی واقف از موقوفه می‌باشند که غلبه بر آن‌ها نیازمند همکاری، هماهنگی و تعامل سایر دستگاه‌ها مانند نهادهای قانونی، قضائی و سازمان اوقاف است. به دلیل جایگاه قانونی

سازمان اوقاف و امور خیریه، همکاری و تعامل با این سازمان می‌تواند نظام سلامت را در ایفای نقش تأمین مالی و تولید منابع یاری رساند.

- از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، نگرش مجلس و دولت و به‌طور کلی حاکمیت نسبت به قوانین و مقررات خیریه در ابعاد مختلف می‌بایست به‌گونه‌ای تغییر یابد که امور خیریه ماهیت مردمی خود را حفظ نموده و دولت و مسائل سیاسی کمترین دخالت را در این امور داشته و دولت بیشتر نقش هماهنگ‌کننده داشته باشد تا مجری. همچنین تغییر نگرش نسبت به نوع کارکرد سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های خیریه، در جهت تخصصی کردن زمینه فعالیت آن‌ها و نیز درگیر شدن این مؤسسات در مشارکت‌های غیرمالی، به ارائه خدمات بیشتر و مفیدتری درسته جامعه منجر خواهد گردید.

یافته‌های این پژوهش لزوم اقداماتی اساسی در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت را خاطر نشان می‌سازند. این اقدامات طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها شامل تدوین قوانین و مقررات جدید، اصلاح قوانین و مقررات موجود، اصلاح فرآیندهای اجرایی، طراحی فعالیت‌هایی جهت عملیاتی نمودن قوانین فعلی و استفاده از ظرفیت‌های موجود و ایجاد هماهنگی درون بخشی و بین بخشی بین نهادهای درگیر را شامل می‌شود. انجام این اقدامات بیش و پیش از هر چیز، مستلزم نگرشی نو و اتخاذ رویکردی جدید توسط حاکمیت و سیاست‌گذاران نسبت به مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت است. رویکردی که در آن تمام حوزه‌های عرصه سلامت (پیشگیری، درمان، توان بخشی و بهزیستی، آموزش و پژوهش در علوم سلامت) و انواع مشارکت‌های مردمی (مالی و غیرمالی) مورد توجه شایسته قرار گرفته، ماهیت مردمی مشارکت‌های خیریه محفوظ مانده و نقش دولت تا حد امکان از انجام فعالیت‌های اجرایی و تصدی‌گری به سمت سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت سوق پیدا نماید.

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
خلاصه اجرایی	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل اول - مقدمه	۷
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده	۱۱
فصل سوم - روش پژوهش	۱۷
گام اول: جستجو	۱۷
گام دوم: گردآوری	۱۸
گام سوم: تحلیل محتوا	۱۸
مصاحبه‌شوندگان و حجم نمونه	۱۹
ابزار گردآوری داده‌ها	۲۰
روش گردآوری داده‌ها	۲۰
روش تحلیل داده‌ها	۲۰
نمونه پژوهش:	۲۲
روش گردآوری داده‌ها:	۲۲
تحلیل داده‌ها:	۲۲
ملاحظات اخلاقی	۲۳
فصل چهارم - یافته‌های پژوهش	۲۵
نتایج جستجو و گروه‌بندی اسناد، قوانین و مقررات	۲۵
تاریخچه و روند تاریخی تدوین اسناد مورد بررسی	۲۹
مشارکت خیریه در اسناد و قوانین بالادستی	۲۹
اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت	۳۱
تعاریف و ویژگی‌ها	۳۲
سازمان و مدیریت نهادهای فعال در عرصه خیریه سلامت	۳۲
تولیت وزارت بهداشت	۳۳
قوانین و مقررات مربوط به وقف و تولیت سازمان اوقاف و امور خیریه	۳۴
ابعاد مشارکت خیریه	۳۵
ظرفیت‌ها و تسهیلات	۳۶
راهبردها	۳۸
انگیزاننده‌ها	۳۹
عدم جامعیت قوانین و مقررات	۴۰
عدم شفافیت قوانین موجود	۴۳
سخت‌گیرانه و طولانی بودن فرآیندهای قانونی	۴۳
انگیزاننده نبودن قوانین و مقررات مالیاتی	۴۵
ناهماهنگی	۴۶
چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات	۴۷
چالش‌های مربوط به قانون چهل - شصت	۴۸

۵۰	چالش‌های مربوط به تعرفه گذاری برای بیمارستان‌های خیریه
۵۱	چالش‌های مربوط به وقف
۵۲	رویکرد قانون گذاری
۵۶	مقررات پیشنهادی برای ترویج و تسهیل مشارکت‌های خیریه
۵۷	مقررات پیشنهادی برای اداره مراکز خیریه
۵۸	پیشنهادها برای اجرا
۶۰	پیشنهادهایی برای ایجاد هماهنگی و نظارت
۶۳	فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات
۷۱	پیوست‌ها
۱۱۷	منابع

فصل اول – مقدمه

اهمیت پژوهش

تأمین مالی یکی از کارکردهای هر نظام سلامت (۱) و استفاده از مشارکتهای خیریه یکی از روش‌های تأمین مالی در نظام‌های سلامت است (۲). تأمین مالی یکی از چالش‌های عمده پیش روی نظام‌های سلامت به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (۳). سالمند شدن جمعیت، پیشرفت فناوری‌های پزشکی، افزایش هزینه‌های نیروی انسانی، تکانه‌های اقتصادی ناشی از تورم در حوزه سلامت و برخی سوء مدیریت‌ها، ساختارهای سنتی و افزایش انتظارات جامعه باعث افزایش تقاضای خدمات سلامت و به دنبال آن افزایش فشار بر هزینه‌های نظام سلامت و پیچیدگی‌های سیاست‌های تأمین مالی شده است (۴) (۵). در کشورهای در حال توسعه بیمارستان‌ها حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد بودجه بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. بخش عمده‌ای از هزینه‌های نظام‌های سلامت در جهان، به بیمارستان‌ها مربوط می‌شود، به طوری که در بسیاری از کشورها، بیمارستان‌ها بخش عظیمی از کل مخارج سلامت را به خود اختصاص داده‌اند (۶).

پرداخت مستقیم بابت هزینه‌های سلامت در حین دریافت خدمات سلامت از سوی مردم هنوز در بسیاری از کشورها فراگیر است که به نوبه خود توانایی مردم برای استفاده از خدمات را کاهش می‌دهد، بنابراین یکی از چالش‌های مهم فاصله گرفتن از پرداخت مستقیم از جیب است (۷). پرداخت‌های مستقیم از جیب باعث ایجاد موانع مالی دریافت خدمات شده و سالیانه قریب به ۱۳٪ از خانوارها را با هزینه‌های کمرشکن مواجه ساخته و ۶٪ را نیز به ورطه فقر می‌افکند. یکی از اساسی‌ترین سؤال‌هایی که هر کشور با آن روبرو است این است که چگونه یک نظام تأمین مالی سلامت قادر خواهد بود حمایت‌های کافی در برابر ریسک‌های مالی برای کلیه افراد جامعه در برابر هزینه‌های سلامت انجام دهد (۸).

رشد هزینه‌های نظام‌های سلامت در حالی صورت می‌گیرد که سهم سلامت از بودجه عمومی کشورها عمدتاً به اندازه رشد مخارج این بخش، رشد نکرده است. این وضعیت می‌تواند به افزایش میزان پرداخت از جیب توسط مردم منجر گردد. لذا در اکثر کشورها سیاست‌گذاران نظام سلامت درصدد تأمین منابع مالی سلامت از سایر روش‌های تأمین مالی برآمده‌اند. یکی از روش‌های تأمین مالی نظام سلامت، تأمین وجوه از طریق مشارکتهای خیریه است. هر کشوری که به دنبال اصلاحات مراقبت سلامت است باید بررسی نظام‌مندی از نحوه تأمین مالی مراقبت سلامت به عمل آورد و راهبردی واقع‌گرایانه و هماهنگ برای تأمین مالی تهیه نماید. ترکیب متناسب این راهبرد بستگی به زمینه و بستر خاص هر کشور از جمله ارزش‌های اجتماعی، شرایط اقتصادی، ساختار صنعتی و توانایی‌های اجرایی آن دارد (۹).

سیاست‌ها و روش‌های تأمین مالی یک نظام سلامت بر عملکرد دیگر کارکردهای آن نظام و نهایتاً دستیابی به اهداف نظام سلامت تأثیرگذار است (۴) (۱۰) لذا سیاست‌های مرتبط با تأمین مالی باید با در نظر گرفتن این اصول و اهداف و تأثیرات آن تدوین گردد. (۴) (۱۱).

مؤسسات خیریه در کشور ما از سابقه‌ای طولانی برخوردارند. این مؤسسات را می‌توان اولین نهادهای خودجوش برای مقابله با فقر و آسیب‌های اجتماعی قلمداد کرد که طی آن گروه‌ها، اصناف و طبقات

اجتماعی با تکیه بر محور منافع جمعی، سامان یافته و حرکتی هدفمند را بر اساس انگیزه‌های عاطفی و مذهبی بدون چشم‌داشت مادی و دنیایی در راستای رفع نیاز دیگران آغاز نمودند. در مطالعات اقتصاد اسلامی، از وقف به‌عنوان صدقه جاریه‌ای یاد شده که طی آن منابع فردی به بهره‌مندی اجتماعی تغییر کاربری یافته‌اند و توسعه آن می‌تواند به تولید کالا و خدمات اجتماعی منجر گشته و در نهایت افزایش تولید ناخالص داخلی را فراهم آورد. ضمن اینکه نهاد وقف به دلیل ماهیت خیرخواهانه‌ای که دارد، باعث تقویت بنیادهای اجتماعی و روحیه تعاون در جامعه و به‌تبع آن افزایش سرمایه اجتماعی و کارایی اقتصاد می‌گردد (۱۲).

در حوزه سلامت نیز مشارکت‌های خیر سابقه‌ای تاریخی دارد، به طوری که بسیاری از بیمارستان‌های اولیه در ایران و جهان به‌صورت خیریه و موقوفه ساخته شده‌اند. اکثر این بیمارستان‌ها اگرچه امروزه ساختار و کارکردی متفاوت نسبت به قبل پیدا کرده‌اند، اما همچنان با خیریه‌ها و خیرین در ارتباط هستند (۱۳). یکی از روش‌های تأمین منابع مالی بیمارستان که در همه کشورها امکان‌پذیر است، مشارکت‌های خیریه است (۲). تامسون در مقاله خود پیرامون مشارکت عمومی - خصوصی ضمن اینکه چهار مدل پایه برای مشارکت بخش خصوصی نام می‌برد، مشارکت‌های خیریه را نیز به‌عنوان یکی از این مدل‌ها که البته کمتر با PPP سازگار است، معرفی می‌کند (۲).

در جمهوری اسلامی ایران کاهش میزان پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب مردم در برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم و نیز در طرح تحول نظام سلامت مورد تأکید بوده است. لذا برای تحقق این هدف استفاده از پتانسیل خیرین و مؤسسات خیریه به‌منظور پوشش بخشی از مخارج نظام سلامت اهمیت می‌یابد. در عین حال هنگامی که جایگاه تاریخی و سابقه طولانی فرهنگ خیریه در باورهای فرهنگی و مذهبی مردم این مرزوبوم در نظر گرفته شود، ضرورت استفاده از ظرفیت‌های خیریه در نظام سلامت بیش از پیش نمایان می‌گردد.

برای استفاده بهتر و بیشتر از پتانسیل خیرین و مؤسسات خیریه به‌منظور پوشش بخشی از مخارج نظام سلامت ضروری است بسترهای قانونی به‌گونه‌ای فراهم آید که مشارکت هر چه بیشتر خیرین را تشویق و ترغیب نموده، کمک‌های آنان را به سمت و سویی درست رهنمون گردد. حال آنکه به نظر می‌رسد قوانین و مقررات فعلی کشور چالش‌ها و نگرانی‌هایی را هم برای خیرین و هم برای سازمان‌هایی که به جمع‌آوری و هدایت کمک‌های خیرین می‌پردازند ایجاد نموده است.

لذا این پژوهش در پی آن است تا چالش‌های موجود در قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور را شناسایی و تحلیل نماید. شناخت این چالش‌ها می‌تواند ضمن اصلاح قوانین و مقررات موجود، در زمینه وضع قوانین و مقررات آتی نیز سیاست‌گذاران مربوطه را یاری رساند. جامعیت و شفافیت بسترهای قانونی، موضوعاتی چون حوزه‌های مسئول در ساماندهی کمک‌های خیریه و نیز نحوه نظارت بر فعالیت‌های خیرخواهانه در عرصه سلامت را مشخص خواهد نمود.

نتایج این پژوهش می‌تواند دانش ما را نسبت به آسیب‌شناسی قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور را افزایش داده، با ارائه پیشنهادهایی به سیاست‌گذاران و نهادهای قانون‌گذاری بستر قانونی مناسبی را برای فعالیت بیشتر و مؤثرتر خیرین در عرصه سلامت فراهم نماید.

اهداف و سؤالات پژوهش

هدف کلی

آسیب‌شناسی محتوای قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران

اهداف اختصاصی

توصیف قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور
شناسایی چالش‌های قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور
فهرستی از پیشنهادها برای قوانین و مقررات آینده

اهداف کاربردی

تحلیل محتوای قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور
ارائه پیشنهادهایی کاربردی برای تنظیم طرح‌ها و لوایح مرتبط

سؤالات پژوهش

قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور کدام‌اند؟
چالش‌های قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت کشور کدام‌اند؟
راهکارهای پیشنهادی برای تنظیم طرح‌ها و لوایح قانونی در مورد امور خیرین حوزه سلامت چیست؟

فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

سابقه طرح و بررسی متون

مشارکت شهروندان در اداره امور در طول تاریخ با ابعاد مختلف زندگی اجتماعی بشر پیوند داشته است (۱۴). از جمله، اختصاص بخشی از دارایی‌های شخصی جهت مصارف خیریه و نوع‌دوستانه بین ملل و پیروان ادیان مختلف معمول بوده است (۱۵، ۱۶).

فعالیت‌های مردمی با محور مذهبی و کمک به نیازمندان از قرن‌ها پیش در میان اقوام و ملل متداول بوده است، اما آنچه امروز از آن به‌عنوان سازمان مردم‌نهاد یاد می‌شود، مرهون فعالیت‌های نهادینه‌شده‌ای است که از نیمه دوم قرن بیستم شدت یافته است. سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)، اجتماعی خودجوش و داوطلبانه از افراد جامعه است که بخشی از وظایف دولت در اداره امور جامعه را انجام می‌دهند. ویژگی سمن‌ها بر اساس الگوی دانشگاه جان هاپکینز عبارت است از: مستقل و غیردولتی بودن، غیرانتفاعی بودن، عضویت داوطلبانه و سازمان‌یافتگی (داشتن اساسنامه، تشکیلات و برنامه) این مؤسسات می‌توانند در راستای چند گروه موضوعی از قبیل علایق صنفی، علوم و فنون تخصصی، اهداف خیرخواهانه و انسانی، مباحث و معضلات اجتماعی و همکاری‌های بین‌المللی تشکیل شوند. (۱۷). در اروپا و آمریکا تقریباً اکثر فعالیت‌های خیریه و عام‌المنفعه با ماهیت چنین سازمان‌های غیردولتی و تحت‌عناوین زیر انجام می‌گیرد:

تراست Trust: انتقال مال منقول یا غیرمنقول که مالک آن، تسلط قانونی بر آن را به فردی امین منتقل می‌کند و آن فرد امین متصدی مدیریت و سوددهی آن مال می‌گردد تا به دست استفاده‌کنندگان از آن مال که مالک مشخص کرده است برسد. در تعریف دیگر نیز چنین آمده است:

ترتیبات قانونی که به‌موجب آن اموال یا از مالک به شخصی دیگر (امین) منتقل می‌شود تا وی در جهت منافع یک یا چند نفر به اداره آن پردازند.

Endowment: اصطلاحاً یعنی کمک خیرخواهانه فرد یا نهاد در قالب پول یا دارایی یا هرگونه منبع درآمد دائمی به بنیادی خیریه یا دانشکده یا بیمارستان و یا هر نهاد دیگر.

Foundation: نهادی است غیرتجاری، غیرانتفاعی و غیردولتی که با هدف آماده ساختن و بالا بردن سطح افراد یا مؤسسات کمک‌های مالی را به نهادهای غیرانتفاعی دیگر (ازجمله جمعیت‌های خیریه) می‌رساند. مؤسسات خیریه می‌توانند خصوصی یا عمومی باشند. (۱۸)

شیروی، مشارکت بخش غیردولتی ازجمله خیریه را راهکاری برای کمبود منابع و طولانی شدن ساخت و اجرای پروژه‌های عمرانی توسط دولت می‌داند (۱۹).

تاریخچه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در ایران

در روزگارانی که دولت به مفهوم امروزی آن وجود نداشته، اندیشه بلند انسان‌های خدوم و خیرخواه تحت عناوینی چون وقف در جامعه منشأ اثر بوده است. این امر در فرهنگ اسلامی به دلیل تأکید بر دستگیری از فقرا و توجه به امور خیریه، اهمیت بیشتری داشته است (۱۵، ۲۰).

به دلیل کثرت موقوفات، در کنار احکام فقهی درباره وقف، مقررات قانونی زیادی نیز درباره آن وضع شده است. تدوین اولین قانون درباره موقوفات به سال ۱۲۸۹ برمی‌گردد. با تدوین قانون مدنی و اختصاص مواد ۵۵ تا ۹۱ آن به وقف، این موضوع شکل حقوقی به خود گرفت (۱۵). شرایط وقف در مواد ۵۶ تا ۷۱ و شرایط فروش موقوفات در مواد ۸۸ تا ۹۰ و نیز ماده ۳۴۹ قانون مزبور آمده است (۲۱).

قانون مدنی و قانون ثبت اسناد و املاک از مهم‌ترین قوانین پیش از پیروزی انقلاب هستند که به موضوع وقف پرداخته‌اند. این دو قانون در دوران پس از انقلاب نیز با اصلاحاتی که در بعضی از مواد آن‌ها صورت گرفته، همچنان مورد استناد می‌باشند.

قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۳، اداره امور موقوفات عام فاقد متولی و مجهول‌التولیه، همچنین اداره اموال خیریه عام‌المنفعه که عنوان وقف ندارند (مثل صدقات و نذورات) را به عهده این سازمان گذاشته است. ولی بقاع متبرکه که متولی منصوب از ولی فقیه دارند تحت پوشش سازمان اوقاف نیستند (۲۲).

سرپرست این سازمان از جانب ولی فقیه اذن شرعی دارد و از طرفی به لحاظ ساختار سازمانی وابسته به وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی است (۲۲). در سال ۱۳۷۰ به موجب مصوبه شورای عالی اداری، سازمان حج و زیارت از «سازمان حج و اوقاف و امور خیریه» منتزع گردید، لذا سازمان مزبور به «سازمان اوقاف و امور خیریه» تغییر نام یافت (۲۳).

تاریخچه مشارکتهای خیریه در حوزه سلامت ایران

مشارکت مالی شهروندان در امور اجتماعی از جمله در حوزه سلامت سابقه‌ای طولانی دارد. با توجه به ویژگی‌ها اجتماعی و مذهبی کشور ایران، این‌گونه مشارکتهای از دیرباز به شکل وقف در کشور وجود داشته است. وقف از نظر فقهی (مطابق با نظر حضرت امام خمینی) یعنی اینکه فرد «عین مال را حبس کند، یعنی برای ابد فروش و انتقال آن به غیر را ممنوع سازند و منافعی را به‌طور رایگان در اختیار اشخاص حقیقی یا حقوقی قرار دهند» (۲۴). موقوفات می‌توانند نقش مذهبی، اجتماعی و یا اقتصادی داشته باشند. موقوفات دارای نقش اجتماعی، کاربری خیریه و عام‌المنفعه دارند، مانند موقوفات آموزشی، درمانی و پرورشگاه (۲۵).

اگرچه سابقه وقف به پیش از اسلام می‌رسد ولی در ایران بعد از اسلام، به‌اندازه‌ای گسترش یافته که به یکی از شاخصه‌های مهم فرهنگ مردم ایران بدل شده است (۲۶، ۲۷). بیشترین دوران شکوفایی وقف در ایران مربوط به دوره‌های صفویه و قاجاریه است (۲۰)، لکن ایجاد مؤسسات خیریه به‌عنوان یکی از نمودهای تحول اجتماعی مبتنی بر قوانین اساسی جامعه، در دوران پس از مشروطه گسترش قابل توجهی یافته‌اند (۲۸). به‌طوری که در مهروموم‌های پس از مشروطه، علاوه بر دولت، بخش خصوصی و مردم نیز در تأمین مالی بهداشت و درمان کشور نقش داشته‌اند (۲۹).

تنها مرکز درمانی وقفی دوره قاجار بیمارستان نجم‌آبادی تهران (تأسیس ۱۲۸۰ هجری شمسی) بود (۲۵). تا اینکه به تدریج حرکات محدودی توسط برخی افراد مانند امیر خان امیراعلم (مؤسس بیمارستان امیراعلم به سال ۱۲۸۶ ه.ش.) و نجم‌السلطنه (مؤسس بیمارستان نجمیه در سال ۱۳۰۵ ه.ش) جهت

ساخت بیمارستان صورت گرفت. (۳۰). به تدریج با تغییر نگرش خیرین و افراد نیکوکار از مشارکت در خیریه‌های مذهبی به سمت فعالیت‌های اجتماعی و خدماتی مانند بهداشت و درمان و نیز با الگوبرداری از تحولات مدنی در اروپا که نمودی از آن ایجاد مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی بود، مؤسسات خیریه به شکل امروزی در ایران شکل گرفتند (۳۱). تلاش‌های خیرین در دوران بعد از مشروطه، منجر به ایجاد زیرساخت‌های مهمی برای نظام سلامت کشور گردید. از جمله بیمارستان‌های بزرگی چون: فیروزگر، فیروزآبادی و گوهرشاد در تهران، بیمارستان نوریه در کرمان، بیمارستان چشم‌تیه در سبزواری و بیمارستان‌های نمازی و خلیلی در شیراز (۳۲).

تا پیش از حدود یک‌صد سال پیش اغلب امور اجتماعی از جمله خدمات بهداشتی درمانی و آموزشی توسط مردم انجام می‌شد؛ اما با ورود نظامات اداری و استقرار حکومتی متمرکز، دولت به تدریج مسئولیت بیشتری در این امور به دست گرفت. در دهه‌های اخیر دولت‌ها با درک ضرورت مشارکت هر چه بیشتر مردم در امور اجتماعی، بر نقش تشکل‌های مردمی و سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد تأکید بیشتری نموده‌اند. در این میان می‌توان بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خیریه را حلقه واسطی بین تشکل‌های قدیمی‌تر و اشکال جدید سازمان‌های غیردولتی به حساب آورد. به عبارت دیگر می‌توان گفت سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت به دو شکل سنتی و نوین فعالیت دارند. تشکل‌های سنتی، بیشتر به درمان به‌ویژه در موارد اضطراری مردم پاسخ می‌دهند، کمتر وارد عرصه پیشگیری می‌شوند و بیش‌ازحد به بازار و افراد متمکن وابسته هستند. درحالی‌که سمن‌های جدید که تعدادشان رو به افزایش است، وابستگی بیشتری به دولت دارند و بیشتر به روندهای جهانی توجه دارند تا نیازهای اضطراری مردم. (۱۷)

مطالعات داخلی

بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد به‌طور کلی در زمینه امور خیریه در حوزه سلامت، مطالعات محدودی در کشور انجام شده است. آقابابا و همکاران پس از انجام یک پژوهش به‌منظور مرور مطالعات خیریه حوزه سلامت در ایران، از کم بودن تولید دانش و کندی ورود محتوای علمی به این حوزه اشاره کرده‌اند (۳۳). زارعی و همکاران (۱۳۸۶) سازمان‌های غیردولتی و خیریه در بخش سلامت را به چهار دسته تقسیم کرده‌اند:

مؤسسات درمانی خیریه: شناخته‌شده‌ترین و قدیمی‌ترین نوع مؤسسات غیردولتی فعال در عرصه سلامت، مؤسساتی هستند که به‌منظور درمان بیماران ایجاد شده‌اند، مانند بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خیریه. انجمن‌های حمایتی: در زمینه حمایت از افراد مبتلا به یک بیماری خاص (مانند صرع، تالاسمی، دیابت، سرطان...) و یا افراد نیازمند به خدمات توان‌بخشی (مانند معلولین ذهنی و حرکتی، سالمندان، جذامیان، نابینایان...) فعالیت می‌کنند.

انجمن‌های علمی تخصصی: در حوزه آموزش، پژوهش، انتشار نشریات و کتب علمی و برگزاری همایش‌های مربوط به رشته خود فعالیت دارند.

مؤسسات غیردولتی و غیرانتفاعی نوین (سمن‌ها): این گونه مؤسسات می‌توانند در راستای چند گروه موضوعی از قبیل علایق صنفی، علوم و فنون تخصصی، اهداف خیرخواهانه و انسانی، مباحث و معضلات اجتماعی و همکاری‌های بین‌المللی تشکیل شوند. (۱۷)

نصیری پور و همکاران در مطالعه‌ای در زمینه مدیریت بیمارستان‌های خیریه، ۳۰ بیمارستان‌های خیریه کشور را با چند بیمارستان خیریه خارج از کشور از نظر چهار بعد ساختار، تصمیم‌گیری، نظارت و کنترل و روابط برون بخشی مقایسه کرده‌اند. بر اساس نتایج مطالعه مذکور در بیمارستان‌های خیریه ایران هیئت‌امنا، متولیان و واقفان، عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری بوده و روابط غیررسمی نقش زیادی در این تصمیم‌ها دارد. در حالی که در بیمارستان‌های خیریه خارج از کشور، هیئت‌مدیره در تصمیم‌گیری‌ها نقش بیشتری دارد. (۳۴)

تعدادی از بیمارستان‌های خیریه ایران خودکفا نیستند و به مدد کمک‌های خیرین استمرار فعالیت داشته و تأمین مالی می‌شوند. در حالی که بیمارستان‌های خیریه خارجی مورد بررسی در مطالعه مزبور، تحت پوشش یک بنیاد یا شرکت بودند. در بعضی کشورها پس از برقراری نظام طب ملی، بیمارستان‌های خیریه در آن ادغام شده‌اند. در بعد روابط برون بخشی، ارتباط بیشتر بیمارستان‌های خیریه با سازمان‌های بیمه‌گر و نیز رسانه‌ها پیشنهاد شده است. همچنین محققان این مطالعه راهکارهایی چون تدوین تعرفه‌های ویژه خیریه و تأسیس صندوق بیمه خیریه سلامت را پیشنهاد کرده‌اند (۳۴).

نصیری پور و همکاران، وجود کانون‌های متعدد تصمیم‌گیری و وجود روابط غیررسمی را از مشکلات این مراکز دانسته و الگوی هیئت‌مدیره‌ای (بجای هیئت‌امنایی) را برای مدیریت آن‌ها پیشنهاد نموده‌اند (۳۵). نکوئی مقدم در مطالعه خود کم بودن فعالیت‌های تبلیغی برای فرهنگ‌سازی و جلب مشارکت خیرین، کمبود منابع مالی و ناهماهنگی در روابط مؤسسات خیریه با سایر نهادهای دولتی و غیردولتی را به‌عنوان مشکلات این بخش معرفی می‌کند (۳۶).

زارعی در مقاله ۱۳۸۶ خود از این موارد به‌عنوان چالش‌های سازمان‌های غیردولتی و خیریه سلامت یاد می‌کند:

کاهش اعتبار بیرونی، عدم ضابطه در فعالیت‌های داخلی و سردرگمی اعضاء، انگیزه‌های نامرتب با سلامت، انحصارگرایی و فعالیت رقابتی بجای همکاری، عدم دخالت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌ها، ارتباط ضعیف با دولت و جامعه و ضعف در مدیریت مالی. (۱۷)

وی همچنین، تدوین سیاست‌های کلان برای این حوزه، ایجاد تسهیلات حمایتی مانند معافیت‌های مالیاتی و تقلیل عوارض، ارتقاء ظرفیت‌های درون‌سازمانی و تسهیل در برقراری ارتباطات را به‌عنوان راهکار پیشنهاد می‌کند (۱۷).

آقابابا در مقاله سال ۱۳۹۳ خود، ویژگی‌های دموگرافیک خیرین در ایران را طی یک مطالعه پیمایشی بررسی نموده و طراحی یک بانک اطلاعات از ویژگی‌ها دموگرافیک خیرین را پیشنهاد نموده است (۳۷).

مطالعات خارجی

برخی مطالعات خارجی به دلایلی مثل قابل‌اعتماد نبودن و یا کم و ناچیز بودن منابع خیریه، آن را یک منبع تأمین مالی مهم تلقی نمی‌کنند (۳۸، ۳۹).

اسمیت و یژگی تأمین مالی خیریه را این‌گونه بیان می‌کند که بیمارستان، آن‌گونه که در روش استقراض متعهد به بازپرداخت وجوه است، در تأمین مالی خیریه‌ای در بازپرداخت وجوه دریافتی الزام و اجباری ندارد، لیکن انتظار می‌رود خیرین در قبال کمک به بیمارستان توقعاتی داشته باشند که لزوماً توقعات مالی نیست. سؤال این است که خیرین دقیقه چه می‌خواهند و بیمارستان درباره آن‌ها چگونه رفتار نماید؟ (۳۹).

اسمیت همچنین نتیجه می‌گیرد که تولید خدمات بیشتر توسط بیمارستان موجب اهداء بیشتر کمک‌های خیریه و کمک‌های خیریه بیشتر باعث افزایش خدمات بیمارستان می‌گردد. ضمناً اقدام جهت جلب مشارکت خیریه منجر به افزایش این‌گونه کمک‌ها می‌گردد. وی همچنین اذعان دارد که فراهم بودن سود بیشتر و با ریسک کم در بازار عمومی سرمایه، با کاهش کمک‌های خیریه همراه خواهد بود (۳۹).

کمک‌های مالی خیریه‌یکی از منابع سرمایه برای بیمارستان‌هاست، در بعضی نظام‌ها جلب کمک خیریه در سطوح عملیاتی، با تخصیص سرمایه بیشتر پاداش داده می‌شود (۳۸). در سنگاپور دولت ۹۰٪ مخارج سرمایه‌ای و ۵۰٪ هزینه‌های جاری سازمان‌های خیریه را تأمین می‌کنند (۴۰).

مارتین طی یک مطالعه کیفی در سائوپائولو برزیل در سال ۲۰۱۰، انگیزه‌های افراد داوطلب برای ارائه خدمات انسان دوستانه در بیمارستان را به چهار دسته تقسیم کرده که شامل این موارد بوده‌اند: همدلی، سابقه بیماری قبلی خود یا افراد خانواده، احساس رضایت از خود و رفع کشمکش‌های فردی (۴۱).

فصل سوم – روش پژوهش

برای دستیابی به اهداف پژوهش، این مطالعه در سه فاز طراحی و اجرا گردید:

روش اجرای فاز اول: مرور اسناد، قوانین و مقررات

هدف این فاز، شناسایی، گردآوری، توصیف و تحلیل اسناد و قوانین و مقررات کشوری مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت بود. این فاز در چند گام به شرح ذیل انجام شد:

گام اول: جستجو

به‌منظور شناسایی قوانین و مقررات کشوری مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت، قوانین بالادستی کشور همچون قانون اساسی، قوانین برنامه‌های توسعه، نقشه جامع علمی سلامت و نقشه تحول نظام سلامت کشور، بعلاوه سایر قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت به‌وسیله جستجوی وب‌سایت‌ها و همچنین مراجعه حضوری به سازمان‌ها و نهادهای مرتبط از جمله مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، مجمع خیرین سلامت کشور و سازمان اوقاف و امور خیریه و نیز از طریق مشورت با صاحب‌نظران، جستجو گردیدند. ابتدا بر اساس نظر تیم پژوهش و مشورت با برخی صاحب‌نظران کشور چندین پایگاه داده‌ای به‌منظور استخراج قوانین و مستندات انتخاب شدند. پایگاه‌های داده‌ای که برای جمع‌آوری قوانین و مقررات، مورد جستجو قرار گرفتند عبارت بودند از:

روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران (قوه قضائیه) <http://www.rrk.ir/Laws>

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی <http://rc.majlis.ir/fa/law>

پایگاه اطلاع‌رسانی دولت <http://dolat.ir>

سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران <http://dotic.ir>

سامانه هوشمند قوانین <http://datta.ir>

پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت وزارت بهداشت <http://www.healthcode.ir>

برای جستجو با مراجعه به بخش‌هایی مرتبط از سازمان‌ها و پایگاه‌های فوق (مانند بخش قوانین و مقررات، دفتر حقوقی، امور مالی، ...) از کلیدواژه‌هایی نظیر «خیریه، خیرین، مشارکت مالی خیریه، وقف، تأمین مالی خیریه، کمک‌های انسان دوستانه / بشردوستانه» و همچنین «خدمات بهداشتی درمانی، مراقبت‌های سلامت، نظام سلامت، درمانگاه، بیمارستان، سازمان‌های مردم‌نهاد» استفاده گردید. بعلاوه، ضمن مشورت با تعدادی از صاحب‌نظران حقوقی و مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تارنماهای سازمان اوقاف و امور خیریه، مجمع خیرین سلامت کشور و دفاتر حقوقی چند دانشگاه علوم پزشکی کشور، مورد بازدید و جستجوی دستی قرار گرفتند تا از جامعیت قوانین و مقررات جستجو شده اطمینان حاصل گردد. با توجه به هدف مطالعه، جستجو به دوره زمانی خاصی محدود نبود، لیکن کشور ایران به‌عنوان محدوده جغرافیایی در نظر گرفته شد.

گام دوم: گردآوری

اسناد و قوانین حاصل از جستجو، پس از ارزیابی اولیه از نظر مرتبط بودن و نیز تکراری نبودن، گردآوری شدند.

ابزار گردآوری داده‌های موردنیاز در فاز اول مطالعه، فرم محقق ساخته‌ای بود که مشخصات اسناد جستجو شده از جمله نوع سند (قانون، بخشنامه، آیین‌نامه، برنامه، اساسنامه،...)، مرجع تصویب‌کننده سند و تاریخ تصویب هر یک از اسناد جستجو شده، درج می‌گردید. به منظور تسهیل در کار با داده‌های گردآوری شده، مشخصات و محتوای اسناد و قوانین به نرم‌افزار ۱۰ MAX-QDA وارد شدند.

سوم: تحلیل محتوا

برای بررسی اسناد حاصل از جستجو، از روش کیفی تحلیل محتوا استفاده شد. بدین صورت که پس از وارد کردن محتوای اسناد در نرم‌افزار ۱۰ MAX-QDA، کدگذاری، طبقه‌بندی و تحلیل آن‌ها توسط دو نفر از محققین انجام شد. مراحل تحلیل محتوا به شرح زیر می‌باشد:

کدگذاری: در این مرحله، اسناد به دقت مورد مطالعه قرار گرفته و تک‌تک واحدهای معنایی هر سند، کد داده شدند. در ابتدا از رویکرد کدگذاری باز استفاده گردید. باین حال در خلال کدگذاری هر جا به نظر می‌رسید کد داده‌شده با کدهای قبلی مشابهت‌هایی دارد و می‌تواند در شناسایی چارچوب و کدگذاری محوری بکار آید، برای آن کد یادداشت (memo) گذاشته شد. همچنین هنگام مطالعه اسناد هر جا به ابهام یا سؤالی برخورد می‌شد، یادداشت می‌شد تا در مراحل بعدی از جمله در مصاحبه‌ها پیگیری گردد.

Data Reduction و شناسایی چارچوب: با مقایسه مداوم داده‌ها (constant comparison) طی سه مرحله data reduction و distillation انجام گرفت تا چارچوب طبقه‌بندی پدیدار شود. برای شناسایی این چارچوب از یادداشت‌های مرحله قبل و اهداف پژوهش نیز کمک گرفته شد.

طبقه‌بندی و ایجاد جداول: بر اساس چارچوب شناسایی شده، کدها در طبقات و زیر طبقات دسته‌بندی شدند. طبقه‌بندی ایجادشده توسط دو نفر از محققین مجدداً مورد بازبینی قرار گرفت به گونه‌ای که طبقات جامع‌و مانع باشند. اصلاحاتی نیز در نوع واژه‌ها و نام‌گذاری طبقات صورت گرفت. تعداد دفعات تکرار هر کد نیز در این مرحله مورد ملاحظه قرار گرفت.

خروجی فاز اول مطالعه عبارت بود از:

- لیستی از قوانین و مقررات مرتبط با حوزه خیریه سلامت، به‌عنوان نتایج جستجو، گردآوری و گروه‌بندی اسناد، قوانین و مقررات

- طبقات حاصل از تحلیل محتوای قوانین و مقررات مزبور این خروجی‌ها در بخش یافته‌ها آورده شده‌اند.

روش اجرای فاز دوم: مصاحبه‌های کیفی

فاز دوم پژوهش درصدد است با رویکردی کیفی به دو هدف دست یابد: نخست شناسایی چالش‌ها و تهدیدهای پیش روی نظام سلامت در مواجهه با قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه و دیگری یافتن راهکارهایی به‌عنوان پیشنهادهایی برای قوانین و مقررات آینده. در این فاز با توجه به اهداف پژوهش و

با شناختی که در فاز مرور متون به‌دست‌آمده بود، نظرات هر یک از مصاحبه‌شوندگان در خصوص این قوانین و نقاط قوت و ضعف آن‌ها و تهدیدهای آن‌ها مورد پرسش قرار گرفت.

مصاحبه‌شوندگان و حجم نمونه

تیلور و گرینهاگ بیان می‌کنند که تحقیق کیفی به دنبال درک و فهم عمیق تجارب افراد و گروه‌های ویژه است بنابراین هنگام نمونه‌گیری باید افراد و گروه‌هایی را پیدا کرد که دارای این تجربه باشند (۴۲). لذا در این راستا با رویکرد کیفی با تعدادی از افراد درگیر که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند مصاحبه انجام گرفت. این افراد عمدتاً عبارت بودند از: افراد خیر و نیز مدیران و مسئولان سازمان‌هایی که یا در جمع‌آوری و هدایت کمک‌های خیریه و یا در ارائه خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از کمک‌های خیرین نقش دارند. نوع رابطه شرکت‌کنندگان در مطالعه و جایگاه سازمانی آنان در جدول شماره یک ارائه شده است. برای دستیابی به تنوع بیشتری از مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها در سه استان تهران، فارس و اصفهان انجام شد و در هر استان با تعدادی از خیرین، مسئولان مؤسسات خیریه و مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی مصاحبه صورت گرفت.

برای تعیین حجم نمونه در مطالعات کیفی معیار دقیقی وجود ندارد (۴۳) و اندازه نمونه بستگی به سؤالات پژوهش زمان و منابع دارد. حجم نمونه معمولاً بر اساس نیازهای اطلاعاتی مشخص شده (۴۴) و کیفیت اطلاعاتی که از هر پاسخ‌دهنده جمع‌آوری می‌شود مهم‌تر از کمیت اطلاعات است (۴۵). علی‌ای حال تعداد نمونه در شمار بسیاری از مطالعات کیفی انجام شده بین ۱۰ تا ۳۰ نفر بوده است (۴۶). در این مطالعه ملاک کفایت نمونه‌گیری، رسیدن به اشباع داده‌ها بود، به دیگر عبارت، مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که شرکت‌کنندگان به چالش‌ها یا عوامل جدیدی اشاره نداشتند. پیش از انجام مصاحبه‌ها نمی‌شد تعداد دقیق شرکت‌کنندگان را مشخص نمود؛ با این حال پیش‌بینی می‌شد حدود ۳۰ مصاحبه تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام گیرد. ولی درنهایت تا رسیدن به اشباع داده‌ای، تعداد مصاحبه‌شوندگان به ۳۷ نفر رسید.

جدول ۱: مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه

تعداد	نوع رابطه و جایگاه ذینفع
۱۲	اهداء‌کننده کمک (خیر)
۵	جمع‌آوری و هدایت‌کننده کمک‌ها در بخش دولتی
۸	جمع‌آوری و هدایت‌کننده کمک‌ها در بخش غیردولتی
۳	ارائه‌کننده دولتی خدمات با استفاده از کمک‌های خیریه (بیمارستان دانشگاهی)
۴	ارائه‌کننده غیردولتی خدمات با استفاده از کمک‌های خیریه (موسسه خیریه)
۵	سیاست‌گذار (مجلس، وزارت بهداشت)
۳۷	جمع

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش شامل راهنمای مصاحبه کیفی نیمه ساختاریافته بود. این راهنما با استفاده از چک‌لیستی که در فاز پیشین تهیه شده بود و نیز با توجه به اهداف پژوهش تهیه گردید. چک‌لیست مورد استفاده در واقع همان تم‌های حاصل از تحلیل محتوای اسناد بود که باعث می‌شد ساختاری نسبی به راهنمای مصاحبه بدهد. با توجه به اهداف مطالعه، محور سؤالات مصاحبه‌ها عبارت بودند از چالش‌ها، تهدیدها، نقاط ضعف و قوت و تهدیدهای پیش روی مؤسسات خیریه فعال در عرصه سلامت و همچنین پیشنهادها آنان برای قوانین و مقررات آتی. پرسشنامه مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها در پیوست گزارش ارائه شده است.

روش گردآوری داده‌ها

برای انجام هر مصاحبه، پس از هماهنگی لازم با شرکت‌کننده از نظر زمان و مکان مناسب، رضایت او برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. قبل از هر مصاحبه اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در مصاحبه توضیح داده شده و برای ضبط صدای آنان اجازه گرفته شد تمام مصاحبه‌ها با ریکورد ضبط شد، باین حال در طول انجام مصاحبه از یادداشت‌ها و یادآورهایی که به ذهن پرسشگران می‌رسید، به‌گونه‌ای که خللی در روند مصاحبه ایجاد نکند، نیز استفاده گردید. بسته به موقعیت شغلی و تحصیلی هر یک از مصاحبه‌شوندگان، نوع و نحوه بیان سؤالات اندکی تعدیل گردید.

جهت گردآوری داده‌های این فاز از مطالعه، علاوه بر انجام مصاحبه با شرکت‌کنندگان، از چند منبع دیگر شامل اخبار و گزارش‌های منتشر شده در وبسایت چند دانشگاه و مجمع خیرین، یک مستند تلویزیونی و سخنرانی‌های ارائه شده در یک همایش تجلیل از خیرین به‌عنوان منابع داده‌ای مکمل استفاده گردید. این اخبار، گزارش‌ها، برنامه‌ها و سخنرانی‌ها، حاوی دیدگاه‌های جمعی از ذینفعان امور خیریه در حوزه سلامت بود. لذا از این منابع داده‌ای برای افزایش قابلیت اعتماد داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها کمک گرفته شد. بدین صورت که اطلاعات ارائه شده در این منابع توسط یکی از محققین یادداشت‌برداری شده و به داده‌های پیاده شده در نرم‌افزار اضافه گردید. بررسی این داده‌ها و مقایسه آن‌ها با کدهای حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که دیدگاه‌های مطرح شده در اخبار، گزارش‌ها، برنامه‌ها و سخنرانی‌های مذکور تا حد بسیار زیادی با نظرات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های این مطالعه همخوانی داشته و آن‌ها را تأیید می‌نمود.

روش تحلیل داده‌ها

دو بخش مهم در تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی جمع‌آوری داده‌های مناسب و کافی و دیگری تحلیل خلاقانه داده‌هاست. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. پژوهشگر کیفی داده‌ها را با سازمان‌دهی آن‌ها در داخل دسته‌هایی بر اساس تم‌ها، مفاهیم یا مانند آن تحلیل می‌کند (۴۷). معمولاً هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، محقق به تحلیل آن‌ها می‌پردازد (۴۳). در این مطالعه جهت تحلیل داده‌ها تمام مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها، در نرم‌افزار MAX-QDA پیاده‌سازی و با روش تحلیل چارچوبی تحلیل شد. این روش در موسسه پژوهش و برنامه‌ریزی اجتماعی توسط ریچی و اسپنسر منتشر شد. روش

تحلیل چارچوب به‌جای اینکه یک تکنیک خیلی خاص باشد روشی عمومی است که ابزارهای متعددی را برای تحلیل کیفی در اختیار می‌گذارد. این روش برای گستره متنوعی از روش‌های کیفی جمع‌آوری داده‌ها با اهداف مختلف به‌کاربرده می‌شود (۴۶). روش چهارچوب مفهومی شامل چندین مرحله متمایز و بسیار به‌هم‌پیوسته است. اگرچه این فرایند جریانی با یک ترتیب مشخص است که در آن برخی از گام‌ها به نحوی منطقی پشت سر هم می‌آیند. علی‌رغم نظام‌مند و اصولی بودن، این تحلیل به خلاقیت و مهارت‌های ادراکی تحلیل‌گر در تعاریف معانی، نقاط بارز و ارتباطات بستگی دارد. نقطه قوت یک رویکرد تحلیلی مانند این روش این است که با پیگیری یک‌رویه کار درست تعریف‌شده، امکان توجه و کار مجدد روی ایده‌ها وجود دارد، زیرا این فرآیند تحلیلی مستند شده است و بنابراین قابل دسترسی است (۴۸).

روش چهارچوب مفهومی شامل ۵ گام اصلی است که عبارت‌اند از:

آشنا کردن: فرایندی است که در آن آشنایی بیشتری با داده‌های جمع‌آوری شده حاصل می‌شود. این امر در ابتدا به چند روش اتفاق می‌افتد. برای مثال از طریق پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، خواندن رونوشت‌ها، یادداشت‌برداری حین مصاحبه‌ها، تهیه خلاصه‌ای از مصاحبه‌ها یا گوش دادن مجدد مصاحبه‌های ضبط‌شده.

ریچی و اسپنسر توصیه می‌کنند درجایی که همه مصاحبه‌ها توسط یک فرد مسئول تحلیل نمی‌شود فرایند تحلیل بایستی با آشنایی آغاز شود.

شناسایی یک چهارچوب مفهومی: این مرحله چهارچوب کدگذاری اولیه است که با استفاده از مسائل مطرح‌شده قبلی و نیز از مسائل مطرح‌شده در مرحله آشنا سازی ایجاد می‌شود. این چهارچوب مفهومی باید ایجادشده و در طول مراحل بعدی تصحیح و تکمیل شود.

چارچوب مفهومی اولیه بر اساس مصاحبه‌ها، افکار اولیه و بررسی متون پایه‌ریزی می‌شود. در مراحل بعدی تدوین این چارچوب، پژوهشگر مواردی را شناسایی نمود که عبارت‌اند از: مسائل اولویت‌دار (مواردی که از طریق اهداف اصلی پژوهش اطلاع داده‌شده و از طریق راهنمای موضوعی به مصاحبه‌ها هدایت می‌شوند)، مسائل نوظهور ناشأ گرفته از پاسخگویان، موضوعات تحلیلی به‌کرات تکرار شده و یا مربوط به تجارب و دیدگاه‌های خاص.

فهرست بندی: فرآیند بکار بردن چارچوب مفهومی برای داده‌ها با استفاده از کدهای عددی یا متنی برای شناسایی قسمت‌های خاصی از داده که مشابه تم‌های مختلف است، می‌باشد. این فرآیند در سایر رویکردهای تحلیل کیفی کدگذاری گفته می‌شود.

ترسیم جدول: استفاده از چارچوب مفهومی برای ایجاد جدول داده‌ها به‌گونه‌ای که به آسانی بتوان مجموعه‌ای از داده‌ها را در ارتباط با تم‌ها مشاهده نمود.

تهیه نقشه و تفسیر: این مرحله به معنای جستجوی الگوها، مفاهیم و توضیحاتی در داده‌ها است که از طریق نمایش و ترسیم دیداری می‌توان آن‌ها را نشان داد. ریچی و اسپنسر توضیح این مرحله را بسیار مشکل می‌دانند. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که پژوهشگر باید مفاهیم را توضیح دهد، طیف و ماهیت پدیده را

ترسیم کند، ارتباط میان داده‌ها را دریابد و آن‌ها را توضیح دهد. این مرحله باید با توجه به تم‌های برآمده از سؤالات قبلی پژوهش و داده‌ها پیش برود.

همان‌طور که پیش‌تر نیز بیان شد در این مرحله نیز با استفاده از نرم‌افزار MAX-QDA به دسته‌بندی تم‌ها یا چالش‌ها و آسیب‌های شناسایی شده و سپس تحلیل آن‌ها با استفاده از روش چهارچوب مفهومی اقدام شد.

خروجی فاز دوم مطالعه، شامل یک دسته آسیب‌ها و چالش‌های عرصه خیریه سلامت و یک سری پیشنهادها برای قوانین و مقررات آتی در این حوزه بود که در فاز سوم مورد استفاده قرار گرفت. این خروجی‌ها در بخش یافته‌ها آورده شده‌اند.

روش اجرای فاز سوم: پنل خبرگان

نمونه پژوهش: در فاز سوم پژوهش، با استفاده از پنل خبرگان موضوعات پیشنهادی در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه حوزه سلامت جمع‌بندی شدند. برای تعیین اعضای پنل ابتدا فهرست اولیه‌ای از صاحب‌نظران به روش نمونه‌گیری هدفمند تهیه شده و سپس با استفاده از روش گلوله برفی از آن‌ها خواسته شد سایر افرادی را که برای مشارکت در پنل مناسب می‌دانند، معرفی نمایند تا در نهایت تعداد ۱۲ نفر در جلسات شرکت نمایند.

روش گردآوری داده‌ها: پس از هماهنگی لازم با افراد مورد نظر، جلسات پنل خبرگان تشکیل شد. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها بحث‌ها ضبط شد. همچنین در حین بحث از یادداشت‌برداری استفاده شد. طی مرحله مصاحبه، پیشنهادها افراد صاحب‌نظر در قالب پاسخ به این پرسش که «اگر شما قدرت قانون‌گذاری داشتید، در این زمینه چه می‌کردید؟» و «پیشنهادها شما در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت چیست؟» جمع‌آوری شده بود. در ابتدای جلسه اول مباحث نظری در مورد موضوع مطالعه و هدف از تشکیل جلسه برای شرکت‌کنندگان به‌طور شفاف بیان شد. سپس پیشنهادها مطرح شده در مصاحبه‌ها در دو جلسه حدود ۹۰ دقیقه‌ای مطرح شد، پیشنهادها جدیدی نیز توسط اعضاء پنل ارائه گردید. در نهایت کلیه پیشنهادها مورد بازبینی، بحث و جمع‌بندی قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها: پس از برگزاری جلسات، کلیه الزامات و راهکارهای پیشنهادی برای تدوین مناسب‌تر و کاربردی‌تر قوانین و همچنین راهکارهای تسهیل استفاده از قوانین توسط مؤسسات ارائه‌کننده خدمات سلامت با استفاده از کمک‌های خیریه که مورد توافق اعضاء قرار گرفته بود، به‌عنوان خروجی داده‌های کیفی جلسات، به نرم‌افزار MAX-QDA وارد شد. داده‌ها توسط دو نفر از محققین، کدگذاری و طبقه‌بندی گردید. فهرست نهایی شده و دسته‌بندی شده پیشنهادها در قالب یافته‌های این فاز در انتهای فصل چهارم آمده است.

ملاحظات اخلاقی

شرکت‌کنندگان در مطالعه برای انجام مصاحبه‌ها و پانل خبرگان کاملاً مختار بودند و رضایت آنان برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا گرفته شد. پرسشگران قبل از مصاحبه‌ها خود را معرفی نمودند و به شرکت‌کنندگان در مورد عنوان و هدف از پژوهش توضیح دادند. به شرکت‌کنندگان نسبت به محرمانه بودن اطلاعات فردی و عدم انتشار نام آنان در گزارش نتایج مطالعه اطمینان داده شد.

فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

یافته‌های فاز اول: نتایج مرور اسناد

یافته‌های حاصل از مطالعه در فاز مرور اسناد در دسته‌جات ذیل طبقه‌بندی شدند:

۱. نتایج جستجو و گروه‌بندی اسناد، قوانین و مقررات
۲. تاریخچه و روند تاریخی تدوین اسناد
۳. مشارکت خیریه در اسناد و قوانین بالادستی
۴. اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت
۵. تعاریف و ویژگی‌ها
۶. سازمان و مدیریت نهادهای فعال در عرصه خیریه سلامت
۷. تولیت وزارت بهداشت
۸. تولیت سازمان اوقاف و امور خیریه بر موقوفات
۹. ابعاد مشارکت خیریه
۱۰. ظرفیت‌ها و تسهیلات
۱۱. راهبردها
۱۲. انگیزاننده‌ها

همان‌گونه که از عناوین دستجات فوق برمی‌آید، دو دسته اول یافته‌های حاصل از جستجو، گردآوری و بررسی مشخصات اسناد بوده و سایر دستجات نتیجه تحلیل محتوای آن‌ها می‌باشند. توضیح یافته‌های هر یک از دستجات فوق به شرح زیر می‌باشد:

نتایج جستجو و گروه‌بندی اسناد، قوانین و مقررات

اسناد مورد بررسی که در آن‌ها به‌نوعی به مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت اشاره شده و یا غیرمستقیم به این موضوع مربوط می‌شدند، از نظر ماهیت به شش دسته کلی تقسیم شدند:

۱. اسناد بالادستی: مانند قانون اساسی و برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی اجتماعی کشور
۲. قوانین بودجه سالیانه
۳. قوانین عمومی: مثل قانون مالیات‌های مستقیم، قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، قانون شهرداری، آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد، قانون امور مالی معاملات دانشگاه‌ها
۴. قوانین حوزه خیریه: قانون مدنی (بخش وقف)، قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی تشکیلات سازمان حج اوقاف و امور خیریه
۵. اسناد حوزه سلامت (مانند قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، دستورالعمل بیمارستان‌های هیئت‌امنایی، نقشه تحول نظام سلامت)

۶. اسناد حوزه خیریه سلامت (مانند اساسنامه مجمع خیرین سلامت کشور، آئین نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌ها، بخشنامه وزارت بهداشت در خصوص ساماندهی و جلب مشارکت‌های اجتماعی، تفاهم‌نامه وزارت بهداشت با سازمان اوقاف) فهرست اسناد، قوانین و مقررات حاصل از جستجو و گروه‌بندی آن‌ها در جدول شماره یک نمایش داده شده است.

جدول ۱: گروه‌بندی اسناد، قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران

ردیف	گروه اسناد	نام سند
۱	قوانین بالادستی	قانون اساسی
۲		قانون برنامه اول توسعه
۳		قانون برنامه دوم توسعه
۴		قانون برنامه سوم توسعه
۵		قانون برنامه چهارم توسعه
۶		قانون برنامه پنجم توسعه
۷		قانون اصلاح قانون اجرای سیاست‌های اصل ۴۴
۸		سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه
۹		نقشه جامع علمی کشور
۱۰	قوانین عمومی	آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سمن‌ها+ اصلاحیه
۱۱		آیین‌نامه ماده ۱۰ الحاقیه قانون تنظیم (تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام با مشارکت خیرین)
۱۲		آیین‌نامه ماده ۱۸- الحاقیه قانون تنظیم (تشویق خیرین برای شرکت در طرح‌های تملک دارایی)
۱۳		دستورالعمل اجرایی تأسیس مؤسسات خیریه بهزیستی- بند ۱۳ ماده ۲۶
۱۴		قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت ۲
۱۵		قانون امور مالی معاملات دانشگاه‌ها
۱۶		قانون ثبت اسناد و املاک
۱۷		قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۸		قانون شهرداری
۱۹		مصوبه سند راهبردی کشور در امور نخبگان
۲۰		قوانین مالیاتی
۲۱	قوانین مالیاتی سمن‌ها	

ردیف	گروه اسناد	نام سند
۲۲	قوانین بودجه	قانون بودجه سال ۱۳۷۳
۲۳		قانون بودجه سال ۱۳۷۴
۲۴		قانون بودجه سال ۱۳۷۵
۲۵		قانون بودجه سال ۱۳۷۶
۲۶		قانون بودجه سال ۱۳۷۷
۲۷		قانون بودجه سال ۱۳۷۸
۲۸		قانون بودجه سال ۱۳۷۹
۲۹		قانون بودجه سال ۱۳۸۰
۳۰		قانون بودجه سال ۱۳۸۱
۳۱		قانون بودجه سال ۱۳۸۳
۳۲		قانون بودجه سال ۱۳۸۴
۳۳		قانون بودجه سال ۱۳۸۵
۳۴		قانون بودجه سال ۱۳۸۶
۳۵		قانون بودجه سال ۱۳۸۸
۳۶		قانون بودجه سال ۱۳۹۲
۳۷		قانون بودجه سال ۱۳۹۳
۳۸		قانون بودجه سال ۱۳۹۴
۳۹		آیین‌نامه اجرایی بند (ح) تبصره (۲۰) قانون بودجه ۹۳
۴۰		قوانین حوزه خیریه
۴۱	قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی تشکیلات سازمان حج اوقاف و امور خیریه	
۴۲	مصوبه هیئت نظارت (در مورد آورده مالی خیریه‌ها)	
۴۳	قوانین حوزه سلامت	آیین‌نامه شورای فرهنگ هنر و سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی
۴۴		دستورالعمل بیمارستان‌های هیئت‌امنایی
۴۵		دستورالعمل پزشک خانواده روستایی
۴۶		سند توسعه بهداشت و درمان در برنامه چهارم
۴۷		سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری
۴۸		سیاست‌های وزارت بهداشت در برنامه سوم توسعه
۴۹		قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت
۵۰		قانون تشکیل وزارت بهداشت

ردیف	گروه اسناد	نام سند
۵۱		نقشه تحول نظام سلامت
۵۲	قوانین حوزه خیریه سلامت	آئین نامه تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی
۵۳		آئین نامه شورای مشارکت های اجتماعی سلامت دانشگاه ها
۵۴		بخشنامه ساماندهی و جلب مشارکت های اجتماعی - وزارت بهداشت
۵۵		تفاهم نامه وزارت بهداشت با سازمان اوقاف
۵۶		تفاهم نامه دانشگاه های تهران با اوقاف
۵۷		اساسنامه مجمع خیرین
۵۸		آیین نامه تشکیل شعب مجمع خیرین
۵۹		راهبردهای مجمع خیرین
۶۰		منشور مجمع خیرین
۶۱		چشم انداز مجمع خیرین

جدول ۲ مشخصات اسناد مورد بررسی برحسب نوع سند و مرجع تصویب آن ها را نشان می دهد. همان گونه که ملاحظه می شود بیشتر اسناد مورد بررسی صراحتاً عنوان «قانون» داشته و عمدتاً مصوب مجلس شورای اسلامی بوده اند.

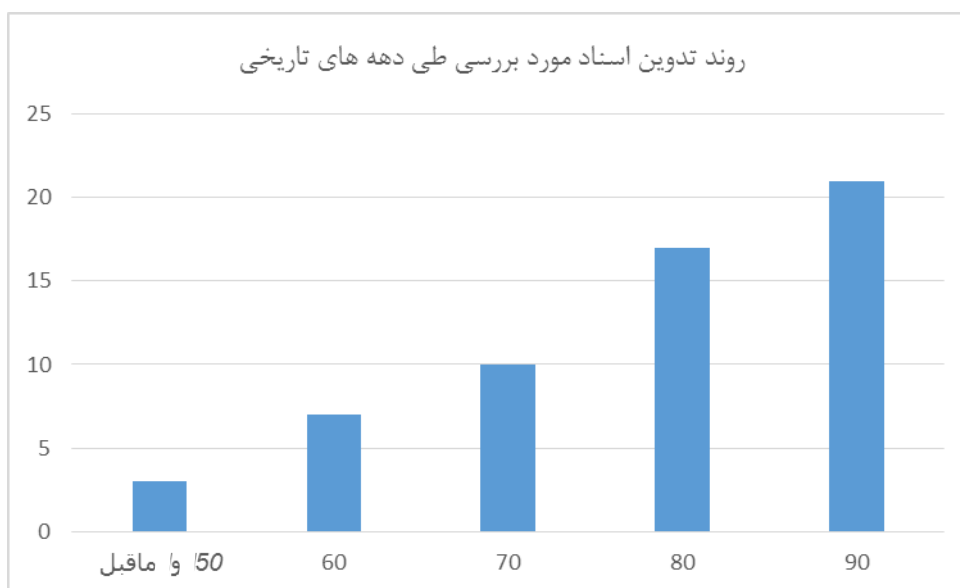
جدول ۲: مشخصات اسناد، قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران

نوع سند	تعداد	مرجع تصویب کننده	تعداد
قانون	۳۵	مجلس شورای اسلامی	۳۰
برنامه	۹	وزارت بهداشت	۹
آیین نامه	۸	مجمع خیرین سلامت کشور	۵
دستورالعمل	۳	هیئت دولت	۴
تفاهم نامه	۲	شورای عالی انقلاب فرهنگی	۲
مصوبه	۲	مجمع تشخیص مصلحت نظام	۲
اساسنامه	۱	سازمان بهزیستی	۱
بخشنامه	۱	وزارت کشور	۱
		سایر (مجلس شورای ملی، تفاهم نامه های دوطرفه)	۷
جمع	۶۱	جمع	۶۱

تاریخچه و روند تاریخی تدوین اسناد مورد بررسی

قدیمی‌ترین قانون یافت شده که در آن به موضوع خیریه‌ها اشاره شده، قانون ثبت اسناد و املاک مصوب سال ۱۳۱۰ خورشیدی است که به موجب ماده ۲۹ آن، مخارج ثبت موقوفات خیریه‌ی فاقد عایدات، «از محل میراث و موقوفات مجهول‌المصرف داده می‌شود و در صورت عدم کفایت این عایدات، مخارج گرفته نخواهد شد». همچنین در قانون شهرداری مصوب ۱۳۳۴ به معافیت از مالیات بر درآمد اعانات پرداختی به شهرداری‌ها و مؤسسات خیریه اشاره شده است. در اصلاحیه سال ۱۳۴۵ قانون مزبور نیز به مؤسسات خیریه‌ای که تأمین آب شهرها را به عهده داشته‌اند، مجوز ادامه فعالیت داده شده است. قانون مدنی نیز از جمله قوانین مصوب قبل از انقلاب اسلامی است.

سایر اسناد مورد بررسی، پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تدوین شده‌اند. نگاهی به تاریخ تصویب این اسناد نشان می‌دهد تعداد قوانین و مقررات تدوین شده در ارتباط با حوزه خیریه سلامت در ایران طی دهه‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، روندی صعودی داشته است. (نمودار ۱)



نمودار ۱- سیر تدوین اسناد مورد بررسی

مشارکت خیریه در اسناد و قوانین بالادستی

اصل هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دعوت به خیر را وظیفه‌ای همگانی و متقابل (بر عهده مردم نسبت به یکدیگر، دولت نسبت به مردم و مردم نسبت به دولت) دانسته است. بعلاوه کمک‌های خیرخواهانه مردم به دولت به عنوان مصداقی از «درآمدهای حاصل از مشارکت مردم» می‌تواند یکی از منابع دولت برای ارائه خدماتی باشد که اصل ۲۹ قانون اساسی به دولت محول نموده و منابع تأمین مالی آن را نیز مشخص نموده است.

در برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی فرهنگی که پس از انقلاب در کشور تدوین شده‌اند، همواره به مشارکت‌های خیریه اشاره‌ای وجود داشته است. در این برنامه‌ها، کاهش هزینه‌ها و بار مالی دولت

به‌عنوان هدف مشارکت‌های مردمی مدنظر بوده است. برخی از مواد این برنامه‌ها را می‌توان به‌عنوان مشوق‌هایی برای مشارکت‌های مردمی تلقی نمود و در برخی دیگر از مواد، تکالیف دولت در قبال مشارکت‌ها مشخص گردیده‌اند. موضوعات مرتبط با مشارکت خیریه در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: موضوعات مرتبط با مشارکت خیریه در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

موضوع مربوط به مشارکت خیریه	برنامه و بند قانون
	برنامه اول
کاهش هزینه دولت از طریق جلب مشارکت مردم در ایجاد و اداره مؤسسات درمانی	سیاست‌های کلی
جلب مشارکت مردم به تأمین بخشی از هزینه خدمات عمومی	اهداف
کاهش بار مالی دولت از طریق واگذاری بخشی از وظایف دولت به بخش غیردولتی	اهداف
عدم شمول محاسباتی در مورد خودیاری‌های مردم به طرح‌های عمرانی	تبصره ۸
	برنامه دوم
عدم شمول محاسباتی در مورد خودیاری‌های مردم به طرح‌های عمرانی	تبصره ۷
	برنامه سوم
استفاده از ظرفیت خیریه‌ها؛ یکی از اصول تشکیل ساختار نظام تأمین اجتماعی	ماده ۴۰
ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی؛ از وظایف شورای برنامه‌ریزی استان	ماده ۷۱
	برنامه چهارم
ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی؛ از وظایف شورای برنامه‌ریزی استان	ماده ۷۱
حمایت از خیریه‌های مردمی	سیاست‌های کلی
گسترش مشارکت عمومی و بهره‌مندی از همدلی مردم	سیاست‌های کلی
توسعه مشارکت مردمی و حمایت از خیریه در حیطه بهزیستی؛ از وظایف دولت	ماده ۹۷
تکلیف دولت به تهیه طرح جامع گسترش فرهنگ وقف و خیریه	ماده ۱۰۶
	برنامه پنجم
به دانشگاه‌ها معادل درآمدشان از هدایا و موقوفات، اعتبار تعلق می‌گیرد	تبصره ۲ ماده ۲۰
تکلیف دولت به تنظیم و اجرای سیاست‌های حمایت از خیرین مدرسه‌ساز	ماده ۲۲
تکلیف دولت در به‌کارگیری روش مشارکت عمومی - خصوصی	ماده ۲۱۴

در نقشه علمی کشور تقویت مشارکت عمومی در آموزش و پرورش با تشویق خیرین و نیز افزایش سهم وقف و خیریه در توسعه و پشتیبانی از نهادهای علمی کشور، مورد توجه قرار گرفته است. در نقشه تحول نظام سلامت، تهیه برنامه مداخله خیرین در ارائه خدمات بهداشتی درمانی آموزشی پژوهشی و دانشجویی از یک طرف و مبادله توافق‌نامه با نهادهای خیرین و ثبت آن در قانون بودجه کل کشور از سوی دیگر به عنوان اقداماتی به منظور تقویت مشارکت‌های مردمی پیش‌بینی شده است.

اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت

جدول ۴ نحوه بیان اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت در اسناد صادره از مراجع مختلف را نشان می‌دهد. نگاهی به واژه‌ها و عبارتهایی از اسناد مورد بررسی که به‌نوعی بیانگر هدف از مشارکت‌های خیریه هستند، نشان می‌دهد اگرچه همپوشانی‌های بسیاری بین این کلمات و عبارات وجود دارد، ولی رویکرد و دیدگاه مراجع مختلف نسبت به مقوله مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت، کاملاً یکسان نیست. به‌گونه‌ای که به نظر می‌رسد بیشترین تأکید در اسناد و قوانین کشوری، بر بعد تأمین مالی و در اسناد مجمع خیرین سلامت بر جنبه بشردوستانه مشارکت‌های خیریه است. اسناد صادره از وزارت بهداشت نیز ترکیبی از جنبه‌های فرهنگی - اجتماعی، مدیریتی و اقتصادی را به عنوان هدف مشارکت‌های خیریه مدنظر قرار داده‌اند.

جدول ۴: نحوه بیان اهداف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت در اسناد صادره از مراجع مختلف

مرجع اسناد	نمونه‌هایی از اسناد	نمونه عبارتهای نشان‌دهنده هدف
قوانین کشوری	قانون تشکیلات وزارت بهداشت قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی سند توسعه بهداشت و درمان	تأمین مالی با استفاده از مشارکت‌های مردمی استفاده از کمک مردمی و وقف تسهیل و تسریع در جلب مشارکت مردمی
وزارت بهداشت	نقشه تحول سلامت آیین‌نامه تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی آیین‌نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی	افزایش سرمایه اجتماعی گسترش فرهنگ خیریه بسترسازی برای مشارکت مردمی جلب مشارکت برای فعالیتهای سلامت‌محور حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت کاهش تصدی‌گری ارتقاء / توسعه / افزایش مشارکت‌های اجتماعی ساماندهی مشارکت خیرین
مجمع خیرین سلامت کشور	اساسنامه مجمع خیرین سلامت منشور مجمع خیرین سلامت چشم‌انداز و راهبردهای مجمع خیرین سلامت	تجلی میانی انسان‌دوستی تثبیت مشارکت عمومی به عنوانی یک باور ملی ایجاد توازن اجتماعی فرهنگی و همبستگی ملی رسیدگی به اقشار آسیب‌پذیر شناسایی خیرین و بسترسازی برای ایفای نقش آنان هدایت و ساماندهی کمک‌های مردمی

تعاریف و ویژگی‌ها

در آیین‌نامه‌های دولتی، خیرین به صورت: «اشخاص حقیقی و یا حقوقی غیردولتی که با استفاده از منابع غیردولتی، اقدام به کمک مالی، تأمین عرصه و اعیان، احداث، توسعه، تکمیل و تجهیز طرح‌ها و تحویل و اهدای آن‌ها به دستگاه اجرایی می‌کنند» تعریف شده‌اند. این افراد در اسناد مجمع خیرین سلامت کشور با واژه‌های «خیر»، «خوشنام»، «نیکوکار» و «نیک‌اندیش» توصیف شده‌اند.

همچنین «موسسه خیریه بهداشتی درمانی»، «مؤسسات خیریه بهزیستی» و «شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌ها» به عنوان مؤسسات مرتبط با حوزه خیریه سلامت در اسناد مورد بررسی تعریف شده‌اند. آئین‌نامه تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی، این گونه مراکز را مؤسساتی عام‌المنفعه و غیرانتفاعی و پروانه دار دانسته که برنامه‌های آن هم‌راستا با برنامه‌های وزارت بهداشت می‌باشد. مجمع خیرین سلامت کشور در اسناد خود این مجمع را با ویژگی‌هایی چون «غیرسیاسی، غیردولتی، غیرانتفاعی، سازمان مردم‌نهاد و مقید و ملتزم به ارزش‌های مذهبی و ملی» توصیف نموده که کار در شعب و شوراهای استانی آن افتخاری است، لکن کارکنان حقوق‌بگیر آن تابع قانون کار هستند. حسابداری و مدیریت امور مالی آن نیز تابع قانون تجارت است.

سازمان و مدیریت نهادهای فعال در عرصه خیریه سلامت

آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد، ر. فعالیت‌های بشردوستانه، نیکوکاری و امور خیریه را از مصادیق فعالیت‌های سازمان مردم‌نهاد (سمن) معرفی می‌کند. قانون مزبور همچنین نحوه تأسیس، شرایط اساسنامه، منابع تأمین هزینه، شرایط هیئت مؤسس و ساختار سمن‌ها را مشخص نموده است. بر این اساس بالاترین مرجع اجرایی سمن، مجمع عمومی یا هیئت‌امناست. ضمناً امکان تشکیل شبکه‌ای از سمن‌های دارای هدف مشترک و نیز امکان عضویت سمن‌ها در شبکه‌های بین‌المللی وجود دارد. این سازمان‌ها بسته به محدوده فعالیت خود تحت نظارت هیئت نظارت شهرستان، استان یا کشور قرار دارند.

رابطه سمن‌ها با مؤسسات دولتی: بر اساس مواد ۱۳ و ۱۴ آیین‌نامه مذکور، «سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و عمومی مکلف‌اند در فرایند تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نسبت به اخذ نظر سازمان اقدام و حسب مورد آن‌ها را برای شرکت در جلسات دعوت و گزارشی از نقطه‌نظرات ارائه‌شده را در اسناد سازمان ذی‌ربط ثبت نمایند. دولت مکلف است وظایف، امور و فعالیت‌های قابل واگذاری دستگاه‌های اجرایی به سازمان را شناسایی و نسبت به واگذاری آن اقدام و سازمان نیز حق دارد پیشنهادهای خود را در این خصوص به دولت ارائه کند». سمن‌ها نیز مجازند پیشنهادها و خدمات خود را به دستگاه‌های دولتی ارائه نمایند.

حجم قابل توجهی از قوانین و مقررات موجود در زمینه خیریه سلامت، به ساختار، وظایف و اختیارات و نحوه اداره نهادهای فعال در عرصه خیریه سلامت اختصاص یافته است. نهادهایی که برخی از آن‌ها (مانند شورای مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان مرکزی و دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی) دولتی و بعضی دیگر (مانند مجمع خیرین سلامت، هیئت‌مدیره و هیئت‌امنای شعب شهرستان مجمع خیرین) غیردولتی هستند. تصمیم‌گیری و مدیریت در هر دو دسته نهاد فوق‌الذکر عمدتاً

به شیوه مشارکتی و هیئت‌امنایی صورت می‌گیرد. کارکردهای مدیریتی این نهادها که در اسناد و قوانین به آن‌ها اشاره شده را می‌توان در قالب چهار دسته از وظایف مدیریتی خلاصه کرد:

برنامه‌ریزی، شامل فعالیت‌هایی چون: نیازسنجی، اولویت‌گذاری، تدوین برنامه عملیاتی، تصمیم‌سازی و ارائه راهکارهای کاهش تصدی‌گری توسط شورای مشارکت‌های اجتماعی استان‌ها، سیاست‌گذاری استانی برای ارتقا مشارکت‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی برای فرهنگ‌سازی، برنامه‌ریزی هدایت و جذب مشارکت‌های مردمی، طراحی مکانیسم‌های تشویقی و تسهیلاتی و پیش‌بینی پیوست مشارکت‌های اجتماعی

سازمان‌دهی: شامل فعالیت‌هایی چون: تهیه بانک اطلاعات خیرین سلامت، همکاری با خیرین برای اخذ مجوز، ساماندهی خیرین و ارتباطات

هدایت و رهبری: شامل فعالیت‌هایی مانند هماهنگی و هدایت مشارکت‌های مردمی
پایش و کنترل: شامل فعالیت‌هایی مانند پایش اجرای مصوبات شورای عالی مشارکت‌های اجتماعی توسط شورای دانشگاه‌ها، پیگیری اجرای مصوبات شورای عالی، نظارت اداری مالی مجمع خیرین بر شعب آن، نظارت مجمع عمومی بر ترازنامه و بودجه مجمع خیرین و نظارت بازرسین مجمع بر مجمع خیرین.

تولیت وزارت بهداشت

بر اساس سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغ‌شده از سوی مقام معظم رهبری ر. تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت، به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، مصوب ۱۳۶۷ نیز در نخستین بند از وظایف وزارت بهداشت از تدوین و ارائه سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوطه نام برده شده است. مطابق ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۴، «کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی و درمانی و پزشکی کشور که از طریق بخش خصوصی و غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند باید تحت نظارت و کنترل و برنامه‌ریزی این وزارتخانه قرار گیرند». بدیهی است اعمال تولیت و نظارت‌های ملحوظ در این قوانین، مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی را نیز شامل می‌گردد. در اسناد و قوانین مورد بررسی در این مطالعه، سه گونه اعمال تولیت شناسایی گردید: اعمال تولیت از طریق حکمرانی، اعمال تولیت از طریق پروانه‌ها و مجوزها و اعمال تولیت از طریق نظارت‌های دولتی. این سه دسته و مصادیق آن‌ها در قوانین و مقررات در جدول ۵ نشان داده شده‌اند.

جدول ۵: روش‌های اعمال تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه مشارکت‌های خیریه سلامت و مصادیق آن

روش‌های اعمال تولیت	مصادیق قانونی
از طریق حکمرانی	ابلاغ آیین‌نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه‌ها توسط شخص وزیر تصویب برنامه‌های استانی توسط شورای مشارکت اجتماعی دانشگاه‌ها لازم‌الاجرا بودن مصوبات شورای مشارکت‌های اجتماعی مرجعیت وزارت بهداشت برای حل اختلاف خیریه‌ها با دانشگاه‌ها
	ارسال درخواست تأسیس مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی از طریق دانشگاه‌ها بررسی مدارک تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی توسط واحد صدور پروانه‌ها
از طریق پروانه‌ها و مجوزها	لزوم تأیید اساسنامه مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت تأیید صلاحیت مسئول فنی موسسه خیریه بهداشتی درمانی توسط دانشگاه صدور پروانه مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی با تصویب کمیسیون ماده ۲۰ اختیار لغو پروانه موسسه متخلف خیریه بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت ارائه مجوز ساخت در املاک موقوفه توسط وزارت بهداشت
از طریق نظارت	نظارت سازمان مرکزی بر مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی نظارت قائم‌مقام وزیر بر عملکرد حوزه‌های دانشگاهی نظارت شورای عالی مشارکت‌های اجتماعی بر مصوبات شورای دانشگاه‌ها

قوانین و مقررات مربوط به وقف و تولیت سازمان اوقاف و امور خیریه

قانون مدنی و قانون ثبت اسناد و املاک از مهم‌ترین قوانین پیش از پیروزی انقلاب هستند که به موضوع وقف پرداخته‌اند. این دو قانون در دوران پس از انقلاب نیز با اصلاحاتی که در بعضی از مواد آن‌ها صورت گرفته، همچنان مورد استناد می‌باشند.

بخشی از مواد قانون مدنی به قوانین وقف مربوط می‌شود. از جمله شرایط وقف در مواد ۵۶ تا ۷۱ و شرایط فروش موقوفات در مواد ۸۸ تا ۹۰ و نیز ماده ۳۴۹ قانون مزبور آمده است. مواد قانونی مرتبط با وقف که در قانون مدنی به آن‌ها اشاره شده، در پیوست شماره ۲ و موادی از قانون ثبت اسناد و املاک در این رابطه در پیوست شماره ۳ این گزارش آمده است.

به موجب اصل ۴۹ قانون اساسی، دولت موظف است ثروت‌های ناشی از سوءاستفاده از موقوفات را گرفته و به صاحب حق رد کند و در صورت معلوم نبودن صاحب حق آن را به بیت‌المال بدهد. نحوه اجرای این اصل، توسط قانونی که در سال ۱۳۶۳ در مجلس شورای اسلامی تصویب شده، مشخص شده است.

قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی تشکیلات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه و اصلاحات و الحاقات بعدی آن را شاید بتوان مهم‌ترین سند قانونی مرتبط با وقف دانست که در دوران پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تدوین شده است. قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه در سال ۱۳۶۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و آیین‌نامه‌های اجرایی آن در مهر و موم‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۸۳ در هیئت‌وزیران مصوب گردیده است. این قانون اداره امور موقوفات عام فاقد متولی و مجهول‌التولیه را به عهده این سازمان گذاشته است. متن قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه، اصلاحیه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی آن در پیوست شماره ۴ این گزارش آمده است.

در قانون برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف گردیده طرح جامعی با رویکرد گسترش فرهنگ وقف و امور خیریه تهیه نماید. در قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت ۲ و قانون مالیات‌های مستقیم، مشوق‌هایی مالیاتی برای واقفین در نظر گرفته شده است. در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، استفاده از کمک مردمی و وقف به‌عنوان یکی از سیاست‌های مالی نظام جامع تأمین اجتماعی یاد شده است.

آئین‌نامه تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی، وقفنامه مراکز بهداشتی درمانی موقوفه عام را به‌عنوان جایگزین اساسنامه این‌گونه مراکز به رسمیت می‌شناسد. متن کامل این آئین‌نامه در پیوست شماره ۵ آمده است.

در مصوبه سند راهبردی کشور در امور نخبگان، استفاده از ظرفیت وقف برای تشویق و حمایت از نخبگان و در نقشه جامع علمی کشور، افزایش سهم وقف و خیریه در توسعه و پشتیبانی از نهادهای علمی کشور موردتوجه قرار گرفته است. در قوانین بودجه سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به سازمان اوقاف اجازه داده شده برای توسعه موقوفات اوراق وقفی را به فروش برساند.

ابعاد مشارکت خیریه

مشارکت خیریه در حوزه سلامت می‌تواند به اشکال مختلفی باشد. از کمک مالی به بیماران یا ارائه‌کنندگان در نظام سلامت تا مشارکت در مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و تا اهداء خون یا اهداء عضو. با این حال در اسناد مورد بررسی، بیشتر به جنبه مالی مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت توجه شده است. عملاً نیز هنگامی که سخن از خیرین سلامت به میان می‌آید، مشارکت‌های مالی خیریه موردنظر است. مشارکت در تأمین مالی می‌تواند به شکل‌های مختلفی چون هبه، هدیه، نذر، وقف،... باشد.

از نقطه نظر محدوده جغرافیایی، دایره شمول مشارکت‌های خیریه مورد اشاره در اسناد مورد بررسی، از سطح ملی (مثل مجمع خیرین سلامت کشور) تا سطح اداره یک بیمارستان یا مرکز ارائه خدمات خیریه، متفاوت است.

از نظر حوزه‌های مختلف بخش سلامت، در اسناد و قوانین مورد بررسی، علاوه بر توجه به مشارکت‌های خیریه در سطوح سه‌گانه مراقبت‌های سلامت (پیشگیری، درمان و بازتوانی)، به کمک‌های خیریه در زمینه

حمایت از بیماران خاص و همچنین مشارکت در فعالیتهای مرتبط با علوم سلامت مانند خدمات آموزشی، پژوهشی، احداث خوابگاه و حمایت از بنیادهای خیریه علمی نیز پرداخته شده است. (جدول ۶)

جدول ۶: حوزه‌هایی از سلامت که در اسناد مرتبط با مشارکت‌های خیریه به آن‌ها توجه شده است

نام حوزه	نمونه‌ای از اسنادی که به هر حوزه توجه نموده‌اند
پیشگیری	نقشه تحول نظام سلامت چشم‌انداز مجمع خیرین سلامت کشور
درمان	سند توسعه بهداشت و درمان در برنامه چهارم
حمایت از بیماران خاص	نقشه تحول نظام سلامت قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت
بهبودی و توان‌بخشی فعالیت‌های مرتبط با علوم سلامت (آموزش، پژوهش، احداث خوابگاه، حمایت از نخبگان)	قانون برنامه چهارم سند راهبردی کشور در امور نخبگان تفاهم‌نامه وزارت بهداشت با سازمان اوقاف چشم‌انداز مجمع خیرین سلامت کشور

ظرفیت‌ها و تسهیلاتها

بررسی اسناد مورد مطالعه نشان داد ظرفیت‌هایی در قوانین وجود دارند که می‌توانند مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت را تسهیل نمایند. این ظرفیت‌ها و تسهیلاتها را می‌توان به چند دسته تقسیم نمود: مجوزهای قانونی، مجوزهای بودجه‌ای، ظرفیت‌های فرهنگی و رسانه‌ای، ظرفیت‌های اداری و اجرایی و ظرفیت‌های موجود در سازمان اوقاف. جدول ۷ طبقه‌بندی این ظرفیت‌ها و نمونه‌هایی از مصادیق قانونی آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۷: دسته‌بندی ظرفیت‌ها و تسهیلات‌های موجود در قوانین برای گسترش مشارکت‌های خیریه در سلامت و نمونه‌هایی از آن

ظرفیت‌ها و تسهیلات‌های موجود در قوانین برای گسترش مشارکت‌های خیریه در سلامت
ظرفیت مجوزهای قانونی
مجوز قانونی به دانشگاه‌ها برای استفاده از کمک‌های مردمی مجوز دولت جهت تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام دولتی با مشارکت خیرین مجوز به وزارت بهداشت جهت ساخت مشارکتی بیمارستان به شرط سهم حداقل ۵۱٪ ی امکان استفاده تأمین اجتماعی از کمک داوطلبانه به شرط نظارت امکان فعالیت کارکنان غیرپزشک دانشگاه‌ها در مؤسسات خیریه
مجوزهای بودجه‌ای ملحوظ در قوانین بودجه سالیانه
بودجه ۷۳ تا ۷۸: عدم شمول مالیات از درآمد بر کمک‌های عام‌المنفعه خیرین بودجه ۷۳ و ۷۴: اختصاص مبلغی برای تکمیل واحدهای خیرساز به وزارت بهداشت بودجه ۷۴: تکلیف بانک مرکزی به اختصاص تسهیلات به خیریه‌های سلامت بودجه ۷۵ تا ۷۸: معافیت املاک و ساخت‌وسازهای خیریه از مالیات و عوارض (ساخت) بودجه ۷۵ تا ۸۱: توزیع اعتبار دولتی جهت تکمیل طرح‌های با مشارکت ۴۰٪ ی خیرین بودجه ۸۰: مجوز واگذاری مدیریت مراکز نگهداری معلولین به نهادهای خیریه بودجه ۸۳: مجوز هزینه کرد ۱۰٪ اعتبارات استان جهت تکمیل پروژه‌های خیرساز بودجه ۸۸: احتساب هزینه‌های انجام‌شده در روستاها و شهرهای کوچک بجای مالیات بودجه ۸۸: تکلیف به واگذاری ۱۰٪ پروژه‌های بیمارستانی با تأمین سود وام بودجه ۹۲ و ۹۳: مجوز به اوقاف برای فروش اوراق وقفی برای توسعه موقوفات بودجه ۹۳: تبصره ۲۰: اجازه به دانشگاه‌ها عقد تفاهم با خیرین برای تکمیل پروژه‌ها بودجه ۹۳: مجوز واگذاری واحدهای خدمت‌رسانی به بخش غیردولتی به‌ویژه خیریه‌ها بودجه ۹۴: مجوز مشارکت دستگاه‌ها با بخش خصوصی در شروع پروژه‌ها و طرح‌ها
ظرفیت‌های فرهنگی و رسانه‌ای
تأکید سیاست‌های ابلاغی بر استفاده از ظرفیت نهادهای فرهنگی و رسانه‌ای مجوز به وزارت بهداشت برای نظارت بر فعالیت‌های فرهنگی و رسانه‌ای مشابهن اهداف شورای فرهنگ و هنر دانشگاه‌ها با شورای مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه‌ها وجود شورای فرهنگ هنر و سلامت که دبیر آن همان دبیر شورای مشارکت‌های اجتماعی است
ظرفیت‌های اداری و اجرایی
حضور نماینده خیرین سلامت در هیئت‌امنا بیمارستان‌های هیئت‌امنایی حضور نماینده صداوسیما در شورای مشارکت‌های اجتماعی
ظرفیت‌های سازمان اوقاف
امکان توسعه سنت وقف سلامت با همکاری اوقاف امکان اجرای طرح‌های درمانی و بهداشتی در موقوفات امکان بهره‌گیری از اوقاف برای مرمت و بازسازی موقوفات درمانی امکان واگذاری اراضی موقوفه‌ای که متولی آن اقدامی نکند، به دولت امکان اجاره اراضی موقوفه بلامعارض توسط وزارتخانه‌ها

به استناد ماده ۱۶ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه، این سازمان می‌تواند زمین‌هایی که برای مصارف درمانی وقف شده، لکن متولیان آن‌ها بدون عذر موجه در مدت مناسب برای احداث آن‌ها اقدام مؤثری نکنند و الزام متولی هم به انجام آن ممکن نباشد را به وزارت بهداشت واگذار نماید تا اقدامات لازم برای بهره‌برداری از آن اراضی را به عمل آورد. همچنین بر اساس آیین‌نامه اجرایی قانون مزبور، سازمان اوقاف مجاز است اراضی موقوفه بلامعارض را به مؤسسات دولتی که به آن زمین‌ها نیاز دارند، بدون انجام مزایده، اجاره دهد.

راهبردها

سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران برای گسترش مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت، راهبردهایی را در اسناد و قوانین مورد بررسی، پیش‌بینی کرده‌اند که جزئیات آن‌ها در جدول ۸ آورده شده و طبقه‌بندی شده‌اند.

جدول ۸: راهبردهای پیش‌بینی‌شده در اسناد برای گسترش مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت

کد	زیر طبقه
	راهبردهای انگیزشی
	استفاده از مکانیسم‌های تشویقی و تسهیلاتی
	افزایش انگیزه همگانی برای کار خیر
	ایجاد انگیزه در مدیران برای جذب مشارکت‌ها
	تجلیل از خیرین
	راهبردهای علمی و فن‌آوری
	استفاده از GIS (مکان‌یابی املاک دارای کاربری بهداشتی درمانی)
	استفاده از راهکارهای علمی
	استفاده از پورتال برای جلب مشارکت
	خلاقیت و نوآوری
	راهبردهای تخصصی مالی
	انتشار اوراق وقف
	اوراق مشارکت سلامت
	ایجاد صندوق‌های وقفی
	بیمه سلامت وقف
	راهبردهای قانونی
	حمایت‌های قانونی از مشارکت‌های اجتماعی
	راهکارهای قانونی برای کاهش تصدی‌گری
	راهبردهای مدیریتی
	توجه به بومی‌سازی مدل جلب مشارکت
	پیش‌بینی پیوست مشارکت‌های اجتماعی برای پروژه‌ها
	تعامل شورای مشارکت‌های اجتماعی با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی
	همکاری بین بخشی بین وزارت بهداشت و اوقاف
	همکاری مجمع در اداره مراکز
	حمایت مجمع از مؤسسات خیریه سلامت
	همکاری مجمع در ساخت تعمیر و تجهیز

کد	زیر طبقه
استفاده از تجارب افراد خیر	استفاده از ظرفیت‌های اجرایی
ظرفیت دستگاه‌های دولتی	
ظرفیت سازمان‌های غیردولتی	
ظرفیت تجربه سایر مناطق	
استفاده از ظرفیت‌های استانی و منطقه‌ای	
ظرفیت‌های بین‌المللی	
استفاده بهینه از تمام ظرفیت‌ها	
پرهیز از فعالیت‌های موازی	یکپارچه‌سازی
یکسان‌سازی هویت و نحوه اداره	
یکپارچه‌سازی مدیریت مراکز موقوفه	
استفاده از ظرفیت اعتماد مردم به پزشکان برای جلب مشارکت	فرهنگ‌سازی
استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای	
استفاده از ظرفیت‌های فرهیختگان و صاحب‌نظران	
استفاده از روش‌های رسانه‌ای برای جلب مشارکت	
تشویق به مشارکت	
تقویت مشارکت	
توانمندسازی مردم	
مسئولیت‌پذیر نمودن بخش غیردولتی	

انگیزاننده‌ها

قانون‌گذار برای خیرین حقوقی را قائل شده که می‌تواند باعث تقویت انگیزه کار خیر شود، از جمله اینکه به موجب قانون در صورتی که خیر حداقل ۳۰٪ از منابع مالی پروژه‌ای را تأمین کرده باشد، می‌تواند آن پروژه را نام‌گذاری نماید و نام پروژه‌ی خیرساز را نمی‌توان بدون موافقت فرد خیر یا ورثه وی تغییر داد. در صورتی که خیر محلی را وقف نموده باشد نیز حق تعیین متولی با واقف است.

یکی دیگر از حقوقی که قانون‌گذار برای واقفین و خیرین قائل شده و می‌تواند برای آنان باشد، حق تعیین متولی و نماینده موقوفه و حق نام‌گذاری پروژه‌هاست. در ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۰ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، پیش‌بینی شده پروژه‌هایی که حداقل سی درصد از منابع تکمیلی آن‌ها توسط خیرین تأمین شده باشد و به بهره‌برداری برسند، می‌توانند توسط خیرین نام‌گذاری شوند و تغییر نام آن بدون موافقت آن‌ها یا وراثشان امکان‌پذیر نیست.

بخش دیگری از عوامل انگیزاننده به معافیت‌های مالیاتی مربوط می‌شوند. عدم شمول مالیات بر ارث مالی که وقف یا نذر مؤسسات دولتی می‌شود، کسر مبلغ کمک‌های بلاعوض به دولت از درآمد مشمول مالیات، تلقی مفاصاحساب سازمان اوقاف به‌عنوان اظهارنامه مالیاتی خیرین و معافیت مالیاتی کمک‌ها و هدایای دریافتی مؤسسات خیریه، نمونه‌هایی از این موارد هستند.

به استناد بند ۳ ماده ۲۴ قانون مالیات‌های مستقیم، مالی که وقف یا نذر مؤسسات دولتی می‌شود از شمول مالیات بر ارث خارج است. بر اساس بند ح ماده ۱۳۹ قانون مذکور نیز، درآمد موقوفات عامی که صرف بهداشت و درمان شوند از مالیات معاف هستند. همچنین به استناد تبصره ماده ۸۵ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت ۲، مفاسد حساب صادره توسط سازمان اوقاف به‌عنوان اظهارنامه مالیاتی خیرین تلقی می‌گردد. این مواد قانونی می‌توانند به‌عنوان عوامل انگیزاننده خیرین و واقفین مورد استفاده قرار گیرند.

همچنین در قوانین، مشوق‌هایی مالی هم برای افراد خیر و هم برای سازمان‌های دولتی در نظر گرفته شده که می‌تواند انگیزه مشارکت‌های خیریه را افزایش دهد. پرداخت سود و کارمزد وام‌های دریافتی خیرین توسط دولت، نمونه‌ای از مشوق‌های مالی برای خیرین و صرف مبالغ حاصل از صرفه‌جویی ناشی از مشارکت‌ها به‌منظور تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام همان دستگاه، مشوقی مالی برای دستگاه‌های اجرایی است که در قوانین به آن‌ها توجه شده است.

یافته‌های فاز دوم: چالش‌های قوانین و مقررات

یافته‌های بخش مصاحبه‌ها که به‌منظور شناسایی چالش‌های قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت انجام گرفت، در موضوعات ذیل طبقه‌بندی شدند:

۱. عدم جامعیت قوانین و مقررات
۲. عدم شفافیت قوانین موجود
۳. سخت‌گیرانه و طولانی بودن فرآیندهای قانونی
۴. انگیزاننده نبودن قوانین و مقررات مالیاتی
۵. ناهماهنگی
۶. چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات
۷. چالش‌های مربوط به قانون چهل، شصت
۸. چالش‌های مربوط به تعرفه گذاری برای بیمارستان‌های خیریه
۹. چالش‌های مربوط به وقف

در ادامه، یافته‌های مرتبط با هر یک از عناوین فوق تشریح می‌گردند. برخی شواهد مرتبط با هر یک از موضوعات فوق به‌صورت ذکر تعدادی از کدها و یا نمونه‌هایی از جملات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، ذیل هر عنوان آمده است. لازم به ذکر است که در طول این گزارش، جملات نقل‌شده از مصاحبه‌شوندگان، با قرار گرفتن در جلو یک بولت مشکی توپر (●) مشخص شده‌اند.

عدم جامعیت قوانین و مقررات

اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه یکی از چالش‌های قوانین و مقررات مرتبط با حوزه خیریه سلامت را فقدان یک قانون جامع و اختصاصی در مورد امور خیریه و به‌ویژه خیریه‌های سلامت می‌دانستند. آنان در مصاحبه‌های خود ضمن اشاره به وجود خلأی کلی در قوانین و مقررات کشور در حوزه خیریه سلامت، اظهار می‌داشتند قوانین و مقرراتی که به این حوزه مرتبط هستند، چنان در لابه‌لای سایر قوانین و

مقررات قرار گرفته‌اند که خیلی به چشم نمی‌آیند. نمونه‌هایی از کدهایی که به مقوله عدم‌جامعیت قوانین و مقررات موجود اشاره دارند، در جدول ۹ آمده است.

جدول ۹: نمونه کدهایی از اظهارات شرکت‌کنندگان در مطالعه مرتبط با مقوله عدم‌جامعیت قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت

کد	زیر مقوله
فقدان یک قانون درباره وظایف دستگاه‌ها در قبال خیرین فقدان یک قانون جامع خیریه مبنی بر همکاری دستگاه‌های شهری در امور عمرانی خیریه عدم وجود مقررات کشوری فقدان یک قانون جامع تخصصی	فقدان یک قانون جامع
خلاً قانونی در شهرداری خلاً قانونی: عدم معافیت مالیاتی قرارداد خرید خدمت در مراکز خیریه خلاً قانونی: واگذاری زمین دولتی به خیرین خلاً قوانین تسهیلگر گمرکی برای ورود کمک‌های خیرین خارج از کشور عدم حمایت از بیماری‌های پر هزینه‌ای که بیماری خاص به حساب نمی‌آیند عدم وجود راهکار اجرایی برای برخی مقررات مثل وام‌ها محدود بودن معافیت از عوارض شهرداری به عوارض ساخت	خلاه‌های قانونی

نمونه‌هایی از جملات مصاحبه‌شوندگان در رابطه با عدم‌جامعیت قوانین و مقررات موجود در زمینه امور خیریه در حوزه سلامت، در زیر آورده شده است:

- بزرگ‌ترین نقطه ضعفش اینه که مشارکت مردمی در زمینه بهداشت و درمان یه قانون جامعی نداره ... مقررات تخصصی مربوط به سلامت وجود نداره.
- برای خیریه ما قانون جامعی در کشور نداریم که دستگاه‌های شهری رو موظف به همکاری با امور خیریه حوزه سلامت کنه. در مورد انشعابات آب و برق مساجد یا مدارس یه چیزایی هست ولی برای بخش سلامت هم لازمه یه قانون کشوری داشته باشیم.
- قانون جامعی وجود نداره که نحوه همکاری دستگاه‌های دولتی در قبال کسی که داوطلب ساخت یک مرکز یا انجام یک خدمت شده، یا نحوه حمایت از اون رو مشخص کنه.

- بعضی از مصاحبه‌شوندگان، قوانین و مقررات چندانی که به امور خیریه در حوزه سلامت مربوط باشد را نمی‌شناختند و نمی‌توانستند به قانون خاصی اشاره کنند که مشخصاً به حوزه خیریه سلامت اختصاص داشته باشد:
- قوانین مقررات محدود و محدودی در این زمینه داریم. همین مقداری هم که داریم خیلی کسی از آن‌ها اطلاع ندارد، به نظر میرسد لازمه‌ی مجموعه منسجمی از قوانین و مقررات مرتبط با بحث خیرین تهیه بشه.

به جز یکی از مدیران بخش دولتی که قوانین و مقررات موجود کشور در حوزه خیریه سلامت را کافی می‌دانست، تقریباً تمام مصاحبه‌شوندگان در صحبت‌های خود به موضوعات و مصادیقی از خلأهای قانونی موجود در این عرصه اشاره کردند. نمونه‌هایی از این خلأهای قانونی از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، عبارت‌اند از:

خلأ قانونی در شهرداری:

- قانونی وجود ندارد که شهرداری به استناد اون بتونه پروانه پروژه‌های خیرساز رو رایگان کنه ...
- البته سال‌ها پیش در قانون بودجه، بندی بود که املاک و ساخت‌وسازهای خیریه از مالیات عوارض معاف بودند اما این معافیت فقط شامل عوارض ساخت می‌شه. حالا عوارض متعددی با نام‌ها و عناوین مختلف وجود داره که مشمول این قانون نمی‌شه.

فقدان قانونی برای واگذاری زمین رایگان یا دولتی به خیرین جهت ساخت پروژه‌های خیر ساز:

- یه خیری که می‌خواد یه مرکز درمانی بسازه حداقل انتظارش اینه که زمینش رو دولت بذاره، خیلی بده که اومدی بیمارستان بسازی زمینش رو هم باید از دولت بخری، خیلی بده، ولی الان اینطوریه که باید زمین رو از شهرداری بخری، این یه چالش هست و باید یه قانون واسش وضع بشه.

خلأ قوانین تسهیلگر گمرکی برای ورود کمک‌های خیرین خارج از کشور:

- برای کمک ایرانیان خارج از کشور باید بستر قانونی فراهم بشه. باید قوانین جدیدی در مجلس تصویب بشه برای وارد کردن تجهیزات، قوانین گمرکی بگذرونن که ترخیص کالاهای اهدایی رو تسهیل کنه. یه خیر می‌خواسته یه دستگاه آندوسکوپی دست دوم را از امریکا بیاره، ما خیلی تلاش کردیم تا روابطی از گمرک ترخیص کردیم. خب اگه ما قوانین تسهیلگری در گمرک داشته باشیم این موارد زیاد میشه. خیلی از سازمان‌های اروپایی هستند که تجهیزات دست دوم خودشون رو اهدا می‌کنن. بخصوص دستگاه‌های موجود در مراکز تحقیقاتی. اونا رو براحتی میشه هماهنگ کرد که ما وارد کنیم و از اونها استفاده کنیم، ولی باید راهکارهای اجرایی ورود اونها را درجایی دید و تأمین کرد.

خلا قانونی درباره معافیت مالیاتی قراردادهای خرید خدمت در مراکز خیریه:

- به بیمارستان خیریه که قرارداد خرید خدمت می‌بندد باید مالیات اون رو هم بده، درحالی که در سایر جاهای دنیا اگر یک کار خیری بکنی حتی در کشور دیگری، بعد اسناد و مدارکش رو ببری از مالیات معاف می‌کنن.

عدم حمایت قوانین از برخی بیماری‌های پرهزینه:

- ما بیماری‌هایی داریم که خاص نیستند ولی وضعشون بدتر از بیماران خاص است. ما از طریق ... اقدام کردیم حتی با رئیس‌جمهور وقت مطرح کردیم. ایشون گفتند کار ما و وزارتخانه نیست و کار مجلس است. ما هم با نمایندگان مطرح کردیم ولی متأسفانه مثل خیلی درخواست‌های دیگه اقدامی نشد.

عدم شفافیت قوانین موجود

به نظر بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، قوانین و مقررات موجود به دلیل چالش اول یعنی عدم جامعیت و نیز به دلیل پراکنده بودن مقررات مرتبط با مشارکت‌های خیریه در لابه‌لای سایر قوانین، نه تنها خیلی شناخته‌شده نیستند، بلکه از همان مقررات محدود هم برداشت‌های یکسانی نمی‌شود. شرکت‌کنندگان در صحبت‌های خود با عباراتی مانند: «کلی‌گویی در بعضی قوانین»، «عدم صراحت»، «مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها» و «تفسیر قانون توسط مجری» به این موضوع اشاره کرده‌اند. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌ها که بر عدم شفافیت قوانین و مقررات موجود در حیطه مشارکت خیریه سلامت دلالت دارند، به شرح زیر می‌باشد:

- چون یه قانون قطعی روشن نداریم لذا تفسیر به رأی میشه و سلیقه‌ای باهش برخورد میشه.
- برای اخذ وام در پروژه‌های عمرانی خیرساز، آیین‌نامه وجود داره ولی راهکار اجرایی که وظایف هر کس کاملاً مشخص و شفاف باشه، وجود نداره تا اجرایی بشه.
- قوانین مصوب مجلس محترم شورای اسلامی بعضاً قائل تفاسیر متفاوت است و استناد می‌کند به آئین‌نامه‌هایی که بعداً توسط مجریان محترم تنظیم خواهند شد؛ که این آئین‌نامه‌ها بعضاً بنا بر تفسیر مجری از قانون به‌طور دلخواه هماهنگ و اجرا می‌شود.
- یه نمونه‌اش این اساسنامه‌هایی است که سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) دارن. اکثرشون تپیه و هرکسی اومده به فراخور کار خودش دوتا بند اضافه کرده که همش هم کلیه. این خطامشی - هاشون رو خیلی بزرگ می‌نویسن و تو کارکردشون هم خیلی تأثیری نداره.

سخت‌گیرانه و طولانی بودن فرآیندهای قانونی

از دیدگاه شرکت‌کنندگان در این مطالعه، قوانین و مقررات مرتبط با حوزه خیریه سلامت می‌بایست به‌قدری سهل و آسان بگیرند که به تشویق بیشتر خیرین و جذب بیش‌ازپیش آن‌ها در حوزه سلامت منجر گردد، ولی متأسفانه قوانین و مقررات فعلی، فاقد این ویژگی هستند. به نظر مصاحبه‌شوندگان، قوانین و مقررات موجود، چندان تسهیلگر نبوده و بیش‌ازحد سخت‌گیرانه هستند، به‌طوری‌که در بسیاری

موارد اگر خیر و یا سازمان خیریه حمایت یک فرد دولتی ذی نفوذ را نداشته باشد، نمی‌تواند کار خود را به‌راحتی و در مدت کوتاه به انجام برساند. بررسی مصادیق این سخت‌گیری‌ها در سخنان مصاحبه‌شوندگان مشخص می‌کند بخش عمده‌ای از این سخت‌گیری‌ها به مرحله ثبت موسسه خیریه یا سازمان مردم‌نهاد و نیز اخذ مجوزهای لازم مربوط می‌شود. برخی دیگر از آن‌ها هم به فرآیندهای مشارکت خیرین به‌ویژه مشارکت‌های مالی آنان در پروژه‌های عمرانی مربوط است. بعضی از شرکت‌کنندگان نیز نحوه اجرای قوانین و مقررات برخورداری از تخفیف‌های مالیاتی را سخت‌گیرانه و ناشی از عدم اعتماد کامل قانون‌گذار یا دولت و به‌طور کلی حاکمیت به خیرین و مؤسسات خیریه می‌دانستند:

- برای ثبت سمن در وزارت کشور، تو استانداری می‌گن آدم‌های حقیقی برای هیئت‌مدیره نباید مشمول دو شغله باشن، مشمول منع مداخله کارکنان می‌شن. اینو ندیده که توی این سمن اگه آدم خاصی که دارای پوزیشن دولتی هست نباشه، هیچ کاری رو نمی‌تونه پیش ببره.
- اگه بخای سمن در حوزه سلامت بزنی حتماً باید دو تا پزشک تو هیئت‌مدیره‌ات باشن (اشاره به ماده ۸ آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی درمانی -۱۳۸۴). درحالی که آیا واقعاً لازمه که برای هر فعالیتی در حیطه سلامت اینجوری باشه؟ یه آدم خیر چه جوری دو تا پزشک بیاره؟
- من تو اساسنامه نوشتنم ارائه خدمات بهداشتی درمانی و رفتن از شبکه استعلام گرفتم. حالا بعد از اساسنامه برای هر فعالیت هم می‌گن دوباره باید مجوز و استعلام جداگانه بگیرم. رفتن درمانگاه بسازم گفتن استعلام از شبکه لازمه. دوباره رفتن مجوز از شبکه گرفتم. حالا می‌گن برای فعالیت آمبولانس هم باید مجوز جدا بگیرم. پس اون اساسنامه و مجوز اولیه چی بوده؟
- مثلاً اگر خیر هزینه‌ای کرد با تأیید رئیس دانشگاه این هزینه در اداره دارایی به‌عنوان هزینه کردش محاسبه میشه، ولی اومدن اینو یه کم سختش کردن و گفتن باید در حساب کمک‌های مردمی دانشگاه بریزه، چه اشکالی داره خود خیر بره و مرکز درمانی بسازه در محوطه دانشگاه؟
- فرآیندی که ما برای خیرین تعریف می‌کنیم باید حداقل به‌عنوان یه سرمایه‌گذار دیده بشه که میخاد در یه پروژه عمرانی سرمایه‌گذاری کنه. این طولانی شدن فرآیندها برای هیچ یک از سرمایه‌گذاران نباید اتفاق بیفتد، خیرین که جای خود. اگه کسی میخاد به‌صورت خیریه سرمایه‌گذاری کنه ما به‌عنوان یه سازمان دولتی باید دنبال اونا بریم برای اینکه بیان سرمایه‌گذاری کنن. چرا که اینا ولی‌نعمت ما هستن و به رفع مشکلات ما کمک می‌کنن، نه اینکه کار رو براشون سخت کنیم.
- سیستم رو باید طوری تعریف کنیم که وقتی یه فرد خیری وارد شد دیگه نیاز نباشه فرماندار یا استاندار حمایتش کنن تا اون کار پا بگیره، سیستم باید درست باشه تا مردم تشویق بشن.

- با این حال، مصاحبه‌شوندگان وجود بعضی سختگیری‌ها را به‌منظور جلوگیری از سوءاستفاده با نام خیریه را لازم و آن را روشی برای اعمال نظارت حاکمیت می‌دانستند، اما معتقدند سوءاستفاده‌های اندک نباید مانع از انجام کارهای نیک فراوان شود:
- مسلماً قوانین به خاطر جلوگیری از سوءاستفاده است. شکی نداریم که در خیریه‌ها هم سوءاستفاده میشه؛ اما قرار نیست همه صفر و یک دیده شوند. قانون باید اونقدر انعطاف داشته باشه که اگه یکی خواست درست کار کنه و واقعاً یه مشکل داشت اونو حل کنه.
- اگه یه نفر یه خلاف کرد یا به خاطر فرار مالیاتی یه کاری کرد، نباید همه رو اینجوری ببینند. به خاطر یه بی‌نماز که در مسجد رو نمی‌بندند!

انگیزاننده نبودن قوانین و مقررات مالیاتی

بر اساس قوانین و مقررات موجود از جمله ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم، میزان کمک‌های خیرین به‌عنوان هزینه‌های انجام‌شده آن‌ها تلقی شده و مبلغ کمک، از درآمد مشمول مالیات فرد یا شرکت کسر می‌گردد. معیار دریافت مالیات بر درآمد، سود فرد یا شرکت است. محاسبه کمک‌های خیریه به‌عنوان هزینه، باعث می‌شود هزینه فرد یا شرکت، بیشتر و سود آن کمتر نشان داده شود. هنگامی که سود، کمتر نشان داده شود، مالیات کمتری هم به درآمد فرد یا شرکت تعلق می‌گیرد. این تخفیف مالیاتی از نقطه‌نظر خود خیرین و نیز کسانی که کمک‌های خیرین را جمع‌آوری، ساماندهی و هدایت می‌کنند، به‌هیچ‌وجه انگیزاننده نیست. بلکه قوانین مالیاتی در صورتی می‌توانند انگیزاننده باشند که مبلغ کمک خیر به‌عنوان عین مالیات محاسبه شود نه اینکه از درآمد مشمول مالیات کسر گردد:

- کمک خیر باید مثل خیلی از کشورها، عین مالیات حساب شود نه درآمد مشمول مالیات. چون دولت مالیات رو برای مصارف عمومی خرج خواهد کرد، حالا که خود خیر در مصارف عمومی خرج کرده خب همون رو به‌عنوان مالیات حساب کنن.
- توی ایران با قوانینی که یک مقدار هم سخت‌گیرانه هست این مبلغی که صرف کار خیریه کردی رو جزو هزینه‌ها میارن و فقط درصدی از مالیات رو کم می‌کنن، درحالی‌که بهتره کل اون مبلغ مشمول معافیت مالیاتی بشه.

بهر حال، چنین تخفیف‌های مالیاتی چندان هم بی‌فایده نیستند و می‌توانند به‌عنوان مشوق‌هایی هرچند اندک مطرح باشند، به‌گونه‌ای که بودن آن‌ها بر نبودنشان ترجیح داشته باشد:

- برای این که کسی بخواد مالیات نده یا فرار مالیاتی کنه، شاید راه‌های راحت‌تری هم باشه. این تخفیف‌های مالیاتی مزیت‌هایی است که بعضی هم از آن‌ها استفاده می‌کنند ولی انگیزه اصلی نیست. بلکه انگیزه و علت اصلی کمک‌های اونا اعتقادات قوی است که دارند.
- این تخفیف‌های مالیاتی معمولاً برای خیرین مخصوصاً خیرینی که در قالب شرکت‌ها کمک می‌کنن جذابیت‌هایی داره و بعضی ازش استقبال می‌کنن. با توجه به اینکه این شرکت‌ها سالیانه از ما نامه می‌گیرن، تعداد مراجعاتشون به ما برای گرفتن تأییدیه مشخص میکنه که برایشون جذابیت داره.

ناهماهنگی

دسته دیگری از دیگر چالش‌ها که توسط شرکت‌کنندگان در این مطالعه به آن اشاره شد را می‌توان تحت عنوان کلی ناهماهنگی نام‌گذاری نمود. این ناهماهنگی گاه ناظر به ناهمخوانی برخی قوانین و مقررات با یکدیگر بوده و گاه به ناهماهنگی برای اجرای قوانین درون دستگاه‌ها و یا بین دستگاه‌های اجرایی مربوط می‌شود. ولی در هر صورت این ناهماهنگی‌ها منجر به دشواری‌هایی در اجرای قانون و نارضایتی افراد و سازمان‌های درگیر در این موضوع می‌گردد. نمونه‌هایی از جملات شرکت‌کنندگان در مصاحبه که به این ناهماهنگی‌ها اشاره دارد، در زیر ارائه شده‌اند:

- اساسنامه سازمان‌های مردم‌نهاد وزارت کشور دارای تناقضاتی است. نوع ساختاری که نوشته را اداره ثبت و اسناد قوه قضائیه اون رو قبول نداره. مثلاً نوشته موسسه یا باید هیئت‌امنایی باشه یا عضو پذیر. ولی قوه قضائیه همه را هیئت‌امنایی می‌داند و کاری به عضو پذیر ندارد. ما الان کلی سمن داریم که مجوز گرفته‌اند ولی هنوز ثبت نشده‌اند، چون قوه قضائیه مسائل خودش رو داره.
- طی دو سال اخیر قانونی تصویب شده مبنی بر اینکه اگه خیری رو یه پروژه‌ای بخاد سرمایه‌گذاری کنه بانک‌ها موظف‌اند بهشون وام پرداخت کنن. خیر تعهد میکنه اقساط وام رو پرداخت کنه، سود یا کارمزد وام را دستگاه متولی باید پرداخت کنه. (اشاره به آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت) ولی الان که دو سال از این مصوبه میگذره تا بحال نتونسته‌ایم از ظرفیت این قانون استفاده کنیم و این قانون اجرایی نشده، چون چن تا سازمان باید برای اجرای اون همکاری کنن و معمولاً همکاری‌های بین بخشی تو کشور ما ضعیفه. مثلاً به بانک که مراجعه می‌کنی میگن ما شما (دستگاه دولتی) رو می‌شناسیم و به شما وام میدیم ولی به خیر وام نمیده. یه بانکی هم که حاضر شده وام رو به خیر بده بعد بحث کارمزد پیش میاد. وقتی به وزارت بهداشت میگی قرار بود کارمزد رو شما بدید یا سازمان مدیریت، کسی جواب مشخصی نمیده؛ یعنی ندارن که بدهند. ما حداقل دو نمونه اینجوری سراغ داریم که پروژه‌هاش به خاطر مشکل این وام همینطور معطل مونده.
- خود این قانون هم کامل نیست. میگه سود وام از محل طرح مصوب خود همون پروژه داده بشه. ولی خب ما خیلی پروژه‌ها داریم که سهم دانشگاه صفر است و ۱۰۰ درصد اون رو خیر تقبل کرده. این موارد از نظر بودجه‌ای، طرح مصوبه دولتی نداره، هنوز ردیف اعتباری دولتی نداره که از محل اون بتونیم سود وامی رو که خیر گرفته از اون محل بپردازیم. خیر هم گفته من اعتبار دولتی نمیخام. ۱۰۰٪ پروژه با من منتهی به شرطی که وام بدید و کارمزدش رو شما بدید. ما نیمدونیم کارمزد چنین وامی را از چه محلی بدهیم. ردیف اعتباری نداره و پروژه جدیدی است. از طرف دیگه اگه بخوایم از درآمدهای خودمون بدهیم رقم سنگینی است. اینه که هماهنگ کردن خود این بحث‌ها کار مشکلی ست. نهادی هم که مسئولیت این پیگیری و رفع نقص رو بکنه وجود نداره.

چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات

از سخنان مصاحبه‌شوندگان چنین برداشت می‌شود که قوانین و مقررات موجود کاملاً اجرایی نشده و یا در اجرا با مشکلاتی مواجه هستند. عواملی که مانع اجرای درست قوانین و مقررات موجود می‌گردند، از سخنان مصاحبه‌شوندگان شناسایی شدند. از جمله این عوامل عبارت بودند از:

- فراهم نبودن زمینه اجرای قانون (فقدان شیوه‌نامه‌های عملی)
- عدم هماهنگی بین دستگاه‌ها
- عدم وجود ظرفیت برای اجرای قانون در برخی شهرستان‌ها
- عدم جسارت و ریسک‌پذیری برخی مدیران
- فقدان عزم و اراده برخی مسئولان دولتی برای اجرای قانون به دلیل عدم مطالبه مقامات بالاتر
- کندی اجرای تعهدات دانشگاه‌ها در پروژه‌هایی که با مشارکت خیرین ساخته می‌شوند و
- بار مالی برخی قوانین و مقررات

نمونه‌هایی از صحبت‌های شرکت‌کنندگان که پشتیبان کدهای فوق‌الذکر هستند، در ذیل آورده شده است:

- بسیاری از قوانین کشوری هستند که وقتی میان تو منطقه اجرا نمیشن، مثل حروف والی هستند که نوشته میشن ولی خونده نمیشن! حالا به دلایل مختلف.
- متأسفانه ما بزرگ‌ترین مشکل توی کشورمون عدم هماهنگی بین بخشی هست ... وقتی که فرد خیر توسط دولت به‌عنوان خیر شناخته شد، برای ساخت یک بیمارستان همه‌ی دستگاه‌ها باید با او همکاری کنند. او نباید با شهرداری یا اداره آب مشکل داشته باشد.
- این دو آیین‌نامه (اشاره به آیین‌نامه‌های اجرایی ماده ۱۰ و ماده ۱۸ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، مصوب ۱۳۹۳) خیلی کمک‌کننده هست به‌شرطی که زمینه‌های اجرایی اون فراهم بشه و مدیران جسارت انجام این کار را برای تقبل کارمزد وامی که طبق آیین‌نامه ماده ۱۸ قانون تنظیم میشه گرفت رو داشته باشن.
- در ماده ۱۸ که در ارتباط با اعطاء تسهیلات است، دانشگاه‌ها ظرفیت اون رو ندارن که با بانک‌ها وارد مذاکره بشن و چنین وام‌هایی رو بگیرن. بانک‌ها هم ظاهراً خیلی در جریان نیستن. به نظر من در مهروموم‌های اول برای اینکه این کار رله شود در سطح وزارت خونه، وزیر با یکی دو تا از بانک‌ها که مایل هستند، وارد مذاکره بشه و یک بودجه‌ای رو به‌صورت متمرکز در وزارتخونه بگذارن... و پروژه‌ها را از دانشگاه‌ها بگیرن... در مهروموم‌های بعد که این کار رله شد واگذار کنن به دانشگاه‌ها.

نمونه‌ای از امکان‌ناپذیری مالی قوانین، در ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه دیده می‌شود که به‌موجب آن، به دانشگاه‌ها معادل درآمدها از هدایا و موقوفات تعلق می‌گیرد. ولی دانشگاه‌های مورد بررسی دریافت چنین اعتباراتی را انکار می‌کردند. به نظر می‌رسد بار مالی آن مانعی برای استفاده دانشگاه‌ها از این بند قانونی باشد.

نمونه دیگری از قوانینی که بار مالی زیاد آن منجر به عدم اجرای کامل آن شده است، قانون موسوم به ۴۰-۶۰ می‌باشد. از آنجاکه این قانون بحث نسبتاً مفصلی دارد، در ادامه به صورت یک یافته جداگانه مطرح شده و سپس به چالش‌های موردی دو دسته دیگر از قوانین و مقررات مرتبط با این حوزه اشاره می‌شود.

چالش‌های مربوط به قانون چهل - شصت

در بند تبصره ۱۶ قانون بودجه سال ۱۳۷۵ کل کشور آمده است: «به منظور تکمیل طرح‌های ملی و استانی نیمه‌تمامی که حداقل چهل درصد (۴۰٪) عملیات و هزینه‌های آن توسط افراد خیر یا با مشارکت آن‌ها ساخته و پرداخت شده است و همچنین طرح‌های استانی در دست اجرا، به دولت اجازه داده می‌شود که اعتبار ردیف ۵۰۳۱۵۶ قسمت چهارم این قانون را بین دستگاه‌های ذی‌ربط توزیع نماید. مبلغی که توسط دولت برای تکمیل هر یک از طرح‌ها اختصاص می‌یابد، حداکثر معادل یک و نیم برابر مبلغی است که توسط افراد خیر پرداخت شده است». بر اساس این بند قانونی که عیناً در بودجه سال ۱۳۷۶ در همان بند و تبصره و در بودجه مهر و موم‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ در قالب بند تبصره ۱۶ تکرار شده است، دولت اجازه دارد جهت تکمیل طرح‌هایی که با مشارکت ۴۰ درصدی خیرین اجرا می‌شوند، اعتبارات دولتی توزیع نماید. لذا از این بند قانونی به عنوان قانون چهل - شصت یاد می‌شود. در قانون بودجه سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ نیز این بند قانونی ذکر شده با این تفاوت که در روستاها پروژه‌های با مشارکت ۲۰ درصدی خیرین را هم شامل می‌شده است.

به نظر می‌رسد دستگاه‌های دولتی به خاطر استفاده از اعتبارات مذکور در این بند، جذب کمک‌های خیرین را افزایش داده‌اند، به حدی که در حال حاضر سهم دولت برای تخصیص به چنین پروژه‌هایی، مبلغ بسیار کلانی می‌شود که از عهده دولت خارج است. لذا دولت فقط می‌تواند در تعداد اندکی از پروژه‌های مشارکتی خیرین، این قانون را اجرا کند. نمونه‌ای از نظرات مصاحبه‌شوندگان در این زمینه ذیلاً آمده است:

- نکته اینه که حجم کمک‌های خیریه آن قدر زیاده که دولت نمیتونه معادل اون به دانشگاه بده. الان یه پروژه داریم که خیر برای اون ۴۰ میلیارد تومن پول داده که این مبلغ تقریباً پنج برابر بودجه سالانه دانشگاه ماست. اگه دولت بخواد معادل فقط همین یه مورد به دانشگاه پول بده باید معادل بودجه پنج سال دانشگاه پول بدهد. فقط در همین یه پروژه! حالا تصور کنید همین خیر داره یه دانشکده رو هم میسازه؛ و همین خیر تقبل کرده ۳۰ واحد همراه سرا رو هم بسازه! معلومه که این قانون منابع مالی نداره و امکان پذیر نیست. قانون گذار این قانون یا ظرفیت خیرین رو نشناخته (مطمئناً نشناخته) یا بودجه دولت رو! این اصلاً شدنی نیست و به نظر من امکان نداره چنین اتفاقی بیفته. چون حجم منابعی که خیرین میان حداقل تو شهر ما رقم فوق‌العاده بالایی است.

دولت در مواجهه با مشکل تأمین مالی سهم خود در این گونه پروژه‌ها محدودیت‌هایی را هم از نظر تعداد پروژه‌ها و هم از نظر سقف ریالی سهم خود در هر پروژه قائل شده است:

- سازمان مدیریت به خاطر محدودیتی که داره ممکنه در سال فقط یه پروژه رو بیره در این چهل - شصت. همه‌ساله باید اینقدر دوندگی کرد تا پروژه‌ای مشمول این قانون بشه... برای این که پروژه‌ای بره تو نیمه‌تمام ما نامه می‌زنیم، از همه استان‌ها نامه می‌زنن، میره تو برنامه وزارتخونه، وزیر نامه می‌زنه، بعد انتخاب می‌کنن... سازمان مدیریت یه سقفی میذاره مثلاً می‌گه ۱۰ میلیارد می‌تونی ببری تو پروژه ۴۰/۶۰ بگو کدوم پروژه و هرکدوم به چه میزان؟ بعد وزارت خونه تازه وارد چانه زنی با سازمان مدیریت می‌شه. سالی یک یا دو پروژه درسته بهداشت و درمان اضافه می‌شه.
- چالش دیگری که اجرای قانون مزبور با آن مواجهه است، عدم هم‌زمانی تخصیص سهم دولت با سهم خیر است:
- یکی دیگه از مشکلات این قانون اینه که وقتی ۴۰٪ کار خیر تموم شد تازه وزارتخونه میومد کارشناس میفرستاد که بررسی کنن ۴۰٪ خیر رسیده یا نه. بعد برون تو سال بعد تو بودجه سال بعد پیش‌بینی بشه. این دو منبع تأمین مالی هم‌زمان نبود.
- دولت به علت مشکل‌هایی که داره، نه می‌تونه کامل بیاد و نه می‌تونه به موقع بیاد. در نتیجه خیر میاد کاری نیمه‌تمام می‌کنه و دولت هم نمیره کمک کنه درحالی‌که اگر پا به پا بیان بهتره و کار زودتر تموم میشه.
- مشکلات فوق‌الذکر باعث شده که حتی برخی مصاحبه‌شوندگان، وجود این قانون را برای جلب مشارکت خیرین، مضر بدانند و ترجیح دهند که چنین قانونی اساساً وجود نداشته باشد:
- منابع دولت اونقدر نیست که متناسب با کار خیرین بتونه هزینه رو تأمین کنه. نکته دیگه اینه که سرعت تأمین منابع از این دو منبع هم باهم همخوانی نداره. به خاطر همین، این قانون گاهی خیرین را ناراضی میکنه. شاید اگر ما این قانون را برداریم بهتر باشه. چون توقع ایجاد میکنه و خیر رو ناراضی میکنه. اگه بگیم خود خیر صفر تا صد پروژه رو تأمین مالی کنه، معمولاً برای خیرین بهتره، یا اینکه دو تا خیر بیان، یا پروژه را فازبندی کنیم. این خیلی بهتر کمک میکنه. چون تا ما میریم از طریق بودجه‌های دولتی منابع مالی طرح رو تأمین کنیم، کار خیر معطل می‌مونه و خیر ناراضی میشه. شاید اگه از اول این‌طور قرار دارد ببندیم که کار را خودش انجام بده بهتر باشه. پروژه داشته‌ایم که صفر تا صد را از اول خیر قبول کرده و خبری از قانون ۶۰/۴۰ نداشته، کل پروژه را حتی با تجهیزاتش قبول کرده. بعداً که متوجه شده چنین قانونی هست زیر تعهدش زده و گفته من ۴۰٪ خود را انجام داده‌ام و شما باید بقیه‌اش رو تموم کنید. اینه که من معتقدم چون اولاً منابعش رو نداریم، دوم اینکه فرآیند تأمین این اعتبار خیلی طولانی است سوم اینکه پول به‌صورت قطره‌چکانی طی مهر و موم‌های متمادی داده میشه، پس نبودش بهتر از بودنشه!

چالش‌های مربوط به تعرفه گذاری برای بیمارستان‌های خیریه

بیمارستان‌هایی که توسط خیریه‌ها اداره می‌شوند، اگرچه در پی سودآوری نیستند، ولی برای تأمین هزینه‌های جاری خود نیاز دارند محل‌هایی برای درآمد داشته باشند. از طرفی اداره هیچ بیمارستانی با تعرفه‌های دولتی معمولاً امکان‌پذیر نیست. چرا که بیمارستان‌های دولتی علیرغم اینکه حقوق و مزایای کارکنان آن‌ها توسط دولت تأمین می‌شود، بازهم بدون تزریق اعتبارات دولتی نمی‌توانند تنها از طریق درآمد ناشی از تعرفه‌های دولتی، هزینه‌های جاری خود را تأمین نمایند؛ بنابراین بیمارستان خیریه‌ای که محلی برای تأمین هزینه‌های جاری خود نداشته باشد، ناچار است تعرفه‌ای بالاتر از تعرفه دولتی را اعمال نماید. این تعرفه بالاتر ضمن اینکه گیرندگان خدمت را نسبت به خیریه بودن بیمارستان دچار تردید می‌کند، چالشی قانونی نیز برای موسسه خیریه‌ی اداره‌کننده بیمارستان ایجاد می‌نماید:

- به رویکردی تا سال پیش بود که بیمارستان خیریه میتونه تعرفه بخش خصوصی بگیره، این موضوع دو جنبه داره یکی اینکه وقتی مردم به چنین بیمارستانی وارد میشن قطعاً انتظار دارن تعرفه اینجا در مقایسه با بیمارستان خصوصی کمتر باشه که البته انتظار به‌حق هم هست، جنبه دیگر مربوط به خیر هست که می‌خواه یه خدایا مرزی براش داشته باشه. جنبه بعدی جنبه اداری و مدیریتی هست. خیر اومده یک بنایی ساخته و رفته یا پولی داده و رفته ولی توقع داره که تخفیفی تو این مرکز بدن، دولت هم تو بقیه مسیر متأسفانه هیچ کاری نمی‌کنه، نه تخفیفی نه جذب نیرویی، بیمارستان‌های خیریه هیچ ردیفی ندارن توی دانشگاه و هیچ کمک مالی از جانب دولت دریافت نمی‌کنن. لذا مدیر بیمارستان برای گذران امور و تأمین هزینه‌ها مجبور میشه تعرفه‌ها رو بالا بیره که در نتیجه یه تناقضی ایجاد میشه. امسال اومدن از اینور افتادن یعنی گفتن تعرفه خیریه‌ها باید دولتی بشه بعد دوباره اومدن یه قانون دیگه‌ای تصویب کردن که خیریه‌ها تعرفه‌ای بین دولتی و خصوصی و البته نزدیک به دولتی دریافت کنند. ولی بازهم ویزیت سرپایی هم دقیقه ویزیت دولتی بود که باز یه بحرانی تو بخش سرپایی به وجود اومد؛ یعنی در یک سال به فاصله چند ماه از هم چند قانون تصویب و لغو شد که این خودش یه مشکل دیگه تو بخش خیریه هست.

به نظر می‌رسد با توجه به گسترش مراکز خیریه و در راستای کاهش تصدی‌گری دولت، این چالش در آینده نیز وجود داشته باشد. لذا انجام کار کارشناسی در زمینه تعرفه گذاری مراکز خیریه باید پیش‌ازپیش موردتوجه قرار گیرد:

- اگر مشکل تعرفه وجود داره اون رو باید حل کنیم. مجلس باید راهکار بده. الان ۸۰٪ تخت‌های بیمارستانی دولتی است. یه هدف گذاری بکنن که مثلاً تا ۲۰ سال دیگه می‌خوایم این نسبت رو ۵۰-۵۰ کنیم؛ و از الان راهکار قانونی اون را ارائه دهیم. یکی از راهکارها اینه که جوری تعرفه گذاری کنیم که خیریه بتونه خودشو بچرخونه. حداقلش اینه که خیریه‌ها سود نمی‌خوان مثل خصوصی‌ها. ولی حداقل باید بتونه موسسه خودشو اداره کنه. خب یه تعرفه بینابین بذارن. مثلاً با کار کارشناسی برآورد کنن که خیریه‌ها ۷۰٪ تعرفه خصوصی رو بگیرن.

چالش‌های مربوط به وقف

بخشی از کمک‌های خیریه به حوزه سلامت در قالب وقف صورت می‌گیرد که قوانین و مقررات خاص خود را دارد. در بخشی از قانون مدنی کشور، در مورد شرایط وقف، بیان گردیده واقف می‌تواند خود و یا فرد دیگری را برای تولیت (اداره کردن امور) موقوفه مشخص نماید، همچنین واقف می‌تواند برای متولی، ناظر قرار دهد. واقف یا حاکم نمی‌توانند متولی موقوفه را عزل نمایند مگر اینکه حق عزل شرط شده باشد و یا خیانت متولی آشکار گردد. لذا عدم جدایی واقف از موقوفات به‌عنوان یکی از محدودیت‌های قانونی وقف بشمار می‌رود. در مورد موقوفات درمانی که توسط دولت (و عمدتاً به‌واسطه دانشگاه‌های علوم پزشکی) اداره می‌شوند، نیز به نظر می‌رسد این عدم جدایی واقف از موقوفه، مطلوب دولت و نهادهای دولتی نمی‌باشد.

عدم امکان تغییر کاربری موقوفه، یکی دیگر از محدودیت‌های وقف است. به‌عبارت‌دیگر وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی که ملک موقوفه‌ای را در اختیار دارند، نمی‌توانند به‌فراخور نیاز منطقه، کاربری آن را تغییر دهند.

قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۳، اداره امور موقوفات عام فاقد متولی و مجهول‌التولیه، همچنین اداره اموال خیریه عام‌المنفعه که عنوان وقف ندارند (مثل صدقات و نذورات) را به‌عهده این سازمان گذاشته است. لذا برای جمع‌آوری، هدایت و استفاده از پتانسیل موجود در موقوفات عام، همکاری سازمان اوقاف ضروری است. با این حال به نظر می‌رسد دانشگاه‌های علوم پزشکی ترجیح می‌دهند کمتر وارد مقوله وقف شوند و بیشتر با خیرین «صلح» کنند تا با سازمان اوقاف در این رابطه دچار چالش نشوند:

- ما به تعداد آدم داریم که هنوز به وقف با اون شرایط سنتیش اعتقاد دارن. ما به آن‌ها هم احترام می‌ذاریم و سازمان اوقاف اون‌ها رو میاره و ما با اون‌ها هم مشارکت می‌کنیم. ولی اگه با من باشه، ما به کسی توصیه نمی‌کنیم وقف کنه چون وقف سازمانی داره به نام اوقاف که بین من و خیر قرار می‌گیره. من متولی بهداشت و درمانم اون کارش یه چیز دیگه ست. من می‌خوام خیر هم حس خوبی داشته باشه و هی نره سازمان اوقاف. بهش می‌گم همین جا صلح می‌کنیم می‌برم محضر تموم میشه و بیشتر از نصف روز معطل نمی‌شه.
- تو صلح تکلیفمون معلومه. قوانین صلح شفافن. خیر روز اول تکلیفش روشنه. می‌دونه که مالش رو کلاً بخشیده به ما یا اینکه میتونه نظارت داشته باشه و اگه نظارت داره بعد از مرگ هم میتونه ناظر تعیین کنه یا نه؟ این شرایط دقیقه در قرارداد قید می‌شه، لذا دچار اختلاف نمی‌شیم. اگر براشون کامل توضیح بدی که تا وقتی زنده هستی خودت استفاده کن، بعد از مرگ مالت به دانشگاه می‌رسه توجیه می‌شن. اگر اطلاع‌رسانی کنیم خیلی‌ها حاضرین اینجوری صلح کنن.

یافته‌های فاز سوم: راهکارهای پیشنهادی

همان‌گونه که در فصل سوم اشاره شد، طی مرحله مصاحبه، پیشنهادها افراد صاحب‌نظر در قالب پاسخ به این پرسش که «اگر شما قدرت قانون‌گذاری داشتید، در این زمینه چه می‌کردید؟» و «پیشنهادها شما در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت چیست؟» جمع‌آوری گردید. پیشنهادها در دو جلسه حدود ۹۰ دقیقه‌ای مطرح شد، پیشنهادها جدیدی نیز توسط اعضاء پنل ارائه گردید. سپس کلیه پیشنهادها مورد بازبینی، بحث و جمع‌بندی قرار گرفت. پس از این جلسات، کلیه الزامات و راهکارهای پیشنهادی که مورد توافق اعضاء قرار گرفته بود، توسط دو نفر از محققین، کدگذاری و طبقه‌بندی گردید. راهکارهای پیشنهادی مصاحبه‌شوندگان و شرکت‌کنندگان در جلسات پنل، پس از جمع‌بندی، کدگذاری و مرتب‌سازی، در پنج دسته به شرح ذیل طبقه‌بندی شدند:

۱. رویکرد قانون‌گذاری
 ۲. مقررات پیشنهادی برای ترویج و تسهیل مشارکت‌های خیریه
 ۳. مقررات پیشنهادی برای اداره مراکز خیریه
 ۴. پیشنهادها برای اجرا
 ۵. پیشنهادهایی برای ایجاد هماهنگی و نظارت
- در ادامه جزئیات بیشتری در خصوص هر دسته از موضوعات فوق ارائه می‌گردند:

رویکرد قانون‌گذاری

بخشی از پیشنهادها ارائه‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان و شرکت‌کنندگان در جلسات، به فرآیند قانون‌گذاری، سطح اجرای قوانین و مقررات و نوع نگرش قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران به موضوع مربوط می‌شد. لذا این نوع پیشنهادها در مقوله‌ای بنام رویکرد قانون‌گذاری طبقه‌بندی گردیدند. در جدول ۱۰ کدهای مرتبط با مقوله رویکرد قانون‌گذاری معرفی شده‌اند.

جدول ۱۰: کدگذاری و طبقه‌بندی پیشنهادها مرتبط با رویکرد قانون‌گذاری امور خیریه در حوزه

سلامت

کد	زیرمقوله
	<p>لزوم مردمی ماندن ماهیت سمن‌ها</p> <p>لزوم دخالت کمتر دولت در امور خیریه</p> <p>لزوم دخالت ندادن سیاست در امور خیریه</p> <p>لزوم نگرش بدهکارانه مسئولان دولتی به مردم و نهادهای مردمی</p> <p>لزوم نگاه کلان و فرا بخشی به نیازهای نظام ارائه مراقبت</p> <p>لزوم تغییر نگرش و ساختار مجامع و مؤسسات به سمت مشارکتهای غیرمالی</p> <p>لزوم تخصصی بودن مؤسسات خیریه</p>
	<p>لزوم تعیین نیازهای قانونی</p> <p>وضع قوانین جدید</p> <p>اصلاح قوانین موجود</p> <p>مشورت گرفتن از خیرین و خیریه‌ها هنگام تدوین قوانین و مقررات</p> <p>بازخورد دادن موارد عدم شفافیت به قانون‌گذار جهت اصلاح</p>
	<p>تدوین قانون جامع مشارکتهای مردمی</p> <p>لزوم وضع قوانین تسهیلگر در بعد ملی نه استانی و شهرستانی</p> <p>ایجاد نظام رتبه‌بندی سمن‌ها</p> <p>استفاده از قوانین محلی ولی با ضمانت اجرایی بیشتر</p> <p>ظرفیت: استفاده از مصوبات شورای شهر برای وضع مقررات تسهیلگر</p> <p>ظرفیت: استفاده از اختیارات هیئت‌امنا دانشگاه برای تصویب مقررات</p> <p>استفاده از مصوبات هیئت‌امنا و مجلس برای تسهیل اجرای قانون تنظیم</p> <p>استفاده از تفاهم‌نامه‌ها و مصوبات محلی برای کاهش هزینه آب و برق</p>

توضیح هر یک از زیرمقوله‌های مرتبط با رویکرد قانون‌گذاری، همراه با نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه که ناظر به پیشنهادهایی در این خصوص می‌باشند، در ادامه آمده است.

نوع نگرش

از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، نگرش مجلس و دولت و به‌طور کلی حاکمیت نسبت به قوانین و مقررات خیریه در ابعاد مختلف می‌بایست به‌گونه‌ای تغییر یابد که امور خیریه ماهیت مردمی خود را حفظ نموده و دولت و مسائل سیاسی کمترین دخالت را در این امور داشته و دولت بیشتر نقش هماهنگ‌کننده داشته باشد تا مجری. علاوه بر این دولت و مسئولان دولتی می‌بایست خود را بدهکار خیرین بدانند، چرا که بخشی از وظایف دولت را به عهده گرفته‌اند، درحالی‌که برخی مصاحبه‌شوندگان احساس می‌کردند دولت نسبت به برخی خیریه‌ها و خیرین نگاهی طلبکارانه دارد:

- این یه کار مردمیه و ماهیت مردمی اون باید باقی بمونه. خیرین و خیریه‌ها باید در کنار وزارت بهداشت و همکار اون باشن، نه بخشی از اون. وزارت بهداشت باید فقط بسترسازی کنه و نیازهاشو اعلام کنه.
- اگه من قدرت قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری داشتم، بازی‌های سیاسی رو قاتی امور خیرین نمی‌کردم. ... هرکسی اومده به‌عنوان خیر داره از جیبش خرج می‌کنه نگیم از دولت قبلی بوده و میخاد پولش رو بشوره ...
- ما بیشترین آسیب رو از دولت می‌بینیم ... هر جا که خیلی دولت رو قاتی کردیم مردم گریزون شدن. تو بخش سلامت اگه بذاریم سمن‌ها کار کنن خیلی بهتر از وقتی که دولت کار می‌کنه.

نوع دیگری از نگرش‌های لازم در این زمینه، نگاه کلان و فرا بخشی به نیازهای سلامت منطقه و کشور است. یکی از پیشنهادهایی که در این زمینه مطرح شده این است که کسانی که کمک‌های خیرین را جمع‌آوری، هدایت و ساماندهی می‌کنند (مشخصاً دانشگاه‌های علوم پزشکی و شعب مجمع خیرین سلامت کشور)، در اعلام نیازهای خود بخصوص در زمینه تجهیزات پیشرفته پزشکی، ضمن رعایت سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی، نیازهای کلان منطقه و حتی کشور را در نظر گرفته و بر اساس آن اولویت‌های تجهیزاتی خود را به خیرین اعلام نمایند:

- من فقط دانشگاهی نگاه نمی‌کنم. اگه الان خیری بیاد به من بگه می‌خوام تو تهران PET راه بندازم می‌گم راه ننداز. تو شهر تهران درسته نوبت‌ها طولانیه اما به قدری هست که جواب می‌ده. اگر ببری تو شهرستان‌ها خب نوبت‌های منم کم می‌شن. از اون ور چه لزومی داره همه بیمارستان‌ها PET داشته باشن؟ اگه خیر می‌خواد کار کنه باید جایی بره که لازم دارن. فرقی نمی‌کنه دانشگاه ما باشه یا جای دیگه. اگه این تفکر واقعاً وجود داشته باشه در سطح کلان خیلی به نفع کشوره... بدنه بهداشت و درمان پیچیده است، خیر اونو خوب نمی‌شناسه ممکنه بگه الا و بالله من میخام فلان دستگاه رو بیارم، اینجا این ما هستیم که باید به خیر بگیم این دستگاه تو اولویت ما نیست، یا ببر فلان شهرستان یا فلان مرکز هزینه کن و یا اگه میخوای به ما کمک کنی، نیاز ما اون یکی دستگاهه... ما کارمون اینه که کمک کنیم نیازهای واقعی رو شناسایی و معرفی کنیم.

تغییر نگرش نسبت به نوع کارکرد مؤسسات خیریه و به تبع آن تغییر ساختار آن‌ها، از دیگر پیشنهادهایی بود که در این زمینه مطرح شد. تعدادی از شرکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند تخصصی کردن زمینه فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های خیریه و همچنین درگیر شدن این مؤسسات در مشارکت‌های غیرمالی، به ارائه خدمات بیشتر و مفیدتری درسته جامعه منجر خواهد گردید:

- قبلاً می‌گفتیم فقط بیماری‌های خاص مثل تالاسمی و دیالیز و... الان هر بیماری یه انجمن داره: دیابت، مراقبت بعد از جواب کردن بیماران end stage که سمن اون تشکیل شد ... تا حالا نیازی بهشون احساس نمی‌شد اما الان نیاز هست که سمن‌ها تخصصی‌تر باشن.

- ما باید بیشتر به سمت سازمان‌های تخصصی برویم، سازمان‌هایی که هیئت‌مدیره شون تخصص لازم رو داشته باشن. مؤسسات از همون اول هدفمند تأسیس بشن و اهداف اونا مشخص باشه و آدم‌هایی که در اون قرار می‌گیرن با حوزه کاری آن موسسه مرتبط باشن. این‌گونه مؤسسات خیریه بستگی به نوع تخصصشون، به نظرم کاربردی‌تر هستند. ساختار تعریف‌شده برای مجمع خیرین طوری است که فقط برای تأمین مالی و فضای فیزیکی مؤثره و برای سایر مشارکت‌های غیرمالی پاسخگو نیست. خیریه‌ها هم بیشتر به تأمین منابع مالی و ساخت فضای فیزیکی گرایش دارن. تو بحث مشارکت‌های غیرمالی خیلی وارد نشده‌اند. مجمع خیرین باید کل مشارکت‌ها را ببینه، یعنی روی کمک‌های غیرمالی هم حساب باز کنه و برنامه داشته باشه. روی کمک‌های نیروی انسانی به‌صورت خیریه هم حساب باز کنه.

فرآیند قانون‌گذاری

بعضی از پیشنهادها ارائه‌شده توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه به فرآیند قانون‌گذاری مربوط می‌شود. به‌عنوان مثال پیشنهادشده ابتدای یک نیازسنجی، قوانین و مقررات موردنیاز شناسایی گردند. این نیازها می‌توانند به دو شکل باشند: یکی اصلاح قوانین موجود و دیگری وضع قوانین جدید برای مواردی که خلاً قانونی وجود دارد. همچنین پیشنهادشده در روند قانون‌گذاری از مؤسسات خیریه و کسانی که در زمینه جمع‌آوری کمک‌های خیریه کار کرده‌اند، مشورت گرفته شود:

- حتماً موقع وضع قوانین با کسانی که در حوزه خیریه کار کرده‌اند، حتماً با این‌ها مشورت کنند. قانون‌گذار تا خودش در حوزه کار نباشد نمی‌تواند درک خوبی داشته باشد. باید مشاور داشته باشد که بگوید کار این فرصت‌ها و این تهدیدها را دارد. کار باید پخته انجام شود. هر چه کار پخته‌تر باشد، ورود خیرین تسهیل میشه و بار دولت کمتر میشه. همچنین پیشنهادی مبنی بر ارائه بازخورد از سوی مجریان به قانون‌گذاران مطرح شد که به نظر می‌رسد به رفع نواقص قوانین و مقررات فعلی و آتی کمک نماید.

سطح قوانین و مقررات پیشنهادی

به‌طور کلی پیشنهادها ارائه‌شده توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه در مورد تدوین قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت، دو سطح ملی و محلی را شامل می‌شود. برخی قوانین و مقررات این حوزه باید در سطح کشور فراگیر باشد و توسط مجلس تصویب و یا توسط دولت به‌صورت یکسان به همه کشور ابلاغ گردد؛ مانند تدوین قانون جامع مشارکت‌های مردمی و یا مقرراتی برای ایجاد نظام رتبه‌بندی سازمان‌های مردم‌نهاد:

- به نظرم باید یه قانونی باید در سطح ملی تصویب بشه که خیرین یا مراکز خیریه از دادن مالیات و عوارض یا پول آب و برق معاف بشن. این باید تو کمیسیون‌های مجلس مطرح بشه...
- من اگه دولت بودم، اولین کاری که می‌کردم یه استاندارد تعریف می‌کردم و سمن‌ها را رتبه‌بندی می‌کردم. می‌گفتم سمن‌ها با این اشل رتبه‌بندی شوند و گرید بگیرند. بعد شرکت‌ها یا انجمن‌هایی با این گرید بالا میتونند این تسهیلات رو بگیرند. عیار هرکسی مشخص بشه. بعد

- اون قانون بیاد بر اساس رتبه‌بندی اعمال بشه که هر کس تلاش کرد به اون گرید بالا برسه ... این رتبه‌بندی برای بخش سلامت هم خوبه مثل اعتباربخشی که رقابت سالمی رو بین سمن‌ها ایجاد میکنه. این روش راه بین‌المللی شدن سمن‌ها رو هم فراهم می‌کنه.
- اغلب شرکت‌کنندگان معتقد بودند بعضی دیگر از قوانین و مقررات می‌بایست در سطح محلی و منطقه‌ای تدوین و ابلاغ گردند تا قابلیت اجرایی و تسهیلگری بیشتری داشته باشند، مانند مقرراتی که در شورای اسلامی شهر و روستا و یا در هیئت‌های اماناء دانشگاه‌های علوم پزشکی وضع می‌شوند:
- احساسم اینه که اگه مصوبات، منطقه‌ای و بومی باشه معمولاً تعهد بیشتری نسبت به اجرای اون وجود داره تا قوانین کلی. لذا فکر می‌کنم اگه استانی قوانین تصویب بشه تعهد به اجراش بهتره.
 - شهرداری‌ها میتونن از طریق مصوباتی که در شورای شهر می‌گذرونن، خیلی کارهاشون رو انجام بدن و قانونی کنن؛ یعنی دستشون باز هست. ولی اینکه خود شورای شهر و شهردار چقدر اهل ریسک باشه و بپذیره به اون عمل کنه مسئله دیگه‌ایه است.
 - قوانینی که در هیئت‌امنا دانشگاه‌ها گذرونده میشه و قانونی میشه، رئیس دانشگاه میتونه به استناد اون عمل کنه. مثلاً میتونن در هیئت‌امنا مصوب کنن که شما اجازه دارید تا سه سال از درآمد اختصاصی دانشگاه برای پرداخت سود وام (تسهیلات موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸ قانون تنظیم) استفاده کنی.

مقررات پیشنهادی برای ترویج و تسهیل مشارکت‌های خیریه

- تعدادی از مصاحبه‌شوندگان و شرکت‌کنندگان در جلسات، در پیشنهادها خود به موضوعاتی اشاره کردند که از دیدگاه آنان می‌تواند مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت کشور را ترویج و تسهیل نماید. تمرکز عمده این پیشنهادها بر تخفیف‌ها و بخشش‌هایی در زمینه صدور مجوزها و پروانه‌ها و نیز تخفیف‌های مالیاتی است. کدها و عناوین ذیل نمونه‌هایی از این‌گونه پیشنهادها هستند:
- لزوم طراحی سیستمی برای مشارکت خیرین و حمایت از آنان
 - تسهیل و تسریع در فرآیند صدور مجوز موسسه خیریه
 - بخشش قانونی هزینه‌های مربوط به مجوزها، پروانه‌ها و عوارض ساخت
 - لزوم تخفیفات و مشوق‌هایی از سوی شهرداری و شورای شهر
 - پیشنهاد کسر میزان کمک از اصل مالیات، نه از درآمد مشمول مالیات
 - اعطاء زمین رایگان به خیرینی که قصد ساخت مراکز عام‌المنفعه دارند
- نمونه‌های از جملات شرکت‌کنندگان در مطالعه در این زمینه:
- در کشوری مثل آلمان می‌توان در کمتر از یک هفته مجوز موسسه خیریه گرفت اما این فرآیند در ایران نزدیک دو سال زمان نیاز دارد. قوانین باید این فرآیند را تسهیل و تسریع کنند. ... در کشورهای دیگر نه تنها خیرین را از پرداخت مالیات معاف می‌کنند، بلکه زمین مجانی در اختیارشون قرار می‌دهند.

- اگر مشوق‌هایی توسط شورای شهر یا مجلس باشه که برای پروژه‌هاشون تخفیف قائل بشن میتونه کمک کنه و مسیر روان و سبزی رو باز کنه. احتمالاً تخفیف قانونی در این زمینه‌ها هم وجود نداره و باید مقرراتی واسش وضع بشه.
- خیری که یه زمین چندمیلیاردی داره میده و میخواد سرمایه‌گذاری کنه و یه ساختمان چندمیلیاردی هم مثل درمانگاه یا بیمارستان بسازه، بعد یه دفعه ما بهش می‌گیم پول پروانه ات میشه ۷ میلیارد. اینجا حس بدی به خیر دست میده، چجوریه که اومده چند میلیارد کمک کنه بعد بهش می‌گن باید اینقدر هم هزینه فلان چیز رو بدهی. خیری داشتیم که آمد کمک کنه با خلوص نیت هم اومد. پروژه و قرارداد تعریف شد. بعد از سرمایه‌گذاری وقتی سهم شهرداری، پروانه و ... مطرح شد، میلیاردها باید هزینه می‌کرد لذا رفت کنار گفت من نمی‌کنم. زمانی میام جلو که دولت هم بیاد جلو. من دارم اینقدر کمک می‌کنم، زمین می‌دم پول ساخت می‌دم ولی دیگه پول پروانه نمی‌دم. دولت باید به بهانه‌های مختلف تسهیلات قرار بدهد.
- یکی از مشکلات مالیات است. خیلی از خیرین می‌گن شما مشکل مالیات رو حل کنید ما پول اون رو به شما میدیم برای جامعه صرف کنید.
- ما توی ایران خیلی فرار مالیاتی داریم چرا مشوق مالیاتی نداشته باشیم؟ چه پول رو بدیم به دولت که دولت بعداً در سیستم بهداشت و درمان خرج کنه چه بگیم اینو خرج بهداشت کن تا بعداً از مالیات کم بشه، چه فرقی می‌کنه؟

مقررات پیشنهادی برای اداره مراکز خیریه

پیشنهادها ذیل در زمینه اداره مراکز خیریه از سوی شرکت‌کنندگان در مطالعه مطرح شده است:

- خودگردان کردن مؤسسات خیریه
- تأمین بخشی از هزینه‌های بیمارستان‌های خیریه از محل بودجه طرح تحول سلامت
- وضع قانون اداره بیمارستان‌های خیریه
- اصلاح تعرفه بیمارستان‌های خیریه
- وضع قانونی برای مشارکت بیشتر خیرین در اداره مراکز خیریه
- اداره مجمع خیرین توسط خود خیرین
- تدوین اساسنامه یکسان برای مؤسسات خیریه

نمونه‌هایی از جملاتی که از پیشنهادها فوق پشتیبانی می‌کنند، به شرح ذیل می‌باشد:

- وزارت بهداشت با کمک افراد باتجربه در این زمینه، اساسنامه یکسانی برای همه مؤسسات خیریه تهیه کند و همه ملزم به رعایت آن باشند. نظارت هم به عهده وزارت بهداشت باشد. از مؤسساتی که طبق اساسنامه عمل می‌کنند، حمایت نماید.
- در واقع یه راه اینه که طرح تحول سلامت بیاد همون طور که به بیمارستان‌های دولتی کمک میکنه به بیمارستان‌های خیریه هم کمک کنه ... من اطمینان دارم رقمی که دولت اینجا کمک کنه از بیمارستان‌های دولتی هم کمتر هم خواهد بود. درحالی که

اگر بیمارستان‌های خیریه به دولت منتقل بشه، دولت باید بیش از این هزینه کنه. پس به نظر میرسه به نفع دولت هم هست که به مؤسسات خیریه کمک کنه. گذشته از این قراره که ما تصدی‌گری درمان را برداریم؛ و خدمات درمانی از خدمات قابل واگذاری ماست. این کار باعث خواهد شد که افراد دیگه هم بیان تو این حوزه سرمایه‌گذاری کنن.

- درصدی از هزینه‌های بیمارستان خیریه توسط وزارت بهداشت تقبل شود و مابقی آن بر اساس تعرفه مشخص و ابلاغ شود (تعرفه‌ای که از تعرفه بخش دولتی بالاتر و از تعرفه خصوصی کمتر باشد):

- در صورتی که بخشی از هزینه‌های جاری توسط خیرین یا هیئت‌امنا پرداخت می‌شود، به همان نسبت در صورت‌حساب بیمار درصدی از هزینه وی به‌عنوان کمک خیرین کسر گردد.

- مؤسسات خیریه مالیات و عوارض ندهند، به همان نسبت از پرداختی بیماران کسر گردد.

- از بیمه‌ها (دولتی و خصوصی) به‌اندازه بخش خصوصی به بیمارستان‌های خیریه پرداخت شود (چون هدف از تعرفه‌گذاری بیمارستان‌های خیریه این است که به مردم کمک شود و سهم پرداختی مردم کم شود نه مؤسسات بیمه‌گر)

- درست هم‌اینه که باید بخش خصوصی تعرفه هاش بیشتر باشه چون هدف اصلیشون سوددهی هست درحالی‌که این موضوع تو بخش خیریه معنی نداره و باید تعرفه فقط در حدی باشه که هزینه‌ها رو جبران کنه و مساله سودزایی مطرح نباشه. باید دولت بهش کمک کنه که خدمت ارائه بده.

پیشنهادها برای اجرا

به‌منظور اجرای بهتر قوانین و مقررات، پیشنهادها زیر توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش مطرح گردید:

- استفاده از ظرفیت‌های قوانین و مقررات موجود
- الزام به اجرای دقیق برنامه از قبل تفاهم شده با خیرین در پروژه‌های عمرانی
- اعتمادسازی از طریق عمل به تعهدات قبلی
- انجام امور اداری اهداء کمک‌ها توسط شخص ثالث (غیر از خیر)
- لزوم داشتن لیست آماده‌ای از نیازها
- لزوم اولویت‌بندی نیازها و اعلام آن اولویت‌ها
- لزوم داشتن برنامه و نقشه از پیش آماده‌شده برای پروژه‌های مشارکتی
- ایجاد رقابت بین دانشگاه‌ها از طریق مطالبه‌گری وزارت بهداشت در زمینه میزان اجرایی شدن قوانین

- تخصیص اعتبار به دانشگاه‌ها برای اجرایی شدن ماده ۱۸ قانون تنظیم مقررات مالی دولت
- تخصیص هم‌زمان سهم دولت با سهم خیرین در پروژه‌های مشارکتی
- یادگیری نحوه تعامل با خیرین توسط مدیران اجرایی

نقل قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان در خصوص چالش‌های مرتبط با اجرای قوانین و مقررات:

- اکثراً ما خودمون نمی‌دونیم از اونا چی می‌خایم. الان یه خیر مراجعه کنه من سردرگم هستم که چی بهش بگم و چی واسمون بسازه؟ خیلی وقت‌ها هم سراغ نیازهایی میریم که خیلی هم ضروری نیستن ولی چون خیر هست در یه روستایی که ۲۰۰ نفر هم جمعیت نداره یه مرکز بهداشتی درمانی می‌سازیم درحالی‌که با یه خونه بهداشت یا یه پایگاه هم کار اونجا راه می‌افته. ولی چون پول رو خیر میده، بی‌حساب خرج می‌کنیم. ما یه مجموعه‌ای که با ۲۰۰ متر زیربنا مشکلش حل میشد رو اومدیم با سه طبقه زیربنا گرفتیم و خیر هم ناراضی است که چرا فقط یه طبقه ساختمونش استفاده میشه و دائم هم به وزارت بهداشت شکایت میکنه که چرا اینجا خالیست. خب حق هم داره. همین دو سال اخیر هم ساخته شده. ولی ما فکر می‌کنیم چون خیرساز هست هرچه گسترش فضا بدهیم خوبه. روی تیپ و نقشه خاصی هم کار نمی‌کنیم.
- متأسفانه از گذشته تا بحال اون چیزی که دلمون می‌خاد از اول مشخص نیست. در طول ساخت‌وساز نظرات و کارهای کارشناسی عوض میشه، تغییر نقشه و خرابکاری پیش میاد. گاه پروژه‌هایی بوده که صدها میلیون به خیر ضرر زده‌ایم چون در حین کار گفتیم که نقشه رو عوض کن و اینجوری بساز، خراب کن و تغییر کاربری بده. اینا اعتماد خیر رو سلب و اونو دل‌سرد میکنه. ما نمونه‌های اینجوری داشتیم.
- باید یه تیم کارشناسی بشینه ده تا پروژه برای ۵ سال آینده تعریف کنه. دانشگاه پروژه هاش مشخصه. پروژه‌ها یا خانه بهداشت هست، یا مرکز بهداشتی درمانی، یا بیمارستان، یا مرکز ۱۱۵، همه این‌ها تعریف شده است و بر اساس نوع فعالیتشون نقشه تیپ دارند، دانشگاه یک‌بار برای همیشه یا برای چند سال آتی این‌ها رو تعیین کنه، این باید کاملاً شفاف باشه. اینجور نباشه که اول به خیر بگیم ۲۰۰۰ متر، ولی بعد نقشه تهیه بشه ۴۰۰۰ متر. خیر میگه من برای ۲۰۰۰ متر پول دارم. گاه خیری بوده که قرار بوده ۲۰۰ متر بسازه و درنهایت ۲۰۰۰ متر ساخته ولی با رضایت خودشون بوده و گاه هم بوده که خیر دوست داشته ۵۰۰ متر بسازه، ما گفتیم الان ۲۵۰ متر نیاز داریم. ولی به‌رحال داشتن برنامه و نقشه آماده و لیست نیازها خیلی مهم است.
- خیر پذیرفته یه مرکز بهداشتی بسازه، بعد از سه ماه هنوز نقشه و پروانه آماده نشده، خیر هرروز زنگ میزنه که چی شد؟ باید یه تیم باشه که ازش بخوان که کجای کاری و اگه مشکلی هست کجاست؟ همین جوری که برو و یه کاری بکن نمیشه. ۸ ماهه معاونت بهداشتی نامه میزنه به دفتر فنی، دفتر فنی یه نقشه می‌فرسته، اونا بررسی می‌کنن و تأیید نمیکنن و برمیگردن، درحالی‌که یه ۲۴ ساعت کار داره. پیشنهاد من این بود که برای مراکز بهداشتی، دو کارشناس از معاونت بهداشتی و دو تا از دفتر فنی بروند تو یه اتاقی بنشینند و یکی دو روز بعد تعدادی نقشه

- تیپ به ما بدهند که هر دو دسته کارشناس اون رو امضا کرده باشند؛ که دیگه ان قلت نداشته باشه. رئیس دانشگاه یا معاونت پشتیبانی باید یه بار اونا رو جمع کنه و ازشون بخواد.
- یه سری چالش‌هایی و مشکلاتی که هست بابت همین قضیه هست که ما اعتماد اونا رو نتونستیم جلب کنیم؛ چون تعهداتی که ما یا دانشگاه دادیم خیلی اجرایی نشده. چون اونطور که باید و شاید نتونسته ایم از خیر تکریم و تجلیل کنیم. به دلایلی این مشکلات اگه برطرف بشه ظرفیت عظیمی آزاد میشه؛ یعنی خیرین بخش سلامت خیلی بیشتر از جاهای دیگه هستن. خیلی از اونایی که پول دارن و میخوان کمک خیر بکنن دوست دارن در بخش سلامت هزینه کنن تا جای دیگه. بالاخره مقوله سلامت یکی از نیازهای اساسی جامعه هست و بیشتر باهانش درگیر هستن. تو هر خانواده‌ای افرادی هستن که نیازمند کمک هستن اینه که خیلی خیرین دوست دارن وارد عرصه سلامت بشن که باید راهکارهاش پیدا بشه. اول جلب اعتماد، از این نظر که این پولی که میذارن در همون موضوعی که نیت خیر هست هزینه میشه. در همون راه؛ و ثانیاً اگه مجمع یا دانشگاه تعهدی داره اون تعهدات رو به موقع انجام بده و پیگیر باشه.
 - مثلاً در همین آیین نامه (ماده ۱۸ قانون تنظیم) که معاون اول محترم ریاست جمهوری صادر کرده و به همه (وزیر، هیئت‌امنا، سازمان مدیریت،...) هم ابلاغ شده، بیان آخر سال در گزارش سالانه از رئیس دانشگاه بخوانند که این آیین نامه را چند درصد در دانشگاهت اجرا کرده‌ای؟ این آیین نامه کار خوبی است پس بیان بخوان که کدام دانشگاه‌ها تونسته‌اند از این آیین نامه بهره‌برداری کنند؟ این مطالبه از دانشگاه‌ها خودش رقابت ایجاد میکنه. این یه فرصت است برای تأمین اعتبارات.
 - مدیریت‌های اجرایی ما یاد نگرفتند که با فرصت‌های خیرین چطوری برخورد یا تعامل کنند. اگر یه خیری اومد و یه کاری کرد چه اقتضائاتی داره که ما مدیران سیستم باید بدونیم و در تصمیم‌گیری و قانون‌گذاری هامون بهش توجه کنیم، مثلاً نیت خیر چقدر اهمیت داره، آیا ما اجازه داریم به محض اینکه نیازمون تغییر کرد اون کاری که خیر انجام داده رو حذف کنیم یا نه؟

پیشنهادهایی برای ایجاد هماهنگی و نظارت

در زمینه ایجاد هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف درگیر در مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت و نظارت بر آنها، پیشنهادها ذیل مطرح گردید:

- لزوم تدوین قوانین تسهیلگر در همکاری دستگاه‌های دولتی
- لزوم جلب همکاری استانداری. شهرداری. دارایی. برق. مسکن
- لزوم همکاری درون بخشی در دانشگاه‌ها
- لزوم هماهنگی بین بخشی با شهرداری و دارایی
- لزوم حمایت شهرداری
- جلب همکاری دستگاه‌های مختلف دولتی به وسیله اطلاع‌رسانی

- مطالبه و پیگیری وزارت بهداشت از سایر دستگاه‌ها در دولت
 - لزوم نظارت بر اجرای قوانین
 - لزوم مصرف کمک‌های خیریه مطابق نیت خیرین
 - لزوم نظارت بر میزان دقیق هزینه کرد خیر پیش از صدور گواهی مالیات
 - لزوم کنترل و نظارت بر خیریه‌ها
 - لزوم نظارت دولت بر پروژه‌های خیرساز
 - تعیین هیئت نظارت برای هر پروژه
 - لزوم نظارت وزارت بهداشت بر مؤسسات خیریه
-
- مجوزهایی هست که اخذشون تسهیل بشه خیلی خوب میشه باید یه سری هماهنگی‌های بین بخشی انجام بشه، مثلاً شهرداری راحت مجوز بده
 - شهرداری خیلی می‌تونه تأثیرگذار باشه. اگه شهردار منطقه همراه باشه پروژه خوب جلو می‌ره. اگه نه ۱۰۰ بار میاد جلوی پروژه منو می‌گیره. مثلاً دارم درمانگاه می‌سازیم، به خاطر عوارضی که شهرداری بهش بسته، طرف داشت ریجکت می‌کرد که بره. به خاطر اینکه یک میلیارد بهش عوارض بسته بودند. یک ماه زندگیمون رو گذاشتیم، به زمین و زمان آویزون شدیم کردیمش ۱۰۰ میلیون؛ یعنی شهرداری حمایت نکنه خیرین ما ریجکت می‌شن.
 - از جهت حمایتی هم یه بخشی مربوط به ماست (وزارت بهداشت) که حتماً رفع مشکل خواهیم کرد و یه بخشی هم مربوط میشه به دولت که من میتونم خواهش کنم از وزیر اقتصاد و رئیس محترم گمرک ایران که در یک جلسه‌ای که نمایندگان خیرین محترم هم باشند، موضوعات مربوط به عوارض گمرک رو بررسی و انشا الله حل و فصل کنیم.
 - کنترل خیریه‌ها خوب است. چون به‌هرحال علیرغم اینکه خیریه جای خوبیه ولی آسیب‌پذیر هم هست؛ یعنی اگر خدای نکرده افراد معدودی مقاصد دیگری داشته باشند ممکنه یه سری اتفاقات (بدی) در خیریه‌ها بیفتد. پس نظارت بر آن‌ها لازم و خوبه. منتها نگرش غالب باید این باشد که خیریه‌ها آمده‌اند کمک کنند پس باید کمکشان کرد، حمایتشان کرد.
 - به نظرم خیرین هم نباید آزاد باشن و از طرف دولت باید رو اونها نظارت وجود داشته باشه؛ و کارهای اونا رو از نظر فنی و غیر فنی کنترل کنن. باید روز اول تعریف بشه هیئت‌امنایی متشکل از این افراد باید باشن و رئیس و ناظر و بازرس و وظایف براشون تعریف بشه. به‌هرحال باید مقررات دولتی رعایت بشه. خیر حق نداره هر کاری خواست بکنه باید به قوانین توجه کنه.
- باید یه نظارتی هم در خود دستگاه‌های دولتی باشه. ما هم اینجا باید اطلاعات مربوط به هزینه کرد موسسه یا خیر رو نظارت دقیق کنیم که از اون سوءاستفاده نشه. ما رقمی که اعلام می‌کنیم همون رقمی باشه که خیر خرج کرده. متأسفانه ما تو این قسمت نقص داریم. خیلی وقت‌ها بنا به اعلام خود خیر رقمی که خودش اعلام می‌کنه رو براش گواهی می‌کنیم در صورتی که به نظرم کار درستی نیست.

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

همان‌گونه که در فصل قبل ملاحظه گردید، یافته‌های پژوهش حاضر در فازهای سه‌گانه مطالعه، اطلاعات نسبتاً وسیعی را به همراه داشته است. در این فصل به‌منظور بحث و تحلیل این یافته‌ها، با توجه به اینکه عنوان و هدف اصلی این پژوهش، آسیب‌شناسی قوانین و مقررات مرتبط با خیریه در حوزه سلامت ایران می‌باشد، عناوین چالش‌های شناسایی‌شده در فاز دوم مطالعه به‌عنوان محور اصلی یافته‌ها و چارچوب کلی تحلیل در نظر گرفته شده و به بحث گذاشته شده است. از یافته‌های بخش مرور اسناد و پیشنهادها ارائه‌شده در مصاحبه‌ها و جلسات پنل و نیز مقالات مرتبط، برای تکمیل بحث استفاده گردیده است. در پایان فصل نیز، پس از نتیجه‌گیری، پیشنهادهایی هم از جنبه اجرایی و هم از نظر هدف‌گذاری برای پژوهش‌های آتی ارائه گردیده است.

بحث و تحلیل یافته‌ها

چالش عدم‌جامعیت قوانین و مقررات

یافته‌های این مطالعه در بخش مصاحبه‌ها نشان داد نقش‌آفرینان حوزه خیریه سلامت از اشخاص خیر گرفته تا سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی که کمک‌های خیریه را جمع‌آوری، هدایت و یا توزیع و مصرف می‌کنند و تا مدیران و سیاست‌گذاران، هیچ یک قانونی که به‌طور جامع و اختصاصی به امور خیریه در حوزه سلامت، یا حتی سایر حوزه‌ها، پرداخته باشد را سراغ نداشتند. نتایج حاصل از جستجوی دستی و اینترنتی و مشورت با صاحب‌نظران حقوقی در بخش مرور اسناد نیز این یافته را تأیید می‌کند. آنچه در مجموع به‌عنوان قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران به دست آمد، مجموعه‌ای است متشکل از بندهایی از برخی قانون‌ها، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها، تفاهم‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و اساسنامه‌ها که در طی چندین دهه از زمان، توسط مراجع مختلف، در سطوح مختلف و در حوزه‌های عمومی، برنامه‌ای، بودجه‌ای، مالیاتی، اداری - اجرایی، امور خیریه و یا حوزه سلامت تدوین شده‌اند. باین‌حال همین مجموعه موجود که عمدتاً در لابه‌لای سایر قوانین و مقررات پراکنده‌اند، نیز همه نیازهای قانونی را پوشش نداده و دارای خلأهای متعددی از جمله در حوزه‌های مالیاتی، شهرداری، گمرک و سایر بخش‌هاست، چرا که اساساً هدف اصلی تدوین بخش عمده‌ای از قوانین و مقرراتی که این بندها از آن‌ها استخراج شده‌اند، موضوعات دیگری غیر از خیریه سلامت بوده است. پراکنده بودن این بندهای قانونی، خود می‌تواند زمینه آسیب‌های دیگری از جمله عدم اطلاع دقیق همه ذینفعان از مقررات مربوطه، ناهمخوانی قوانین و مقررات با یکدیگر و ناهماهنگی بین مجریان را فراهم آورد.

لذا با توجه به چالش عدم‌جامعیت و آسیب‌های ناشی از آن، همان‌گونه که اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه در پیشنهادها خود به آن اشاره کرده‌اند، تدوین قانونی جامع و اختصاصی در سطح ملی و نیز مقرراتی مکمل و تسهیلگر در سطوح سیاست‌گذاری ملی و محلی در مراجعی مانند مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شوراهای اسلامی شهرها و هیئت‌های امناء دانشگاه‌های علوم پزشکی، ضروری می‌نماید.

جامعیت به‌عنوان یکی از ویژگی‌های قوانین و مقررات موردنظر، می‌تواند ابعاد مختلف مشارکت‌های خیریه مالی و غیرمالی و حوزه‌های مختلف پیشگیری، درمان، بهزیستی و توان‌بخشی، آموزش و پژوهش در عرصه سلامت را در برگیرد.

چالش عدم شفافیت قوانین موجود

از دیدگاه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، کلی‌گویی در بعضی قوانین، عدم صراحت، مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها و تفسیرهای متفاوت از قانون توسط ذینفعان مختلف، از جمله چالش‌های قوانین و مقررات موجود بود که از آن‌ها به‌عنوان «چالش عدم شفافیت» یاد کردیم. یافته‌های مرور اسناد نیز تا حدودی این دیدگاه را تأیید می‌کند.

در مورد آنچه توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه «کلی‌گویی» نامیده شده، باید توجه داشت که این ویژگی در مورد برخی اسناد، مانند قانون اساسی و برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور، ذاتی این‌گونه قوانین بوده و نمی‌توان آن را نقدی بر قوانین دانست. آنچه «کلی‌گویی» را در ذهن مخاطبان القاء می‌کند، بیشتر به فقدان قوانین مکمل و پایین‌دستی مربوط می‌شود تا نقص اسناد بالادستی.

مواردی از عدم شفافیت که از آن با عنوان «تفسیر متفاوت از قانون» یاد شده، به نوع نگرش تدوینگران و جایگاه اجرایی آنان مربوط می‌شود. به‌عنوان مثال همان‌گونه که در تحلیل یافته‌های مرور اسناد اشاره گردید، به نظر می‌رسد از دیدگاه تهیه‌کنندگان اسناد و قوانین کشوری، هدف عمده از مشارکت‌های خیریه، بیشتر تأمین مالی و از دیدگاه مجمع خیرین سلامت، بیشتر جنبه‌های بشردوستانه است. درحالی‌که اسناد صادره از وزارت بهداشت، ترکیبی از جنبه‌های فرهنگی - اجتماعی، مدیریتی و اقتصادی را به‌عنوان هدف مشارکت‌های خیریه مدنظر قرار داده‌اند.

نمونه دیگری از این تفسیرهای متفاوت که ناشی از جایگاه متفاوت ذینفعان است و در یافته‌های مرور اسناد هویدا گشت، برداشتی است که از واژه «تولیت» در ادبیات دو سازمان مختلف یعنی سازمان اوقاف و وزارت بهداشت وجود دارد. در ادبیات سازمان اوقاف و در اسناد حقوقی مربوط به وقف، از واژه «تولیت» معنای «مدیریت و اداره امور موقوفه» ایفا می‌شود. به‌عبارت‌دیگر تصدی امور وقف را تولیت گویند (۴۹). به‌عنوان مثال در بخشی از قانون مدنی کشور، در مورد شرایط وقف، بیان گردیده واقف می‌تواند خود و یا فرد دیگری را برای تولیت یعنی اداره کردن امور موقوفه مشخص نماید، همچنین واقف می‌تواند برای متولی، ناظر قرار دهد. واقف یا حاکم نمی‌تواند متولی موقوفه را عزل نمایند مگر اینکه حق عزل شرط شده باشد و یا خیانت متولی آشکار گردد. همچنین به‌موجب ماده ۸۱ قانون مدنی، اصلاحی سال ۱۳۷۰، اداره موقوفات عام فاقد متولی طبق نظر ولی فقیه می‌باشد (۲۱). این در حالی است که در ادبیات وزارت بهداشت و حوزه سلامت، «تولیت» به معنی تعیین قواعد بازی و ارائه جهت‌دهی‌های راهبردی برای تمام بازیگران عرصه سلامت است. بخش عمده‌ای از تولیت در قالب وضع قوانین کارا و مؤثر نمود پیدا می‌کند (۵۰، ۵۱). ملاحظه می‌شود که این مفهوم از تولیت تقریباً نقطه مقابل «تصدی‌گری» است.

با شناخت موارد عدم شفافیت، راهکارهای عملی برای رفع آن‌ها کار چندان دشواری نخواهد بود. همان‌گونه که شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها و جلسات پنل اشاره کرده‌اند، ایجاد هماهنگی بین

نقش آفرینان و اصلاح فرآیند قانون‌گذاری از طریق مکانیسم بازخورد و انعکاس موارد عدم شفافیت می‌تواند راهکارهای مناسبی برای رفع این چالش باشد.

چالش سخت‌گیرانه و طولانی بودن فرآیندهای قانونی

یافته‌های مطالعه نشان داد از دیدگاه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، قوانین موجود، از جمله مقررات مربوط به ثبت موسسه خیریه، صدور مجوز فعالیت و فرآیندهای مشارکت در پروژه‌های عمرانی، بیش از حد سخت‌گیرانه هستند و با این ویژگی نمی‌توانند مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت را به اندازه کافی ترویج و تشویق نمایند. از دیگر سو اعتقاد بر این است که برخی از این به‌ظاهر سخت‌گیری‌ها، به‌منظور اعمال نظارت و حاکمیت و پیشگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی، لازم هستند. لذا به نظر می‌رسد ضمن اینکه لازم است برخی سخت‌گیری‌های غیرضروری حذف گردد، ضروری است قانونگذاران و سیاست‌گذاران این عرصه، برای سایر موارد سخت‌گیری‌ها، توجیه مناسبی که متضمن اعمال نظارت و تولید باشد، داشته باشند. مطابق ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۴، «کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی و درمانی و پزشکی کشور که از طریق بخش خصوصی و غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند باید تحت نظارت و کنترل و برنامه‌ریزی این وزارتخانه قرار گیرند». بدیهی است اعمال تولید و نظارت‌های ملحوظ در این قوانین، مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی را نیز شامل می‌گردد. البته تشخیص ضروری یا غیرضروری بودن هر یک از مصادیق سخت‌گیری و تدوین و طراحی دستورالعمل‌های اجرایی تسهیل و تسریع‌کننده فرآیندهای مربوط به مؤسسات خیریه و یا مشارکت‌های خیرین، با دشواری‌های خاص خود همراه بوده و مستلزم کارشناسی‌های متعدد از جنبه‌های اجرایی و حقوقی است.

چالش انگیزاننده نبودن قوانین و مقررات

بر اساس یافته‌های این مطالعه، تخفیف مالیاتی پیش‌بینی‌شده در قوانین و مقررات فعلی کشور که عبارت است از کسر میزان کمک‌های اهدایی فرد یا شرکت از درآمد مشمول مالیات آن فرد یا شرکت، اگرچه می‌تواند مشوق کوچکی برای برخی شرکت‌ها باشد، ولی برای بسیاری از خیرین کشور انگیزاننده نیست. بلکه قوانین مالیاتی در صورتی می‌توانند انگیزاننده باشند که مبلغ کمک خیر به‌عنوان عین مالیات محاسبه شود نه اینکه از درآمد مشمول مالیات کسر گردد.

برخی انگیزاننده‌های مالیاتی پیش‌بینی‌شده در قوانین و مقررات موجود، شامل مؤسسات دریافت‌کننده کمک می‌گردد، مانند معافیت مالیاتی کمک‌ها و هدایای دریافتی مؤسسات خیریه اعطاء حق نام‌گذاری پروژه‌های عمرانی به خیرینی که حداقل ۳۰ درصد در ساخت آن‌ها مشارکت نموده باشند، نمونه‌ای از انگیزاننده‌های غیرمالی پیش‌بینی‌شده در قانون است.

چالش ناهماهنگی

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، بخشی از ناهمخوانی‌های قوانین و مقررات و نیز ناهماهنگی‌ها درون و بین دستگاه‌های اجرایی، به فقدان قانون‌های جامع و اختصاصی در این حیطه مربوط می‌شود. لذا تقویت هماهنگی درون بخشی در واحدهای مختلف دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین تقویت همکاری‌های

بین بخشی در میان دستگاه‌های اجرایی همانند استانداری، شهرداری، دارایی، برق و ادارات مسکن و شهرسازی که در پیشنهادها حاصل از فاز سوم این مطالعه به آن اشاره گردید، راهکاری ضروری می‌نماید.

چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات

مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه به چالش‌هایی در اجرای قوانین و مقررات مرتبط با حوزه خیریه سلامت پرداخته بودند که در بخش یافته‌ها به آن‌ها اشاره گردید. اگرچه عملاً نمی‌توان ریشه چالش‌های اجرایی را از سایر چالش‌ها مانند ناهماهنگی، نظارت و تولید جدا دانست، اما به لحاظ طبقه‌بندی انجام‌شده و تأکید شرکت‌کنندگان در مطالعه بر برخی جنبه‌های خاص اجرایی، در این قسمت به مواردی که بیشتر راهکار اجرایی برای آن ارائه‌شده، پرداخته می‌شود.

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت اگرچه قوانین و مقررات موجود جامعیت لازم را ندارند، ولی از ظرفیت‌های موجود در همین مقررات موجود نیز به‌طور کامل استفاده نمی‌شود، چرا که شرکت‌کنندگان در مطالعه، عدم استفاده از ظرفیت‌های قوانین فعلی را یکی از چالش‌های اجرایی در این زمینه می‌دانستند. ظرفیت‌های احصاء شده از قوانین در بخش یافته‌های مرور اسناد در قالب دسته‌جات ظرفیت مجوزها، ظرفیت‌های بودجه‌ای، اداری، فرهنگی و رسانه‌ای و نیز راهبردهایی چون فرهنگ‌سازی و انگیزش مورد بررسی قرار گرفت.

عدم هماهنگی و کندی فرآیندهای اجرایی از چالش‌هایی است که مصادیق آن در مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه مشهود است.

همان‌طور که در فصل یافته‌ها مشاهده می‌شود، بخش قابل‌توجهی از چالش‌های مربوط به اجرای قوانین و مقررات به ابعاد مالی به‌ویژه کمبود بودجه مربوط می‌شود. چالش‌های مربوط به اجرای قانون چهل-شصت، مشکلات مربوط به اداره مراکز خیریه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، چالش‌های مربوط به تعرفه بیمارستان‌های خیریه و مشکلات اجرایی آیین‌نامه‌های مواد ۱۰ و ۱۸ قانون تنظیم مقررات مالی دولت، نمونه‌هایی از این دست مشکلات مالی هستند.

چالش‌های مربوط به وقف

علیرغم مزایای اجتماعی و اقتصادی نهاد وقف، شرکت‌کنندگان در این مطالعه چالش‌هایی را درباره آن ذکر کردند. در برخی متون نیز محدودیت‌هایی برای وقف ذکر شده است. از جمله: عدم جدایی واقف (مالک اولیه) و ادامه سلطه وی بر موقوفه از طریق تعیین متولی و ناظر، مشکلات مربوط به تغییر وضعیت حقوقی موقوفه و دشواری‌های مربوط به کمک‌های سایر شهروندان به موقوفات. این چالش‌ها باعث شده، گاه وقف نسبت به نهادهای رقیب خود مانند صلح و هبه مغلوب تلقی شود (۵۲).

عدم امکان تغییر کاربری موقوفه، یکی از محدودیت‌های وقف است. به عبارت دیگر وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی که ملک موقوفه‌ای را در اختیار دارند، نمی‌توانند به فراخور نیاز منطقه، کاربری آن را تغییر دهند. در صورتی که از مال هبه شده می‌توان هر نوع استفاده‌ای را نمود. لذا اگر استفاده از صلح و هبه جایگزین وقف گردد، دست دولت در این‌گونه موارد بازتر خواهد بود.

یکی دیگر از محدودیت‌های وقف، دشواری‌های مربوط به فروش موقوفات است. بر اساس ماده ۸۸ قانون مدنی، بیع وقف جایز نیست مگر آنکه خراب شود یا خوف خرابی باشد به نحوی که انتفاع از آن ناممکن باشد، آن هم در صورتی که عمران متعذر باشد یا کسی برای عمران آن حاضر نشود. طبق ماده ۹۰ قانون مزبور ولو فروش موقوفه جایز باشد، عین موقوفه به اقرب به غرض واقف تبدیل می‌شود (۲۱).

دشواری‌های مربوط به فروش موقوفات و یا تغییر کاربری آن‌ها گاه موانعی حقوقی و فقهی ایجاد می‌نماید. به طوری که چنین محدودیت‌هایی، باعث شده برخی صاحب‌نظران، بازنگری در قواعد سنتی وقف را پیشنهاد نمایند (۵۳).

یکی دیگر از محدودیت‌های قانونی وقف در حوزه سلامت، عدم جدایی واقف از موقوفات درمانی است که توسط دولت (و عمدتاً به واسطه دانشگاه‌های علوم پزشکی) اداره می‌شوند. در این مطالعه مشخص شد این وضعیت، مطلوب دولت و نهادهای دولتی نیست، بلکه مایل‌اند خیرین مال خود را در قالب صلح به دانشگاه یا دولت واگذار نمایند. از طرفی به نظر می‌رسد، خیرین ترجیح می‌دهند وقف کنند تا اینکه مال خود را صلح کنند یا به دولت ببخشند، چرا که در صورت وقف امکان نظارت بیشتری بر موقوفه خواهند داشت. چنین دیدگاهی لزوم جلب اعتماد بیش‌ازپیش خیرین توسط دولت را نمایان می‌سازد. اگر اعتماد مردم جلب شود، هبه و صلح افزایش یافته و استفاده از اموال صلح و هبه شده تسهیل و کارآمدتر خواهد شد (۵۲). خوشبختانه شواهد اخیر نشان می‌دهد توسعه سنت حسنه وقف و گسترش فرهنگ آن به‌عنوان راهبردهایی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت کشور به‌ویژه فراهم نمودن زیرساخت‌ها، مورد توجه مسئولان این بخش قرار گرفته است. در این راهبردها به استفاده از ابزارهای مالی - تخصصی وقف از جمله انتشار اوراق وقف، اوراق مشارکت سلامت، راه‌اندازی بیمه سلامت وقف، تشویق خیرین به وقف ثلث مال در حوزه سلامت و شناسایی، ساماندهی، حمایت، پشتیبانی و نظارت بر بنیادها و مؤسسات و مجامع خیریه سلامت مربوط به موقوفات، توجه شده است (۵۴). اقدامات اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در سایه تشکیل معاونت اجتماعی در این وزارت شکل گرفته، می‌تواند نویدبخش افزایش اعتماد مردم و گسترش مشارکت‌های داوطلبانه آنان باشد.

بهر حال استفاده از ظرفیت‌های موجود در نهاد وقف می‌تواند به تأمین زیرساخت‌های نظام سلامت کمک کند. به دلیل جایگاه قانونی سازمان اوقاف و امور خیریه، همکاری و تعامل با این سازمان می‌تواند نظام سلامت را در ایفای نقش تأمین مالی و تولید منابع یاری رساند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش لزوم اقداماتی اساسی در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت را خاطر نشان می‌سازند. این اقدامات طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها شامل تدوین قوانین و مقررات جدید، اصلاح قوانین و مقررات موجود، اصلاح فرآیندهای اجرایی، طراحی فعالیت‌هایی جهت عملیاتی نمودن قوانین فعلی و استفاده از ظرفیت‌های موجود و ایجاد هماهنگی درون بخشی و بین بخشی بین نهادهای درگیر را شامل می‌شود. انجام این اقدامات بیش و پیش از هر چیز، مستلزم نگرشی نو و اتخاذ رویکردی جدید توسط حاکمیت و سیاست‌گذاران نسبت به مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت است.

رویکردی که در آن تمام حوزه‌های عرصه سلامت (پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و بهزیستی، آموزش و پژوهش در علوم سلامت) و انواع مشارکت‌های مردمی (مالی و غیرمالی) مورد توجه شایسته قرار گرفته، ماهیت مردمی مشارکت‌های خیریه محفوظ مانده و نقش دولت تا حد امکان از انجام فعالیت‌های اجرایی و تصدی‌گری به سمت سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت سوق پیدا نماید.

پیشنهادها

به منظور استفاده بهینه از ابزارهای قانونی و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت و با توجه به چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه، سه دسته اقدامات به شرح ذیل پیشنهاد می‌گردند:

الف) در حیطه تدوین قوانین و مقررات

۱. شناسایی نیازهای قانونی به منظور وضع قوانین و مقررات جدید
۲. تدوین قانون جامع و اختصاصی مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت
۳. اصلاح قوانین و مقررات به وسیله بازخورد گرفتن از نواقصی که حین اجرای قوانین و مقررات موجود گزارش می‌شود
۴. وضع مقررات تسهیلگر در زمینه گمرک و شهرداری‌ها
۵. وضع مقررات انگیزاننده و مشوق بخصوص در زمینه مالیاتی
۶. رفع محدودیت‌های قانونی مربوط به وقف

ب) در حیطه اجرای مطلوب قوانین و مقررات

۷. تعیین مسئول پاسخگو در دستگاه‌های دولتی در مورد پروژه‌هایی که با مشارکت خیرین ساخته می‌شوند
۸. تقویت هماهنگی درون بخشی در واحدهای مختلف دانشگاه‌های علوم پزشکی
۹. تقویت همکاری‌های بین بخشی در میان دستگاه‌های اجرایی همانند استانداری، شهرداری، دارایی، برق و ادارات مسکن و شهرسازی
۱۰. فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی
۱۱. اطلاع‌رسانی به مدیران در خصوص روش‌های تعامل با خیرین
۱۲. تدوین شیوه‌نامه‌هایی برای نظارت بر مؤسسات خیریه سلامت با حضور نمایندگان آنها
۱۳. رفع محدودیت‌های بودجه‌ای برای اجرای مطلوب قوانین و مقررات حامی مشارکت‌های خیریه (مانند قانون چهل - شصت و آیین‌نامه‌های اجرایی مواد ۱۰ و ۱۸ قانون تنظیم مقررات مالی دولت)

ج) در حیطه پژوهش‌های آتی

۱۴. انجام مطالعه تطبیقی قوانین و مقررات مالیاتی خیرین در کشورهای مختلف به منظور استفاده از

تجربیات جهانی

۱۵. طراحی و تدوین روش‌های مؤثر فرهنگ‌سازی در زمینه ترویج مشارکت‌های خیریه در حوزه

سلامت

۱۶. طراحی مدل بازاریابی اجتماعی برای گسترش مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت

پیوست‌ها

پیوست ۱: نمونه راهنمای پرسشگری مورد استفاده در مصاحبه

فرهیخته گرامی:

در این پژوهش به منظور آسیب‌شناسی محتوای قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران قصد داریم از نظرات ارزشمند شما استفاده نماییم. لذا خواهشمند است نظرات خود در خصوص سؤالات ذیل را راحت و بدون نگرانی بیان فرمایید. در صورتی که اجازه فرمایید صحبت‌های شما ضبط خواهد شد تا بعداً با دقت بیشتری از نظرات شما استفاده گردد.

۱. نظر کلی جنابعالی در مورد هدف مشارکت‌های خیریه در حوزه سلامت چیست؟ (تا چه حد قوانین و سیاست‌ها با اهداف مدنظر هم‌راستا هستند؟)
۲. به نظر شما چه عواملی در تصویب قوانین مربوط به مشارکت خیریه در سلامت دخیل بوده‌اند؟
۳. به نظر شما تا چه حد زمینه مشارکت خیرین در سلامت فراهم است؟
۴. فکر می‌کنید چه ظرفیت‌های خیریه بیشتری (نسبت به وضع فعلی) وجود دارد که بتوان از آن‌ها در حوزه سلامت استفاده کرد؟
۵. چه موانع قانونی ممکن است بر سر راه استفاده از این ظرفیت‌ها وجود داشته باشد؟
۶. بر اساس اسناد بالادستی و قوانین و مقررات کشور، مدیریت و ساماندهی (تولیت) نظام سلامت به عهده وزارت بهداشت است. به نظر شما آیا هدایت، حمایت و نظارت مناسب در زمینه مشارکت‌های خیریه توسط وزارت بهداشت صورت می‌گیرد؟
۷. آیا ساختار و نحوه اداره سازمان‌های درگیر در حوزه خیریه سلامت مناسب هستند؟ اگر پیشنهادهایی برای بهبود مقررات در این حیطة دارید بیان فرمایید.
۸. ارزیابی شما از کارکردهای مدیریت سازمان‌های خیریه حوزه سلامت چیست؟ (در حیطة‌های برنامه‌ریزی، هماهنگی، رهبری و کنترل)
۹. به نظر شما قوانین موجود تا چه حد جامعیت لازم برای مشارکت خیرین در حوزه سلامت را دارند؟ آیا تمام جنبه‌های موردنیاز برای مشارکت‌های خیریه را پوشش می‌دهند؟
۱۰. قوانین تا چه حد شفافیت لازم را دارند؟ آیا تا بحال به قوانین و مقرراتی برخورد کرده‌اید که بتوان تفسیرهای متفاوتی از آن نمود؟ لطفاً توضیح دهید.
۱۱. به نظر حضرت‌عالی نقاط قوت قوانین و مقررات مربوط به حوزه خیریه سلامت کدامند؟
۱۲. ضعف، چالش‌ها و تهدیدها در استفاده از کمک‌های خیریه که بتوان با وضع قوانین و مقررات مناسب آن‌ها را برطرف ساخت کدامند؟ (در حوزه‌های ساختاری، فرآیندی، مدیریتی، نظارت، مالیات‌ها، ...)
۱۳. اگر شما قدرت قانون‌گذاری داشتید در این زمینه چه می‌کردید؟ چه پیشنهادهایی برای اصلاح قوانین و مقررات موجود و یا وضع قوانین و مقررات جدید دارید؟

پیوست ۲: موادی از قانون مدنی در ارتباط با وقف

- ماده ۵۵ - وقف عبارت است از این که عین مال حبس و منافع آن تسبیل شود.
- ماده ۵۶ - وقف واقع می شود به ایجاب از طرف واقف بهر لفظی که صراحتاً دلالت بر معنی آن کند و قبول طبقه اول از موقوف علیهم یا قائم مقام قانونی آن ها در صورتی که محصور باشند مثل وقف بر اولاد و اگر موقوف علیهم غیر محصور یا وقف بر مصالح عامه باشد در این صورت قبول حاکم شرط است.
- ماده ۵۷ - واقف باید مالک مالی باشد که وقف می کند و بعلاوه دارای اهلیتی باشد که در معاملات معتبر است.
- ماده ۵۸ - فقط وقف مالی جایز است که با بقاء عین بتوان از آن منتفع شد اعم از این که منقول باشد یا غیرمنقول مشاع باشد یا مفروز.
- ماده ۵۹ - اگر واقف عین موقوفه را به تصرف وقف ندهد وقف محقق نمی شود و هر وقت به قبض داد وقف تحقق پیدا می کند.
- ماده ۶۰ - در قبض فوریت شرط نیست بلکه مادامی که واقف رجوع از وقف نکرده است هر وقت قبض بدهد وقف تمام می شود.
- ماده ۶۱ - وقف بعد از وقوع آن به نحو صحت و حصول قبض لازم است و واقف نمی تواند از آن رجوع کند یا در آن تغییری بدهد یا از موقوف علیهم کسی را خارج کند یا کسی را داخل در موقوف علیهم نماید یا با آن ها شریک کند یا اگر در ضمن عقد متولی معین نکرده بعد از آن متولی قرار دهد یا خود به عنوان تولیت دخالت کند.
- ماده ۶۲ - در صورتی که موقوف علیهم محصور باشند خود آن ها قبض می کنند و قبض طبقه اولی کافی است و اگر موقوف علیهم غیر محصور یا وقف بر مصالح عامه باشد متولی وقف و الا حاکم قبض می کند.
- ماده ۶۳ - ولی و وصی محجورین از جانب آن ها موقوفه را قبض می کنند و اگر خود واقف تولیت را برای خود قرار داده باشد قبض خود او کفایت می کند.
- ماده ۶۴ - مالی را که منافع آن موقتاً متعلق به دیگری است می توان وقف نمود و همچنین وقف ملکی که در آن حق ارتفاق موجود است جایز است بدون این که به حق مزبور خللی وارد آید.
- ماده ۶۵ - صحت وقفی که به علت اضرار دین واقف واقع شده باشد منوط به اجازه دین است.
- ماده ۶۶ - وقف بر مقاصد غیر مشروع باطل است.
- ماده ۶۷ - مالی که قبض و اقباض آن ممکن نیست وقف آن باطل است لیکن اگر واقف تنها قادر بر اخذ و اقباض آن نباشد و موقوف علیه قادر به اخذ آن باشد صحیح است.
- ماده ۶۸ - هر چیزی که طبعاً یا برحسب عرف و عادت جزء یا از توابع و متعلقات عین موقوفه محسوب می شود داخل در وقف است مگر این که واقف آن را استثناء کند به نحوی که در فصل بیع مذکور است.
- ماده ۶۹ - وقف بر معدوم صحیح نیست مگر به تبع موجود.
- ماده ۷۰ - اگر وقف بر موجود و معدوم معاً واقع شود نسبت به سهم موجود صحیح و نسبت به سهم معدوم باطل است.

ماده ۷۱ - وقف بر مجهول صحیح نیست.

ماده ۷۲ - وقف بر نفس به این معنی که واقف خود را موقوف علیه یا جزء موقوف علیهم نماید یا پرداخت دیون یا سایر مخارج خود را از منافع موقوفه قرار دهد باطل است اعم از این که راجع به حال حیات باشد یا بعد از فوت.

ماده ۷۳ - وقف بر اولاد و اقوام و خدمه و واردین و امثال آن‌ها صحیح است.

ماده ۷۴ - در وقف بر مصالح عامه اگر خود واقف نیز مصداق موقوف علیهم واقع شود می‌تواند منتفع گردد.

ماده ۷۵ - واقف می‌تواند تولیت یعنی اداره کردن امور موقوفه را مادام الحیوه یا در مدت معینی برای خود قرار دهد و نیز می‌تواند متولی دیگری معین کند که مستقلاً یا مجتمعاً با خود واقف اداره کند. تولیت اموال موقوفه ممکن است به یک یا چند نفر دیگر غیر از خود واقف واگذار شود که هر یک مستقلاً یا منضماً اداره کنند و همچنین واقف می‌تواند شرط کند که خود او یا متولی که معین شده است نصب متولی کند و یا در این موضوع هر ترتیبی را که مقتضی بداند قرار دهد.

ماده ۷۶ - کسی که واقف او را متولی قرار داده می‌تواند بدو تولیت را قبول یا رد کند و اگر قبول کرد دیگر نمی‌تواند رد نماید و اگر رد کرد مثل صورتی است که از اصل متولی قرار داده نشده باشد.

ماده ۷۷ - هرگاه واقف برای دو نفر یا بیشتر به‌طور استقلال تولیت قرار داده باشد هر یک از آن‌ها فوت کند دیگری یا دیگران مستقلاً تصرف می‌کنند و اگر به نحو اجتماع قرار داده باشد تصرف هر یک بدون تصویب دیگری یا دیگران نافذ نیست و بعد از فوت یکی از آن‌ها حاکم شخصی را ضمیمه آنکه باقیمانده است می‌نماید که مجتمعاً تصرف کنند.

ماده ۷۸ - واقف می‌تواند بر متولی ناظر قرار دهد که اعمال متولی به تصویب یا اطلاع او باشد.

ماده ۷۹ - واقف یا حاکم نمی‌تواند کسی را که در ضمن عقد وقف متولی قرار داده شده است عزل کنند مگر در صورتی که حق عزل شرط شده باشد و اگر خیانت متولی ظاهر شود حاکم ضم امین می‌کند.
ماده ۸۰ - اگر واقف وضع مخصوصی را در شخص متولی شرط کرده باشد و متولی فاقد آن وصف گردد منعزل می‌شود.

ماده ۸۱ - در اوقاف عامه که متولی معین نداشته باشد، اداره موقوفه طبق نظر ولی فقیه خواهد بود.
(اصلاحی ۱۳۷۰/۰۸/۱۴)

ماده ۸۲ - هرگاه واقف برای اداره کردن موقوفه ترتیب خاصی معین کرده باشد متولی باید به همان ترتیب رفتار کند و اگر ترتیبی قرار نداده باشد متولی باید راجع به تعمیر و اجاره و جمع‌آوری منافع و تقسیم آن بر مستحقین و حفظ موقوفه و غیره مثل وکیل امینی عمل نماید.

ماده ۸۳ - متولی نمی‌تواند تولیت را به دیگری تفویض کند مگر آنکه واقف در ضمن وقف به او اذن داده باشد ولی اگر در ضمن وقف مباشرت نشده باشد می‌تواند وکیل بگیرد.

ماده ۸۴ - جایز است واقف از منافع موقوفه سهمی برای عمل متولی قرار دهد و اگر حق التولیه معین نشده باشد متولی مستحق اجرت‌المثل عمل است.

ماده ۸۵ - بعد از آنکه منافع موقوفه حاصل و حصه هر یک از موقوف علیهم معین شد موقوف علیه می تواند حصه خود را تصرف کند اگرچه متولی اذن نداده باشد مگر این که واقف اذن در تصرف را شرط کرده باشد.

ماده ۸۶ - در صورتی که واقف ترتیبی قرار نداده باشد مخارج تعمیر و اصلاح موقوفه و اموری که برای تحصیل منفعت لازم است بر حق موقوف علیهم مقدم خواهد بود.

ماده ۸۷ - واقف می تواند شرط کند که منافع موقوفه مابین موقوف علیهم به تساوی تقسیم شود یا به تفاوت و یا این که اختیار به متولی یا شخص دیگری بدهد که هر نحو مصلحت داند تقسیم کند.

ماده ۸۸ - بیع وقف در صورتی که خراب شود یا خوف آن باشد که منجر به خرابی گردد به طوری که انتفاع از آن ممکن نباشد در صورتی جایز است که عمران آن متعذر باشد یا کسی برای عمران آن حاضر نشود.

ماده ۸۹ - هرگاه بعض موقوفه خراب یا مشرف به خرابی گردد به طوری که انتفاع از آن ممکن نباشد همان بعض فروخته می شود مگر این که خرابی بعض سبب سلب انتفاع قسمتی که باقیمانده است بشود در این صورت تمام فروخته می شود.

ماده ۹۰ - عین موقوفه در مورد جواز بیع به اقرب به غرض واقف تبدیل می شود.

ماده ۹۱ - در موارد ذیل منافع موقوفات عامه صرف بریات عمومیه خواهد شد:

(۱) در صورتی که منافع موقوفه مجهول المصرف باشد مگر این که قدر متینی در بین باشد.

(۲) در صورتی که صرف منافع موقوفه در مورد خاصی که واقف معین کرده است متعذر باشد.

ماده ۳۴۹ - بیع مال وقف صحیح نیست مگر در موردی که بین موقوف علیهم تولید اختلاف شود به نحوی که بیم سفک دماء رود یا منجر به خرابی مال موقوفه گردد و همچنین در مواردی که در مبحث راجع به وقف مقرر است.

ماده ۴۹۹ - هرگاه متولی با ملاحظه صرفه وقف مال موقوفه را اجاره دهد اجاره به فوت او باطل نمی گردد.

ماده ۵۹۷ - تقسیم ملک از وقف جایز است ولی تقسیم مال موقوفه بین موقوف علیهم جایز نیست.

ماده ۸۱۱ - اگر حصه یکی از دو شریک وقف باشد متولی یا موقوف علیهم حق شفعه ندارد.

پیوست ۳: موادی از قانون ثبت اسناد و املاک مصوب ۱۳۱۰ با اصلاحات بعدی

ماده ۲۷- کسانی که در مورد املاک وقف و حبس و ثلث باقی باید تقاضای ثبت بدهند و همچنین کسانی که نسبت به ثبت این قبیل املاک باید عرض حال اعتراض داده و حقوق وقف و حبس و ثلث باقی را حفظ کنند، به موجب نظامنامه وزارت عدلیه معین خواهد شد.

ماده ۲۸- هرگاه نسبت به این قبل املاک به عنوان مالکیت تقاضای ثبت شده و متولی یا نماینده اوقافی که به موجب نظامنامه مکلف به دادن عرض حال اعتراض و تعقیب دعوی و حفظ حقوق وقف یا حبس یا ثلث باقی است در اثر تبانی به تکلیف خود عمل ننماید، به مجازات خیانت در امانت محکوم خواهد شد. در مواردی نیز که تقاضای ثبت ملک دیگری بدون ذکر حقوق ارتفاقی املاک وقف و حبس و ثلث باقی شده است، هرگاه اشخاص مذکور در فوق در اثر تبانی به تکلیف خود عمل ننمایند به مجازات خائنین در امانت محکوم می‌شوند.

ماده ۲۹- مخارج راجع به ثبت املاک مذکور در فوق در صورتی که ملک مورد تقاضا عایدات نداشته و برای امور خیریه تخصیص داده شده باشد و همچنین مخارج محاکمه اعتراض، از محل مبرات مطلقه و موقوفات مجهول‌المصرف داده می‌شود و در صورت عدم کفایت این عایدات مخارج گرفته نخواهد شد. ماده ۳۰- در مواردی که اداره اوقاف تقاضای ثبت می‌دهد مخارج راجع به ثبت را خود مستقیماً از عایدات موقوفه مورد تقاضا، وصول خواهد نمود.

برای ثبت مساجد و اماکن متبرکه و مدارس قدیمه و تکایا و آب انبارهای عمومی، تقاضای ثبت از طرف متولی یا اداره اوقاف بدون اخذ حق‌الثبت و مخارج مقدماتی پذیرفته خواهد شد.

ماده ۳۱- ثبت رقبه به عنوان وقفیت و حبس، مثبت تولیت نیست.

ماده ۱۴۷- (اصلاحی ۱۳۷۰/۶/۲۱) برای تعیین وضع ثبتی اعیان املاکی که اشخاص تا تاریخ ۱۳۷۰/۱/۱ بر روی زمین‌هایی ایجاد نموده‌اند که به واسطه موانع قانونی تنظیم سند رسمی برای آنها میسر نبوده است، همچنین تعیین وضع ثبتی اراضی کشاورزی و نسقهای زراعی و باغات اعم از شهری و غیرشهری و اراضی خارج از محدوده شهر و حریم آن که مورد بهره‌برداری متصرفین است و اشخاص تا تاریخ فوق خریداری نموده‌اند و به واسطه موانع قانونی تنظیم سند یا صدور سند مالکیت برای آنها میسر نبوده است به شرح زیر تعیین تکلیف می‌شود.

۱-...

۵- چنانچه بین اشخاص در تصرف اختلاف باشد یا اعتراض برسد و اتخاذ تصمیم برای رئیس ثبت مقدور نباشد و همچنین در صورتی که مالک عرصه، اوقاف یا دولت یا شهرداری باشد موضوع به هیئت حل اختلاف موضوع ماده ۲ این قانون ارجاع می‌شود.

تبصره ۴- در صورتی که ساختمان کلاً یا جزئاً در اراضی موقوفه احداث شده باشد هیئت با موافقت متولی منصوص و اطلاع اداره اوقاف و رعایت مفاد وقف نامه و در صورتی که متولی نداشته باشد تنها با موافقت اداره اوقاف و با رعایت مفاد وقف نامه و مصلحت موقوف علیهم و با در نظر گرفتن جمیع جهات نسبت

به تعیین اجرت زمین اقدام و در رأی صادره تکلیف اداره ثبت را نسبت به مورد برای صدور سند مالکیت کل یا جزء اعیان با قید اجرت زمین مقرر معین خواهد کرد.

ماده ۱۴۸- (اصلاحی ۱۳۷۰/۶/۲۱)- در هر حوزه ثبتی هیئت یا هیئت‌هایی به‌عنوان هیئت حل اختلاف در ثبت تشکیل می‌شود اعضای این هیئت عبارت‌اند از یکی از قضات دادگستری به انتخاب رئیس قوه قضاییه و رئیس ثبت یا مقام وی و یک نفر خبره ثبتی به انتخاب رئیس سازمان ثبت اسناد و املاک کشور

نحوه تشکیل جلسات و اختیارات هیئت و سایر موارد اجرایی آن مطابق آیین‌نامه این قانون خواهد بود. هیئت مذکور می‌تواند برای کشف واقع از خبرگان امور ثبتی استفاده کند و همچنین با تحقیقات و یا استماع گواهی شهود رأی خود را صادر نماید.

رأی مذکور به‌وسیله ثبت محل به طرفین ابلاغ می‌شود در صورت عدم وصول اعتراض ظرف بیست روز از تاریخ ابلاغ رأی، اداره ثبت مکلف به اجرای آن می‌باشند در صورت وصول اعتراض معترض به دادگاه هدایت می‌شود، رسیدگی به این اعتراضات در دادگاه خارج از نوبت خواهد بود.

تبصره ۲- در صورتی که اعیان کلاً یا جزئاً در اراضی موقوفه احداث شده باشد هیئت با موافقت متولی منصوص و اطلاع اداره اوقاف و رعایت مفاد وقف نامه و در صورتی که متولی نداشته باشد تنها با موافقت اداره اوقاف و رعایت مفاد وقف نامه و مصلحت موقوف علیهم و با در نظر گرفتن جمیع جهات نسبت به تعیین اجرت زمین اقدام و در رأی صادره تکلیف اداره ثبت را نسبت به مورد برای صدور سند مالکیت کل یا جزء اعیان با قید اجرت زمین مقرر و معین خواهد کرد.

پیوست ۴: قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه، اصلاحیه و آیین‌نامه‌های اجرایی آن

قوانین و مقررات مربوط به تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه، اصلاحات، الحاقات و آیین‌نامه‌های اجرایی آن در چهار بخش عرضه می‌گردند:

الف) قانون تشکیلات و اختیارات آن سازمان مصوب ۱۳۶۳

ب) آیین‌نامه اجرایی قانون تشکیلات و اختیارات آن سازمان مصوب ۱۳۶۵

ج) آیین‌نامه اجرایی مصوب ۱۳۸۳ و

د) مصوبه انتزاع سازمان حج و زیارت از سازمان حج و اوقاف و امور خیریه، سال ۱۳۷۰

الف) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی

ماده ۱- از تاریخ تصویب این قانون سازمان اوقاف به سازمان حج و اوقاف و امور خیریه تغییر نام می‌یابد و امور ذیل به عهده این سازمان واگذار می‌گردد.

۱. اداره امور موقوفات عام که فاقد متولی بوده یا مجهول‌التولیه است و موقوفات خاصه در صورتی که مصلحت وقف و بطون لاحق و یا رفع اختلاف موقوف علیهم متوقف بر دخالت ولی فقیه باشد.

۲. اداره امور اماکن مذهبی اسلامی که ترتیب خاصی برای اداره آن‌ها داده نشده است. به‌استثناء مساجد و مدارس دینی و تکایا.

۳. اداره امور مؤسسات و انجمن‌های خیریه‌ای که از طرف دولت یا سایر مراجع ذیصلاح به سازمان محول شده یا بشود.

۴. اداره مؤسسات و انجمن‌های خیریه‌ای که به تشخیص دادستان محل فاقد مدیر باشد (تا تعیین تکلیف از طرف دادگاه) ضم امین در مؤسسات و انجمن‌های خیریه‌ای که به تشخیص دادستان محل مدیر آن فاقد صلاحیت باشد (تا تعیین تکلیف از طرف دادگاه) و همچنین است در صورت نبودن یا عدم صلاحیت ناظر (در مواردی که ناظر پیش‌بینی شده باشد).

۵. انجام امور مربوط به گورستان‌های متروکه موقوفه‌ای که متولی معین ندارند و اتخاذ تصمیم لازم در مورد آن‌ها.

۶. کمک مالی در زمینه تبلیغ و نشر معارف اسلامی.

۷. اثلاث باقیه، محبوسات، ندور، صدقات و هر مال دیگری که به‌غیراز عنوان وقف برای امور عام‌المنفعه و خیریه اختصاص یافته در حکم موقوفات عامه است و چنانچه فاقد متولی و متصدی باشد با اذن ولی فقیه، تحت اداره و نظارت سازمان اوقاف و امور خیریه قرار خواهد گرفت. رعایت مفاد اسناد تنظیمی مربوط به این اموال و رقبات اعم از وصیت‌نامه و حبس نامه و سیره جاریه در اداره امور و مصرف عواید آن‌ها ضروری خواهد بود. (الحاقی ۱۳۷۵/۱۲/۱۲)

تبصره ۱- سرپرست سازمان باید از طرف ولی فقیه مجاز در تصدی اموری که متوقف بر اذن ولی فقیه است باشد.

تبصره ۲- بقاع متبرکه حضرت رضا علیه السلام و حضرت احمد بن موسی (شیراز) و حضرت معصومه و حضرت عبدالعظیم (ع) و موقوفات مربوط به آنها که متولی خاص نداشته باشد و موقوفاتی که برای اداره هر کدام آنها از طرف ولی فقیه نایب التولیه تعیین شده یا بشود از شمول این قانون مستثنا است و در غیر این صورت اداره آنها با سازمان خواهد بود.

تبصره ۳- سازمان اوقاف و امور خیریه در صورت نیاز در مورد رقبات و اموال موضوع بند (۷) بالا با تأیید نماینده ولی فقیه و سرپرست آن سازمان، به منظور جلوگیری از تعدی و تفریط در اداره آنها نسبت به نصب امین یا هیئت‌امنا اقدام خواهد کرد. (الحاقی ۱۳۷۵/۱۲/۱۲)

ماده ۲- از تاریخ تصویب این قانون سازمان اوقاف از نخست‌وزیری منتزع و اداره امور حج و زیارت اماکن متبرکه اسلامی خارج از کشور و امور اوقاف تحت عنوان سازمان حج و اوقاف و امور خیریه وابسته به وزارت ارشاد اسلامی اداره می‌شود.

ماده ۳- هر موقوفه دارای شخصیت حقوقی است و متولی یا سازمان حسب مورد نماینده آن می‌باشد.

ماده ۴- متولی موقوفه کسی است که به موجب مفاد وقف نامه و مقررات قانون مدنی یا این قانون واجد این سمت باشد. در مورد اعتراض اشخاص با رعایت مواد ۱۴ تا ۱۷ این قانون اقدام خواهد شد.

تبصره ۱- موقوفاتی که متولی آنها عزل یا فوت می‌شود تا تشخیص متولی بعدی و موقوفاتی که متولی آنها ممنوع‌المداخله می‌شود تا رفع ممنوعیت یا ضم امین در حکم موقوفات بدون متولی است.

تبصره ۲- هرگاه شخص یا اشخاصی که در وقف نامه به‌عنوان متولی معین شده‌اند وجود نداشته باشند و یا اوصاف مقرر در وقف نامه منطبق با شخص یا اشخاص معینی نگردد موقوفه در حکم موقوفه مجهول التولیه است.

تبصره ۳- در موقوفاتی که شرط مباشرت نشده باشد هرگاه متولی برای انجام تمام یا قسمتی از امور مربوط به موقوفه وکیلی انتخاب کند وکیل مزبور باید توانایی انجام مورد وکالت را داشته باشد در صورتی که وکیل انتخابی به تشخیص سازمان قادر به ایفاء وظایف محوله نباشد مراتب کتباً به متولی ابلاغ خواهد شد هرگاه ظرف دو ماه برای متولیان مقیم ایران و چهار ماه برای متولیان مقیم خارج از کشور، متولی، اقدام به تغییر وکیل ننماید موضوع به دادگاه صالح احاله و پس از ثبوت عدم توانایی وکیل مزبور با ابلاغ سازمان از دخالت ممنوع می‌شود این حکم شامل وکلایی که قبلاً نیز انتخاب شده‌اند خواهد بود.

ماده ۵- سازمان حج و اوقاف و امور خیریه می‌تواند در اموری که اداره آن به عهده این سازمان است شخص یا هیئتی از اشخاص متدین و معروف به امانت را به‌عنوان امین یا هیئت‌امنا تعیین نماید.

تبصره ۱- نحوه انتخاب و برکناری و شرایط و حدود اختیارات و وظایف امین یا هیئت‌امنا و میزان حق الزحمه آنان و همچنین نظامات راجع به حفظ و نگهداری اماکن و اموالی که اداره آن به عهده

سازمان حج و اوقاف و امور خیریه می‌باشد به موجب آیین‌نامه‌هایی که بر اساس مقررات و سنن و خصوصیات اماکن مربوط که به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد خواهد بود.

تبصره ۲- نذور نقدی که جهت مشخصی برای مصرف آن معین نشده است و وجوه حاصل از فروش اموال منقول زائد بر احتیاجی که به این قبیل اماکن اهداء می‌شود با جلب نظر اداره اوقاف به‌وسیله هیئت‌امنا به ترتیب در امور ذیل مصرف می‌شود:

الف - عمران و آبادی اماکن مذکور.

ب - تدارک وسایل رفاه و بهداشت زوار این اماکن و ساکنان ناحیه.

ج - نشر معارف اسلامی و تبلیغات مذهبی و تعظیم شعائر دینی در آن محل.

د - کمک به مدارس علوم دینی در آن محل.

ه - خیرات و میراث مطلقه.

ماده ۶ - صرف درآمد موقوفات به‌منظور بقاء عین آن‌ها بر سایر مصارف مقدم است و متولی موظف است موجبات آبادانی رقبات موقوفه را در جهت بهره‌برداری صحیح از آن‌ها به‌منظور اجرای نیات واقف فراهم آورد.

تبصره - در صورتی که درآمد یک‌ساله موقوفه یا اماکن اسلامی برای تعمیر و یا نوسازی آن کافی نباشد درآمد دو یا چند سال در حساب مخصوصی ذخیره و به موقع به مصرف خواهد رسید.

ماده ۷ - هرگاه متولی یا ناظر نسبت به عین یا منافع موقوفه تعدی یا تفریط نماید یا در انجام وظایف مقرر در وقف نامه و قانون و آیین‌نامه‌ها و مقررات مربوط مسامحه و اهمال ورزد، با رسیدگی شعبه تحقیق و حکم دادگاه حسب مورد معزول یا ممنوع‌المداخله یا ضم امین خواهد شد.

تبصره ۱- به متولی و ناظر ممنوع‌المداخله در زمان ممنوعیت حق التولیه و حق‌النظاره تعلق نخواهد گرفت مگر آنکه براءت آنان ثابت شود و در مواردی که ضم امین می‌شود اوقاف حق امین را خواهد پرداخت.

تبصره ۲ - در مواردی که مطابق قانون مدنی یا این قانون ضم امین می‌شود دادگاه‌ها می‌توانند سازمان حج و اوقاف و امور خیریه را هم به‌عنوان امین تعیین کنند.

تبصره ۳ - نسبت به تعدی و تفریط یا سایر تخلفات مدیران و امناء مؤسسات و بنیادهای خیریه طبق اساسنامه مؤسسه و بنیاد مربوط اقدام خواهد شد؛ و در صورتی که اساسنامه آن‌ها در این موارد ساکت یا ناقص باشد مشمول مقررات پیش‌بینی‌شده در این ماده و تبصره‌های آن خواهند بود.

تبصره ۴ - کلیه مباشران موقوفات و اماکن مذهبی اعم از متولی و ناظر و امناء و مدیران و امناء و بنیادهای خیریه مذکور در این قانون در حکم امین می‌باشند در صورت تعدی یا تفریط یا تخلفات دیگر ملزم به تأدیه حقوق و وجوه و اموال و جبران خسارات ناشی از اعمال خود خواهند بود هرگاه عمل آن‌ها مشمول عناوین کیفری باشد از طریق مراجع قضایی نیز تعقیب و به مجازات مقرر محکوم خواهند شد.

ماده ۸ - درآمد موقوفات مجهول‌المصرف و موقوفاتی که به صیغه مبرات مطلقه وقف شده قابل‌مصرف در تحقیق و تبلیغ و نشر کتب درزمینه معارف اسلامی و عمران موقوفات می‌باشد زیر نظر سازمان به مصرف می‌رسد.

تبصره - درآمد موقوفات متعذرالمصرف و موقوفاتی که عواید آن‌ها به سبب قلت گرچه با پس‌انداز چند سال برای اجرای نظر واقف کافی نباشد با تشخیص تحقیق اوقاف در موارد اقرب به غرض واقف در محل به مصرف می‌رسد. آن قسمت از درآمد موقوفاتی که به علت کثرت عواید زائد بر مصرف متعارف باشد حتی‌الامکان در موارد اقرب به نظر واقف صرف گردد و در صورت نبودن مورد اقرب در مطلق امور خیریه به مصرف خواهد رسید. مقصود از متعذرالمصرف آن است صرف درآمد موقوفه در مصارف مقرر به علت فراهم نبودن وسایل و یا انتفاع موضوع و یا عدم احتیاج به مصرف مقدور نباشد.

ماده ۹ - سازمان حج و اوقاف و امور خیریه نسبت به مواردی که در بندهای ماده یک این قانون به عهده آن گذاشته شده در صورت عدم اقدام متولی یا امانت یا موقوف علیهم حق تقاضای ثبت و سایر اقدامات لازم و اعتراض و اقامه دعوی را دارد همچنین می‌تواند در مواردی که لازم بداند و مصلحت موقوفه ایجاد نماید در دعاوی مربوط وارد دعوی شده و به احکام صادره اعتراض کند.

تبصره - در کلیه موارد مذکور در این ماده سازمان حج و اوقاف و امور خیریه، موقوفات عام، بقاع متبرکه، اماکن مذهبی اسلامی، مدارس علوم دینی و مؤسسات و بنیادهای خیریه از پرداخت مخارج و هزینه‌های دادرسی و ثبتی و اجرایی معاف می‌باشند.

نظر مجلس: ماده واحده - بقعه متبرکه و موقوفات حضرت امام رضا علیه‌السلام به لحاظ اطلاق عبارت بقاع متبرکه مذکور در تبصره ذیل ماده (۹) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۳ مشمول برخورداری از مزایای معافیت از پرداخت مخارج و هزینه‌های دادرسی و ثبتی و اجرایی این تبصره می‌شود.

نظر مجلس: بقاع متبرکه حضرت عبدالعظیم (ع) و حضرت معصومه علیها سلام و موقوفات آن‌ها به لحاظ اطلاق عبارت بقاع متبرکه مذکور در تبصره ذیل ماده (۹) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۳/۱۰/۲ همانند بقعه متبرکه حضرت امام رضا علیه‌السلام مشمول برخورداری از مزایای معافیت از پرداخت مخارج و هزینه‌های دادرسی و ثبتی و اجرایی این تبصره می‌شوند.

ماده ۱۰ - ثبت معاملات راجع به عین یا منافع موقوفات و بنیادها و مؤسسات خیریه مذکور در ماده ۹ در دفاتر اسناد رسمی موکول به موافقت سازمان حج و اوقاف و امور خیریه است. دفاتر اسناد رسمی مکلفاند رونوشت مصدق وقف نامه‌ها و اسناد راجع به وقف را ظرف ۱۰ روز پس از ثبت به اداره اوقاف مربوطه ارسال دارند.

تبصره - ادارات ثبت مکلفاند رونوشت مصدق اسناد مالکیت وقف را پس از صدور به اداره اوقاف محل تحویل نمایند. متولیان نیز موظفاند ظرف مدت دو ماه از تاریخ اجرای این قانون رونوشت مصدق اسناد

مالکیت و رونوشت وقف نامه‌های موجود نزد خود را برای حفظ و نگهداری به اداره اوقاف مربوط تسلیم دارند.

ماده ۱۱ - حق التولیه متولی و یا سازمان (در قبال اعمال تولیت نسبت به موقوفات متصرفی) همچنین حق‌النظاره ناظر به میزان مقرر در وقفنامه است و در صورتی که وقف نامه موجود نباشد و یا میزان حق‌التولیه و حق‌النظاره در آن تعیین نشده باشد حق‌التولیه به مقدار اجرت‌المثل از عایدات خالص خواهد بود.

ماده ۱۲ - سازمان حج و اوقاف و امور خیریه وجوهی را که از محل هدایای مستقل و حق‌التولیه و حق‌النظاره دریافت می‌دارد طبق بودجه‌ای که هر سال تنظیم و به تصویب هیئت دولت خواهد رساند رأساً به مصرف می‌رساند.

ماده ۱۳ - وجوهی که از محل پذیره و اهدایی حاصل از اجاره و استیجار رقبات موقوفه دریافت می‌گردد از عواید همان موقوفات محسوب و به مصارف مقرر خواهد رسید.
تبصره - نحوه و ترتیب وصول پذیره و اهدایی مطابق آیین‌نامه‌ای است که به تصویب هیئت دولت خواهد رسید.

ماده ۱۴ - تحقیق در جمع و خرج عواید راجع به وقف و نیز صدور مفاصاحساب و تطبیق مصارف با مفاد وقف نامه و تشخیص متولی و ناظر و موقوف علیهم (با رعایت ماده ۷ این قانون و تبصره‌های آن) با شعب تحقیق اوقاف است مگر در موقوفات منصوص‌التولیه در صورتی که مظنه تعدی و تفریط متولی نباشد.

ماده ۱۵ - هیئت تحقیق اوقاف مرکب از دو قسمت حقوقی و حسابرسی است و شعب آن برحسب ضرورت در مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها تأمین می‌گردد.

تبصره - ادارات اوقاف و اشخاص ذینفع در صورتی که اعتراض داشته باشند می‌توانند پس از ابلاغ نظر شعبه تحقیق اعتراض خود را در دادگاه‌های دادگستری طرح نمایند. حکم این ماده در مورد بنیادها و مؤسسات خیریه و اماکن مذهبی اسلامی نیز جاری است.

ماده ۱۶ - در مورد اراضی که برای احداث مراکز آموزشی یا درمانی وقف می‌شود در صورتی که متولی بدون عذر موجه در مدت مناسب با تشخیص سازمان اقدام مؤثری برای احداث آن مراکز نکند و الزام متولی هم به انجام آن ممکن نباشد سازمان می‌تواند حسب مورد آن اراضی را در اختیار وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال‌احمر محل یا سازمان دیگری که وظایف آن متناسب با اهداف واقف باشد قرار دهد تا اقدام لازم به عمل آورند.

ماده ۱۷ - آیین‌نامه‌های اجرایی این قانون و کیفیت تحقیق در شعب تحقیق با پیشنهاد سازمان به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۸ - کلیه قوانین و مقرراتی که با این قانون مغایرت دارد از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون لغو می‌گردد.

قانون فوق مشتمل بر هجده ماده و هفده تبصره در جلسه روز یکشنبه دوم دی ماه یک هزار و سیصد و شصت و سه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۶، ۱۰، ۶۳ به تأیید شورای محترم نگهبان رسیده است.

رئیس مجلس شورای اسلامی - اکبر هاشمی

ب) آیین نامه اجرایی قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۶۵ هیئت وزیران با اصلاحات بعدی

ماده ۱- منظور از کلمه سازمان در این آیین نامه سازمان حج و اوقاف و امور خیریه است.
ماده ۲- اداره حج و اوقاف و امور خیریه هر حوزه امور مربوط به همان حوزه را انجام خواهد داد و در صورتی که رقبات یک موقوفه در حوزه‌های مختلف واقع شده باشد اداره حج و اوقاف و امور خیریه محل مصرف مسئول رسیدگی به بودجه و حساب موقوفه خواهد بود؛ و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه محل وقوع رقبات دیگر این گونه موقوفات به سایر امور رقبات واقع در همان حوزه رسیدگی می نمایند. در صورتی که موقوفه دارای رقبات متعدد و در حوزه‌های مختلف واقع و مصرف هر رقبه در همان حوزه باشد، رسیدگی به بودجه و حساب و اداره موقوفه به عهده اداره حج و اوقاف و امور خیریه همان حوزه می باشد.

تبصره- چنانچه در مورد این صلاحیت ابهام و اختلافی بین ادارات حج و اوقاف و امور خیریه پیش بیاید نظر سرپرست سازمان معتبر است.

ماده ۳- اداره امور اماکن مذهبی اسلامی از قبیل بقاع متبرکه و غیره به جز آنچه در تبصره ۲ ماده ۱ قانون استثنا شده و اماکنی که برای اداره آنها ترتیب خاصی داده نشده است به عهده ادارات حج و اوقاف و امور خیریه بوده و می توانند برابر ماده ۵ قانون و تبصره‌های ذیل آن و آیین نامه مربوطه، اشخاصی را به عنوان هیئت‌امنا انتخاب نمایند.

تبصره- عرصه و اعیان مساجد، مدارس علوم دینی و تکایا رقبه موقوفه است ولی ادارات حج و اوقاف و امور خیریه در شوون داخلی آنها از قبیل تعیین امام جماعت و انجام مراسم مذهبی دخالت نخواهند داشت.

ماده ۴- ادارات اوقاف و امور خیریه در مورد موقوفات خاصه که فاقد متولی منصوص بوده و یا به تشخیص سازمان معتمد یا محل وثوق نباشند، به منظور رعایت مصلحت وقف و بطون لاحق، با تشخیص و اجازه نماینده ولی فقیه و تا زمان رفع مانع نسبت به اداره موقوفه اقدام خواهند کرد. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

ماده ۵- در موقوفات (اعم از عام و خاص)، موضوع قسمت اخیر بند (۱) ماده (۱) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه در صورت اختلاف موقوف علیهم و همچنین در موارد تعدی و تفریط متولی و ناظر یا به خطر افتادن مصالح بطون لاحق طبق ماده (۷) قانون تشکیلات و اختیارات

سازمان حج و اوقاف و امور خیریه بنا به درخواست ادارات اوقاف و امور خیریه و تشخیص شعبه تحقیق و حکم دادگاه تعیین تکلیف و اقدام خواهد شد. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

ماده ۶- اداره امور مؤسسات و انجمن‌های خیریه‌ای که از طرف دولت و یا سایر مراجع ذی‌صلاح به عهده سازمان یا واحدهای تابعه گذاشته شده یا می‌شود طبق اساسنامه‌های مصوبه هر یک خواهد بود و در مورد سایر مؤسسات خیریه با توجه به قانون مالیات‌های مستقیم چنانچه مؤسسات مذکور جهت مفاسد حساب مالیاتی یا به هر جهت دیگری که احتیاج به گواهی داشته باشند مراجعه نمایند ادارات حج و اوقاف و امور خیریه می‌توانند نحوه عملکرد این‌گونه مؤسسات را بررسی نموده و در صورت تأیید گواهی صادر نمایند.

تبصره- گواهی فوق به مؤسسات خیریه‌ای داده خواهد شد که در اساسنامه آن‌ها پیش‌بینی شده باشد در صورت انحلال موسسه اموال و دارایی آن با اجازه نماینده ولی فقیه صرف امور خیریه گردد.

ماده ۷- ادارات حج و اوقاف و امور خیریه موظفاند گورستان‌های متروکه موقوفه واقع در حوزه عمل خود را مشخص و در صورتی که فاقد متولی باشد با توجه به موقعیت آن‌ها برنامه‌های متناسب وفق موازین شرعی در امور خیریه جهت بهره‌برداری از آن‌ها تنظیم و به سازمان پیشنهاد نمایند تا با تصویب سرپرست سازمان به مرحله اجرا گذاشته شود.

ماده ۸- اداره کل تحقیقات سازمان وظایفی را که طبق قانون بر عهده دارد به وسیله شعب حقوقی و حسابرسی انجام خواهد داد طرز تشکیل و رسیدگی و وظایف شعب تحقیق بر طبق آیین‌نامه مربوطه خواهد بود.

ماده ۹- متولی، امین موقوفه بوده و موظف است مطابق قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه و سایر قوانین و مقررات مربوطه و در صورت ابهام و یا فقدان مقررات خاص طبق احکام شرع و با عنایت کامل به مندرجات وقف نامه موقوفه تحت تولیت خود را اداره کند و در حفظ عین، منافع، حقوق و حدود موقوفه اقدام و در اجرای نیت خیر واقف کوشش نماید.

ماده ۱۰- متولیان موظفاند در اسرع وقت نسبت به ثبت رقبات تحت تولیت خود مبادرت نمایند و همچنین در مواردی که از طرف اشخاص تقاضای ثبت موقوفه به‌عنوان ملک بشود اعتراض و در مراجع صالحه اقامه دعوی بنمایند و در مواردی که موقوفه به نحوی از انحاء بدون مجوز شرعی به ملکیت اشخاص درآمد با رعایت ماده‌واحد قانون ابطال اسناد فروش رقبات، آب و اراضی موقوفه مصوب ۱۳۶۳/۱/۲۸ و آیین‌نامه اجرایی آن نسبت به احیای موقوفه اقدام و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه محل را در جریان اقدامات خود قرار دهند تا همکاری لازم معمول گردد.

تبصره ۱- متولیان موظفاند در اجرای ماده ۹ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه و تبصره ذیل آن به هنگام طرح هرگونه دعوی یا اعتراضی بر ثبت، نسخه‌ای از دادخواست یا اعتراض‌نامه تنظیمی را به ادارات حج و اوقاف و امور خیریه محل تسلیم و رسید دریافت دارند تا ادارات مذکور در این قبیل موارد برای حفظ حقوق موقوفه جریان دعوی را مستمراً مراقبت و در صورت لزوم در دعوی مطروحه وارد و در جهت حفظ حقوق وقف اقدام نمایند.

تبصره ۲- ادارات حج و اوقاف و امور خیریه مکلفاند و در صورتی که متولیان نسبت به تقاضای ثبت و اعتراض بر ثبت و اقامه دعوی و پیگیری آن در مواد قانونی به وظایف خود عمل نمایند برای حفظ حقوق وقف در موعد قانونی رأساً نسبت به موارد مذکور اقدام نمایند.

تبصره ۳- سازمان و موقوفات عام و اماکن مذهبی اسلامی، مدارس علوم دینی و مؤسسات و بنیادهای خیریه و به موجب تبصره ذیل ماده ۹ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه از پرداخت مخارج و هزینه‌های دادرسی و همچنین از پرداخت حق الثبت و بقایای ثبتی و هزینه‌های اجرایی معاف می‌باشند.

ماده ۱۱- به منظور رعایت مصلحت وقف و بهره‌برداری صحیح باید رقبات موقوفه را با توجه به مفاد وقف نامه و قوانین مربوطه و با جلب نظر کارشناس رسمی یا خبره محلی و رعایت شرایط زیر از طریق مزاد به اجاره واگذار نمود:

الف- خسارات احتمالی حتی الامکان به عهده مستأجر باشد.

ب- از مستأجر باید ضامن معتبر و یا وثیقه مناسب برای تأدیه حقوق موقوفه و تخلیه و تحویل آن در پایان مدت اخذ شود.

ج- حق انتقال مورد اجاره از طرف مستأجر به غیر حسب مورد موکل به موافقت کتبی متولی و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه باشد، بدیهی است رعایت آیین‌نامه نحوه وصول پذیره و اهدایی الزامی است.

د- مدت اجاره نباید بیش از ده سال باشد مگر با جلب موافقت سرپرست سازمان.

ه- از پیشنهاددهندگان برابر ده درصد قیمت پایه‌ای که با نظر کارشناس یا خبره برای انجام مزایده تعیین می‌شود به‌عنوان سپرده اخذ شود. (اصلاحی ۱۳۸۴/۴/۱۵)

و- حداقل مال الاجاره بر اساس نظر کارشناس رسمی یا خبره محلی و به نرخ عادلانه روز و سایر شرایط لازم در آگهی مزایده قید گردد.

ز- اجاره‌نامه باید رسمی باشد و در مواردی که تنظیم اجاره‌نامه رسمی میسر نیست قرارداد تنظیم گردد.

تبصره ۱- در مورد رقباتی که درآمد سالیانه آن‌ها تا دو بیست هزار ریال می‌باشد مزایده الزامی نیست، مشروط بر این که میزان اجاره از طرف کارشناس رسمی یا خبره محلی با توجه به نرخ عادلانه روز تعیین شده باشد.

تبصره ۲- آگهی مزایده باشد متضمن شرایط مذکور در ماده قبل و هرگونه اطلاعات باشد و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار محلی نیز منتشر شود، فاصله انتشار آگهی تا تاریخ قرائت پیشنهادها کمتر از ۱۵ روز و بیشتر از ۳۰ روز نخواهد بود.

ماده ۱۲ - در موقوفاتی که عرصه و اعیان آن‌ها وقف است، اعطای حق تملک اعیان به مستأجر ممنوع می‌باشد. در موارد استثنایی، تملک اعیان مستحدثه به‌وسیله مستأجر در قبال پرداخت پذیره با رعایت قوانین و مقررات مربوط و با پیشنهاد متولی و ادارات اوقاف و امور خیریه و تأیید نماینده ولی فقیه و سرپرست سازمان مجاز است و این موضوع در مورد باغ‌های موقوفه و همچنین در مورد موقوفات خاص نیز جاری است. (اصلاحی ۱۳۹۱/۳/۲۳)

ماده ۱۳- اجاره اراضی و رقبات بلامعارض موقوفه موردنیاز وزارتخانه‌ها و مؤسسات وابسته و نهادهای انقلاب اسلامی با رعایت صلاح و غبطه وقف بر اساس نظر کارشناس رسمی یا خبره محلی و بر مبنای نرخ عادلانه روز بدون اجام مزایده و با رعایت آیین‌نامه نحوه وصول پذیره و اهدایی مجاز است و در موارد دیگر با رعایت مصالح وقف و یا تصویب سرپرست سازمان و بر مبنای نظریه کارشناس رسمی یا خبره محلی و به نرخ عادلانه روز انجام مزایده الزامی نخواهد بود.

ماده ۱۴- کمیسیون مزایده از مسئول اداره حج و اوقاف و امور خیریه، نماینده اداره امور اقتصادی و دارایی محل و متولی موقوفه تشکیل می‌شود، در صورتی که موقوفه بدون متولی باشد نماینده دادستان عمومی شهرستان در جلسه شرکت خواهد نمود.

تبصره ۱- در مواردی که پیشنهادی نرسیده و یا پیشنهادها واصله به نظر کمیسیون مزایده مخالف مصالح وقف تشخیص داده شود مزایده یک‌بار دیگر تجدید می‌شود و در صورت تکرار وضعیت اولیه، تکلیف به‌وسیله اکثریت اعضای کمیسیون مذکور تعیین خواهد شد.

تبصره ۲- در مورد آن قسمت از باغات موقوفه که فروش سردرختی آن‌ها از طریق دید به حال موقوفه مفید باشد می‌توان فروش را منحصر به یک‌فصل و مزایده را بر طبق عرف و عادات محل و با نظر کارشناس یا خبره محلی به‌طور حضوری انجام داد.

تبصره ۳- در صورت تساوی پیشنهادها واصله برنده مزایده با نظر اکثریت اعضای کمیسیون تعیین خواهد شد.

تبصره ۴- رقبات موقوفات مشمول قانون ابطال اسناد فروش رقبات، آب و اراضی موقوفه برابر آیین‌نامه اجرایی آن به اجاره واگذار می‌شود.

ماده ۱۵- اراضی موقوفه مشمول قانون ابطال اسناد فروش رقبات، آب و اراضی موقوفه که در محدوده خدمات شهر واقع شده و در حال حاضر کاربری زارعی ندارد با تأیید مقامات ذی‌صلاح و تأمین و پرداخت حقوق مکتسبه زارعین صاحب نسق طبق مفاد این آیین‌نامه برای امور ساختمانی مجاز به اجاره واگذار خواهد شد.

ماده ۱۶- متولی موظف است نسبت به وصول مطالبات موقوفه و نیز برای روشن نمودن وضع موقوفه در اجرای قانون ابطال اسناد فروش رقبات، آب و اراضی موقوفه به موقع اقدام کند.

ماده ۱۷- متولیان و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه مکلف‌اند اقدامات خود را نسبت به اجرای مواد یک و چهار لایحه قانون تجدید قرارداد و اجاره املاک و اموال موقوفه و تجدید انتخاب متولیان و امان و نظار اماکن متبرکه مذهبی و مساجد مصوب ۱۳۵۸/۲/۴ شورای انقلاب اسلامی ایران همچنان به‌منظور احقاق حقوق موقوفات پیگیری نمایند.

ماده ۱۸- وجوه حاصل از ضبط سپرده‌های مزایده به موقوفات و اماکن مذهبی به‌حساب همان موقوفه یا مکان مذهبی واریز خواهد شد.

ماده ۱۹- مخارج هر موقوفه به شرح زیر است:

الف - هزینه‌های مربوط به حفظ عین و بقاع موقوفه و فراهم نمودن موجبات آبادی رقبات آن

- ب- تعمیرات جاری و هزینه‌های مربوط به بهره‌برداری از آن
- ج- مالیات و عوارض و حق‌التولیه و حق‌النظاره و مخارج ثبتی و محاکماتی در صورت شمول
- د- مصارف مقرر در وقف نامه و یا سیره جاریه
- تبصره ۱- اعتبارات بند ج به‌وسیله متولی به مصرف می‌رسد ولی در مورد مصرف اعتبارات بندهای الف، ب و د اطلاع اداره حج و اوقاف و امور خیریه لازم است، مگر در موقوفات منصوص التولیه در صورتی که مظنه تعدی و تفریط متولی نباشد.
- تبصره ۲- آن قسمت از مخارج بند د که تحصیل اسناد هزینه مقدور نباشد گواهی لازم با ذکر علت، نوع و مشخصات هزینه با امضای مسئول اداره محل و متولی و متصدیان امور مالی حسب مورد تنظیم خواهد شد.
- ماده ۲۰- در موقوفاتی که دارای متولی منصوص و قادر به انجام وظایف شرعی و قانونی نمی‌باشد، متولی موظف است بودجه فردی موقوفات و اماکن مذهبی که حاوی مشخصات رقبات و ریز ارقام درآمد و هزینه، موجودی، بدهی و مطالبات می‌باشد را حداکثر در سه ماه آخر سال برای سال آتی، طبق مدلول وقف نامه و مطابق نمونه‌ای که سازمان معین می‌نماید، در پنج نسخه به اختلاف مورد، به شرح زیر تنظیم نماید:
- الف - ادارات اوقاف و امور خیریه، بودجه موقوفات متصرفی را ظرف مدت یک ماه از تاریخ تنظیم به اداره کل اوقاف و امور خیریه استان مربوط ارسال می‌نمایند تا در صورتی که طبق مقررات و مدلول وقف نامه یا سیره جاریه تنظیم شده باشد، تأیید و در غیر این صورت جهت رفع نقص اعاده نماید.
- ب- موقوفاتی که متولیان آن‌ها در مظان تعدی و تفریط قرار دارند و با رعایت طرح توجیهی شماره ۱۲۰/۵۹۳۱ مورخ ۱۳۶۹/۷/۲۳ و مجوز مورخ ۱۳۶۹/۸/۷ مقام معظم رهبری با نظارت سازمان اوقاف و امور خیریه اداره می‌شوند متولی مربوط بودجه تنظیمی را ظرف یک ماه برای بررسی و تأیید به اداره اوقاف و امور خیریه محل تسلیم می‌نماید. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)
- تبصره ۱- یک نسخه از بودجه‌های تأیید شده در موقوفات غیر متصرفی - موضوع بند (ب) - به متولی و در موقوفات متصرفی به حسابداری و یک نسخه به اداره اوقاف و امور خیریه محل و یک نسخه به اداره کل اوقاف و امور خیریه استان مربوط و یک نسخه به اداره تحقیق مربوط و یک نسخه به سازمان ارسال خواهد شد و سازمان نیز به‌نوبه خود بودجه‌های واصله را مورد رسیدگی قرار داده و انطباق و یا عدم انطباق آن را با وقف نامه و مقررات و دستورالعمل‌های صادره به اداره اوقاف و امور خیریه محل اعلام می‌دارد. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)
- تبصره ۲- موقوفاتی که دارای متولی منصوص و قادر به انجام وظایف شرعی و قانونی هستند از تسلیم بودجه به ترتیب یاد شده مستثنا می‌باشند، مگر آنکه طبق نظر شعب تحقیق و حکم دادگاه فاقد شرایط مذکور یا مشمول بند (ب) این ماده شوند.
- این متولیان در هر حال به‌منظور تنظیم امور مالیاتی طبق قانون مالیات‌های مستقیم و آیین‌نامه و ضوابط مربوط جهت اخذ گواهی و مفاصاحساب عملکرد سالیانه موقوفه اقدام خواهند کرد. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

تبصره ۳- موقوفات و اماکنی که از طرف سازمان دارای امنای منصوب هستند و در حکم متصرفی بوده و امنای مذکور در تنظیم بودجه با ادارات حج و اوقاف و امور خیریه همکاری خواهند نمود. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

ماده ۲۱- در مورد تعمیر و عمران موقوفات و تأمین و انجام هزینه‌های مورد نیاز به زیر اقدام خواهد شد: الف- در موقوفاتی که واقف درصدی از درآمد را برای تعمیر و امور عمرانی پیش‌بینی کرده باشد طبق نیت واقف عمل خواهد شد.

ب- در سایر موارد برای انجام تعمیرات و عمران موقوفات با رعایت ماده (۶) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه از درآمد موقوفه هزینه‌های لازم تأمین و پرداخت خواهد شد.

ج- ادارات اوقاف و متولیان می‌توانند در صورتی که مغایر وقف نامه نباشد از طریق دیگر نظیر اخذ وام نیز برای این منظور استفاده نمایند. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

ماده ۲۲- در صورتی که منابع مذکور در ماده (۲۱) و عواید یک‌ساله موقوفه برای تعمیر یا بازسازی آن تکافو ننماید متولیان و ادارات وقف و امور خیریه و امنای می‌توانند درآمد دو یا چند سال موقوفه را به‌اضافه عواید موجود به مصرف برسانند. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

تبصره- حکم این ماده، همچنین حکم ماده (۲۱) این آیین‌نامه در مورد اماکن مذهبی اسلامی با رعایت مقررات مربوط به این اماکن نیز جاری است. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

ماده ۲۳- مطالبات و صرفه‌جویی‌های مهوروموم‌های قبل هر موقوفه به‌عنوان درآمد خالص در بودجه هرسال منظور خواهد شد و چنانچه قبلاً حق التولیه و حق‌النظاره از این مبلغ دریافت شده باشد، مجدداً احتساب نخواهد شد.

ماده ۲۴- با توجه به این که حفظ موقوفات از وظایف متولیان است و اموال وقف باید از اموال شخص متولی جدا و متمایز باشد متولیان موقوفات و امنای اماکن متبرکه مکلف‌اند دفتر مخصوصی برای ثبت درآمد و هزینه موقوفه یا اماکن مزبور تنظیم نمایند و هرگاه درآمد سالانه آن‌ها بیش از صد هزار ریال باشد، باید با معرفی اداره حج و اوقاف و امور خیریه حساب جداگانه‌ای به نام موقوفه یا مکان متبرکه در یکی از بانک‌ها افتتاح و عواید حاصله را به آن حساب واریز و هرگونه پرداخت را از طریق آن انجام دهند. تبصره - در مورد موقوفات و اماکنی که از طرف سازمان برای آن‌ها امنایی منصوب شده است حساب مذکور با امضای مشترک (امنا و اداره حج و اوقاف و امور خیریه) افتتاح خواهد شد.

ماده ۲۵- ادارات تحقیق به‌موجب ماده ۱۴ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه مکلف‌اند همه‌ساله از متولیان و امنای وقف و اماکن مذهبی و مدیران مؤسسات خیریه مشمول و نیاز ادارات حج و اوقاف و امور خیریه صورتحساب درآمد هزینه موقوفات و اماکن مذهبی و مؤسسات خیریه را مطالبه نمایند.

صورت‌حساب مزبور باید طبق فصول بودجه فردی سالانه موقوفه یا مکان مذهبی و یا موسسه خیریه حداکثر ظرف سه ماه بعد از ابلاغ در قبال اخذ رسید به اداره تحقیق و یا اداره حج و اوقاف و امور خیریه تسلیم شود، در صورتی که صورتحساب به اداره حج و اوقاف و امور خیریه تسلیم شده باشد اداره مزبور

موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز صورتحساب مذکور را به اداره تحقیق مربوطه جهت رسیدگی و صدور مفاصاحساب ارسال دارند صورتحساب تسلیمی باید متضمن موارد زیر باشد:

۱. هر رقم از درآمد و هزینه باید حسب مورد دارای مدارک و اسناد هزینه معتبر باشد.
 ۲. مانده حساب درآمد و هزینه سال قبل باید در صورتحساب سالانه مزبور ملحوظ شود.
- تبصره - ادارات تحقیق از متولیان منصوصی که در مظان تعدی و تفریط نباشند صورتحساب مطالبه نمی‌نماید.

ماده ۲۶- متولیان موظفاند در اجرای ماده ۶ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه و تبصره ذیل آن با رعایت مواد (۲۱ و ۲۲) این آیین‌نامه و استعداد محل در نگهداری و جلوگیری از خرابی و انهدام و در آبادی موقوفه اهتمام نمایند، به طوری که حداقل هر پنج سال افزایش محسوسی در عایدات موقوفه حاصل شود.

ماده ۲۷- ادارات تحقیق موظفاند همه‌ساله مفاصاحساب عملکرد سال قبل موقوفه را با رعایت ماده ۲۵ این آیین‌نامه صادر و حسب مورد به متولی یا امین و یا اداره حج و اوقاف و امور خیریه مربوطه تسلیم نمایند. در صورتی که عدم صدور مفاصاحساب ناشی از عمل متولی یا امین باشد شعب حسابرسی موارد تخلف را برای رسیدگی در جهت عزل یا ممنوعیت و یا ضم امین به شعب حقوقی تحقیق و برای برکناری امین به اداره حج و اوقاف و امور خیریه مربوطه اعلام خواهند داشت.

تبصره- شعب حسابرسی تحقیق اوقاف موظفاند درآمد و هزینه کلیه موقوفاتی که اسناد آن‌ها طبق ماده (۱۵) این آیین‌نامه به آن‌ها ارجاع می‌شود پس از تکمیل پرونده‌ها حداکثر ظرف مدت یک ماه رسیدگی و تکلیف آن‌ها را مطابق آیین‌نامه طرز تحقیق و رسیدگی در شعب تحقیق اوقاف روشن نمایند و با متخلفین برابر مقررات رفتار خواهد شد.

ماده ۲۸- ادارات تحقیق موظفاند همه‌ساله باملاحظه بودجه‌ها و صورتحساب‌های ارسالی از طرف متولیان و هیئت‌های امنا و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه و مؤسسات مشمول چنانچه به موارد تخلف برخورد نمودند مدارک لازم را جمع‌آوری و برابر ماده ۷ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه و تبصره‌های مربوطه اقدام نمایند در خصوص تخلف امنا مراتب توسط اداره حج و اوقاف و امور خیریه محل به سرپرست سازمان گزارش و کسب تکلیف خواهد شد.

ماده ۲۹- متولیان مکلفاند همه‌ساله مالیات قانونی موقوفه را در صورت شمول پرداخت نمایند و در صورت که بر اثر تعلل در پرداخت، جریمه‌ای به آن تعلق گیرد باید شخصاً آن را جبران کنند.

ماده ۳۰- در مواردی که اداره امور موقوفه به حکم ولی فقیه یا قانون با سازمان است کلیه وظایف و مسئولیت‌های متولی به عهده سازمان خواهد بود.

تبصره- هر نوع تخلفی که در مورد موقوفات غیر متصرفی موجب ممنوعیت و یا عزل متولی می‌شوند در خصوص موقوفه متصرفی نیز تخلف محسوب و برابر مقررات اقدام خواهد شد.

ماده ۳۱- وجوه اهدایی به اماکن مذهبی اسلامی که جهت مشخصی برای مصرف آن تعیین نشده است و وجوه حاصل از فروش اموال منقول زائد بر احتیاج این قبیل اماکن با جلب نظر اداره حج و اوقاف و امور

خیریه به‌وسیله هیئت‌امنا و در مواردی که هیئت‌امنا وجود نداشته باشد به‌وسیله ادارات حج و اوقاف و امور خیریه به ترتیبی که در ماده ۵ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و امور خیریه و آیین‌نامه آن مشخص است به مصرف خواهد رسید.

ماده ۳۲ - ادارات اوقاف و امور خیریه (در موقوفات متصرفی) و همچنین متولیان موقوفات عام و خاص (در موقوفات تحت تولیت خود) به‌منظور رعایت غبطه و مصلحت وقف و رفع مظنه تعدی و تفریط، موارد زیر را با رعایت قوانین و مقررات مربوط و با اطلاع و تأیید نماینده ولی‌فقیه در سازمان، انجام خواهند داد: فروش رقبات موقوفه و نحوه تبدیل آن‌ها با رعایت موازین شرعی و قانونی.

۱. اجاره بیش از ده سال
۲. ترک مزایده در مورد اجاره رقبات مشمول مزایده
۳. صلح و استرداد دعاوی موقوفه
۴. ارجاع اختلاف به داوری و انتخاب داور یا داوران
۵. نصب و عزل امنای موقوفات و بقاع متبرکه

تبصره - سرپرست سازمان می‌تواند جهت بررسی و اظهارنظر مشورتی در خصوص مشکلات و مسائل فقهی، حقوقی و اوقافی، هیئتی مرکب از افراد صاحب‌نظر را انتخاب و تعیین نماید. (اصلاحی ۱۳۹۱/۳/۲۳)

ماده ۳۳- حق التولیه متولی و یا سازمان در قبال اعمال تولیت نسبت به موقوفات و همچنین حق‌النظاره ناظر اعم از شخص یا سازمان به میزان مقرر در وقف نامه خواهد بود و در صورتی که وقف نامه خواهد بود و در صورتی که وقف نامه موجود نباشد و یا میزان حق‌التولیه و حق‌النظاره در آن معین نشده باشد حق التولیه به مقدار اجرت‌المثل معادل ده درصد درآمد خالص سالیانه و حق‌النظاره به مقدار اجرت‌المثل معادل پنج درصد همان درآمد خواهد بود.

تبصره ۱- در موارد استثنایی که درصدهای مندرج در این ماده با توجه به وضعیت موقوفه متناسب و متعارف نباشد با تأیید سرپرست سازمان کسر یا اضافه می‌شود.

تبصره ۲- در مواردی که سرپرست سازمان اعمال نظارت اشخاص یا ادارات حج و اوقاف و امور خیریه را در موقوفات غیر متصرفی ضروری تشخیص دهند اجرت‌المثل حق‌النظاره را نیز متناسباً تعیین خواهند نمود.

تبصره ۳- درآمد خالص موقوفه برابر هشتاد درصد درآمد کل خواهد بود.

ماده ۳۴- حق التولیه یا اجرت‌المثل ادارات اوقاف و امور خیریه در تولیت اماکن مذهبی اسلامی، موضوع بند (۲) و ذیل تبصره (۲) ماده (۱) قانون یاد شده، ده درصد عایدات خالص سالیانه هر یک از اماکن یاد شده می‌باشد و حق‌الزحمه هیئت‌امنا به‌موجب آیین‌نامه ماده (۵) قانون مذکور تعیین می‌شود. (اصلاحی ۱۳۹۲/۴/۹)

تبصره- سازمان عواید حاصل از حق‌التولیه و حق‌النظاره و همچنین هدایای مستقل را مطابق بودجه‌ای که همه‌ساله تنظیم و به تصویب هیئت دولت می‌رساند رأساً مصرف خواهد نمود. (اصلاحی ۱۳۹۱/۵/۲۸)

ماده ۳۵- ادارات حج و اوقاف و امور خیریه موظفاند همه ماه تراز عملیات دفتر روزنامه و کل را به انضمام مدارک و گزارش لازم به اداره امور مالی موقوفات جهت بررسی ارسال دارند.

ماده ۳۶- ثبت معاملات راجع به عین یا منافع موقوفات و بنیادها و مؤسسات خیریه و همچنین ثبت معاملات رقبات مربوط به اماکن متبرکه در دفاتر اسناد رسمی بدون موافقت سازمان ممنوع است و دفاتر اسناد رسمی مکلفاند رونوشت اسناد راجع به وقف را ظرف ده روز پس از ثبت به ادارات حج و اوقاف و امور خیریه مربوطه ارسال دارند.

ماده ۳۷- ادارات ثبت مکلفاند رونوشت مصدق اسناد مالکیت موقوفات، مساجد، تکایا، مدارس دینی و کلیه اماکن مذهبی ثبت شده و همچنین اساسنامه مؤسسات و بنیادهای خیریه واقع در حوزه عمل خود را به ادارات حج و اوقاف و امور خیریه محل تحویل نمایند.

ماده ۳۸- ادارات حج و اوقاف و امور خیریه و متولیان مکلفاند اسناد و آگهی‌های ثبتی مربوط به حوزه عمل خود را بررسی و برای حفظ عین و منافع موقوفات هرگونه اقدام لازم را معمول دارند.

ماده ۳۹- سازمان مکلف است دفاتر مخصوصی برای ثبت خلاصه اسناد وقف نامه‌های هر شهرستان تهیه و تنظیم نماید.

ماده ۴۰- متولیان و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه موظفاند نسبت به موقوفات مسلمی که به‌عنوان ملکیت تقاضای ثبت شده و در مدت قانونی اقدام نگردیده است برابر قانون ابطال اسناد فروش رقبات، آب و اراضی موقوفه و آیین‌نامه مربوطه اقدام نمایند.

ماده ۴۱- متولیان و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه می‌توانند با عنایت به ماده ۶ قانون برای احیای حقوق وقف و دفاع از دعاوی مطروحه و مشاوره در امور حقوقی و ثبت موقوفات در صورت لزوم وکیل یا وکلای دعاوی واجد شرایط را انتخاب نمایند.

تبصره - حق الوکاله و حق المشاوره با توجه به مصلحت و غبطه موقوفات از محل عواید وقف قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۴۲- در اجرای تبصره ماده ۱۰ قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه متولیان موظفاند ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ اجرای قانون رونوشت مصدق اسناد مالکیت وقف نامه‌های موجود را به ادارات حج و اوقاف و امور خیریه مربوط تسلیم و رسید دریافت دارند و در صورت عدم اقدام، ادارات حج و اوقاف و امور خیریه مکلفاند به طریق اطمینان بخشی تکلیف قانونی آنان را ابلاغ و ضرب‌الاجلی که بیش از دو ماه نباشد برای انجام آن تعیین و در صورت استتکاف به دلیل وجود مظنه تعدی و تفریط مراتب را به اداره تحقیق جهت رسیدگی و صدور حکم لازم اعلام دارند.

ماده ۴۳- ثمن بیع وقف در صورت جواز بیع باید در حساب مخصوصی در بانک تودیع و با جلب موافقت سرپرست سازمان و بر طبق ماده ۹۰ قانون مدنی رقبه دیگری به نام همان موقوفه خریداری که عواید آن بر نهج وقف نامه سابق به مصرف خواهد رسید.

تبصره - بیع و تبدیل موقوفه طبق مواد ۸۸ و ۸۹ قانون مدنی با کسب موافقت کتبی سرپرست سازمان امکان‌پذیر خواهد بود و در صورتی که متولیان بر طبق ماده ۸۸ و ۸۹ قانون مدنی قصد بیع و تبدیل موقوفه را داشته باشند کسب موافقت سرپرست سازمان ضروری می‌باشد.

ماده ۴۴- سهام اوراق بهاداری که از محل ثمن موقوفات خریداری شده، در حکم عین موقوفه است و قابل انتقال نیست مگر در موارد تبدیل

تبصره - ادارات حج و اوقاف و امور خیریه صورت مشخصات اوراق و سهام موضوع این ماده و همچنین سایر سهام و اوراق موقوفه را در دفتر مخصوص ثبت و نگهداری خواهند کرد.

ماده ۴۵- در مواردی که ثمن بیع وقف تکافوی خرید رقبه مستقلی را نماید سازمان می‌تواند با مشارکت چند موقوفه و نظر متولیان آن‌ها رقبه واحدی خریداری و سهم هر موقوفه را به تناسب سرمایه آن تعیین نماید.

ماده ۴۶- از تاریخ اجرای این آیین‌نامه احکام امنای موقوفات و اماکن مذهبی که بر مبنای مقررات سابق صادر شده است مورد بررسی و تجدیدنظر قرار گرفته و در صورت رضایت از نحوه خدمات آنان پیشنهاد انتصاب مجدد بلامانع است.

ماده ۴۷- اداره اثلاث باقیه، باقیه، محبوسات، نذور، صدقات و سایر اموال موضوع بند (۷) ماده (۱) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه که فاقد متولی یا متصدی بوده یا مجهول التولیه باشد، طبق مفاد بند (۷) و تبصره (۳) ماده (۱) قانون مذکور با اذن ولی فقیه و یا نماینده ایشان اداره امور آن‌ها به ادارات اوقاف و امور خیریه محل وقوع رقبات مذکور محول می‌شود. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

تبصره - مقررات این آیین‌نامه (در خصوص موقوفات عامه) در مورد محبوسات و اثلاث باقیه نیز تسری دارد.

ماده ۴۸- مؤسسات و بنیادهای خیریه در صورتی که بخواهند از معافیت‌های مالیاتی مندرج در قانون مالیات‌های مستقیم استفاده نمایند باید قبلاً نظارت سازمان را جلب نمایند.

ماده ۴۹- ادارات حج و اوقاف و امور خیریه می‌توانند در امور خیره و موقوفات از اشخاص حقیقی و حقوقی قبول وصایت، نیابت، وکالت و تولیت نموده و صدقات جاریه و نذرهای آنان را برابر نیات مربوطه عمل نمایند.

ماده ۵۰- متولیان و ادارات حج و اوقاف و امور خیریه به منظور بقای عین رقبات و فراهم آوردن موجبات آبادانی آن‌ها می‌توانند با استفاده از وجوه بلامانعی که بدین امر اختصاص داده می‌شود صندوق و یا شرکتی تأسیس نمایند.

صاحبان سهام این صندوق و یا شرکت اشخاص حقیقی و یا حقوقی خواهند بود که سرمایه آن را تأمین کرده‌اند.

ماده ۵۱ - درآمد موقوفات مجهول‌المصرف و موقوفاتی که به صورت مبرات مطلقه وقف شده باشند در صورت نداشتن متولی یا مجهول التولیه بودن با رعایت ماده (۸) قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج

و اوقاف و امور خیریه طبق بودجه‌ای که به تصویب سرپرست سازمان برسد توسط سازمان به مصرف خواهد رسید. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

تبصره ۱- رسیدگی به صورتحساب بودجه مذکور و صدور مفصاحساب سالانه به عهده سازمان خواهد بود. (اصلاحی ۱۳۸۲/۸/۴)

تبصره ۲- درآمد موقوفات مجهول‌المصرف و مبرات مطلقه که دارای متولی منصوص باشد توسط متولی در مطلق خیرات و مبرات به مصرف خواهد رسید. (الحاقی ۱۳۸۲/۸/۴)

آیین‌نامه اجرایی قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۸۳/۶/۱ هیئت‌وزیران جایگزین مواد ۵۲ الی ۶۸ این آیین‌نامه می‌باشد.

ماده ۶۹- کارکنان سازمان مشمول مقررات قانون استخدام کشوری و آیین‌نامه و مقررات مربوطه به آن می‌باشند.

ماده ۷۰- تعاریف و اصلاحات مندرج در آیین‌نامه‌های قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه توسط سازمان تهیه و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۷۱- از تاریخ تصویب این آیین‌نامه کلیه مصوبات هیئت دولت که مغایر با این آیین‌نامه باشد ملغی است.

ج) آیین‌نامه اجرایی قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج، اوقاف و امور خیریه مصوب ۱۳۸۳ هیئت‌وزیران با اصلاحات بعدی

(این آیین‌نامه اجرایی جایگزین مواد ۵۲ الی ۶۸ آیین‌نامه اجرایی مصوب ۱۳۶۵/۲/۱۰ می‌باشد.)

ماده ۱- سازمان حج و زیارت موظف است در چارچوب سیاست‌های مصوب کشور، برنامه‌های لازم را در زمینه برگزاری مراسم حج و تمتع و عمره و زیارت اعتاب مقدس و اماکن متبرک خارج از کشور اجرا نماید.

ماده ۲- به منظور هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف و تسریع در انجام امور حج و زیارت شورای عالی حج و زیارت تشکیل می‌شود.

ماده ۳- شورای عالی حج و زیارت با ترکیب افراد و مسوولین دستگاه‌های زیر تشکیل می‌گردد:

- ۱- رئیس‌جمهور (رئیس شورای عالی)
- ۲- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی (نایب رئیس شورای عالی)
- ۳- نماینده مقام معظم رهبری در امور حج و زیارت (در صورت معرفی)
- ۴- وزیر امور خارجه
- ۵- وزیر کشور
- ۶- وزیر امور اقتصادی و دارایی
- ۷- وزیر راه و ترابری
- ۸- معاون وزیر و رئیس سازمان حج و زیارت (دبیر شورا)

- ۹- رئیس کمیسیون مشترک ایران و عربستان
 - ۱۰- یک نفر کارشناس به انتخاب وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
 - ۱۱- یک نفر کارشناس به انتخاب نماینده مقام معظم رهبری در امور حج و زیارت.
- تبصره- نحوه تشکیل جلسات شورا بر اساس آیین‌نامه ای خواهد بود که توسط دبیر شورا تهیه و پس از تأیید رئیس شورای عالی به تصویب اعضا خواهد رسید. (اصلاحی ۱۳۸۳/۷/۲۶)
- ماده ۴- وظایف و اختیارات شورا به شرح زیر است:
- ۱- بررسی و تصویب خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی سازمان در امور مربوط به حج و زیارت
 - ۲- بررسی و تصویب آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی مربوط به بودجه عملیات اجرایی سازمان موضوع ماده (۱) این آیین‌نامه
 - ۳- بررسی و تصویب میزان وجوه قابل دریافت از زائران.
 - ۴- تصمیم‌گیری نسبت به کلیه پیشنهادهای مربوط به حج و زیارت ارائه‌شده به شورا در چارچوب قوانین و مقررات.
- تبصره - مصوبات شورا پس از تأیید رئیس شورا و با امضای وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی ابلاغ می‌گردد. (اصلاحی ۱۳۸۳/۷/۲۶)
- ماده ۵- رئیس سازمان بالاترین مقام اجرایی سازمان و در حدود قوانین مقررات مسئول اداره و حسن جریان امور و حافظ حقوق و اموال سازمان است.
- ماده ۶- وظایف و اختیارات رئیس سازمان به شرح زیر است:
- ۱- تهیه و تدوین برنامه‌های راهبردی و آیین‌نامه‌های موردنیاز سازمان و پیشنهاد آن برای تصویب به مراجع ذی‌ربط
 - ۲- به کارگیری و عزل و نصب نیروی انسانی سازمان در چارچوب قوانین و مقررات مربوط
 - ۳- امضای مکاتبات و اسناد، افتتاح حساب در بانک‌ها و معرفی امضاها مجاز و صدور اجازه پرداخت هزینه‌ها در حدود برنامه‌ها و اعتبارات مصوب.
 - ۴- نمایندگی سازمان در مقابل اشخاص حقیقی و حقوقی طرف دعوی اعم از داخلی و خارجی با حق انتخاب وکیل و حق وکالت در توکیل تا یک درجه و ارائه پیشنهاد صلح و سازش به مراجع ذی‌ربط با رعایت قوانین و مقررات ذی‌ربط.
 - ۵- تهیه و تنظیم شرح وظایف و تشکیلات تفصیلی سازمان حج و زیارت و اجرای آن پس از تصویب وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی و سایر مراجع ذی‌ربط.
 - ۶- تهیه و تنظیم بودجه سالانه سازمان و ارائه آن به مراجع ذی‌ربط جهت تصویب.
 - ۷- اسناد و اوراق بهادار و تعهدآور سازمان با امضای رئیس سازمان یا افراد مجاز از طرف وی و مدیر امور مالی سازمان معتبر خواهد بود.

ماده ۸- به منظور رسیدگی به حساب‌های موضوع ماده (۱) این آیین‌نامه وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی از سازمان حسابرسی یا مؤسسات حسابرسی عضو جامعه حسابداران رسمی ایران، حسابرس سازمان را انتخاب می‌کند.

ماده ۹- حسابرس سازمان موظف است مطابق استانداردهای حسابرسی به حساب‌های سازمان رسیدگی نماید و در اجرای این منظور بدون دخالت مستقیم در امور سازمان، به نحوی که به عملیات جاری سازمان لطمه وارد نشود، می‌تواند کلیه حساب‌ها، دفاتر، اسناد و مدارک مربوط را مورد رسیدگی قرار دهد و در صورتی که ضمن انجام وظایف خود به موردی از جریانات سوء و تخلفات برخورد نمود، بلافاصله وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی را در جریان امور قرار دهد.

ماده ۱۰- بودجه عملیات اجرایی سازمان که شامل ارقام درآمد وصولی از حجاج و زائران و هزینه‌های انجام شده در اجرای برنامه‌های حج و زیارت می‌باشد هم‌زمان با صدور دستورالعمل تنظیم بودجه عمومی دولت در سازمان تهیه و پس از تأیید رئیس سازمان و تصویب وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی اجرا خواهد شد.

ماده ۱۱- وجوه دریافت شده از زائران در حساب مخصوصی متمرکز می‌شود و پس از تأمین هزینه‌های زائران و سایر هزینه‌های جانبی و مازاد احتمالی که مبلغ آن توسط حسابرس سازمان مشخص می‌شود، باقیمانده آن بنا به پیشنهاد وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی و تأیید رئیس جمهور به مصرف امور فرهنگی و خیریه می‌رسد.

ماده ۱۲- مدیر امور مالی سازمان در چارچوب مقررات مربوط با حکم رئیس سازمان منصوب می‌شود.

ماده ۱۳- سازمان حج و زیارت موظف است برنامه‌ها و طرح‌های اجرایی لازم را در زمینه بیمه زائران وصول و ایصال ماترک زائران متوفی، اسکان، امور بهداشت و سلامت جسمی، تغذیه امنیت و روادید، حمل و نقل با همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط تدوین و اجرا نماید.

ماده ۱۴- کلیه هزینه‌هایی که اعتبار آن از محل بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود و نیز سایر خدماتی که در زمینه امور حج و زیارت در این آیین‌نامه پیش‌بینی نشده، تابع مقررات کشور خواهد بود.

ماده ۱۵- کارکنان سازمان مشمول مقررات قانون استخدام کشوری و آیین‌نامه و مقررات مربوط به آن هستند.

ماده ۱۶- از تاریخ تصویب این آیین‌نامه، تصویب‌نامه‌های مغایر لغو می‌گردد.

د) مصوبه انتزاع سازمان حج و زیارت از سازمان حج و اوقاف و امور خیریه، سال

۱۳۷۰

شورای عالی اداری در بیستمین جلسه مورخ ۱۳۷۰/۸/۱۵ در اجرای اوامر مقام معظم رهبری در خصوص کیفیت اداره امور حج و زیارت، موارد زیر را مورد تصویب قرار داد:

ماده (۱) کلیه امور مربوط به حج و زیارت که به موجب قوانین و مقررات مختلف بر عهده سازمان حج و اوقاف و امور خیریه محول گردیده است از آن سازمان منفک و بر عهده سازمان حج و زیارت قرار می‌گیرد.

ماده (۲) سازمان حج و زیارت سازمانی است مستقل، زیر نظر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و به صورت مؤسسه دولتی که رئیس آن توسط وزیر و با هماهنگی نماینده ولی فقیه در امور حج و زیارت به‌عنوان معاون وزیر انتخاب می‌شود.

ماده (۳) امور فرهنگی، تبلیغی و سیاسی حج و آنچه مربوط به آن است مانند انتخاب روحانیون و آموزش و امثال آن از اختیارات حوزه نمایندگی ولی فقیه خواهد بود.

ماده (۴) نقل و انتقال اعتبارات، کارکنان، سازمان و تشکیلات، دارایی‌ها، اموال و تعهدات مربوط به سازمان حج و زیارت ظرف مدت سه ماه، توسط وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی و با همکاری سازمان امور اداری و استخدامی کشور، سازمان برنامه و بودجه و وزارت امور اقتصادی و دارایی انجام خواهد پذیرفت.

ماده (۵) از تاریخ تصویب این مصوبه، عنوان سازمان حج و اوقاف و امور خیریه به سازمان اوقاف و امور خیریه تغییر می‌یابد.

ماده (۶) از تاریخ ابلاغ این مصوبه کلیه مقررات مغایر لغو و بلااثر می‌گردد و سایر مقولات به قوت خود باقی است.

سید منصور رضوی (معاون رئیس‌جمهور و دبیر شورای عالی اداری)

پیوست ۵: آئین نامه تأسیس مراکز خیریه بهداشتی درمانی

در اجرای ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۴ و تبصره ۲ ماده ۱ و ماده ۲۴ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات سال ۱۳۶۷ و بندهای ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۲ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷ ضوابط تأسیس و نحوه اداره مؤسسات پزشکی خیریه به شرح این آئین نامه تصویب می گردد.

ماده ۱- مؤسسات و مراکز بهداشتی درمانی خیریه مؤسساتی هستند که به صورت عام المنفعه و غیرانتفاعی و هیئت امنایی اداره و با کمک و مشارکت های مردمی توسط افراد خیر و سازمان های خیریه برای ارائه خدمات بهداشتی، درمانی به مردم طبق ضوابط این آئین نامه تشکیل می گردند.
ماده ۲- برای مؤسسه خیریه با رعایت ضوابط قانونی و این آئین نامه پروانه خاص صادر می گردد.
ماده ۳- مؤسسات خیریه باید طبق ضوابط قانونی در صورتی که موقوفه رسمی نمی باشد به ثبت رسیده و دارای ارکان زیر باشند:

الف- هیئت مؤسس

ب- هیئت امناء

ج- هیئت مدیره

د- مدیرعامل

ه- بازرس

ماده ۴- هیئت امناء مؤسسات خیریه باید از افراد خوشنام و خیر تشکیل شوند.

ماده ۵- اساسنامه مؤسسات خیریه شامل ارکان مذکور باید به تصویب مراجع صلاحیت دار برسد.

تبصره: وقف نامه مؤسسات موقوفه عام به جای اساسنامه خواهد بود.

ماده ۶- به منظور گسترش فرهنگ خیریه و ساماندهی و تقویت و تسریع در امور مؤسسات خیریه و استفاده از تجارب و کمک های افراد خیر و نیکوکار و ایجاد تشکیلات مناسب غیردولتی در این امور دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی در استان ها و سازمان مرکزی خیریه بهداشتی درمانی کشور در تهران که مطابق اصول قانونی مربوطه خواهد بود تشکیل و امور ذیل توسط هر یک از واحدهای مذکور انجام خواهد شد.

الف) دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی استان ها که شامل هیئت اجرایی و یک دبیر بوده و وظایف زیر را بر عهده خواهد داشت

۱- هدایت و جذب مشارکت های مردمی در راستای نیازهای بهداشتی درمانی استان منطبق بر

طرح های مصوب وزارت بهداشت و در قالب شبکه جامع بهداشتی درمانی کشور

۲- تعیین اولویت ها در ارتباط با نیازهای یاد شده

۳- تأیید اولیه صلاحیت متقاضیان تأسیس مراکز بهداشتی درمانی و گزارش آن به سازمان مرکزی

- ۴- نظارت مستمر بر عملکرد مؤسسات بهداشتی درمانی خیریه در زمینه‌های اداری مالی و فنی و گزارش آن به سازمان مرکزی بر اساس ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۵- مساعدت و همکاری لازم با افراد خیر در جهت اخذ مجوزهای قانونی
 - ۶- طراحی و پیگیری مکانیسم‌های تشویقی و تسهیلاتی در جهت کاهش هزینه‌های بالاسری اعم از مالیات، عوارض، انرژی، بیمه و...
 - ۷- سازمان‌دهی ارتباطات با داخل و خارج از کشور در زمینه‌های علمی، پژوهشی، آموزشی، خدماتی و مالی در جهت گسترش کمی و کیفی فرهنگ خیریه
- تبصره ۱- در هر استان یک دفتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی قابل تشکیل خواهد بود.
- تبصره ۲- اساسنامه موسسه خیریه بهداشتی درمانی به پیشنهاد موسسه مرکزی خیریه بهداشتی درمانی کشور و تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب مراجع ذیصلاح می‌رسد.
- ب) سازمان مرکزی خیریه بهداشتی درمانی کشور که از تجمع دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی استان‌ها در تهران تأسیس می‌شود و دارای وظایف زیر است:
- ۱- سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، هدایت و جذب مشارکت‌های مردمی در امر بهداشت و درمان در قالب مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی کشور در راستای سیاست‌ها و برنامه‌ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۲- تعیین اولویت‌ها و نیازهای بهداشتی درمانی و ابلاغ آن به مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی استان‌ها.
 - ۳- نظارت بر نحوه عملکرد مؤسسات خیریه بهداشتی، درمانی منطبق با ضوابط و مقررات اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۴- بررسی و اظهارنظر مشورتی در ارتباط با لغو موقت یا دائم پروانه مؤسسات خیریه بهداشتی، درمانی.
- ح) ارکان سازمان مرکزی خیریه بهداشتی، درمانی کشور عبارت‌اند از:
- ۱- شورای عالی
 - ۲- رئیس شورا
 - ۳- دبیر شورا
 - ۴- کمیته‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی
- تبصره - نحوه فعالیت سازمان مرکزی خیریه بهداشتی، درمانی کشور مطابق اساسنامه مربوطه که پس از تأیید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به تصویب مراجع صلاحیت‌دار می‌رسد خواهد بود.
- ماده ۷- تا زمانی که دفاتر خدمات خیریه بهداشتی، درمانی استان‌ها و سازمان مرکزی خیریه بهداشتی درمانی کشور تأسیس نشده‌اند، دفتر فعلی خیریه بهداشتی درمانی مستقر در تهران وظایف مذکور در این آیین‌نامه را عهده‌دار خواهد بود.

- ماده ۸- مدارک و اطلاعات لازم برای بررسی تقاضای تأسیس مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی:
- ۱- اسامی هیئت مؤسس که یک یا چند نفر پزشک باید جزء ترکیب آنان باشد
 - ۲- تقاضای تأسیس با امضای مشترک هیئت مؤسس
 - ۳- ارائه پیش نویس اساسنامه پیشنهادی
 - ۴- تنظیم و امضای تعهدنامه رسمی مبنی بر قبول رعایت شرایط خاص در اداره و بهره‌برداری مؤسسه به صورت غیرانتفاعی
 - ۵- احراز توان اجرائی مؤسسين توسط دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی استان‌ها. تبصره - سایر مدارک و اطلاعات مربوطه با هماهنگی سازمان خیریه بهداشتی درمانی کشور و از طریق این سازمان توسط معاونت سلامت تهیه و به اطلاع مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی کشور خواهد رسید.
- ماده ۹- درخواست تأسیس مؤسسات موضوع این آئین‌نامه از طریق دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ذی‌ربط به واحد صدور پروانه‌ها ارسال می‌گردد.
- ماده ۱۰- بررسی نهایی مدارک توسط واحد صدور پروانه‌های حوزه معاونت سلامت صورت می‌گیرد.
- ماده ۱۱- در صورت تکمیل بودن مدارک به ترتیب نوبت وصول تقاضا موضوع در کمیسیون قانونی مربوطه موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات ۱۳۶۷ مطرح و بر اساس رأی کمیسیون اقدام بعدی صورت خواهد گرفت.
- ماده ۱۲- در صورت تصویب کمیسیون موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، مجوز و یا پروانه‌های مربوط به احداث یا بهره‌برداری و یا تأسیس صادر خواهد شد.
- ماده ۱۳- مجوز بهره‌برداری و یا پروانه تأسیس پس از معرفی مسئول فنی و تأیید صلاحیت وی توسط کمیسیون قانونی مربوطه و تأیید دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ذی‌ربط مبنی بر تکمیل امکانات و وسایل و تجهیزات و کارکنان فنی و اداری صادر می‌شود.
- ماده ۱۴- مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی از نظر ضوابط و تخلفات مشمول ضوابط آئین‌نامه موسسه پزشکی مربوط خواهند بود.
- ماده ۱۵- نحوه اداره و ضوابط مالی و اداری مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی بر اساس اصول ذیل خواهد بود:
- ۱- مؤسسات موضوع این آئین‌نامه از نظر مالی باید به نحوی اداره شوند که در هر زمان موسسه به صورت غیرانتفاعی عام‌المنفعه باشد.
 - ۲- سربرگ‌ها و قبوض و اسناد مورد استفاده در این گونه مؤسسات باید با نشان (آرم) و مشخصات موسسه خیره مورد استفاده قرار گیرد.
- تبصره- مؤسسات خیریه کشوری دارای آرم واحدی خواهند بود و می‌توانند در کنار آن آرم محلی نیز داشته باشند.

- ۳- موسسه باید دارای دفاتر قانونی بوده و کلیه امور مالی در آن‌ها درج شود و اسناد مربوطه در امور مالی موسسه متمرکز و نگهداری گردد.
- ۴- حداکثر میزان تعرفه‌های مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی برابر با تعرفه‌های مصوب موضوع قانون بیمه همگانی خدمات درمانی می‌باشد.
- ۵- مراجعه‌کنندگان بی‌بضاعت به‌طور رایگان در این‌گونه مؤسسات تحت مداوا و درمان و ارائه خدمات قرار خواهند گرفت. در مواردی که مراجعه‌کنندگان توان پرداخت حق‌العلاج به میزان تعرفه‌های مقرر را نداشته باشند. به میزان استطاعت از آنان حق‌العلاج و هزینه خدمات دریافت خواهد شد.
- ۶- منابع مالی مؤسسات خیریه بهداشتی-درمانی عبارت‌اند از:
- سرمایه‌گذاری اولیه مؤسسين
 - درآمدهای حاصله از ارائه خدمات
 - مشارکت و کمک‌های مردمی و مؤسسات خیریه
 - عواید حاصله از صدقات و نذورات و خیرات
- ماده ۱۶- سازمان‌های بیمه‌گر ذی‌ربط مکلف به عقد قرارداد همکاری خدمات درمانی با مؤسسات خیریه بهداشتی درمانی کشور می‌باشند.
- ماده ۱۷- مسئولین مؤسسات موضوع این آئین‌نامه موظف‌اند اسناد و مدارک مالی را در هر زمان جهت بررسی در اختیار کارشناسان دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی و یا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان دفاتر خیریه بهداشتی درمانی استان‌ها قرار دهند.
- ماده ۱۸- علاوه بر تخلفاتی که بر طبق آئین‌نامه‌های مربوطه موجب اخطار یا لغو موقت یا دائم پروانه تأسیس می‌باشد، چنانچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس رسیدگی‌های دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی تشخیص دهند که امور مالی و نحوه عملکرد مؤسسات خیریه برخلاف تعهدات مربوطه بوده و موسسه را از صورت غیرانتفاعی خارج نموده باشد با هماهنگی سازمان خیریه بهداشتی درمانی کشور موضوع در کمیسیون قانونی تشخیص امور پزشکی مطرح و پروانه تأسیس حسب مورد به‌طور موقت یا دائم لغو خواهد شد.
- ماده ۱۹- در صورتی که دفاتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی استان‌ها و سازمان مرکزی خیریه بهداشتی درمانی کشور در اجرای مفاد این آئین‌نامه با دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی هماهنگ نباشند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نحو مقتضی تصمیم لازم را اتخاذ خواهد نمود.
- ماده ۲۰- کلیه آئین‌نامه‌های مؤسسات پزشکی مغایر با این آئین‌نامه در قسمت مغایر لغو می‌شود. این آئین‌نامه در تاریخ ۸۰/۱۲/۲۵ به تصویب رسید.

پیوست ۶: آیین نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان های مردم نهاد به همراه اصلاحیه آن

آیین نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان های مردم نهاد مصوب هیئت محترم دولت
به شماره ۲۷۸۶۲/ت/۳۱۲۸۱ هـ مورخ ۸/۵/۸۴

فصل اول - کلیات

ماده ۱- در این آیین نامه واژه ها و عبارات زیر به جای مفاهیم مشروح مربوط به کار می روند: الف) سازمان غیردولتی که در این آیین نامه «سازمان» نامیده می شود، به تشکل هایی اطلاق می شود که گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیر حکومتی به صورت داوطلبانه با رعایت مقررات مربوط تأسیس شده و دارای اهداف غیرانتفاعی و غیرسیاسی می باشد.

تبصره ۱- عناوین «جمعیت»، «انجمن»، «کانون»، «مرکز»، «گروه»، «مجمع»، «خانه»، «مؤسسه» و نظایر آن می تواند به جای واژه «سازمان» در نام گذاری به کار گرفته شوند.

تبصره ۲- واژه «غیردولتی» به این معناست که دستگاه های حکومتی در تأسیس و اداره سازمان دخالت نداشته باشند مشارکت مقامات و کارکنان دولتی در تأسیس و اداره سازمان، در صورتی که خارج از عنوان و سمت دولتی آنان باشد، مانع وصف غیردولتی سازمان نخواهد بود.

تبصره ۳- اهداف غیرسیاسی در بردارنده فعالیتی است که مشمول ماده یک قانون احزاب نگردد.

تبصره ۴- اهداف غیرانتفاعی عبارت است از عدم فعالیت های تجاری و صنفی انتفاعی به منظور تقسیم منافع آن بین اعضا، مؤسسان، مدیران و کارکنان سازمان.

تبصره ۵- داوطلبانه به معنای مشارکت و تأسیس و اداره سازمان بر اساس اصل آزادی اراده اشخاص است.

ب) هیئت مؤسس به مجموعه اشخاصی گفته می شود که سازمان را تأسیس می نمایند.

پ) پروانه فعالیت، سندی است که توسط مراجع مقرر در این آیین نامه با رعایت ضوابط مربوط در جهت تشکیل سازمان صادر می شود.

ت) مراجع نظارتی مشتمل بر هیئت نظارت شهرستان (متشکل از فرماندار، نماینده شورای اسلامی شهرستان و نماینده سازمان های غیردولتی شهرستان)، هیئت نظارت استان (مرکب از استاندار، نماینده شورای اسلامی استان و نماینده سازمان های غیردولتی) و هیئت نظارت کشور (مرکب از معاون ذی ربط وزیر کشور، نماینده شورای عالی استان ها و نماینده سازمان های غیردولتی) می باشد که بر اساس این آیین نامه و با رعایت ضوابط مربوط، در سطح شهرستان، استان و کشور نسبت به نظارت بر سازمان های غیردولتی، غیر از تشکل هایی که مطابق قانون مرجع نظارتی خاص برای آن ها پیش بینی شده است، اقدام می نمایند. نظارت بر سازمان های غیردولتی فرا استانی، کشوری یا بین المللی با هیئت نظارت کشور خواهد بود.

ماده ۲- سازمان پس از اخذ پروانه فعالیت و ثبت برابر ضوابط این آیین‌نامه و سایر مقررات جاری دارای شخصیت حقوقی می‌گردد.

ماده ۳- موضوع فعالیت سازمان مشتمل بر یکی از موارد علمی، فرهنگی، اجتماعی، ورزشی، هنری، نیکوکاری و امور خیریه، بشردوستانه، امور زنان، آسیب‌دیدگان اجتماعی، حمایتی، بهداشت و درمان، توان‌بخشی، محیط‌زیست، عمران و آبادانی و نظایر آن یا مجموعه‌ای از آن‌ها می‌باشد.

فصل دوم - حقوق و تکالیف

ماده ۴- سازمان حق دارد متناسب با موضوع فعالیت خود، با رعایت این آیین‌نامه و سایر قوانین و مقررات مربوط فعالیت نموده و از جمله نسبت به موارد زیر اقدام نماید :

(الف) ارائه خدمات امدادی موردنیاز دستگاه‌های دولتی و عمومی غیردولتی.

(ب) اظهارنظر و پیشنهاد راهکارهای مناسب:

۱. در فرایند برنامه‌ریزی مراجع دولتی و عمومی غیردولتی در سطوح شهرستان، استان یا ملی برحسب مورد.

۲. در مورد آثار و نتایج فعالیت‌های دستگاه‌های دولتی و عمومی غیردولتی، نقایص و مشکلات موجود به مراجع و دستگاه‌های قانونی ذی‌ربط.

(پ) کمک به اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های دستگاه‌های دولتی و عمومی غیردولتی از طریق توافق و تفاهم با آن‌ها.

(ت) برگزاری اجتماعات و راهپیمایی‌ها در جهت تحقق اهداف سازمان.

ث (انتشار نشریه.

(ج) انجام هرگونه عملیات دیگر برای تأمین اهداف مقرر در اساسنامه سازمان.

(چ) حق دادخواهی در مراجع قضایی و شبه قضایی.

ماده ۵- سازمان مکلف است گزارش عملکرد اجرایی و مالی سالانه خود را حداکثر تا دو ماه پس از پایان هر سال مالی به مرجع نظارتی مربوط و نیز در طی سال، سایر گزارش‌های عملکرد اجرایی و مالی را بنا به درخواست مرجع یادشده، حسب مورد، ارائه و همچنین نسبت به انتشار خلاصه‌ای از گزارش سالانه مذکور برای اطلاع عموم، در محدوده جغرافیایی فعالیت خود اقدام کند.

ماده ۶- هزینه‌های سازمان از منابع زیر تأمین می‌شود:

(الف) هدیه، اعانه و هبه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از داخلی و خارجی و دولتی و غیردولتی.

(ب) وقف و حبس.

(پ) وجوه حاصل از فعالیت‌های انجام‌شده در چارچوب موضوع فعالیت، اهداف و اساسنامه سازمان و این آیین‌نامه.

(ت) حق عضویت در سازمان.

تبصره ۱- سازمان موظف است پیش از دریافت کمک از منابع خارجی، مشخصات منبع کمک‌کننده، میزان کمک و چگونگی آن را به صورت مشروح برحسب مورد به مراجع نظارتی مربوط اعلام نماید.

مراجع مذکور موظفاند ظرف حداکثر یک هفته از تاریخ وصول اعلام یادشده، نسبت به نظرخواهی از وزارتخانه‌های اطلاعات و امور خارجه و بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران اقدام نمایند. موافقت دستگاه‌های یادشده ضروری است و این دستگاه‌ها موظف به اظهارنظر ظرف حداکثر یک ماه از تاریخ وصول استعلام می‌باشند. عدم ارائه پاسخ ظرف این مدت به منزله نظر موافق است.

تبصره ۲- دریافت کمک از مجامع رسمی بین‌المللی و منطقه‌ای و آژانس‌های وابسته به سازمان ملل، نیاز به دریافت مجوز ندارد. فهرست سازمان‌های یادشده توسط وزارت امور خارجه تهیه می‌شود و در اختیار هیئت نظارت قرار می‌گیرد.

ماده ۷- تقسیم دارایی، سود و یا درآمد سازمان در میان مؤسسان، اعضاء و مدیران و کارکنان آن قبل و پس از انحلال ممنوع است.

ماده ۸- اساسنامه و فعالیت‌های سازمان نباید مغایر با اصول قانون اساسی باشد.

ماده ۹- سازمان موظف است امکان دسترسی بازرسان مراجع نظارتی مربوط را به اطلاعات و اسناد خود فراهم کند. بازرسان نیز باید در حضور نماینده سازمان و صرفاً در محل دفتر سازمان، اسناد و اطلاعات مذکور را بررسی نمایند. نحوه بررسی باید به گونه‌ای باشد که به وظایف سازمان خللی وارد نیاید. خارج کردن اسناد از سازمان در راستای بازرسی، مگر به حکم مرجع قضایی صالح، ممنوع است.

ماده ۱۰- فعالیت سازمان در کشورهای دیگر باید با کسب مجوز کلی از مرجع نظارتی استانی و ملی باشد.

تبصره ۱- مرجع یادشده، قبل از اعلام نتیجه به سازمان متقاضی، باید از دستگاه‌های دولتی ذی‌ربط از جمله وزارت امور خارجه نظرخواهی نماید. دستگاه‌های مذکور ظرف حداکثر یک ماه باید پاسخ لازم را ارائه دهند، در غیر این صورت نظر آن‌ها موافق تلقی می‌شود.

تبصره ۲- مرجع مذکور باید حداکثر ظرف ۴۵ روز از تاریخ تقاضا، پاسخ لازم را به متقاضی ارائه دهد.

تبصره ۳- ارائه تقاضای سازمان با محدوده فعالیت شهرستان و یا استان، حسب مورد در ابتدا از طریق مرجع نظارتی شهرستان یا استان انجام می‌گیرد.

تبصره ۴- شرکت سازمان در مجامع بین‌المللی، دوره‌های آموزشی و نمایشگاه‌ها، باید با اطلاع کتبی به مراجع نظارتی انجام گیرد.

ماده ۱۱- سازمان باید در فعالیت‌های خود، قوانین و مقررات و الگوهای رفتاری نهادهای مدنی را رعایت نموده و از ارتکاب اعمال مجرمانه خودداری نماید.

ماده ۱۲- سازمان از حق دسترسی به اطلاعات موجود در مؤسسات عمومی برخوردار است و مؤسسات مذکور مکلفاند اطلاعات غیر طبقه‌بندی شده خود را در اختیار سازمان قرار دهند.

ماده ۱۳- سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و عمومی مکلفاند در فرایند تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نسبت به اخذ نظر سازمان اقدام و حسب مورد آن‌ها را برای شرکت در جلسات دعوت و گزارشی از نقطه نظرات ارائه‌شده را در اسناد سازمان ذی‌ربط ثبت نمایند.

ماده ۱۴- دولت مکلف است وظایف، امور و فعالیت‌های قابل‌واگذاری دستگاه‌های اجرایی به سازمان را شناسایی و نسبت به واگذاری آن اقدام و سازمان نیز حق دارد پیشنهادهای خود را در این خصوص به دولت ارائه کند.

ماده ۱۵- سازمان‌های دولتی مکلف‌اند زمینه مشارکت سازمان در نظارت بر حسن اجرای امور عمومی را فراهم نموده و حسب مورد با هیئت‌های حقیقت‌یاب آن‌ها همکاری نمایند.

ماده ۱۶- سازمان حق دارد در موضوع فعالیت‌های خود و برای حمایت از منافع عمومی علیه اشخاص حقیقی و حقوقی در مراجع قضایی اقامه دعوا نماید.

فصل سوم - صدور پروانه فعالیت

ماده ۱۷- متقاضیان تأسیس سازمان مکلف‌اند در غیر از مواردی که مطابق قانون، مرجع خاصی برای صدور پروانه سازمان‌های مربوط تعیین شده است، درخواست اخذ پروانه را به مراجع نظارتی مقرر در بند (ت) ماده (۱) ارائه نمایند.

تبصره ۱- دبیرخانه هیئت نظارت کشور، استان و شهرستان به ترتیب در وزارت کشور، استانداری و فرمانداری تشکیل می‌شود.

تبصره ۲- مسئولیت دبیرخانه هیئت نظارت کشور، استان و شهرستان به ترتیب بر عهده وزارت کشور، استانداری و فرمانداری می‌باشد.

تبصره ۳- اجرای تشریفات اداری و انجام اقدامات موضوع این آیین‌نامه توسط دبیرخانه هیئت نظارت انجام می‌گیرد.

تبصره ۴- تصمیمات لازم مبنی بر صدور یا عدم صدور پروانه و اعطای مجوز در هیئت نظارت اتخاذ می‌شوند.

تبصره ۵- صدور پروانه و امضای اوراق مربوط پس از تأیید هیئت نظارت در هیئت نظارت کشور با وزیر کشور، در هیئت نظارت استان با استاندار و در هیئت نظارت شهرستان با فرماندار می‌باشد.

ماده ۱۸- هیئت مؤسس باید دارای شرایط زیر باشند:

(الف) داشتن هیجده سال تمام.

(ب) تابعیت ایرانی.

(پ) دارا بودن صلاحیت تخصصی حداقل دو نفر از مؤسسان در خصوص موضوع فعالیت سازمان.

(ت) عدم عضویت در گروه‌هایی که بر اساس رأی دادگاه صالح محارب و معاند شناخته شده‌اند و نداشتن محکومیت مؤثر کیفری به‌نحوی که موجب محرومیت از حقوق اجتماعی شود.

تبصره- هیئت مؤسس باید دارای حداقل پنج عضو باشد.

ماده ۱۹- سازمان‌های غیردولتی که موضوع یا هدف فعالیت آن‌ها مشترک است، در صورت وجود شرایط زیر می‌توانند شبکه تشکیل دهند یا به عضویت شبکه‌های سازمان‌های بین‌المللی درآیند:

(الف) حداقل ۲ سال از تاریخ ثبت آن‌ها گذشته باشد.

(ب) به محکومیت‌های بند (پ) یا (ت) ماده (۲۸) این آیین‌نامه محکوم نشده باشند.

- پ) به تکالیف مندرج در ماده (۵) این آئین نامه عمل کرده باشند.
- ت) تابعیت آن‌ها ایرانی باشد.
- ث) اعضای مؤسس حداقل ۵ سازمان غیردولتی ایرانی باشند.
- تبصره ۱- انجام استعلام‌های مذکور در تبصره‌های (۲) و (۳) ماده (۲۲) این آیین نامه برای تأسیس شبکه‌های سازمان‌های غیردولتی لازم نیست.
- تبصره ۲- صدور پروانه فعالیت برای شبکه‌های سازمان‌های غیردولتی بر عهده هیئت نظارت کشور و تابع مقررات این آئین نامه می‌باشد. حقوق، تکالیف و سایر مقررات شبکه‌های مذکور همان است که برای سازمان‌های غیردولتی پیش‌بینی شده است.
- ماده ۲۰- هیئت مؤسس برای دریافت پروانه فعالیت باید مدارک زیر را حسب مورد به مراجع مذکور در ماده (۱۷) این آئین نامه ارائه نماید:
- الف) فرم تقاضانامه تکمیل شده.
- ب) تصویر مدارک هویتی هیئت مؤسس.
- پ) اساسنامه سازمان.
- ت) اولین صورت جلسه هیئت مؤسس.
- ماده ۲۱- اساسنامه سازمان باید حاوی موارد زیر باشد:
- الف) اهداف سازمان.
- ب) موضوع فعالیت.
- پ) مدت فعالیت.
- ت) مرکز اصلی فعالیت.
- ث) نحوه ایجاد شعب.
- ج) ارکان و تشکیلات سازمان، نحوه انتخاب، شرح وظایف و اختیارات و مسئولیت‌های آن‌ها.
- چ) صاحبان امضاها و مجاز.
- ح) شرایط پذیرش عضو.
- خ) منابع تأمین درآمد و دارایی.
- د) نحوه تغییر و تجدیدنظر در اساسنامه.
- ذ) نحوه انحلال.
- ر) مشخص ساختن وضعیت دارایی‌ها پس از انحلال.
- ز) محدوده جغرافیایی فعالیت سازمان.
- تبصره ۱- اساسنامه سازمان باید بر رأی‌گیری آزاد از تمام اعضا برای انتخاب مدیران و همچنین نحوه تغییر مدیران و دوره تصدی آن‌ها و نیز تصمیمات اساسی در ایجاد هرگونه تغییر و تأثیرگذاری تصریح کند.

تبصره ۲- در اساسنامه سازمان باید به صراحت، نحوه ارائه گزارش‌های عملکرد اجرایی و مالی سازمان به اعضای خود و نیز بازرسی و حسابرسی سازمان مشخص شود.

تبصره ۳- محدوده جغرافیایی فعالیت سازمان با پیشنهاد هیئت مؤسس و بر اساس شاخصه‌ای تقسیمات کشوری تعیین می‌شود.

ماده ۲۲- مرجع صدور پروانه فعالیت - موضوع ماده (۱۷) این آیین‌نامه - پس از دریافت تقاضانامه سازمان، باید ظرف حداکثر دو هفته نظر خود را نسبت به تأیید یا رد تقاضا اعلام نماید.

تبصره ۱- در صورتی که هیئت نظارت تقاضا را رد کند، مکلف است ظرف حداکثر دو هفته به‌طور کتبی دلایل رد درخواست را به متقاضی اعلام کند.

تبصره ۲- چنانچه موضوع فعالیت سازمان به وظایف هر یک از دستگاه‌های دولتی مربوط باشد، حسب مورد اخذ نظر موافق دستگاه یا دستگاه‌های دولتی ذی‌ربط نیز ضروری است.

تبصره ۳- هیئت نظارت مکلف است ظرف یک هفته از تاریخ دریافت تقاضا نسبت به اخذ نظر مرجع ذی‌صلاح (وزارت اطلاعات، وزارت دادگستری، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و دستگاه‌های تخصصی) اقدام و آن مرجع نیز مکلف است حداکثر ظرف یک ماه نظر خود را اعلام نماید، در غیر این صورت نظر هیئت مزبور موافق تلقی می‌شود.

تبصره ۴- متقاضی صدور پروانه می‌تواند نسبت به رد تقاضای خود به نحو زیر اعتراض نماید:

الف) از تصمیم هیئت نظارت شهرستان ظرف یک ماه از تاریخ ابلاغ، به هیئت نظارت استان و در صورت رد تقاضا در هیئت نظارت استان، ظرف یک ماه به هیئت نظارت کشور.

ب) از تصمیم هیئت نظارت استان ظرف یک ماه از تاریخ ابلاغ، به هیئت نظارت کشور.

پ) تصمیم هیئت نظارت کشور در هر مورد قابل اجرا ولی در دیوان عدالت اداری قابل اعتراض خواهد بود.

ماده ۲۳- مجمع عمومی و هیئت‌امنا (حسب مورد) بالاترین مرجع اجرایی سازمان می‌باشند و باید دارای شرایط مقرر در ماده (۱۸) این آیین‌نامه باشند.

ماده ۲۴- سازمان باید تابعیت ایرانی داشته باشد.

ماده ۲۵- سازمان مکلف است هرگونه تغییرات در مفاد اساسنامه، هیئت‌مدیره، هیئت‌امنا و نشانی را به مرجع صدور پروانه مربوط اطلاع دهد. در صورت اعلام عدم مغایرت تغییرات با مقررات این آیین‌نامه از سوی مراجع یادشده، سازمان مکلف است وفق آیین‌نامه ثبت، نسبت به ثبت در اداره ثبت شرکت‌ها و مؤسسات غیرتجاری و درج در روزنامه رسمی اقدام نماید.

فصل چهارم - نظارت

ماده ۲۶- وظائف مراجع نظارتی استان و شهرستان، به ترتیب در رابطه با سازمان‌های غیردولتی با محدوده فعالیت در سطح استان و شهرستان به شرح زیر می‌باشد:

الف) دریافت و بررسی اساسنامه متقاضیان تأسیس سازمان و اقدام به صدور پروانه فعالیت آن‌ها پس از احراز شرایط و ضوابط مقرر در این آیین‌نامه.

- ب) دریافت گزارش‌های عملکرد اجرایی و مالی سالانه و در صورت لزوم موارد مقطعی.
- پ) رسیدگی موردی به عملکرد اجرایی و مالی سازمان در صورت ضرورت.
- ت) نظارت بر اجرای مقررات این آیین‌نامه.
- ماده ۲۷- وظایف مراجع نظارتی فرا استانی و ملی در مورد سازمان‌های غیردولتی عبارت است از:
- الف) دریافت و بررسی اساسنامه متقاضیان تأسیس سازمان‌های غیردولتی با محدوده جغرافیایی فرا استانی و ملی و اقدام به صدور پروانه فعالیت آن‌ها پس از احراز شرایط و ضوابط مقرر در این آیین‌نامه.
- ب) دریافت گزارش عملکرد اجرایی و مالی سالانه و در صورت لزوم موارد مقطعی آن‌ها.
- پ) رسیدگی و اعلام نظر و اتخاذ تصمیم نسبت به شکایات دریافت شده از متقاضیان در خصوص تأخیر یا رد صدور پروانه فعالیت و سایر شکایات و اختلافات میان سازمان‌های غیردولتی با استانداری‌ها و فرمانداری‌ها.
- ت) نظارت بر حسن اجرای مقررات این آیین‌نامه.
- تبصره- نظارت بر سازمان‌های غیردولتی تخصصی توسط دستگاه‌های ذی‌ربط با هماهنگی وزارت کشور انجام خواهد شد.
- ماده ۲۸- مراجع نظارتی موظف‌اند در حدود فعالیت خود در صورت وصول گزارش و یا اطلاع از عدم رعایت مقررات این آیین‌نامه از سوی سازمان، نسبت به بررسی آن با حضور مشورتی نماینده سازمان غیردولتی مربوط و نماینده دستگاه دولتی تخصصی ذی‌ربط اقدام نمایند و در صورت احراز تخلف، حسب مورد، مراحل زیر را به اجرا گذارند:
- الف) تذکر شفاهی با مهلت یک‌ماهه برای اصلاح وضعیت.
- ب) تذکر کتبی با درج در پرونده با مهلت یک‌ماهه برای اصلاح وضعیت.
- پ) تعلیق پروانه فعالیت برای مدت ۳ ماه.
- ت) تقاضای لغو پروانه فعالیت از دادگاه در صورت عدم اصلاح وضعیت.
- تبصره ۱- مراتب مذکور توسط مسئول دبیرخانه هیئت نظارت ابلاغ و در پرونده ثبت می‌شود.
- تبصره ۲- نحوه اقدام مراجع نظارتی بر اساس این ماده، در بخشنامه وزیر کشور که ظرف یک ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه ابلاغ می‌شود، تعیین خواهد شد.
- ماده ۲۹- صدور مجوز فعالیت سازمان‌های غیردولتی خارجی و بین‌المللی در ایران و نظارت بر آن‌ها به عهده هیئتی متشکل از نماینده وزارت امور خارجه، نماینده وزارت کشور، نماینده وزارت اطلاعات و نماینده وزارتخانه یا سازمان دولتی مرتبط با موضوع فعالیت سازمان غیردولتی خارجی یا بین‌المللی خواهد بود.
- تبصره - فعالیت سازمان‌های غیردولتی مذکور پس از اخذ مجوز، تابع مقررات این آیین‌نامه می‌باشد.

فصل پنجم - سایر مقررات

ماده ۳۰- سازمان‌های غیردولتی که از مصادیق این آیین‌نامه قرار می‌گیرند و در اجرای مقررات جاری تاکنون ایجاد شده‌اند، باید وضعیت خود را با مقررات این آیین‌نامه تطبیق دهند، در غیر این صورت مشمول مزایا و تسهیلات این آیین‌نامه نمی‌شوند.

ماده ۳۱- انحلال سازمان اعم از اختیاری و قهری، بر اساس مفاد ذی‌ربط آیین‌نامه ثبت تشکیلات و مؤسسات غیر تجاری - مصوب ۱۳۳۷ با اصلاحات بعدی - انجام می‌گیرد.

تبصره - چنانچه مدت فعالیت سازمان در اساسنامه به صورت محدود قید شده باشد، پس از انقضای آن و عدم تمدید بر اساس مقررات این آیین‌نامه سازمان خودبه‌خود منحل می‌گردد.

ماده ۳۲- تشکل‌های کارگری و کارفرمایی موضوع فصل ششم قانون کار، واحدهای آموزش عالی و یا مؤسسات پژوهشی موضوع بند «ل» ماده (۱) قانون اصلاح قانون تأسیس وزارت علوم و آموزش عالی - مصوب ۱۳۵۳- آموزشگاه‌های علمی آزاد و نیز مدارس غیرانتفاعی موضوع قانون تأسیس مدارس غیردولتی و سایر تشکل‌های غیردولتی که در نص قوانین جاری صراحتاً اجازه تأسیس و انحلال آن‌ها به عهده دستگاه‌های دولتی واگذار شده‌اند، از شمول سازمان موضوع این آیین‌نامه خارج می‌باشند.

تبصره ۱- مرجع صدور پروانه برای سازمان‌های غیردولتی تخصصی با رعایت مقررات این آیین‌نامه و با اخذ نظر دستگاه‌های ذی‌ربط، وزارت کشور است.

تبصره ۲- نحوه صدور پروانه برای سازمان‌های غیردولتی جوانان مطابق تفاهم‌نامه‌ای است که توسط وزارت کشور و سازمان ملی جوانان امضاء شده است.

ماده ۳۳- از تاریخ ابلاغ این تصویب‌نامه، تصویب‌نامه‌های شماره ۱۲۶۰۸/ت/۲۷۳۶۷ هـ مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۹، ۳۴۹۰۹/ت/۲۷۳۶۷ هـ مورخ ۱۳۸۲/۶/۲۴ و ۵۵۸۷۷/ت/۲۹۶۴۵۱ هـ مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۱۵ لغو می‌گردند.

متن اصلاحیه مصوب هیئت محترم وزیران به شماره ۲۹۰۳۳/ت/۳۷۳۷۱ هـ مورخ ۱۳۸۶/۲/۲۹ هیئت‌وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۲/۲۳ با توجه به نظر رئیس مجلس شورای اسلامی موضوع نامه شماره ۹۹۵۴/۱۹۰۲۲۸ هـ/ب مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۸ تصویب نمود:

آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۷۸۶۲/ت/۳۱۲۸۱ هـ مورخ ۱۳۸۴/۵/۸ به شرح ذیل اصلاح می‌گردد:

۱. مواد (۱۲) و (۱۳) حذف می‌گردد.
۲. در بند «پ» تبصره (۴) ماده (۲۲) عبارت «مراجع صالحه قضایی» جایگزین عبارت «دیوان عدالت اداری» می‌گردد.

پرویز داودی

معاون اول رئیس‌جمهور

پیوست ۷: آیین‌نامه‌های اجرایی مواد (۱۰) و (۱۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) - مصوب ۱۳۹۳-

آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۰ قانون مزبور، به تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام توسط خیرین و آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸ به تشویق خیرین برای مشارکت در طرح‌های تملک‌دارایی پرداخته‌اند. متن این دو مصوبه که هر دو در تاریخ ۱۳۹۴/۴/۲۰ توسط آقای اسحاق جهانگیری، معاون اول رئیس‌جمهور برای اجرا به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور ابلاغ‌شده به شرح زیر است:

آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۰) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) - مصوب ۱۳۹۳-

- ماده ۱- در این آیین‌نامه، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:
- الف- پروژه: کلیه پروژه‌های نیمه‌تمام دولتی مندرج در قوانین بودجه سنواتی و یا مصوب شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان
- ب- دستگاه اجرایی: دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری - مصوب ۱۳۸۶- به جز نهادهای عمومی غیردولتی
- ج- خیرین: اشخاص حقیقی و یا حقوقی غیردولتی که با استفاده از منابع غیردولتی، اقدام به کمک مالی، تأمین عرصه و اعیان، احداث، توسعه، تکمیل و تجهیز طرح‌ها و تحویل و اهدای آن‌ها به دستگاه اجرایی می‌کنند.
- ماده ۲- دستگاه اجرایی مجاز است پروژه‌های خود را بر اساس تفاهم‌نامه با خیرین و با استفاده از مشارکت آن‌ها تکمیل کند. در این تفاهم‌نامه باید مشخصات کامل پروژه بر اساس موافقت‌نامه مربوط، برآورد مبلغ موردنیاز که به‌وسیله خیرین تأمین می‌شود و بازه زمانی اجرای تعهد ذکر شود و نسخه‌ای از این تفاهم‌نامه حسب مورد به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و استان ارسال شود.
- ماده ۳- پروژه‌هایی که حداقل سی درصد (۳۰٪) از منابع تکمیلی آن‌ها توسط خیرین تأمین شده باشد و به بهره‌برداری برسند، می‌توانند توسط خیرین نام‌گذاری شوند و تغییر نام آن بدون موافقت آن‌ها یا وراثشان امکان‌پذیر نیست.
- ماده ۴- دستگاه اجرایی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (استان) موظف‌اند نسبت به درج اعتبارات تعهد شده توسط خیرین و تعدیل اعتبارات از محل بودجه عمومی بر اساس آن در موافقت‌نامه مربوط اقدام کنند.
- تبصره - صرفه‌جویی ناشی از اجرای این ماده با رعایت قوانین و مقررات مربوط صرف تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام همان دستگاه اجرایی خواهد شد.
- ماده ۵- دستگاه اجرایی موظف است گزارش عملکرد مالی و عملیاتی پروژه‌هایی را که از منابع خیرین تکمیل می‌شوند، به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و استان ارسال کند.

آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۸) قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) - مصوب ۱۳۹۳ -

- ماده ۱- در این آیین‌نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:
- الف- طرح: طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای مندرج در پیوست شماره (۱) قوانین بودجه سالانه کل کشور و طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای استانی مصوب شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان‌ها.
- ب - دستگاه اجرایی: دستگاه‌های اجرایی مندرج در پیوست شماره (۱) قوانین بودجه سالانه کل کشور و دستگاه‌های اجرایی طرح‌های مصوب شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان‌ها.
- ج- خیرین: اشخاص حقیقی و یا حقوقی غیردولتی که با استفاده از منابع غیردولتی، اقدام به کمک مالی، تأمین عرصه و اعیان، احداث، توسعه، تکمیل و تجهیز طرح‌ها و تحویل و اهدای آن‌ها به دستگاه اجرایی می‌نمایند.
- د- بانک عامل: بانک‌ها یا مؤسسات اعتباری که به موجب قانون و یا با مجوز بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران تأسیس شده و تحت نظارت آن بانک می‌باشند.
- ماده ۲- دستگاه اجرایی برای آگاهی خیرین و جمع‌آوری پیشنهادهای آنان و تصمیم‌گیری در خصوص استفاده از سازوکار این آیین‌نامه تا پایان شهریورماه هر سال از طریق جراید کثیرالانتشار، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی و نهادهای مربوط به خیرین، مشخصات آن دسته از طرح‌های خود را که امکان مشارکت خیرین در آن‌ها وجود دارد، اطلاع‌رسانی می‌نماید.
- تبصره- دستگاه اجرایی باید در معرفی طرح‌های خود، مشخصات آن‌ها شامل عنوان، حجم عملیات، مکان اجرا و اعتبار موردنیاز برای اجرا را اعلام نماید.
- ماده ۳ - در صورتی که خیرین متقاضی برخورداری از منابع دستگاه اجرایی برای سود و کارمزد تسهیلات اعطایی برای اجرای طرح‌ها باشند، تقاضای خود را به صورت کتبی به دستگاه اجرایی مربوط اعلام می‌نمایند و دستگاه اجرایی موظف است ظرف بیست روز نسبت به بررسی پیشنهادهای و اعلام نتیجه اقدام نماید.
- ماده ۴- دستگاه اجرایی موظف است پیشنهادهای پذیرفته شده را با هماهنگی خیرین به بانک عامل معرفی نماید.
- ماده ۵- بازپرداخت تسهیلات اعطایی توسط خیرین تضمین می‌شود.
- ماده ۶- سود و کارمزد تسهیلات اعطایی با استفاده از تمام یا بخشی از اعتبارات طرح توسط دستگاه اجرایی قابل تأمین و پرداخت است.
- تبصره- بازپرداخت سود و کارمزد تسهیلات اعطایی بر اساس قرارداد بین دستگاه اجرایی، بانک عامل و خیرین تا زمان خاتمه طرح، از محل اعتبارات همان طرح صورت می‌گیرد و باقی مانده برای سال‌های پس از خاتمه طرح از محل ردیف اعتباری مشخصی که توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در لویح بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، تأمین می‌شود.

ماده ۷- بانک عامل تسهیلات اعطایی را متناسب با تائید پیشرفت طرح‌ها به تدریج توسط بالاترین مقام و ذی‌حساب دستگاه اجرایی به پیمانکاران طرح‌ها پرداخت می‌نماید.

ماده ۸- دستگاه اجرایی موظف است تسهیلات اعطایی را به‌عنوان **سایر منابع** در موافقت‌نامه طرح ذی‌ربط نماید. تسهیلات دریافتی در صورت‌حساب اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای دستگاه اجرایی در قالب سایر منابع اعمال حساب می‌شود.

ماده ۹- دستگاه اجرایی موظف است با رعایت قوانین و مقررات تا پایان سال مالی گزارش عملکرد مصارف موضوع این آیین‌نامه را به تفکیک طرح‌های ملی یا استانی حسب مورد به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و استانداری مربوط ارائه نماید.

پیوست ۸: آیین‌نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی

آیین‌نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مقدمه

امروز مشارکت اجتماعی در همه عرصه‌های جامعه تأثیرگذار و ضروری است در نظام سلامت کشور ظرفیت‌های موجود دولتی و خصوصی پاسخگوی نیاز مردم به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر در مناطق مختلف کشور نیست، از این‌رو مشارکت اجتماعی در بخش سلامت اهمیت دوچندان می‌یابد. از طرف دیگر عدم مطلوبیت در حوزه‌های مختلف نظام سلامت از جمله پیشگیری، دارو، درمان، مراقبت، توان‌بخشی و ... وجود داشته و مشارکت اجتماعی در سلامت، جهت ارتقاء قابلیت‌های سلامت با بهره‌گیری از توانمندی مردمی، می‌تواند به جبران کمبودهای گذشته کمک نماید. تقویت راهبرد مشارکت اجتماعی در سلامت مستلزم ایجاد سازوکارهای مناسب، پیش‌بینی بسته‌های حمایتی، تشویق و ترغیب مردم، ایجاد اعتماد و افزایش سطح آمادگی جامعه است. به این منظور با تشکیل شورای عالی مشارکت‌های اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضروری است شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت در سطح مناطق و استان‌های کشور و در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل گردد. این آیین‌نامه برای نیل به آن تدوین گردیده است.

فصل اول: کلیات

ماده ۱: تعریف

به‌منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظام‌مندسازی و تأیید طرح‌ها، برنامه‌ها و روش‌های مشارکت‌های اجتماعی در بخش سلامت در سطح استان و هماهنگی بین بخشی در بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های منطقه‌ای و استان، شورایی تحت عنوان «شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی» که از این‌پس «شورا» نامیده می‌شود تشکیل و زیر نظر «شورای عالی مشارکت‌های اجتماعی» سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «که از این‌پس شورای عالی» نامیده می‌شود ایفای نقش می‌نماید.

ماده ۲: اهداف و سیاست‌ها

- ۱-۲- ارتقاء مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت و کاهش تصدی‌گری دولت متناسب با شرایط منطقه و استان
- ۲-۲- بهره‌گیری از کلیه امکانات و ظرفیت‌های موجود در سطح منطقه و استان جهت تقویت مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت

- ۳-۲- تصویب طرح‌ها، برنامه‌ها و روش‌های مشارکت‌های اجتماعی در بخش سلامت در سطح منطقه و استان
- ۴-۲- استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO ها) و سازمان‌های جامعه‌مدار (CBO ها) مرتبط با سلامت در سطح منطقه و استان
- ۵-۲- طراحی مدل بومی جلب مشارکت‌های اجتماعی با توجه به شرایط و نیازهای منطقه و استان با حضور سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها در حوزه سلامت
- ۶-۲- اولویت‌بندی نیازهای حوزه بهداشت و سلامت منطقه و استان
- ۷-۲- فرهنگ‌سازی در جهت تشویق و ترغیب آحاد مردم برای مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت (هبه، نذر، سلامت، فعالیت داوطلبانه، اهدای اختصاصی به بخش سلامت و ...)
- ۸-۲- بهره‌گیری از ظرفیت‌های فرهیختگان و صاحب‌نظران حوزه مشارکت‌های اجتماعی در سطح منطقه و استان جهت تقویت بخش سلامت
- ۹-۲- بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌های دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی استان در توسعه مشارکت‌های مردمی
- ۱۰-۲- پیش‌بینی پیوست مشارکت‌های اجتماعی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های حوزه سلامت منطقه و استان
- ۱۱-۲- افزایش حساسیت و ایجاد انگیزه در مدیران نسبت به جذب مشارکت‌های اجتماعی حوزه سلامت در سطح منطقه و استان و اهمیت پرداختن به آن
- ۱۲-۲- یکپارچه‌سازی و پرهیز از فعالیت‌های اجتماعی سلامت در سطح منطقه و استان
- ۲-۱۳- بسترسازی جهت شکوفایی خلاقیت و نوآوری در عرصه جلب مشارکت‌های اجتماعی سلامت‌محور در سطح منطقه و استان
- ماده ۳: وظایف شورا**
- ۱-۳- سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی به‌منظور ارتقاء مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت و ارائه راهکارهای علمی و قانونی جهت کاهش تصدی‌گری دولت متناسب با شرایط منطقه و استان
- ۲-۳- هماهنگی بین بخشی در بهره‌گیری از کلیه امکانات و ظرفیت‌های موجود در سطح منطقه و استان جهت تقویت مشارکت‌های اجتماعی سلامت
- ۳-۳- برنامه‌ریزی و تصویب طرح‌ها، برنامه‌ها و روش‌های مشارکت‌های اجتماعی در بخش سلامت در سطح منطقه و استان
- ۴-۳- طراحی و اجرای مدل بومی جلب مشارکت‌های اجتماعی سلامت با توجه به شرایط و نیازهای منطقه و استان با حضور سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها در حوزه سلامت
- ۵-۳- تقویت و حمایت از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO ها) و سازمان‌های جامعه‌مدار (CBO ها) مرتبط با سلامت در سطح منطقه و استان

- ۳-۶- ایجاد بستر آموزشی و توانمندسازی مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO ها) و سازمان‌های جامعه‌مدار (CBO ها) برای پذیرش مسئولیت‌ها در حوزه سلامت در سطح منطقه و استان
- ۳-۷- اولویت‌بندی نیازهای حوزه بهداشت و سلامت استان بر اساس نظرات نخبگان و یافته‌های مطالعاتی و ارائه آن به شورای عالی جهت اعمال در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های آتی.
- ۳-۸- بررسی نحوه تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی استان به‌منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه مشارکت‌های اجتماعی سلامت
- ۳-۹- ارائه پیشنهادهاى کلان در حوزه جلب مشارکت‌های اجتماعی برای کل کشور به شورای عالی
- ۳-۱۰- بررسی و تصویب عناوین و کاربری نتایج پیوست مشارکت‌های اجتماعی طرح‌ها و پروژه‌های حوزه سلامت استان و در صورت تأیید الزام واحدهای مربوطه به رعایت آن
- ۳-۱۱- استفاده بهینه و مناسب از رسانه‌های موجود با تأثیرگذاری گسترده و مخاطبان بالا در سطح منطقه و استان در جهت تقویت مشارکت‌های اجتماعی
- ۳-۱۲- بهره‌مندی و استفاده از فناوری‌ها و روش‌های نوین و برتر علمی در عرصه مشارکت‌های اجتماعی سلامت
- ۳-۱۳- پیشنهاد و بررسی طرح‌ها و برنامه‌های مربوط به فرهنگ‌سازی در جهت تشویق و ترغیب آحاد مردم برای مشارکت در حوزه سلامت
- ۳-۱۴- طراحی نحوه بهره‌گیری از ظرفیت‌های فرهیختگان حوزه اجتماعی، معتمدین و بزرگان جامعه، نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی و شوراهای اسلامی شهر و روستا در سطح استان، جهت تقویت بخش سلامت
- ۳-۱۷- پیشنهاد و برنامه‌ریزی جهت ساماندهی، شناسایی و جذب منابع غیردولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی در سطح استان
- ۳-۱۵- ارائه طرح‌ها و راه‌کارهای اجرایی در زمینه حمایت‌های قانونی مشارکت‌های اجتماعی در حوزه سلامت
- ۳-۱۶- بررسی و استفاده از تجارب سایر مناطق و استان‌ها در زمینه مشارکت‌های اجتماعی در بخش سلامت
- ۳-۱۷- بسترسازی مناسب برای مشارکت کلیه اقشار جامعه در فعالیتهای سلامت‌محور در سطح منطقه و استان
- ۳-۱۸- هماهنگی اجرای برنامه‌ها و روش‌های مشارکت‌های اجتماعی در بخش سلامت، ابلاغی از سوی شورای عالی و ایجاد وحدت رویه در فعالیتهای مختلف بخش‌های فعال در سطح استان در رابطه با اهداف
- ۳-۱۹- پیگیری و اجرای موضوعات ارجاعی از شورای عالی
- ۳-۲۰- بررسی مصوبات شورای عالی به‌منظور تبیین و تدوین ضوابط عملیاتی و نظارت بر حسن اجرای آن در سطح منطقه و استان

- ۲۱-۳- تهیه دستورالعمل اجرای توسعه مشارکت‌های اجتماعی برای تمامی بخش‌های بهداشت و سلامت در سطح منطقه و استان
- ۲۲-۳- توجه به یکپارچه‌سازی و پرهیز از فعالیت‌های موازی در حوزه مشارکت‌های اجتماعی در سطح منطقه و استان
- ۲۳-۳- بسترسازی جهت شکوفایی خلاقیت و نوآوری در عرصه جلب مشارکت‌های اجتماعی سلامت‌محور در سطح منطقه و استان

تبصره ۱:

مصوبات شورا برای کلیه حوزه‌های بهداشت و سلامت استان لازم‌الاجرا بوده و حوزه‌های مربوطه موظف‌اند اقدامات انجام‌شده در خصوص مصوبات را به دبیرخانه شورا اعلام نمایند.

تبصره ۲:

شورا موظف است گزارش کامل برگزاری جلسات و مصوبات و نتایج اجرای مصوبات خود را به‌صورت فصلی برای شورای عالی ارسال نماید.

فصل دوم: ترکیب و ساختار شورا

ماده ۴: اعضاء شورا عبارت‌اند از

- ۱- رئیس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه به‌عنوان رئیس شورا
- ۲- قائم‌مقام رئیس دانشگاه در امور مشارکت‌های اجتماعی سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌های دانشگاه / دانشکده به‌عنوان قائم‌مقام و دبیر شورا
- ۳- معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی
- ۴- معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی
- ۵- نماینده تام‌الاختیار صداوسیما مرکز استان / شهرستان
- ۶- نماینده تام‌الاختیار استانداری
- ۷- مدیرکل آموزش و پرورش استان
- ۸- رئیس شورای اسلامی مرکز استان / شهرستان
- ۹- نماینده تام‌الاختیار شهردار مرکز استان / شهرستان
- ۱۰- یک شخصیت حوزوی یا نماینده ائمه جماعات استان
- ۱۱- یک شخصیت دانشگاهی با تخصص مشارکت اجتماعی (جامعه‌شناسی)
- ۱۲- نماینده نهادها و سمن‌های استان
- ۱۳- مدیرکل بهزیستی استان / نماینده تام‌الاختیار در شهرستان

تبصره ۳:

شورا می‌تواند علاوه بر افراد مندرج در بندهای ۱۳ گانه بنا به موضوع از افراد حقیقی و حقوقی، کارشناسان یا افراد خبره و یا روسای سازمان‌های مرتبط با این حوزه سطح استان به‌صورت موردی در جلسه دعوت نماید.

ماده ۴: ساختار شورا:

- ۴-۱- رئیس شورا، رئیس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی می‌باشد که مسئولیت مدیریت شورا و ابلاغ مصوبات را عهده‌دار است.
- ۴-۲- دبیر شورا، قائم‌مقام رئیس دانشگاه در امور مشارکت‌های اجتماعی سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌های دانشگاه / دانشکده می‌باشد که مسئولیت دبیرخانه را بر عهده دارد.
- ۴-۳- به منظور پشتیبانی‌های مدیریتی و فکری شورا، تنظیم دستور جلسات و مصوبات، نظارت بر کارگروه‌ها و کمیته‌های شورا، دبیرخانه‌ای متناسب با فعالیت‌های شورا تشکیل و تحت نظر دبیر شورا فعالیت می‌کند و وظایف زیر را عهده‌دار است.
تهیه و تنظیم دستور جلسات با هماهنگی رئیس
تنظیم صورت‌جلسات و پیش‌نویس مصوبات و تقدیم به ریاست
تمهید مقدمات تشکیل کارگروه‌های تخصصی و هدایت آن‌ها
پیگیری اجرای مصوبات شورا
- مستندسازی مصوبات شورا و ارائه آن به شورای مشارکت‌های اجتماعی سلامت وزارتخانه
- ۴-۴- شورا می‌تواند برای انجام فعالیت‌های خود کارگروه‌هایی راه‌اندازی کند، این کارگروه‌ها متناسب با نیاز و تشخیص شورا به طور دائمی یا موقت با مأموریت خاص تشکیل و تحت نظارت شورا و هدایت دبیرخانه اداره می‌شود و وظیفه تصمیم‌سازی و ارائه ایده، طرح به شورا دارد. ترکیب اعضاء، وظایف و حدود اختیارات این کارگروه‌ها بر اساس دستورالعمل خاص خود که توسط تصویب می‌گردد خواهد بود.

فصل سوم: نحوه فعالیت شورا

ماده ۵: شیوه اداره شورا

- ۵-۱- شورا با توجه به نقش تصمیم‌سازی با حضور حداقل ۲/۳ اعضاء و رئیس شورا یا قائم‌مقام وی رسمیت می‌یابد و تصمیمات آن با تأیید و ابلاغ رئیس شورا نافذ خواهد بود.
 - ۵-۲- جلسات عادی شورا هر ۱۵ روز یک‌بار و جلسات فوق‌العاده به تقاضای حداقل ۳ عضو و موافقت رئیس شورا تشکیل می‌شود.
 - ۵-۳- دستور جلسات را دبیر با هماهنگی رئیس شورا تعیین و حداقل ۴۸ ساعت قبل از تشکیل هر جلسه به اطلاع اعضاء می‌رساند.
 - ۵-۴- کلیه اعضاء می‌بایست شخصاً در جلسات شرکت نمایند در غیر این صورت عدم حضور را به دبیر شورا اعلام می‌نمایند.
- این آیین‌نامه در ۳ فصل و ۵ ماده و ۴۵ بند و ۳ تبصره در جلسه مورد / / ۹۳/ به تصویب شورای عالی رسید و پس از ابلاغ توسط وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم‌الاجرا می‌باشد.

منابع

۱. Organization WH. The world health report ۲۰۰۰: health systems: improving performance: World Health Organization; ۲۰۰۰.
۲. Thompson CR, McKee M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy*. ۹۱-۲۸۱:(۳)۶۷;۲۰۰۴ .
۳. A national social health insurance plan for Argentina: simulating its financial feasibility. ۲۰۱۰. WHO: Geneva
۴. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. ۲۰۰۸;۲۴.
۵. Toth F. Healthcare policies over the last ۲۰ years: Reforms and counter-reforms. *Health policy*, ۲۰۱۰. ۹۵(۱): p. ۸۲-۹.
۶. Hellowell M. PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals. *Health Policy*. ۲۰۱۳;۱۱۳(۱-۲):۷۷-۸۵
۷. Carrin Guy, Xu ke, and Evans David, Exploring the features of universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, ۲۰۰۸. ۸۶(۱۱): p. ۸۱۸-۸۱۸.
۸. Preker, A.S., et al., Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course. ۲۰۱۳, Washington DC: The World Bank.
۹. فتح زاده امیرعباس و همکاران. اصلاحات نظام سلامت؛ راهنمای عدالت و کار آبی. ۱۳۸۴، تهران: موسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ.
۱۰. Kirigia J, Preker A, Carrin G, Mwikisa C, Diarra-Nama A. An overview of health financing patterns and the way forward in the WHO African Region. *East African Medical Journal*. ۲۰۰۷;۸۳(۹):S۱-S۲۸.
۱۱. Gilson L, Kalyalya D., Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M., Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. *Health policy*, ۲۰۰۱. ۵۸(۱): p. ۳۷-۶۷.
۱۲. مصباحی مقدم غ، میسمی ح، عبدالهی م، قائمی ام. وقف به مثابه منبع تأمین مالی خرد اسلامی ارائه الگوی تشکیل مؤسسات تأمین مالی خرد وقفی در کشور.
۱۳. Riva MA, Cesana G. The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals. *European Journal of Internal Medicine*. ۲۰۱۳;۲۴(۱):۱-۴.
۱۴. Hekmatnia H, Mousavi M. Historical analysis of citizen participation in governance of cities of Iran. *Tehran: Geographical Research*. ۲۰۰۴(۸۰):۱۲۱-۳۶.
۱۵. Anjavi nejad SM, & Emami ,M. Changes in legislation and principles of Waqf to the new creation. *Modares Human Sciences*. ۲۰۰۴;۸.(۳)
۱۶. Riahi Samani N. Goals of Waqf in Iran, and Compared with the Missions of United Nations. *Miras-e-Javedan Quarterly*. ۲۰۱۰.(۷۱)
۱۷. زارعی. سازمان‌های غیردولتی و خیریه در نظام سلامت ایران. بیمارستان. ۲۰۰۷;۲۵(۱):۹-۲۵.

۱۸. ریاحی سامانی ن. اهداف وقف در ایران و مقایسه اجمالی آن با رسالت سازمان ملل متحد. فصلنامه میراث جاویدان. ۱۳۸۹ (۷۱).
۱۹. شیروی ع، خدادادپور م. مشارکت عمومی-خصوصی از منظر قوانین ایران. حقوق خصوصی. ۲۰۱۵؛ ۱۱(۲): ۶۱-۲۲۷.
۲۰. SHATERI M, AREZOUMANDAN R. THE ROLE AND STATUS OF WOMEN IN VAGHF INSTITUTIONS FROM SAFAVI UNTIL CONTEMPORARY ERA (CASE STUDY: BIRJAND, DARMIYAN, SARBISHE). *Woman in Culture & Art*. ۲۰۱۲.
۲۱. Jahangir M. *Civil Law with the latest fixes and extensions*. ۸ ed. Tehran: Didar Publication; ۲۰۰۱. p. ۲۸-۳۳.
۲۲. [Ghanoone Tashkilat va Ekhtiarate Sazmane Haj-o-Owqaf va Omoore Kheyrieh]. *Islamic Parliament of Iran*; ۱۹۸۴.
۲۳. [Mosavvabe entezae sazmane Haj-o-Ziarat az sazmane Haj-o-wqaf va Omoore Kheyriyeh]. *Supreme Administrative Council*; ۱۹۹۱.
۲۴. Imam Khomeini SR. *Waqf*. ۲nd ed. Najaf ۱۹۷۰.
۲۵. Shah Hosseini P. *Consecrations of Tehran*. *Geographical Research* ۱۹۹۸; ۳۴.
۲۶. Kordi R. *Legal Role of Waqf in Healthcare System*. Kashan: Selseleh. ۲۰۱۲ ;
۲۷. Tāj bakhsh H. *History of the Iranian hospitals from ancient times to the present era: Institute for Humanities and Cultural Studies*; ۲۰۰۰.
۲۸. MALEKZADEH E. *WELFARE AND HEALTH DURING REZA SHAH S REIGN AS REPORTED BY THE NEWSPAPER SHAFAGH-E-SORKH*. *Studies of Cultural History*. ۲۰۱۱; ۲(۶)
۲۹. RAJAEI A, NOURAEI M, DEHGHAN NL. *ISFAHAN (, IRAN) URBAN HEALTH MANAGEMENT WITH EMPHASIS ON HOSPITALS FROM THE LOCAL PRESS VIEW*. ۲۰۱۲.
۳۰. Ettehadieh M, MALEKZADEH E. *Health and Health-Related Charity in Reza Shah Era*. *Histry of Islam & Iran Quarterly*. ۲۰۰۹; ۱۹(۳)
۳۱. MALEKZADEH E. *SOCIAL CONDITIONS EFFECTIVE IN THE ESTABLISHMENT AND DEVELOPMENT OF HEALTH AND WELFARE CHARITY INSTITUTES IN IRAN DURING REZA SHAH*. ۲۰۰۸.
۳۲. Azizi M-H, Bahadori M, Raees-Jalali G-A. *In Commemoration of Haj Mohammad Nemazee (۱۸۹۵-۱۹۷۲): The Founder of Nemazee Hospital in Shiraz*. *Arch Iran Med*. ۲۰۰۹; ۱۲(۳): ۳۲۱-۴.
۳۳. Aghababa S MM, Gohari MR. *Narrative Review of Studies on Charity in health care, Iran*. *Hakim Health Sys Res* ۲۰۱۵; ۱۷: ۳۶-۳۲۹ (۴)
۳۴. نصیری پور ا، توفیقی، فرهادی ف. ارائه الگوی مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران. نشریه پرستاری ایران. ۲۰۰۷؛ ۲۰(۵۰): ۷۱-۸۱.

۳۵. Nasiripour A, TOUFIGHI S, FARHADI F. Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. *BIOMONTHLY JOURNAL OF NURSING*. ۲۰۰۷.
۳۶. Nekoeimoghadam M, Amiryousefi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of Charities in the Health System: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci*. ۲۰۱۳;۲(۱):۱-۱۰.
۳۷. Aghababa S, Nasiripour AA, Maleki M, Gohari M. Demographic characteristics of donors: an exploratory and confirmatory factor analysis in health care of Iran. *CURRENT SCIENCE*. ۲۰۱۵;۱۰۹(۹):۱۷۰۴-۸.
۳۸. Smith DG, Wheeler JR, Rivenson HL, Reiter KL. Sources of project financing in health care systems. *Journal of health care finance*. ۲۰۰۰;۲۶(۴):۵۳-۸.
۳۹. Smith DG, Clement JP, Wheeler J. Philanthropy and hospital financing. *Health services research*. ۱۹۹۵;۳۰(۵):۶۱۵.
۴۰. Lim M-K. Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. *Health Policy*. ۲۰۰۴;۶۹(۱):۸۳-۹۲.
۴۱. Nogueira-Martins MCF, Bersusa AAS, Siqueira SR. Humanization and volunteering: a qualitative study in public hospitals. *Revista de Saúde Pública*. ۲۰۱۰;۴۴(۵):۹۴۲-۹.
۴۲. Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMj*. ۱۹۹۷;۳۱۵(۷۱۱۰):۷۴۰.
۴۳. صلصالی م. روش‌های تحقیق کیفی. دوم ed. تهران: انتشارات بشری; ۱۳۸۹.
۴۴. بنازاده ن. تجارب افراد وابسته به مواد افیونی از رابطه درمانی ایجادشده در مراکز توزیع متادون شهر کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. ۱۳۸۸;۱۶(۲).
۴۵. ظهور د، موفقی حک. تحلیل اطلاعات در مطالعات کیفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۱۳۸۲;۱۰(۳):۴-۱۰.
۴۶. ایری م. بررسی چالش‌ها در طراحی و اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران; ۱۳۸۹-۹۰.
۴۷. Neuman WL. *social research methods: qualitative and quantitative approaches*. edition n, editor ۱۹۹۴.
۴۸. دشمنگیر ل. بررسی تأثیر تغییرات پیشنهادی ارزش‌های نسبی تعرفه‌های تخصص‌های مختلف بالینی در وزن پرداختی تخصص‌های بالینی و هزینه‌های نظام سلامت. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران; ۱۳۸۸-۸۹.
۴۹. Jafari Langroodi MJ. [Terminology Hoghoogh]. Tehran: Ganje Danesh Publication; ۲۰۰۶.
۵۰. Organization WH. *The world health report ۲۰۰۰: health systems: improving performance*. World Health Organization. ۲۰۰۰ ;
۵۱. جودکی ح، رشیدیان آ، میلانی فر ع. بررسی قوانین مرتبط با رسیدگی به تخلفات پزشکی در ایران.

۵۲. AGHAMIRI H, SEDAGHATI K, AGAH V. ADVANTAGES OF ENDOWMENT IN RED CRESCENT SOCIETY: IN VIEW OF ABSOLUTE LAW TO LEGAL REALISM. Emdad va Nejat Quarterly. ۲۰۱۵
۵۳. Katouzian N. [Tahavole Nahade Waqf va Doornamaye Ayandeye an]. [Majale Daneshkadeh Hoghoogh va olume Siasi]. ۲۰۰۰;۴۸.
۵۴. Memorandum of Understanding Between Ministry of Health and Organization of Owqaf va Omoore Kheyrieh: <http://www.behdasht.gov.ir/news>; [cited ۲۰۱۶].