

تعهد دولت‌ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی در پرتو حقوق بین‌الملل با نگاهی به طرح تحول نظام سلامت در ایران

(مقاله علمی - پژوهشی)

احسان جاوید*

صابر نیاورانی**

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۵

چکیده

خدمات و مراقبت‌های درمانی بخشی از نظام بهداشت و سلامت عمومی هر کشور را تشکیل می‌دهد. این خدمات باید در دسترس، موجود و به لحاظ اقتصادی قابل تهیه باشند. علاوه بر این، حمایت و ارتقای سلامت و تعمیم خدمات درمانی منوط به تحقق پیش‌شرط‌های بنیادین و سازنده سلامتی از جمله آموزش، مسکن، غذا و اشتغال است. دولت‌ها طبق حقوق بین‌الملل متعهدند با به‌کارگیری حداکثر امکانات موجود خود، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را توسعه داده و پوشش‌های لازم را برای همه اقشار جامعه بدون توجه به شغل و درآمد آنها فراهم آورند. تصویب و «اجرای طرح تحول در نظام سلامت» ایران نیز گامی در راستای تحقق پوشش همگانی خدمات سلامت و نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت به شمار می‌رود. این تحقیق از نوع تحلیلی - توصیفی بوده و اطلاعات و داده‌ها با استفاده از روش کتابخانه‌ای گردآوری شده است. محققین در این مقاله به دنبال پاسخ به این سوال هستند که در حقوق بین‌الملل در زمینه ترویج و توسعه خدمات درمانی و بهداشتی چه تعهداتی برای دولت‌ها پیش‌بینی شده است و اجرای طرح تحول نظام سلامت چه نقشی در رسیدن به استانداردهای بین‌المللی سلامت ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌گان:

مراقبت‌های درمانی، طرح تحول، نظام سلامت، حق بر سلامت، تعهدات بین‌المللی.

* استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مراغه

e.javid897@gmail.com

** استادیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران (نویسنده مسئول)
sabbemiarani@gmail.com

مقدمه

حق برخورداری از خدمات درمانی به عنوان حقی منشعب از حق بر سلامت، یکی از روش‌های تحقق عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی به شمار می‌رود. حوزه سلامت امروزه به عنوان یکی از محورهای توسعه کشورهای به شمار می‌آید و در برنامه‌ریزی‌های توسعه کلان کشور باید همیشه جزء اولویت‌ها دانسته شود. خدمات درمانی دارای ابعاد پیشگیری، درمانی، توانبخشی و ارتقایی هستند. هدف از ارائه این خدمات، حفظ و ارتقای سلامت اعضای جامعه است؛ چرا که «سلامتی انسان یکی از لوازم اولیه برخورداری از حیات شرافتمندانه به شمار می‌رود و در عین اینکه برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد. بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصر دیگری است؛ برخورداری از یک استاندارد مناسب زندگی متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط زیست پاک، بهره‌مندی از مراقبت‌ها و خدمات درمانی و دسترسی به داروهای اساسی است که به اتفاق، مقوم سلامتی انسان هستند»^۱.

مراقبت‌ها و خدمات درمانی باید همواره مؤثر، مقرون به صرفه و منطبق با نیازهای بهداشتی مردم و قابل قبول باشند. این مراقبت‌ها همیشه باید متوجه نیازمندترین گروه‌ها باشد. تحقق این امر مستلزم رعایت عدالت در توزیع مناسب خدمات درمانی میان کلیه اقشار جامعه است؛ از سوی دیگر، این مراقبت‌ها و خدمات باید دربردارنده طیف وسیعی از اقدامات، تسهیلات و امکانات ضروری و متناسب باشد.^۲ خدمات درمانی تابع چند اصل کلی هستند؛ از جمله اصل عمومیت خدمات درمانی، ممنوعیت تبعیض در دسترسی به این خدمات و اصل رضایت در دریافت خدمات و مراقبت‌های درمانی.

یکی از چالش‌های اصلی در نظام سلامت و خدمات درمانی در تمام کشورها، تأمین هزینه‌ها و منابع مالی سلامت است. دولت‌ها می‌توانند با مدیریت و تجمیع منابع، هزینه‌های لازم برای

۱. جاوید، احسان و صابر نیاورانی، **قلمرو حق سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر**، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، زمستان ۱۳۹۲، شماره ۴۱، ص ۴۸. همچنین برای مطالعه تفصیلی پیرامون حق دسترسی به دارو به عنوان یکی از ابعاد حق برخورداری از خدمات درمانی، نک: نیاورانی، صابر و احسان جاوید، **حق دسترسی به داروهای اساسی در چارچوب موافقتنامه تریپس و چالش حمایت از حق بین المللی بشر بر سلامت**، مجله حقوقی بین المللی، بهار-تابستان ۱۳۹۵، شماره ۵۴، صص ۳۶-۳۰.

2. Fidler, David P., *The Role of International law in the Control of Emerging Infectious Diseases*, Paris, Institut Pasteur, Elsevier, 1997, p.59.

پوشش خدمات درمانی را فراهم آورند. برای این منظور، دولت‌ها می‌توانند به‌طور منظم، هر ساله بخشی از تولید ناخالص ملی خود را به امر بهداشت و درمان اختصاص دهند. به‌طور مثال، دولت ایران در اجرای طرح تحول نظام سلامت با استفاده از منابع مالی حاصل از محل آزادسازی یارانه‌ها و مالیات، اعتبارات لازم را برای پوشش همگانی خدمات درمانی فراهم آورده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ اجرای طرح تحول نظام سلامت را در پرتو سند چشم‌انداز بیست‌ساله و سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری آغاز کرد. با اجرای فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها بخش عمده‌ای از درآمد حاصل از آن و نیز یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت اختصاص یافت. بر اساس منابع حاصله، اجرای طرح هشت مرحله‌ای تحول سلامت در کشور شروع شد که هدف غایی آن، نیل به پوشش همگانی سلامت و خدمات درمانی است.

در این مقاله برآنیم تا ابتدا مفهوم و محتوای حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی به عنوان یک حق - ادعای قانونی و ضروری برای تحقق عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را در پرتو طرح تحول نظام سلامت در ایران مورد بررسی قرار داده، به این سوال پاسخ دهیم که در حقوق بین‌الملل چه تعهداتی برای دولت‌ها به منظور تعمیم و تضمین دسترسی به خدمات درمانی به عنوان گامی در راستای تحقق تدریجی حق بر سلامت پیش‌بینی شده است.

۱. مفهوم حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی

حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی حقی است که از یک سو به آن دسته از خدمات بهداشتی اشاره دارد که بر روش‌ها و فناوری‌های کارآمد، علمی و مناسب مبتنی هستند و از سوی دیگر، برای همه در دسترس بوده، تمام اعضای جامعه باید قابلیت خرید آنها را داشته باشند.^۱ هرچند در اسناد بین‌المللی حقوق بشری از حقی مستقل به نام «حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی» صحبت نشده است، لیکن ناگفته پیداست که بهره‌مندی از مراقبت‌های درمانی نقشی

1. Indian Association of Preventive and Social Medicine, 2015, p.5; available at: http://iapsm.org/pdf/IAPSM_Newsbulletin_April_June_2016_Vol1.pdf (last visited on 11/30/2016).

بسزا در ارتقای سلامت ایفا می‌کند.^۱ همان‌گونه که دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم و داروهای اساسی به عنوان حق‌هایی منشعب از حق بر سلامت هستند، دسترسی به خدمات و مراقبت‌های درمانی نیز مستقیماً در تحقق و بهره‌مندی از سلامت جسم و روان تأثیرگذار است. از این رو، با تکیه بر این رویکرد اشتقاقی است که می‌توان بهره‌مندی از مراقبت‌های درمانی را به عنوان یک حق - ادعای قانونی^۲ مطرح ساخت.

از نظر سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت است که باید در دسترس همه افراد و خانواده‌ها باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی و اجتماعی هر کشور است. مراقبت‌های درمانی اولین سطح تماس افراد جامعه با نظام سلامت کشور به شمار می‌روند و خدمات درمانی را به صورت حداکثری به محل زندگی و کار افراد می‌آورند.

به لحاظ محتوایی حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی به بهره‌مندی برابر و بدون تبعیض تمام افراد از خدمات درمانی اساسی در مواقع نیاز و بیماری دلالت دارد. مراقبت‌های بهداشتی جزء بایسته‌های یک استاندارد مناسب زندگی به شمار می‌رود. هر انسانی حق دارد صرف‌نظر از رنگ، جنس، نژاد، زبان، ملیت، مذهب و غیره از خدمات درمانی و بهداشتی در کشور خود بهره‌مند باشد. تعمیم دسترسی به خدمات درمانی باید کلیه زمینه‌های خطرآفرین برای سلامتی انسان را پوشش دهد؛ به ویژه باید ناظر بر مشکلات بهداشتی و پزشکی عمومی و فراگیر، بهداشت بارداری، خدمات اضطراری و مراقبت‌های بهداشتی اساسی برای کودکان و گروه‌های آسیب‌پذیر باشد.

مراقبت‌های درمانی اساسی ویژگی‌های بارزی دارند، از جمله اینکه این مراقبت‌ها اساساً بر پیشگیری تأکید دارند تا بر معالجه؛ مبتنی بر مشارکت اجتماعی هستند و دانش علمی و فناوری‌های جدید درمانی را با شیوه‌های سنتی مورد قبول در هم می‌آمیزند. این مراقبت‌ها بخشی لاینفک از نظام سلامت ملی هستند.^۳ هدف از برقراری این خدمات، صرفاً درمان بیماران

1. Grover, Anand, "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", Human Rights Council, Resolution 11/12, 31 March 2009, p. 23.

2. Legal Right - Claim.

3. Engelhard, Carolyn, & Garson, Arthur, "The right to health care and the role of government in health policy", *University of Virginia, Miller Center of Public Affairs*, 2007, p.5.

یا ایمن‌سازی در برابر بیماری‌ها نیست، بلکه مراقبت‌های درمانی مفهومی است که براساس آن یک نظام درمانی پایه‌ریزی می‌شود.

۲. مبانی فلسفی و توجیهی حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی

فلسفه اصلی مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی اولیه را باید در توزیع عادلانه امکانات و منابع بهداشتی دانست. مبنای فلسفی این حق بر دو نظریه «عدالت اجتماعی جان راولز» و «سودمداری» استوار است. راولز معتقد است مراقبت‌های درمانی عملکرد عادی فردی را استمرار بخشیده و توانایی مشارکت در حیات اجتماعی و اقتصادی در جامعه را تضمین می‌کند. در مقابل، رویکرد سودمدار می‌گوید ارائه و تضمین خدمات درمانی باید بیشترین میزان رفاه را برای حداکثر افراد جامعه به ارمغان آورد.^۱ بر اساس این مکتب، معیار سنجش همه چیز در نفع حداکثری برای حداکثر تعداد اشخاص است.

نظریه عدالت اجتماعی عمدتاً ناظر بر عدالت توزیعی است؛ در یک جامعه عدالت-محور، آزادی‌های شخصی تا جایی محترم خواهند بود که افراد در آزادی‌های قانونی یکدیگر مداخله نکرده و از فرصت‌های برابر برخوردار باشند. این رویکرد بیشتر به نفع گروه‌های محروم در جامعه است؛ چرا که به دنبال حفظ عملکرد عادی افراد برای اعطای سهمی عادلانه به آنها برای مشارکت کامل در حیات اجتماعی است. از آنجا که دسترسی به خدمات بهداشتی توانایی افراد را برای مشارکت در حیات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی تضمین می‌کند، پس یک حق محسوب می‌شود.^۲

مکتب فایده‌گرایی از اقداماتی حمایت می‌کند که میان آثار و نتایج مثبت و منفی آنها توازن برقرار باشد. طبق این نظریه، جامعه باید به گونه‌ای عمل کند که بهترین شرایط و نفع حداکثری را برای اعضای خود به وجود آورد. از نظر فیلسوفان سودانگار، برخی ارزش‌ها همانند سلامتی باید در جامعه تضمین شوند؛ چون رفاه بیشتری برای حداکثر اعضای جامعه در پی خواهد داشت. رویکرد عدالت اجتماعی از سلامت فردی به منظور تضمین کارکرد عادی فرد حمایت می‌کند،

1. Engelhard, Carolyn, & Garson, Arthur, op. cit., p.2.

2. Daniels, Norman, "Justice, Health, and Healthcare", *the American Journal of Bioethics*, 2001, Vol. 1, No. 2, p.10.

ولی رویکرد سودمدار اساساً از رفاه حداکثری جامعه حمایت می‌نماید.^۱ به نظر می‌رسد کشورها در توسعه حق بر مراقبت‌های درمانی از طریق شناسایی استحقاق نسبت به یک سطح ضروری از خدمات بهداشتی و تقویت کارکرد عادی فردی و سپس سازمان‌دهی توزیع و پخش این خدمات و تسهیلات از طریق یک الگوی بیمه اجتماعی اجباری و با وضع محدودیت‌هایی به منظور تضمین قابلیت تهیه این خدمات و امکانات، ترکیبی از هر دو رویکرد اخلاقی را به کار گرفته‌اند.

۳. مؤلفه‌ها و اصول حاکم بر حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی

مراقبت‌های درمانی بخشی از نظام سلامت هر کشور است و محور اصلی نظام بهداشتی به شمار می‌آید. این مراقبت‌ها بخشی لاینفک از نظام سلامت ملی است.^۲ توسعه مراقبت‌ها و خدمات درمانی را باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی هر کشور قلمداد کرد. این مراقبت‌ها از چندین مؤلفه اساسی تشکیل شده است. اول باید به نقش «آموزش» درباره مشکلات بهداشتی مشترک و اقداماتی اشاره کرد که می‌تواند در خصوص پیشگیری و کنترل این مشکلات انجام شود.

مؤلفه دیگر، مراقبت‌های درمانی مخصوص مادران و کودکان است که شامل برنامه‌های تنظیم و کنترل خانواده، کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان و مادران در اثر بارداری و زایمان می‌باشد. سومین مؤلفه به تشویق پیروی از رژیم غذایی و تغذیه صحیح دلالت دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی و درمانی مانند چاقی، فشار خون بالا و سایر مشکلات قلبی و عروقی به عدم رعایت این مؤلفه برمی‌گردد.

مؤلفه‌های دیگری نیز وجود دارند که بنیاد حق بر مراقبت‌های درمانی را شکل می‌دهند؛ از جمله ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی فراگیر، تأمین آب آشامیدنی سالم و کافی، برقراری سیستم دفع فاضلاب شهری، پیشگیری و کنترل بیماری‌های فراگیر محلی و نهایتاً درمان‌های مناسب برای بیماری‌ها و آسیب‌های شایع.

علاوه بر مؤلفه‌های فوق، مراقبت‌های درمانی تابع اصول زیر می‌باشند:

1. Engelhard, Carolyn, & Garson, Arthur, op. cit., p.4.
2. Indian Association of Preventive and Social Medicine, op. cit., p.5.

۱. اصل عدالت در توزیع خدمات درمانی: خدمات درمانی باید متوجه نیازمندترین گروه‌ها باشد که این امر مستلزم رعایت عدالت در توزیع مناسب خدمات درمانی میان کلیه اقشار جامعه است. این مراقبت‌ها و خدمات باید متضمن طیف وسیعی از اقدامات، تسهیلات و امکانات ضروری و متناسب باشند.^۱ توزیع عادلانه خدمات درمانی ایجاب می‌کند که این خدمات برای تمام افراد جامعه قابل دسترس بوده و به توانایی مالی افراد برای پرداخت هزینه‌ها بستگی نداشته باشد. در حقیقت افرادی که توان پرداخت این هزینه‌ها را ندارند، عمدتاً افرادی هستند که بیشترین نیاز را به این خدمات دارند.^۲
۲. اصل ممنوعیت تبعیض: طبق این اصل عموم مردم منصرف از موقعیت اجتماعی و بدون هرگونه تبعیض حق دارند که در مواقع ضروری تحت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دقیق و توأم با احترام و منطبق با استانداردهای حرفه‌ای قرار گیرند. اصل منع تبعیض و عدالت مکمل هم بوده، دو روی یک سکه‌اند.
۳. اصل جامعیت و شمول: خدمات و مراقبت‌های درمانی باید عام‌الشمول باشند. این اصل بر فراگیری، دسترسی و توزیع عادلانه امکانات در نظام سلامت تأکید دارد. اصل جامعیت نتیجه منطقی اصول عدالت و منع تبعیض است.
۴. اصل رضایی بودن: در چارچوب اصل رضایت، بیماران تا آنجا که قانون اجازه می‌دهد، حق دارند از روش‌های درمانی خود آگاه شوند و آنها را رد یا قبول کنند و به نحو مقتضی از عواقب تصمیم خود آگاه شوند. هیچگونه روش درمانی، بالینی یا تشخیصی بدون رضایت بیمار قابل اعمال نیست، مگر در موارد اضطراری. انجام هرگونه آزمایش یا روش درمانی اجباری می‌تواند نقض تمامیت جسمانی و مصداق نقض ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی باشد.^۳
۵. اصل مشارکت و همکاری اجتماعی: طبق این اصل، نظام خدمات درمانی باید بر مشارکت کامل تمامی بخش‌های جامعه مبتنی باشد، هرچند غالب اقدامات برای تأمین و عرضه

1. Fidler, David P., the role of international law in the control of emerging infectious diseases, Paris, Institut Pasteur/Elsevier, 1997, p.59.

2. Indian Association of Preventive and Social Medicine, op. cit., p.6.

۳. طبق ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی «هیچ کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود، به ویژه اینکه هیچ فردی نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار گیرد».

خدمات درمانی از سوی دولت انجام می‌گیرد. علاوه بر این، باید افراد و گروه‌ها را در سطوح گوناگون برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی کلان مشارکت داد. گسترش خدمات درمانی در پرتو همکاری کلیه بخش‌های بهداشتی، آموزشی، حقوقی، کشاورزی و صنعتی محقق می‌شود. انجام این همکاری‌های متقابل باعث تقویت نظام مراقبت‌های درمانی یک کشور می‌شود و نتایج مفید بسیاری به همراه خواهد داشت. بدون وجود این همکاری میان بخشی و فرابخشی امکان تأمین حق بر مراقبت‌های درمانی وجود نخواهد داشت.

ع اصل بهره‌گیری از روش‌های مناسب: مقصود روش‌هایی است که به لحاظ علمی مطمئن و با نیازهای ویژه هر جامعه سازگار باشند و برای افرادی که از آنها استفاده می‌کنند و نیز افرادی که این روش‌ها بر روی آنها مورد استفاده قرار می‌گیرند، پذیرفته باشد.

۴. تعمیم پوشش خدمات درمانی و چالش‌های آن

پوشش خدمات درمانی امری ضروری برای رفاه بشری و توسعه اقتصادی و اجتماعی پایدار به شمار می‌رود. پوشش همگانی خدمات درمانی به معنای دسترسی به مداخلات اصلی سلامتی مانند پیشگیری، درمان و بازپروری با هزینه‌ای است که در توان همگان باشد تا عدالت در دسترسی به این خدمات تأمین گردد.^۱ پوشش همگانی سه رکن دارد: پوشش کل جمعیت، پوشش کل خدمات بهداشتی و حمایت در برابر خطرات مالی.

اساساً پوشش همگانی با سه رویکرد کلی حفاظت مالی از مردم، عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقاء کیفیت خدمات انجام می‌پذیرد. وضعیت مطلوب این است که دسترسی به خدمات درمانی برای بیماری‌ها و سایر مشکلات سلامت نباید باعث تحمیل بار مالی اضافی بر بیماران شود.^۲ «پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد حفاظت مالی در نظام سلامت، از طریق اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف مردم (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش پرداخت) حاصل می‌گردد. انباشت و پیش‌پرداخت به کاهش مشکلات مالی ناشی از

1. Evans, David B., Etienne, C., "Health Systems Financing and the Path to Universal Coverage", *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, vol.88, no.6, pp. 402-3.

2. Blas, Erik. et. al.(ed.), *Social Determinants Approach to Public Health; From Concepts to Practice*, World Health Organization, Geneva, 2011, p. 34.

نیازهای بهداشتی-درمانی غیرقطعی، حذف موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشکلات مالی مرتبط با بیماری کمک می‌کند.^۱

از نظر سازمان جهانی بهداشت، تعمیم پوشش همگانی خدمات درمانی بدون وجود یک سیستم تأمین مالی کارآمد میسر نیست.^۲ از دید سازمان، سه مشکل بنیادین و وابسته به یکدیگر وجود دارد که قابلیت کشورها برای ارتقای سلامت و تحقق حق بر مراقبت‌های درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد:

- موجود بودن منابع و امکانات؛
- اتکای بیش از حد به پرداخت‌های مستقیم برای خدمات درمانی؛
- استفاده ناعادلانه و ناکارآمد از منابع.

الزام به پرداخت مستقیم در ازای خدمات درمانی در مواقع بیماری، منصرف از قانونی یا غیرقانونی (یا زیرمیزی) بودن این پرداخت‌ها، میلیون‌ها نفر را از دسترسی به این خدمات محروم می‌سازد. در واقع «پرداخت مستقیم بابت هزینه‌های سلامت در حین دریافت خدمات سلامت به نوبه خود توانایی مردم را برای استفاده از این خدمات کاهش می‌دهد. در این راستا، چالش اصلی اغلب کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی، تغییر روش تأمین مالی از پرداخت‌های مستقیم به پیش پرداخت می‌باشد».^۳ منظور این است که مردم قبل از اینکه بیمار شوند، هزینه‌هایی را پرداخت می‌کنند و در هنگام بیماری از منابع یک کاسه شده بهره می‌برند.

گفتنی است، یکی از اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران در اجرای طرح تحول نظام سلامت، ارتقای سلامت شهروندان از طریق تعمیم خدمات درمانی و حمایت‌های مالی از بیماران، بالاخص کاهش پرداخت مستقیم از جیب است.^۴ نکته مهم در این طرح، توجه خاص به ارتقای کیفیت خدمات درمانی است، از جمله تمرکز بر روی برنامه‌های زایمان طبیعی،

۱. پوشش همگانی سلامت، گزارش دیده بانی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، انتشارات گزینه پارسین طب، چاپ اول، بهار ۱۳۹۴، ص ۳۰.

2. WHO, World Health Report Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, Geneva, World Health Organization, 2010, p.IX.

۳. پوشش همگانی سلامت، پیشین، ص ۲۷.

۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارزیابی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان، شهریور ۱۳۹۳، مقدمه.

ارتقای کیفیت هتلینگ و خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی. اجرای تمام این موارد مستلزم وجود منابع مالی کافی است. به همین منظور، هیئت وزیران در تصویب‌نامه مصوب ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۳، در مجموع مبلغ بیست و دو هزارمیلیارد ریال از محل اعتبارات سازمان هدفمندی‌سازی یارانه‌ها را در اختیار وزارت بهداشت قرار داده است تا برای اجرای برنامه‌های تحول نظام سلامت هزینه کند.^۱ این اقدامات گامی مهم در راستای اجرای حق بر مراقبت‌های درمانی محسوب می‌شود؛ زیرا تحقق این حق بدون تخصیص منابع و اتخاذ اقدامات ایجابی از سوی دولت امکان‌پذیر نیست. ارائه خدمات درمانی با کیفیت و توجه ویژه به نیازهای بهداشتی گروه‌های خاص مثل کودکان و مادران، توسعه خدمات فنی و لجستیکی بهداشتی و درمانی به تمام بخش‌های کشور، به ویژه در بُعد ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم و ارتقای تأمین اجتماعی، نشان‌دهنده اهتمام دولت برای ترویج و توسعه حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی شهروندان ایرانی است.

۵. تعهد به تأمین مالی نظام خدمات درمانی در چارچوب رهیافت حق بر سلامت

تأمین منابع مالی لازم برای تحقق حق بر مراقبت‌های درمانی، عنصر محوری برای کارایی نظام سلامت و اجرای تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در این زمینه و نیل به اهداف توسعه پایدار در بخش سلامت جامعه به شمار می‌رود. دولت‌ها باید با استفاده از امکانات موجود خود منابع مالی لازم برای بخش سلامت را پیش‌بینی کنند و تأمین مالی آن را در اولویت قرار دهند.^۲ اولویت‌دهی به سلامت عمومی مستلزم آن است که دولت‌ها در بودجه‌ریزی، قسمت اعظم هزینه‌های عمومی خود را به ارتقای سلامت، آموزش و تأمین اجتماعی اختصاص دهند.^۳ پیش‌بینی منابع مالی لازم برای خدمات درمانی در بودجه عمومی کشور با اصل تحقق تدریجی این حق پیوند خورده است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اشعار می‌دارد: دولت‌هایی

۱. ریاست جمهوری، تصویب‌نامه شماره ۱۹۵۸۴/ت/۵۲۹-۵۰ هیأت وزیران، ۱۳۹۳/۲/۲۷.

2. UNGA, Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health, Note by the UN Secretary-General, 67th Session, 13 August 2012, A/67/302, para.6.

3. Gotze, Ralf. & Schmid, Aohim, "Healthcare Financing in OECD Countries beyond the Public-Private Split", Bremen, 2012, **Translate Working Papers**, No.160, p.10.

که نسبت به استفاده حداکثری از منابع خود برای تحقق حق بر سلامت تمایلی نشان نمی‌دهند، در واقع تعهدات ناشی از میثاق را نقض می‌کنند.^۱

یکی از راهکارهای افزایش منابع مالی برای سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت عمومی، برقراری مالیات‌های مستقیم و غیرمستقیم است. وضع مالیات راهکاری است که به وسیله آن می‌توان تضمین کرد سرمایه کافی برای نظام سلامت از طریق منابع مالی تدریجی وجود دارد.^۲

در حوزه سلامت عمومی دو نوع نظام تأمین مالی وجود دارد: دسته نخست نظام‌هایی اند که دولت منبع اصلی تأمین منابع مالی نظام سلامت است. این نظام‌ها در کشورهای مختلف تحت عناوینی مانند «نظام فراگیر سلامت» یا «نظام ملی سلامت» نامیده می‌شوند. در این نظام‌ها بیشتر منابع مالی لازم از طریق وضع مالیات‌های عمومی تأمین می‌شود. دسته دوم، نظام‌هایی که در آنها منابع مالی نظام سلامت از طریق بیمه‌های اجتماعی تأمین می‌شود. در این نظام‌ها میزان پوشش خدمات درمانی متناسب با وضعیت شغلی و میزان درآمد افراد است. این نظام‌ها به «نظام بیمه سلامت» و «بیمه اجتماعی سلامت» معروف‌اند و بخشی از نظام تأمین اجتماعی کشورها را تشکیل می‌دهند.^۳

مدل جدیدی که برای تأمین مالی نظام سلامت استفاده می‌شود، نظام چند لایه تأمین اجتماعی است که ترکیبی از طرح‌ها و الگوهای مختلف است. ویژگی اصلی این مدل چنین است که به منظور تعمیم پوشش‌های درمانی به همه افراد جامعه، بین انواع طرح‌های بیمه‌ای و پوشش‌های حمایتی هماهنگی به وجود می‌آورد. در این مدل، کلیه اقشار جامعه با توجه به وضعیت شغلی و میزان درآمد خود در لایه‌های مختلف نظام تأمین اجتماعی جای می‌گیرند؛ به صورتی که هر فرد یا خانوار به قدر وسع مالی خود هزینه پرداخت می‌کند و به اندازه نیاز مورد حمایت قرار می‌گیرد.

در ایران، بر اساس ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، نظام تأمین اجتماعی چندلایه طراحی و مستقر شده است. بر این اساس، مهم‌ترین منبع تأمین مالی

1. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), The Right to the Highest Attainable Standard of Health, (article 12 of the ICESCR), 2000, General Comment No.14, para.47.

2. WHO, World Health Report Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, 2010, p.6.

3. Paolucci, Francesco, "Health Care Financing and Insurance; Options for Design", Springer, Developments in Health Economics and Public Policy, 2011, Vol.10, p.2.

اجرای طرح تحول نظام سلامت از طریق منابع عمومی، یارانه‌ها، یک درصد مالیات بر ارزش افزوده و درآمدهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. همچنین بخشی از هزینه‌های لازم برای اجرای طرح توسط مجلس شورای اسلامی تأمین اعتبار شده است. طبق گزارش وزارت بهداشت برای ۲۳ میلیون جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، مجلس از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده تأمین اعتبار کرده است که برنامه خدمت‌رسانی به آنها باید تهیه شود. نیمی از این اعتبار به حوزه بهداشت اختصاص یافته که در قالب برنامه پزشک خانواده روستا، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت هزینه می‌شود. برای حاشیه‌نشینان شهرهای بزرگ (حدود ۸/۵ میلیون نفر) که دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه برای آنها تعریف نشده است، این خدمات در قالب بازنگری و تکمیل طرح گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی فراهم می‌شود.^۱

مهم‌ترین چالش این طرح در حوزه تأمین مالی نظام سلامت است. طبق گزارش ۲۰۱۴ سازمان جهانی بهداشت، از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۱ سهم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی در ایران تغییر نیافته و هرچند سهم دولت تا حدودی افزایش یافته است، همچنان بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خصوصی تأمین می‌گردد که از این میزان به ترتیب ۹۶/۲ و ۹۵/۸ در سال‌های مذکور از جیب مردم پرداخت شده است.^۲

مشکل دیگری که در خصوص تأمین مالی وجود دارد، مسئله تجمیع منابع است. سازمان‌دهی تجمیع منابع مالی نظام سلامت در ایران غیرمنسجم، و بخش دولتی دارای چهار صندوق اصلی بیمه‌ای شامل خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و کمیته امداد است^۳ که همین چندانگانه بودن نظام تجمیع باعث افزایش هزینه‌ها و دوباره‌کاری در پوشش بیمه‌ها و خدمات می‌شود.

۱. معاونت بهداشت، برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳، ص ۶.

۲. WHO, World Health Statistics, Geneva, 2014, pp.141-153.

۳. از نظر سازمان جهانی بهداشت ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای یکی از شاخص‌های از هم گسیختگی در سازمان‌دهی بیمه‌هاست:

WHO, World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000, p.36.

۶. تعهدات ناظر بر تعمیم دسترسی به خدمات درمانی در حقوق بین‌الملل بشر

در نظام حقوق بشر، دولت‌ها به عنوان متعهد اولیه به شمار می‌روند و تعهدات بین‌المللی حقوق بشری مستقیماً دولت‌ها را خطاب قرار می‌دهند. دولت‌ها موظف‌اند اقدامات لازم را برای تحقق حقوق بشر به‌طور عام و حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی را به‌طور خاص اتخاذ نمایند. تعهدات عمده دولت‌ها در حوزه ارتقای سلامت و تعمیم دسترسی به خدمات درمانی را می‌توان در قالب تعهدات ذیل مورد دقت نظر قرار داد.

۶.۱. تعهد به استفاده حداکثری از منابع

چارچوب اصلی تعهدات دولت‌ها برای تعمیم و تضمین دسترسی به خدمات درمانی را می‌توان با استناد به ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تبیین نمود. بر اساس بند ۱ این ماده، «هر دولت عضو این میثاق متعهد می‌شود که اقداماتی را به صورت فردی و از طریق همکاری و مساعدت بین‌المللی، به ویژه همکاری اقتصادی و فنی، با حداکثر منابع موجود خود و با توجه به حصول تدریجی تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق حاضر با کلیه ابزارهای مقتضی به خصوص اتخاذ اقدامات قانونی انجام دهد». طبق این بند، تحقق حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی ضرورتاً طی فرایندی تدریجی و با صرف منابع مالی حاصل خواهد شد. اصل تحقق تدریجی دولت‌ها را از انجام اقدامات فوری معاف نمی‌دارد.^۱ از جمله این اقدامات فوری می‌توان به تدوین برنامه جامع در زمینه ارتقای سلامت، تضمین دسترسی به خدمات درمانی برای همه و توزیع عادلانه این خدمات اشاره کرد.^۲ این تعهدات مشمول اصل تحقق تدریجی قرار نمی‌گیرد و دولت‌های عضو میثاق متعهدند تا حداقل‌های بنیادین را به طور فوری برآورده سازند. اگر دولت نتواند بهره‌مندی از حداقل‌های بنیادین را تأمین کند، باید ثابت نماید که هرگونه تلاشی را برای استفاده از منابع و امکانات خود به عنوان یک اولویت برای اجابت این

۱. در اصول لیمبورگ نیز اشاره شده است که «کلیه دولت‌های عضو تعهد دارند که فوراً شروع به اتخاذ اقداماتی جهت تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق نمایند».

United Nations Economic and Social Council, The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, E/CN.4/1987/17, Commission on Human Rights, Forty-third session, items 8 and 18 of the provisional agenda, 1087, para. 16.

2. Sellin, Jennifer, "Justiciability of the Right to Health – Access to Medicines; the South African and Indian Experience", Erasmus Law Review, 2009, Vol.2, Issue 4, p. 449.

تعهدات حداقلی انجام داده، لیکن به دلیل ضعف یا کمبود منابع نتوانسته است این ضروریات را برآورده سازد. کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تأکید می‌کند، حتی در مواقعی که دولت‌ها با کمبود یا محدودیت شدید امکانات و منابع مواجه‌اند، باز هم متعهدند تلاش کنند تا حداکثر میزان بهره‌مندی از حقوق مربوطه را در آن وضعیت نیز تضمین نمایند.^۱ مفهوم تحقق تدریجی، ارزیابی میزان متابعت دولت‌ها از تعهدات ناشی از میثاق را دشوار می‌سازد؛ زیرا بر اساس این مفهوم، میثاق تعهدی یکسان بر دولت‌ها تحمیل نمی‌کند، بلکه آستانه حداکثری تعهدات دولت‌ها تابع سطح توسعه یافتگی و موجودیت منابع آنهاست.

۶.۲. تعهد به تضمین در حوزه تضمین دسترسی به خدمات درمانی

کمیته در تفسیر عمومی شماره ۳ در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو به مفهوم تعهد به نتیجه^۲ اشاره کرده است. این مفهوم تا حدودی با مفهوم تعهد به بهترین تلاش تداخل دارد؛ زیرا دولتی که متعهد به نتیجه است، به طریق اولی نسبت به فراهم کردن زمینه آن نیز متعهد می‌باشد. در زمینه حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی و تعمیر و تضمین این حق، تعهد به نتیجه عبارت است از اتخاذ قوانین و سازوکارهای اجرایی لازم، و تعهد به انجام اقدامات لازم تا حد ممکن و در محدوده امکانات موجود در راستای نیل به نتایج مورد نظر این قوانین، مضمون تعهد به فعل را تشکیل می‌دهد.^۳ گفتنی است، در حوزه تضمین دسترسی به خدمات درمانی، نقش نهادهای تخصصی دولتی، به ویژه وزارتخانه‌های بهداشت و نهادهای دولتی متولی امر بهداشت عمومی و نهادهای قانون‌گذاری در اجرای تعهدات بین‌المللی در داخل کشورها بسیار پررنگ است.^۴ کمیته حقوق اقتصادی معتقد است مهم‌ترین اقدامات دولت‌ها در این زمینه،

1. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), op. cit., para. 32.

2. Obligation to Result.

Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), the Nature of States Parties Obligations, General Comment No.3, 1990, para.2.

۳. برای مطالعه بیشتر، نک: شایگان، فریده و [دیگران]، *تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه حقوق بشر*، زیر نظر جمشید ممتاز، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، چاپ اول، ۱۳۸۲، صص ۳۷-۴۲؛ کریون، متیو سی. آر، *چشم اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، ترجمه محمد حبیبی مجنده، قم: سازمان انتشارات دانشگاه مفید، چاپ اول، ۱۳۸۸، صص ۱۴۹-۱۵۲.

4. Katherine H. A. Footer and Leonard S. Rubenstein, "A Human Rights Approach to Health Care in Conflict", *International Review of the Red Cross*, Spring 2013, Vol. 95, No. 889, p. 6.

اقدامات تقنینی است؛ از جمله وضع قوانین جدید، اصلاح و الغای قوانین مغایر با مفاد میثاق.^۱ به اعتقاد کمیته، تحقق تدریجی حق بر سلامت فقط ناظر بر عالی‌ترین سطح قابل انتظار است، ولی این حق دارای یک آستانه حداقلی می‌باشد.^۲ تعهد دولت به تأمین این آستانه حداقلی از نوع تعهد به نتیجه فوری است. از جمله این تعهدات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- تضمین دسترسی به خدمات درمانی بدون تبعیض و توزیع عادلانه آنها؛
- دسترسی به داروهای اساسی؛
- تصویب برنامه‌های اقدام در سطح ملی برای بهداشت عمومی؛
- تضمین مراقبت‌های بهداشتی بارداری و بهداشت مادران و کودکان در قبل و بعد از تولد؛
- مصون‌سازی در برابر بیماری‌های واگیردار؛
- پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر و بومی؛
- آموزش و دسترسی به اطلاعات بهداشتی در زمینه مهم‌ترین مسائل بهداشتی؛
- تعلیم و تربیت کارشناسان و متخصصین امر بهداشت.

۶.۳. تعهد به رعایت، حمایت و اجرای حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی

نظام بین‌المللی حقوق بشر همانند حقوق مدنی و سیاسی، در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز سه دسته تعهد مختلف بر دولت‌ها تحمیل می‌کند: تعهد به رعایت، حمایت و اجرا.^۳

۱. تعهد به رعایت^۴ دولت‌ها را ملزم می‌سازد در چارچوب برنامه‌ها و قوانین خود حق برخورداری هر فرد از خدمات و مراقبت‌های درمانی را مورد شناسایی قرار دهند. تعهد دولت‌ها در خصوص شناسایی قانونی حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی و برنامه‌های قانونی برای اجرای آن شامل شناسایی و توجه کافی به برنامه‌های ارتقای سلامت و تعمیم خدمات

1. Committee on Economic, Social & Cultural Rights, G.C. 14, para. 31.

۲. اینها حداقل‌هایی هستند که هر دولت عضو میثاق باید منصرف از میزان منابع و امکانات موجود خود، آنها را تضمین نماید؛ چرا که «حداقل‌های معیشتی، بهداشتی و آموزشی لازمه حیثیت ذاتی انسان هستند. به نظر می‌رسد که این حداقل‌ها یکسری حداقل‌های رفاهی هستند که عدم بهره‌مندی از آنها به منزله نقض صریح کرامت ذاتی و حیثیت انسانی به شمار می‌رود». قاری سید فاطمی، سیدمحمد، **حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادیها**، دفتر دوم، تهران: انتشارات شهردانش، چاپ اول، ۱۳۸۸، صص ۲۶۲-۲۵۹.

3. Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, Human Rights Quarterly, 1998, Vol.20, No.691, para.6.

4. Obligation to Respect.

درمانی در نظام‌های حقوقی و سیاسی ملی به طرق مقتضی در قالب اقدامات تقنینی و اجرایی و اتخاذ و پیگیری برنامه‌های اقدام در نظام بهداشت عمومی ملی است.^۱

در همین راستا قابل توجه است، در چارچوب طرح تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه‌هایی را برای پوشش کامل مراقبت‌های اولیه بهداشتی از طریق تکمیل پوشش شبکه بهداشتی درمانی دولتی، ترویج و توسعه خودمراقبتی و تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین بخشی حوزه بهداشت در سطح ملی اندیشیده است که اهداف آن به این شرح می‌باشد: توانمندسازی فرد، خانواده و جامعه برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت از طریق خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی و پذیرش مسئولیت سلامت خود،^۲ افزایش تعداد سیاست‌ها و اقدامات عمومی سلامت‌محور که در محیط زندگی مردم کاربردی شده است.^۳

۲. تعهد به حمایت^۴ مستلزم آن است که دولت‌ها از نقض حقوق بشر توسط طرفین ثالث پیشگیری کنند. در چارچوب این تعهد، دولت‌ها باید قوانین لازم و اقدامات دیگر به منظور تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌ها و خدمات درمانی ارائه‌شده توسط طرفین ثالث را اتخاذ کنند و اطمینان دهند که برنامه‌های مربوط به خصوصی‌سازی بخش بهداشت تهدیدی نسبت به خدمات درمانی به وجود نخواهد آورد. در خصوص وجود نیروی کار متخصص، دولت‌ها باید افرادی را به کار بگمارند که موازین آموزشی و مهارتی و قواعد رفتاری را در حوزه بهداشت فردی و عمومی مراعات نمایند.^۵ کمیته حقوق اقتصادی در تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود با اشاره به این تعهد اظهار می‌دارد: «دولت‌ها باید از رهگذر اقدامات قانون‌گذاری و دیگر اقدامات ضروری، دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و داروی با کیفیت و سالم ... و سایر کالاها و خدمات بهداشتی و پزشکی را تضمین کنند».^۶

1. Asher, Judith, the Right to Health; a Resource Manual for NGOs, Published by Commonwealth Medical Trust, 2004, p.43.

۲. معاونت بهداشت، برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، پیشین، ص ۱۵.

۳. همان، ص ۱۷.

4. Obligation to Protect.

5. Olivier De Schutter, International Human Rights Law; Cases, Materials, Commentary, Cambridge University Press, 2010, p.255.

6. Committee on Economic, Social & Cultural Rights, G.C. 14, para.35.

۳. تعهد به اجرا^۱ دولت‌ها را ملزم می‌سازد که اقدامات قانونی، اجرایی، مالی، قضایی و سایر اقدامات لازم را برای تحقق کامل این حقوق به موقع به اجرا بگذارند. برقراری یک نظام سلامت مطلوب و جامع متضمن پیش‌بینی و تأمین مراقبت‌های بهداشتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های واگیردار، دسترسی برابر همه افراد به عناصر بنیادین سلامتی، از قبیل دسترسی به غذای کافی و مغذی، آب آشامیدنی سالم، برنامه‌های تنظیم خانواده، تعمیم و ارائه خدمات بهداشت جنسی و بارداری، مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و دسترسی به اطلاعات است. در کنار انجام این اقدامات، لازم است که دولت‌ها توجه ویژه‌ای نسبت به اجرای آموزش صحیح و مناسب پزشکان متخصص و کادر پزشکی، تأسیس بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به تعداد کافی و متناسب با نحوه پراکندگی جمعیت و قابل دسترس برای همه، استقرار مؤسسات مشاوره و خدمات بهداشت روانی و توزیع عادلانه و متناسب این امکانات و تأسیسات در سراسر کشور داشته باشند. در دستورالعمل‌های وزارت بهداشت برای اجرای طرح تحول نظام سلامت برنامه‌هایی برای حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در این بیمارستان‌ها تدوین شده است.

۶.۴. تعهد به در دسترس قرار دادن و موجود بودن خدمات درمانی

دسترس‌ی به خدمات و مراقبت‌های درمانی با موجود بودن^۲ این خدمات در ارتباط است. بر اساس این معیار، امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی و کادر پزشکی باید به اندازه کافی در سرتاسر کشور وجود داشته باشد و در موارد نیاز منطقاً بتوان به راحتی به این امکانات دسترسی پیدا کرد. در واقع یکی از پیش‌شرط‌های استقرار نظام سلامت کارآمد در هر کشور، وجود امکانات و خدمات درمانی و بهداشتی در سطح وسیع و برنامه‌ریزی‌های جامع برای توزیع عادلانه این امکانات در تمام نقاط کشور است. دسترس‌پذیری^۳ خدمات درمانی شامل دسترسی فیزیکی^۴ و

1. Obligation to Fulfil.
2. Availability.
3. Accessibility.
4. Physical Accessibility.

دسترسی مالی یا قابلیت خرید^۱ این خدمات است. در برنامه طرح تحول نظام سلامت، این دو مؤلفه به صورت خاص مورد توجه قرار گرفته است. تمهید برنامه‌هایی برای کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گامی در راستای تحقق دسترس‌پذیری مالی خدمات درمانی به شمار می‌رود. در دستورالعمل مربوط به کاهش میزان پرداختی بیماران، رویکرد اصلی دولت، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقسار آسیب‌پذیر از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت است. طبق این برنامه، تمام بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت موظف‌اند کلیه خدمات درمانی، تشخیصی، دارو و تجهیزات پزشکی را برای بیماران بستری در همان بیمارستان در محدوده سقف اعتباری تعیین شده تأمین نمایند. میزان پرداخت مستقیم بیماران واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰٪ کل هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت کاهش می‌یابد.^۲ قابل توجه است، بیمارستان‌های غیردولتی نیز مشمول این برنامه می‌باشند و خدمات در این بیمارستان‌ها باید با تعرفه دولتی^۳ ارائه گردد. در این برنامه همچنین حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند در برابر هزینه‌های سنگین و کمرشکن پیش‌بینی شده است.^۴

بُعد دیگر این تعهد این است که کادر پزشکی متخصص در سراسر کشور، به ویژه در مناطق محروم، در دسترس افراد نیازمند قرار داشته باشد. طبق دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، وزارت بهداشت به دنبال تضمین جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته، ارتقای عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت در مناطق محروم، کاهش پرداخت از جیب، ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته، حذف پرداخت‌های غیررسمی در این مناطق و اجرای صحیح نظام سطح‌بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری است.

1. Affordability.

۲. مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳، ص ۱۰.
۳. منظور از تعرفه دولتی نرخ برنامه‌ای خدمات و مراقبت‌های تشخیصی و درمانی در مراکز دولتی است که به طور سالانه پس از تصویب شورای عالی بیمه سلامت، توسط هیئت دولت تأیید و ابلاغ می‌شود.
۴. همان، ص ۴۵.

۷. چالش‌های اجرایی طرح تحول نظام سلامت در ایران

تصویب و اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت یکی از اقداماتی است که در راستای ارتقای سلامت و تعمیم پوشش همگانی خدمات درمانی و توزیع عادلانه خدمات و مراقبت‌های درمانی و امکانات و تجهیزات و نیز کادر پزشکی متخصص و ماهر در سراسر کشور صورت گرفته است. همان‌گونه که در بخش‌های قبل اشاره شد، اجرای موازین بین‌المللی ناظر بر توسعه و ترویج سلامت عمومی مستلزم اتخاذ برنامه‌های کلان ملی و تصویب قوانین و مقررات لازم و ایجاد سازوکارهای اجرایی مقتضی و تخصیص منابع مالی و فنی حداکثری و پیش‌بینی منابع تأمین مالی برای اجرای این طرح‌ها و برنامه‌های کلان ملی است.

اقدامات مزبور در چارچوب تعهد به نتیجه قابل توجیه است، لیکن سطح تحقق نتایج مورد نظر در این برنامه به میزان منابع تخصیص یافته و حداکثر تلاش دولت برای به‌کارگیری امکانات و منابع موجود بستگی دارد. برنامه تحول نظام سلامت گامی اساسی در راستای ارتقای سلامت عمومی و تعمیم پوشش‌های همگانی خدمات درمانی به شمار می‌رود که در طول دوره اجرایی خود از سال ۱۳۹۳ تا به حال دستاوردهای مهمی در حوزه‌های کاهش هزینه‌های درمان، بهبود دسترسی به خدمات سلامت، حذف زیرمیزی، ارتقای سطح سلامت عمومی و افزایش رضایتمندی نسبی در مراجعین به بخش‌های درمانی را به همراه داشته است.

با این حال، نباید فراموش کرد که اجرایی شدن کامل این برنامه ابتدا به ساکن، با چالش‌های مهمی روبرو است؛ از جمله عدم دسترسی کافی به خدمات درمانی، کادر پزشکی، دارو و تجهیزات پزشکی در مناطق محروم، عدم پوشش همگانی بیمه‌های درمانی و پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان. با اجرایی شدن سه مرحله اول از این برنامه در حوزه‌های کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در این بیمارستان‌ها، تلاش شده است تا بخشی از چالش‌های اولیه برطرف گردد.

چالش دیگر طرح تحول نظام سلامت در خصوص توسعه و تعمیم پوشش خدمات است. با توجه به محدودیت منابع و امکانات در این زمینه، نظام سلامت ایران با برخی موانعی روبرو است که از آن جمله می‌توان به «کمرنگ شدن بحث تولید سلامت، ناکافی بودن ابزارهای مناسب

برای مدیریت هزینه‌ها در بخش سلامت، منابع سلامتی محدود، شواهد مناسب ناکافی برای برای مداخلات اثربخش در نظام مراقبت سلامت، عدم کفایت سیاست‌های مناسب برای ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت^۱ اشاره کرد.

در کنار چالش‌های عملی که اجرای طرح با آنها مواجه است، یک‌سری ایرادات اساسی بر این طرح وارد است؛ از جمله اینکه اولاً این طرح عمدتاً روی بخش درمان تمرکز کرده و جنبه پیشگیری از بیماری‌ها در این طرح مغفول مانده است. این در حالی است که همیشه پیشگیری کم‌هزینه‌تر از درمان است. ثانیاً اتکای این طرح به بیمه‌ها به عنوان بخشی از منابع تأمین مالی طرح تحول نظام سلامت، اجرایی شدن کامل آن را مورد تهدید قرار می‌دهد؛ زیرا معلوم نیست که اگر شرکت‌های بیمه به تعهدات خود عمل نکنند، کمبود منابع مالی لازم از چه طریق جبران خواهد شد.

۱. پوشش همگانی سلامت، ص ۷۸.

نتیجه‌گیری

برخورداری از خدمات درمانی از عناصر لازم برای نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول در سلامت جسمی و روانی است. گوا اینکه حق بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی فی‌نفسه به مثابه حق-ادعایی قانونی و قابل مطالبه در نظام بین‌المللی حقوق بشر ظهور و نمودی عینی و انکارناپذیر دارد و انعکاس آن در طیف وسیعی از اسناد جهانی و منطقه‌ای، گواه جایگاه رفیع آن در حقوق بین‌الملل است، لیکن تدقیق در ماهیت این حق، ما را به سوی یک رهیافت اشتقاقی از این حق رهنمون می‌سازد. بر اساس این رهیافت، می‌توان گفت که حق بر سلامت علاوه بر اینکه بسان یک حق بنیادین در تأثیر و تأثر متقابل با سایر حق‌ها قرار دارد، به مثابه حقی مادر، سرمنشأ ظهور و ایجاد حق-ادعاهای جدید است. در چارچوب مفهومی حاضر، برخورداری از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و دسترسی به داروهای اساسی، از جمله حق‌هایی هستند که پیوندی گسست‌ناپذیر با حق بر سلامت دارند. در کنار این حق‌ها می‌توان به برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی به عنوان یک حق مشتق از حق بر سلامت اشاره کرد.

در اکثریت قریب به اتفاق کنوانسیون‌های بین‌المللی و منطقه‌ای که به شناسایی حق بر سلامت پرداخته‌اند، غالباً به بحث تعهد دولت‌های عضو به تأمین خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اشاره شده است. به رغم اینکه در هیچ کدام از این اسناد حق بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌های درمانی تصریح نشده است، لیکن عدم تصریح را نمی‌توان دلیلی بر انکار یک حق بشری دانست. حقیقت امر این است که عدم تصریح به یک حق، شاید از منظر حمایتی و تضمین اجرا مشکل‌ساز گردد، ولی هیچگاه نمی‌تواند نافی وجود آن باشد.

به واقع حق-ادعای مزبور در ارتباطی تنگاتنگ با حق بر سلامت قرار دارد و از جمله عناصر مقوم ذات این حق به شمار می‌رود؛ به گونه‌ای که میزان دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی به لحاظ اقتصادی و فیزیکی با میزان بهره‌مندی از سلامت جسمی و روانی ارتباطی مستقیم دارد. به بیانی دیگر، یکی از بنیان‌های اصلی در نظام سلامت عمومی در هر کشور، تعمیم و تسهیل دسترسی به خدمات درمانی است. نظام سلامت عمومی در راستای اجرای این رسالت تابع چند اصل کلی است؛ از جمله عدالت در توزیع امکانات و خدمات درمانی، جامعیت مراقبت‌های درمانی، دسترس‌پذیر بودن اقتصادی و فیزیکی، تناسب و استمرار در ارائه. پیشبرد این وظایف

مستلزم برخورداری کامل از امکانات فنی و مالی است. دولت‌ها باید هزینه‌های لازم برای تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت عمومی خود را تأمین کنند و در برنامه‌ها و اقدامات قانونی، اجرایی، مالی و بودجه‌ای، نیازمندی‌های نظام سلامت عمومی را در اولویت قرار دهند. در زمینه پوشش همگانی خدمات درمانی، هر چه منابع مالی بیشتری در اختیار دولت‌ها باشد، به همان نسبت میزان بهره‌مندی شهروندان از این خدمات نیز بالا خواهد بود. پوشش همگانی خدمات درمانی تضمین‌گر امنیت سلامت بشری است.

اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران گامی در راستای اجرای تعهدات بین‌المللی دولت و تحقق استاندارد عالی سلامت جسمی و روانی است. در حدود چهار سالی که از شروع اجرای این طرح می‌گذرد، گام‌های مهمی در راستای پوشش همگانی سلامت برداشته شده است؛ از جمله تعمیم پوشش بیمه سلامت ایرانیان، پرداخت یارانه برای هزینه‌های درمان، کاهش موارد پرداخت مستقیم، اعطای اعتبارات لازم از محل آزادسازی یارانه‌ها و غیره. اما اجرای این طرح در عمل با چالش‌های بسیاری مواجه است. علاوه بر چالش‌های اصلی درون نظام سلامت، چالش‌های دیگری نیز وجود دارند که خارج از نظام سلامت بوده و عمدتاً ناشی از وضعیت اقتصادی حاکم کشور است؛ مثل رشد اقتصادی اندک، بیکاری، پایین بودن سطح درآمدها و فقدان نظام مالیاتی کارآمد که می‌توانند کامیابی و پیشبرد مؤثر این طرح را با مشکل مواجه سازند.

اما نکته آخر اینکه، اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌تواند نقش مهمی در تحقق حق بر سلامت شهروندان ایرانی ایفا نماید. اجرای این طرح قبل از هر چیز نیازمند تأمین و یک‌کاسه‌سازی منابع مالی است. علاوه بر مشکلاتی که در داخل نظام سلامت از حیث تأمین خدمات، امکانات و پوشش‌های درمانی وجود دارد، پوشش همگانی خدمات درمانی و سلامت در ایران با چالش‌های سیاسی، اجرایی، اجتماعی و اقتصادی در خارج از نظام سلامت مواجه است. همین امر تحقق اهداف طرح تحول نظام سلامت را به همکاری میان بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف وابسته ساخته است؛ چرا که فائق آمدن بر چالش‌های فوق مستلزم اهتمام همه‌جانبه کلیه ارکان جامعه است.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

کتاب

۱. پوشش همگانی سلامت، گزارش دیده‌بانی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، انتشارات گزینه پاریسیان طب، بهار ۱۳۹۴.
۲. شایگان، فریده و [دیگران]، تقویت همکاریهای بین‌المللی در زمینه حقوق بشر، زیر نظر جمشید ممتاز، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، چاپ اول، ۱۳۸۲.
۳. قاری سید فاطمی، سیدمحمد، حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادیها، دفتر دوم، تهران: انتشارات شهردانش، چاپ اول، ۱۳۸۸.
۴. کریون، متیو سی. آر.، چشم اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ترجمه محمد حبیبی مجنده، قم: سازمان انتشارات دانشگاه مفید، چاپ اول، ۱۳۸۸.

مقاله

۵. جاوید، احسان و صابر نیاورانی، قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، زمستان ۱۳۹۲، شماره ۴۱.
۶. نیاورانی، صابر و احسان جاوید، حق دسترسی به داروهای اساسی در چارچوب موافقتنامه تریپس و چالش حمایت از حق بین‌المللی بشر بر سلامت، مجله حقوقی بین‌المللی، بهار-تابستان ۱۳۹۵، شماره ۵۴.

مصوبه

۷. ریاست جمهوری، تصویب‌نامه شماره ۱۹۵۸۴/ت ۵۰۵۲۹ هـ هیأت وزیران، ۱۳۹۳/۲/۲۷.
۸. معاونت بهداشت، برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳.
۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارزیابی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان، شهریور ۱۳۹۳.

ب) منابع انگلیسی

Books

10. Olivier De Schutter, *International Human Rights Law; Cases, Materials, Commentary*, Cambridge University Press, 2010.
11. Engelhard, Carolyn, & Garson, Arthur, "The Right to Health Care and the Role of Government in Health Policy", University of Virginia, Miller Center of Public Affairs, 2007.
12. Fidler, David P., *The Role of International Law in the Control of Emerging Infectious Diseases*, Paris, Institut Pasteur, Elsevier, 199.
13. Potts, Helen, *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, University of Essex, Human Rights Center, 2007.

Articles

14. Asher, Judith, *the Right to Health; a Resource Manual for NGOs*, Published by Commonwealth Medical Trust, 2004.
15. Blas, Erik. et. al.(ed.), *Social Determinants Approach to Public Health; From Concepts to Practice*, World Health Organization, Geneva, 2011.
16. Daniels, Norman, "Justice, Health, and Healthcare", *the American Journal of Bioethics*, 2001, Vol. 1, No. 2.
17. Evans, David B. et al., "Universal Health Coverage and Universal Access", *Bulletin of the World Health Organization*, 2013, No.91.
18. Evans, David B., Etienne, C., "Health Systems Financing and the Path to Universal Coverage", *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, vol.88, no.6.
19. Gotze, Ralf. & Schmid, Aohim, "Health Care Financing in OECD Countries beyond the Public-Private Split", Bremen, 2012, Translate Working Papers No.160.
20. Katherine H. A. Footer and Leonard S. Rubenstein, "A Human Rights Approach to Health Care in Conflict", *International Review of the Red Cross*, spring 2013, Vol. 95, No. 889.
21. Paolucci, Francesco, "Health Care Financing and Insurance; Options for Design", Springer, *Developments in Health Economics and Public Policy*, 2011, Vol.10.
22. Sellin, Jennifer, "Justiciability of the Right to Health – Access to Medicines; the South African and Indian Experience", *Erasmus Law Review*, 2009, Vol.2, Issue 4.

Documents

23. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), the Nature of States Parties Obligations, General Comment No.3, 1990.
24. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), The Right to the Highest Attainable Standard of Health, (article 12 of the ICESR), 2000, General Comment No.14.
25. Grover, Anand, "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", Human Rights Council, Resolution 11/12 , 31 March 2009.
26. Indian Association of Preventive and Social Medicine, 2015, p.5; available at:
http://iapsm.org/pdf/IAPSM_Newsbulletin_April_June_2016_Vol1.pdf (last visited on 11/30/2016).
27. Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, Human Rights Quarterly, 1998, Vol.20, No.691.
28. UNGA, Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health, Note by the UN Secretary-General, 67th Session, 13 August 2012, A/67/302.
29. United Nations Economic and Social Council, The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, E/CN.4/1987/17, Commission on Human Rights, Forty-third session, items 8 and 18 of the provisional agenda, 1987.
30. WHO, World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000.
31. WHO, World Health Report Health Systems Financing: The path to universal coverage, 2010.
32. WHO, World Health Statistics, Geneva, 2015.

