



تأمین مالی نظام سلامت از منظر حقوق بین‌الملل؛ با نگاهی بر وضعیت جمهوری اسلامی ایران

علیرضا نادری

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

Tohid.naderi999@gmail.com

چکیده

حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت به عنوان یک حق اساسی تعریف می‌شود که برای تضمین برخورداری از سایر حقوق و آزادی‌ها بسیار مهم است. این حق با کمک نظام سلامت ارزیابی خواهد شد. نظام سلامت متشکل از تأمین‌کنندگان منابع مالی، تجهیزات و نیروی کار است که باید خدماتی از قبیل مراکز بهداشتی و درمانی در سراسر کشور، سیستم‌های بیمه‌ای کافی و مجرب، مراکز تحقیقاتی و بهداشتی مؤسسات را ارائه دهند. در عصری قرار داریم که نظام سلامت در همه کشورهای جهان، در حال توسعه است و نسبت به گذشته نقش بسزایی در سلامت و روان افراد بازی می‌نماید. از سوی دیگر، دولت‌ها تلاش زیادی برای بهبود کیفیت بیمه درمانی و درمان و ارائه خدمات بهتر انجام می‌دهند. در دسترس بودن مؤثر بیمه سلامت با ارتقای کیفیت سلامت و تندرستی در جامعه ارتباط مستقیم دارد و یکی از راهبردهای کلیدی دستیابی به اقتصاد سلامت سالم محسوب می‌شود. با این داده‌ها، هدف نگارنده در این تحقیق، یافتن بهترین سیستم تأمین مالی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است. بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که نظام سلامت در ایران بر اساس چه اصولی تأمین مالی می‌شود؟ روش تحقیق در این تحقیق توصیفی-تحلیلی است و نتایج نشان می‌دهد که تأمین مالی نظام سلامت در ایران عمدتاً ترکیبی از منابع مالی دولت و مشارکت در پرداخت حق بیمه سلامت به مؤسسات و بیمه‌گران است.

کلیدواژه‌ها: حق سلامت، تأمین مالی، بیمه، حقوق بین‌الملل، حقوق ایران



مقدمه

نظام حقوق بشر در تحلیلی نهایی به مقوله‌ای واحد به نام «حیات» بشری می‌رسد. حیات انسان ارزشمندترین دارایی اوست و طبیعتاً صیانت از این دارایی بی‌همتا، یکی از ضروریاتی است که در عین حال مسائل گسترده‌ای را به هم پیوند زده است. یکی از این موضوعات که با حیات انسان، انس و الفتی دیرین گزیده است، مسئله سلامتی اوست. سلامتی انسانی که از لوازم اولیه برخورداری از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین این که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و 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، محیط‌زیست پاک و ... در کنار بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی، به اتفاق، مقوم سلامتی انسان هستند و هر یک به نوبه خود سهمی در رشد و اعتلای این حق دارند. به این ترتیب، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دو سویه و متقابل با دیگر حق‌ها قرار دارد و می‌توان آن را حلقه ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد کرد. به واقع این حق در «پیوندی ناگسستنی با حق حیات «نسل اول» قرار دارد و از سویی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوم» گره خورده است. علاوه بر این، حق بر محیط‌زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حق بر سلامتی سیراب می‌شود». (زمانی، ۱۳۸۶: ۳۰)

بنابراین حق بر سلامتی را می‌توان چونان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق و استیفای سایر حق‌ها ضرورت دارد. از طرفی نیز میزان بهره‌مندی از حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی و به ویژه حداقل‌های بهداشتی، رابطه‌ای مستقیم با سطح توسعه یافتگی هر دولت دارد. از آن جا که تحقق این دسته از حق‌ها مستلزم صرف منابع و برنامه ریزی‌های راهبردی و کلان در سطح ملی است، لذا امکان تحقق آن‌ها به صورت آنی وجود ندارد و به ضرورت طی روندی تدریجی و با گذشت زمان حاصل خواهند شد. (جاوید، ۱۳۹۳: ۴۸)

سازوکار مالی مناسب در نظام سلامت به‌نحوی که علاوه بر ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات پایه سلامت برای همه افراد، بتواند از بیماران در برابر هزینه‌های سنگین درمانی محافظت کند، یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت است. لذا تأمین مالی از کارکردهای اصلی نظام سلامت بوده و جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع ریسک و خرید خدمت را شامل می‌شود. (احمدی، ۱۳۸۷: ۱۱۷)

تجربیات سایر کشورهای موفق در نظام سلامت در بردارنده نکات آموزنده‌ای است که می‌تواند ما در انتخاب مدل مطلوب راهنمایی کند. نحوه تأمین مالی در نظام سلامت و نقش آن در شکل‌گیری و دسترسی عادلانه به خدمات به‌قدری است که عموماً تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت در دنیا بر این اساس صورت می‌گیرد. شاید بتوان نقطه مشترک تمام انواع روش‌های تأمین مالی موفق را استقلال خریدار خدمت از ارائه دهنده دانست. اصلاحات صورت گرفته هم عمدتاً در جهت تقویت این اصل بوده است. نکته دیگر آنکه ساختارهای کارآمد یک یا دوساله به وجود نیامده‌اند، بلکه ده‌ها سال با اصلاحات تدریجی و بررسی اثرات این تغییرات در تمامی بخش‌های نظام سلامت، مسیر بهینه انتخاب شده است. (احمدی، ۱۳۸۷: ۱۱۷)

با این شرایط در مقاله سعی بر این است تا به بررسی تأمین مالی نظام سلامت از منظر حقوق بین‌الملل؛ با نگاهی بر وضعیت جمهوری اسلامی ایران بپردازیم.

۱. تعاریف

۱-۱. سلامت

سلامت در ادبیات بین‌المللی به صورت‌های زیر تعریف شده است.



- از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی. (Weil,2011: 1267)

از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی: سلامتی افراد یک ذخیره سرمایه است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌شود و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت و درمان) این استهلاک را جبران می‌کند. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی در رشد جسمی، روانی و هوشی است. به عبارت اقتصادی سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند (صباغ کرمانی، ۱۳۹۵: ۲۳)

سلامتی را می‌توان جزو مهمی از سرمایه انسانی محسوب کرد و به طور معمول انتظار می‌رود افراد سالمی که با مقادیر مشخصی از عوامل تولید مشغول به کار هستند، در واحد زمان بهره‌وری بیشتری نسبت به نیروی کار بیمار داشته باشند. افراد سالم معمولاً با انگیزه بیشتر برای کسب درآمد، سختکوش تر و کارا تر هستند. علاوه بر آن، سرمایه‌گذاری برای افزایش خدمات سلامتی می‌تواند بازده سرمایه‌گذاری‌های دیگر در تربیت نیروی انسانی سالم را در زمینه‌هایی مانند آموزش‌های عمومی و تخصصی بالا ببرد. تندرستی بیشتر می‌تواند توان یادگیری در افراد را افزایش دهد، که این خود، تأثیر حائز اهمیت در افزایش بازده سرمایه‌گذاری در تعلیم و تربیت را موجب می‌شود. به عنوان مثال بلیکلی آدر پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که سلامتی کودکان جنوب آمریکا بر قابلیت شناختی و کسب موفقیت در آموزش آن‌ها تأثیر مثبت داشته است به همین ترتیب تندرستی بیشتر، سال‌های عمر مولد بعد از تحصیل را افزایش می‌دهد و بازدهی حاصل از نیروی انسانی تربیت شده را بیشتر می‌کند. بنابراین می‌توان گفت سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روانی و هوشی است و یک امر ضروری برای بهره‌وری در دوران بزرگسالی است. (پوررضا، ۱۳۹۴: ۸۲)

۲-۱. تأمین مالی^۲

راهبرد تأمین مالی در شرکت‌ها، از مباحث مهم دانشمندان مالی و حسابداری است. از اهداف مهم تأمین مالی، انجام سرمایه‌گذاری در شرکت‌ها برای سودآوری بیشتر است. طرق مختلف تأمین مالی، شامل تأمین مالی داخلی و خارجی یا ترکیبی از این دو نوع است. مدیران بنگاه‌های اقتصادی در عصر کنونی، با توجه به محدودیت‌های منابع مالی به ویژه در عرصه تجارت جهانی و تنگ شدن رقابت، تحت فشار فزاینده‌ای قرار دارند تا هزینه‌های عملیاتی و بهای تمام شده را کاهش دهند و کم هزینه‌ترین نوع ساختار سرمایه را برای انجام فعالیت‌های بنگاه اقتصادی در راستای افزایش ارزش بنگاه، پرداخت به موقع بدهی‌ها، تداوم فعالیت و حضور بیشتر در بازارهای داخلی و خارجی برگزینند. این فشارها معمولاً از سوی گروه‌های مختلفی مانند سهامداران، مصرف کنندگان و سایر ذینفعان به مدیران بنگاه‌ها وارد می‌شود. برای دستیابی به اهداف پیشگفته، راهبردهای مدیران، تأمین منابع مالی مطلوب با کمترین هزینه برای رشد و توسعه اقتصادی فعالیت‌های بنگاه، افزایش سود و حداکثرسازی ثروت سهامداران، می‌باشد.

تأمین مالی، هنر و علم مدیریت وجه نقد است. هدف از تأمین مالی، سرمایه‌گذاری، سودآوری، کاهش ریسک و برطرف کردن نیازهای اقتصادی و اجتماعی بنگاه است. سود ناشی از کسب کار بنگاه، از عوامل مهم تداوم فعالیت بنگاه اقتصادی تلقی گردیده و منبع مهمی برای تأمین مالی فعالیت‌های عملیاتی بنگاه در آینده است. از نگرانی‌های بنگاه‌های اقتصادی در جهان، تأمین منابع مطلوب مالی می‌باشد. هر نوع فعالیت نیاز به منابع مالی دارد. از این رو، منابع مالی را به شریان حیاتی بنگاه‌های اقتصادی و سازمان‌های کوچک و بزرگ تشبیه کرده‌اند. در حقیقت، هدف اصلی از هر نوع فعالیت اقتصادی سودآوری است و کسب سود بدون وجود منابع مالی امکان پذیر نمی‌باشد. (احدی سرکنی، ۱۳۸۸: ۲۰)

1 - world Health Organization

2 - Bleakly

3 - Financing



۳-۱. بیمه

بیمه گران خطرهای احتمالی را به خوبی می‌شناسند و احتمال وقوع آن‌ها را می‌دانند بنابراین می‌توانند میزان حق بیمه‌ای را که هر شخص باید بپردازد به نحوی محاسبه کنند که مبلغ جمع آوری شده برای جبران خسارت‌هایی که پیش خواهد آمد، کافی باشد. بدیهی است که تنها تعدادی از آنان که خود را بیمه کرده‌اند نیاز به جبران خسارت از محل مبلغ جمع آوری شده خواهند داشت. بر این اساس، مقدار حق بیمه مربوط به هر نفر متقاضی بیمه با توجه به دو عامل مهم محاسبه می‌شود: نخست اینکه، به طور کلی احتمال بروز خسارت در آینده چه قدر است و دوم، آنکه احتمال وقوع حادثه برای بیمه گذار متقاضی بیمه بیشتر یا کمتر از میانگین احتمال خطر مزبور باشد. بیمه عمر، بیمه اعضا بدن، بیمه حریق، بیمه سرقت و غیره «بیمه در ساده‌ترین تعریف؛ روشی است برای انتقال ریسک. (مولوی، ۱۳۸۹: ۱۶۶)

در تعریف ماده یک قانون بیمه ایران: بیمه عبارتست از قراردادی که به موجب آن یک طرف (بیمه گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی را بپردازد. متعهد را بیمه گر، طرف تعهد را بیمه گذار و وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند. (مولوی، ۱۳۸۹: ۱۶۷)

بیمه دارای انواع و اقسام مختلفی است که دو گروه اصلی آن عبارتند از بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های بازرگانی. بیمه یکی از شیوه‌های مدیریت ریسک می‌باشد (انتقال ریسک به فرد یا سازمان دیگر).

۲. قلمرو حقوق مربوط به سلامتی در نظام حقوقی بین‌الملل

نظام حقوق بشر در تحلیلی نهایی به مقوله‌ای واحد به نام «حیات» بشری می‌رسد. حیات انسان ارزشمندترین دارایی اوست و طبیعتاً صیانت از این دارایی بی‌همتا، یکی از ضروریاتی است که درعین حال مسائل گسترده‌ای را به هم پیوند زده است. یکی از این موضوعات که با حیات انسان، انس والفتی دیرین گزیده است، مسئله سلامتی اوست. سلامتی انسانی که از لوازم اولیه برخوردار از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین این که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصر دیگری است؛ برخوردار از یک استاندارد مناسب زندگی؛ متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط‌زیست پاک و... در کنار بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه‌ی پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی، به اتفاق، مقوم سلامتی انسان هستند و هر یک به نوبه خود سهمی در رشد و اعتلای این حق دارند. به این ترتیب، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دو سویه و متقابل با دیگر حق‌ها قرار دارد و می‌توان آن را حلقه ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد کرد. به واقع این حق در «پیوندی ناگسستنی با حق حیات «نسل اول» قرار دارد و از سویی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوم» گره خورده است. علاوه براین، حق بر محیط‌زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حق بر سلامتی سیراب می‌شود». بنابراین حق بر سلامتی را می‌توان چونان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق و استیفای سایر حق‌ها ضرورت دارد. (زمانی، ۱۳۸۵: ۳۰)



از طرفی نیز میزان بهره‌مندی از حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی و به ویژه حداقل‌های بهداشتی، رابطه‌ای مستقیم با سطح توسعه یافتگی هر دولت دارد. از آن‌جا که تحقق این دسته از حق‌ها مستلزم صرف منابع و برنامه ریزی‌های راهبردی و کلان در سطح ملی است، لذا امکان تحقق آن‌ها به صورت آنی وجود ندارد و به ضرورت طی روندی تدریجی و با گذشت زمان حاصل خواهند شد. واقعیتی که بسیار واضح است، این است که همه دولت‌ها به لحاظ سطح توسعه‌یافتگی در شرایطی برابر با یکدیگر قرار ندارند و همین مسئله موجب می‌شود که توانایی و ظرفیت دولت‌ها در اجابت تعهدات ناشی میثاق نیز متفاوت باشد. با این بیان می‌خواهیم به این پرسش‌ها پاسخ دهیم که آیا ناتوانی و ضعف اقتصادی واجتماعی یک دولت در برآورده ساختن استانداردهای مورد نظر میثاق می‌تواند توجیه‌کننده قصور دولت ذیربط باشد؟ و این که چه راهکارهای مؤثری در حقوق بین‌الملل برای توانمندسازی دولت‌های ناتوان جهت اجرا و تحقق این استانداردها وجود دارد؟

۳. مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی اگر بخواهیم مؤلفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، باید به چهار مؤلفه اساسی اشاره کرد: نخست؛ حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام‌الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و «ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی و درمانی است». بدون شک مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند، اما در کنار آن‌ها عناصر دیگری نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که کمیته از آن‌ها تحت عنوان «بنیادهای تعیین کننده سلامتی» یاد می‌کند. از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوی، محیط‌زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد. (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۴)

دوم؛ حق بر سلامتی متضمن یکسری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد. پیشرفت‌های علمی که در زمینه بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به ویژه آن‌گاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود. با استناد به ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «هیچ‌کس 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»، می‌توان گفت که اقدامات یا آزمایش‌های پزشکی اجباری و تحمیلی به سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می‌روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی‌توان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری هم‌چون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت. (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۴)

سوم؛ حق بر سلامتی شامل استحقاقات فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه‌ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه رشد بالنده انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن‌ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، «دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه ریزی شده، مؤثر و یکپارچه‌ای را در سطح ملی تأسیس نماید. بنابراین در قلب حق بر بهره‌مندی از استاندارد بالای سلامتی، یک سیستم سلامتی مؤثر و یکپارچه قرار دارد که باید در برگرفته‌ی برنامه‌های مناسب برای مراقبت‌های بهداشتی و همچنین تحقق زیرساخت‌های تعیین‌کننده حق بر سلامتی باشد». (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۶)



چهارم؛ رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر است و همان‌گونه که در ماده ۲ میثاق هم اشاره شده است، دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می‌باشند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان. (Forman, 2007, p:113)

۴. تعهدات دولت‌ها در گستره حق بر سلامتی در نظام حقوق بین‌الملل

حق بر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی-اجتماعی بشر، به منزله حقی قلمداد می‌شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله دولت است. به طور کلی مداخله دولت در زمینه حقوق بشر را باید از دو منظر مثبت و منفی نگریست. رویکرد کلی اینست که مداخله دولت در حقوق نسل دوم، جنبه اثباتی و ایجابی دارد و در حقوق نسل اول، این مداخله تا حد عدمی فرو کاسته می‌شود. در واقع باید کم‌ترین مداخله دولت در حقوق مدنی و سیاسی را در برابر بیشترین مداخله در حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی فرض گرفت. اما درعین حال، حقوق مدنی و سیاسی، مستلزم مداخله ایجابی دولت نیز هستند و از این حیث، حق‌هایی مثبت به شمار می‌روند؛ چرا که بهره‌مندی و اجرای کامل آن‌ها ملازمه‌ای منطقی با مداخله حمایتی دولت از باب تعهد به حمایت دارد. در طرف مقابل؛ حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز از آن‌رو که هرگونه مداخله تحدیدی دولت را بر نمی‌تابد، حق‌هایی منفی محسوب می‌شوند با این توضیح که جنبه منفی مداخله در حقوق نسل اول، در متن است و جنبه مثبت آن در حاشیه، و در حقوق نسل دوم این جنبه مثبت مداخله است که در متن قرار دارد و بعد منفی را به حاشیه رانده است. به طور کلی در نظام بین‌المللی حقوق بشر و به ویژه در زمینه حق بر سلامتی، در یک تقسیم‌بندی سه دسته تعهد کلی برای دولت‌ها قابل شناسایی است: تعهد به رعایت، حمایت و اجرا.

به اجمال می‌توان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامتی مستلزم اینست که دولت‌ها به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت، دولت را ملزم می‌کند که از بهره‌مندی از حق بر سلامتی در برابر مداخلات و مزاحمت‌های طرفین ثالث حمایت به عمل آورد و در نهایت تعهد به اجرا در بردارنده طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی، مالی و... جهت اجرا و پیشبرد حق بر سلامتی است. (ایده، کراوزه و روساس، ۱۳۸۹: ۱۸۵-۱۸۳)

میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۱ ماده‌ی ۲ ماهیت کلی تعهدات دولت‌های عضو را ترسیم می‌کند: «دولت‌های عضو میثاق متعهد می‌شوند که با سعی و اهتمام خود و از طریق همکاری و تعاون بین‌المللی به ویژه در زمینه‌های اقتصادی و فنی و با استفاده از حداکثر منابع موجود به منظور حصول تدریجی و اعمال کامل حقوق شناخته شده در این میثاق با کلیه وسایل مقتضی به خصوص با اقدامات قانون گذاری اقدام نمایند».

بر این اساس، تحقق حق بر سلامتی در چارچوب میزان منابع در دسترس هر دولت، در داخل و استفاده حداکثری از آن‌ها می‌باشد. لذا تحقق این حق به صورت آنی امکان‌پذیر نیست، بلکه مستلزم گذشت زمان و صرف منابع است و از این‌رو است که میثاق از تحقق حق‌های اقتصادی-اجتماعی در فرآیندی تدریجی‌الحصول صحبت می‌کند. در این راستا، اتخاذ و اجرای برنامه‌های اقتصادی، مالی، قانونی، بهداشتی و درمانی و ... با توجه به ظرفیت‌های دولت‌ها و بهره‌گیری از منابع بخش خصوصی به عنوان بازوی کمکی دولت‌ها، جزو اولویت‌ها شمرده می‌شود (CESCR, 1990:9)

همکاری و مشارکت میان بخش عمومی و خصوصی در زمینه حقوق اقتصادی - اجتماعی بسیار حائز اهمیت است. بسیاری از دولت‌ها به دلیل ضعف زیرساخت‌های اقتصادی و عدم توسعه‌یافتگی، با چالش کمبود امکانات مواجه هستند و همین مسئله می‌تواند وضعیت حقوق اقتصادی - اجتماعی و به ویژه وضعیت بهداشت و سلامتی را در این کشورها با بحران مواجه سازد. (شایگان، ۱۳۹۰: ۳۶)



بعد دیگر تعهد دولت‌های عضو در اجرا و تحقق تدریجی حق بر سلامتی، تعهد به استفاده از حداکثر منابع موجود و در دسترس است. یکی از راه‌هایی که می‌توان اجرای تعهد به «استفاده از حداکثر منابع موجود» توسط دولت‌ها را مورد ارزیابی قرار داد، اینست که باید توجه داشت که میزان بودجه اختصاص یافته به بخش بهداشت همگانی و تعمیم سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه چه میزان است و چه میزان بودجه به مسائلی خارج از میثاق (مثل هزینه‌های مربوط به خرید تسلیحات نظامی) اختصاص یافته است. مشکل بسیاری از کشورها، کمبود یا محدودیت منابع نیست بلکه مشکلات راجع به منابع دولت‌ها، در غالب موارد از تخصیص نا درست منابع و امکانات موجود نشأت می‌گیرد. به عنوان نمونه، هزینه‌های گزافی که صرف خرید تسلیحات گران - قیمت می‌شود، اگر در زمینه مسائلی از قبیل تعمیم بهداشت همگانی و خدمات بهداشتی اولیه یا پیش گیرانه، آموزش، مسکن و محیط‌زیست سرمایه گذاری شود، می‌تواند از بروز مشکلات احتمالی ناشی از کمبود منابع بر سر راه تحقق استانداردهای مورد نظر میثاق بکاهد. (شایگان، ۱۳۹۰: ۳۹)

۵. وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران

با وجود پوشش بالای بیمه در ایران از دید مدیریت منابع، سازمان‌های بیمه گر، نقش پایه‌ای در جمع آوری و مدیریت منابع در بخش سلامت دارند و به نظر می‌رسد که هیچ سیاست ویژه‌ای برای دخالت در انتخاب روش عرضه منابع و تعیین سیاست‌ها و منابع وجود ندارد. در نتیجه، کاهش در منابع منجر به پایین آمدن سطح کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان‌های بیمه گر خواهد شد. چنین چرخه معیوبی، نقش سازمان بیمه گر را در ایران کمرنگ خواهد نمود و مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت را به حداقل خواهد رساند. به عنوان شاهدهی از این ادعا، وضعیت مردم تحت پوشش صندوق‌های متفاوت بیمه به گونه‌ای است که حدود ۳۶٫۹٪ از جمعیت، تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (این سیستم مالی شبیه سیستم بیسمارک است)، ۳۹٫۲٪ از آن‌ها، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی (این سیستم مالی شبیه سیستم بوریچ است)، ۲۹٫۲٪ از جمعیت روستایی و ۵٫۲٪ از سایر، تحت پوشش کمیته امداد و ۳٫۲٪ تحت پوشش بیمه درمانی نیروهای مسلح (ماهیتی مشابه با بیمه خدمات درمانی دارد) هستند. درعین حال، پرداخت مستقیم از جیب، سهم عظیمی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است.

در سال ۲۰۱۷، منابع تأمین کننده هزینه‌های بخش سلامت ایران به شرح ذیل بود:

جدول ۵: منابع تأمین مالی نظام سلامت در ایران در سال ۲۰۱۷

ردیف	منبع تأمین مالی	درصد
۱	دولت داخلی	۱۸٫۳٪
۲	بیمه‌های اجتماعی	۱۶٫۷٪
۳	داروخانه‌ها و سایر خرده فروشان کالاهای پزشکی	۲۲٫۴٪
	فراهم کنندگان خدمات سرپایی	۳۱٫۰٪
	بیمارستان‌ها	۴۵٫۰٪
	سایر	۱٫۶٪
۴	درصد پرداخت مستقیم از جیب به عنوان بخشی از هزینه‌های بخش سلامت	۵۶٫۰٪
	سایر بخش خصوصی	۸٫۹٪



سهم سلامت از بودجه در کشورهای مختلف دنیا به عنوان شاخصی از توسعه یافتگی و توجه دولت به سلامت و رفاه مردم است. اکثر دولت‌ها سه اولویت مهم در بودجه خود دارند. امنیت، سلامت و آموزش، سه اولویت اصلی اکثر کشورهای دنیاست و به همین دلیل بودجه بیشتری به این بخش‌ها اختصاص می‌دهند. سازمان بهداشت جهانی نیز با استناد به سه شاخص «سهم سلامت از تولید ناخالص ملی»، «مشارکت مالی مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت» و «هزینه‌های سنگین درمان» امنیت سلامت را در کشورهای مختلف ارزیابی می‌کند. در کشور ما حدود ۵۶ درصد از منابع بهداشت و درمان را مردم خودشان پرداخت می‌کردند و کل پرداختی دولت در بخش بهداشت و درمان حدود ۱۸ درصد بوده است. (امانی، ۱۳۹۵: ۹۹)

در سال ۹۶ با افزایش ۱۴ درصدی بودجه وزارت بهداشت، سهم بودجه سلامت از بودجه کل کشور به حدود ۰.۳۷ درصد رسید. سرانه سلامت برای هر ایرانی در سال ۹۶ و با توجه به افزایش بودجه، برای روستاییان و عشایر هشت هزار و ۴۰۰ تومان و برای کارکنان دولت ۱۶ هزار و ۴۰۰ تومان تعیین شد که رشد ۶۵ درصدی در بخش روستاییان و ۳۲ درصدی در بخش کارکنان دولت نسبت به سال ۹۵ دارد. در واقع سهم سلامت ایرانی‌ها از محل درآمد ناخالص داخلی به صورت متوسط ۱۲ هزار تومان است. این در حالی است که این سرانه در کشورهای فقیرتر از ایران با درآمد ناخالص ملی کمتر، از ایران بیشتر است. با توجه به بودجه وزارت بهداشت در سال ۹۶ سهم هر نفر از این بودجه چیزی معادل ۱۵۰ دلار می‌باشد. این در حالیست که سرانه بهداشت و درمان در دیگر کشورها ۷۰۰ تا حتی هزار دلار است. این رقم در اروپا ۳۵۰۰ دلار و در آمریکا ۸۰۰۰ دلار است. مهم‌ترین نتیجه پایین بودن سرانه درمان، تحمیل فشار سنگین هزینه‌های درمانی بر دوش مردم و افزایش بیش از حد متعارف «سهم مردم از هزینه‌های درمان» در کشور است، که شاخص دیگری برای ارزیابی امنیت سلامت است.

شاخص سهم مردم از هزینه سلامت عبارت است از نسبت میزان پرداخت مستقیم خانوارها در امر سلامت هنگام دریافت خدمات به کل هزینه‌های بخش سلامت. این شاخص برای سنجش میزان مشارکت‌های کلی مردم در تأمین منابع مالی نظام سلامت به نسبت سایر تأمین‌کنندگان منابع به کار می‌رود. در ایران براساس برآوردهای انجام شده، سهم مردم از هزینه‌های سلامت در سال ۸۹ حدود ۵۴ درصد بود. این رقم با توجه به تورم افسارگسیخته سال‌های اخیر به بالای ۶۰ درصد رسیده است تا جایی که برخی نمایندگان مجلس از سهم حدود ۷۰ درصدی مردم از هزینه‌های سلامت سخن می‌گویند. ایران در این زمینه براساس آمارهای رسمی در بین کشورهای جهان رتبه ۱۱۸ را دارد. (رحمتی، ۱۳۹۵: ۲۶)

برنامه‌ریزان در قانون چهارم توسعه، دولت را موظف کرده بودند که از سال ابتدایی اجرای این قانون یعنی ۱۳۸۴ تا پایان آن (۱۳۸۹) سهم حق بیمه مردم به ۳۰ درصد کاهش یابد و ۷۰ درصد مابقی توسط بیمه‌ها پرداخت شود. اما نه تنها این تکلیف قانونی اجرایی نشد بلکه با یک عقبگرد آشکار در طول برنامه چهارم، سهم هزینه‌های درمان بیماران از ۴۰ درصد سال ۱۳۸۴ (سال نخست فعالیت دولت نهم) به ۵۴ درصد در سال ۱۳۸۹ افزایش یافت. عدم موفقیت دولت نهم در اجرای این ماده قانونی باعث شد تا با تأکید مقامات ارشد نظام، یک بار دیگر این تکلیف در قالب برنامه پنجم توسعه گنجانده شود. بنابراین دولت باید سالانه ۶ درصد از هزینه‌های درمان سهم مردم را کاهش دهد تا در سال پایانی این برنامه (۱۳۹۴) این سهم به زیر ۳۰ درصد برسد. اکنون که بیش از ۳ سال از اجرایی شدن این برنامه می‌گذرد، براساس تحقیقات مستقل که اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز آن را تأیید می‌کنند، سهم مردم به ۷۰ درصد افزایش یافته است. (رحمتی، ۱۳۹۵: ۲۷)

در حال حاضر به طور متوسط در دنیا مردم ۱۸ درصد از هزینه‌های درمان را می‌پردازند. هم‌اکنون مردم چین ۴۰ درصد هزینه‌های درمان را برعهده دارند. در ژاپن؛ سهم مردم از هزینه‌های درمان فقط ۱۸.۷ درصد است. در کشورهای عربی منطقه نظیر کویت به علت جمعیت کم و درآمد بالا مردم تنها ۲۲ درصد از هزینه‌های بهداشت و درمانشان را می‌پردازند و در امارات هم تنها ۳۰ درصد از هزینه‌های درمانی توسط مردم پرداخت می‌شود. در ترکیه همسایه غربی ما مردم برای درمان خود ۲۸ درصد هزینه می‌کنند. در سوئد دولت بابت خدمات درمانی و بهداشتی یارانه می‌پردازد. کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال از



خدمات درمانی رایگان بهرمنند. هر سوئدی با پرداخت هزینه معینی یک کارت آزاد دریافت می‌کند و با این کارت می‌تواند از خدمات درمانی رایگان برخوردار شود. در انگلستان، پوشش بیمه اجباری و همگانی است و سهم هر کس از پرداخت حق بیمه، با توجه به درآمد و وضعیت شغلی‌اش مشخص می‌شود. تنها ۱۲ درصد مردم این کشور با بیمه خصوصی مراحل درمانشان را طی می‌کنند. آلمانی‌ها و فرانسوی‌ها هم با بیمه خصوصی و هم با بیمه دولتی تحت درمان قرار می‌گیرند. تنها ۲۳،۱ درصد از هزینه تمام شده درمان را خود مردم می‌پردازند. در ایالات متحده آمریکا مردم حدود ۱۳،۱ درصد از هزینه‌های درمانشان را خودشان می‌پردازند. در کانادا بدون نیاز به بیمه‌های خصوصی سهم مردم از هزینه‌های درمان تنها ۲،۳۰ درصد است. کانادا یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای جهان در این زمینه به حساب می‌آید. در این کشور بیمه دولتی است و اغلب هزینه‌های پزشکی را دربر می‌گیرد. در کوبا مردم ۸،۵ درصد از هزینه درمان را می‌پردازند. در فیلیپین مردم ۴۴،۳ درصد، در اندونزی ۴۶،۱ درصد، در سوریه ۵۲،۶ درصد و در پاکستان ۷۰،۴ درصد هزینه را مردم پرداخت می‌کنند. (رحمتی، ۱۳۹۵: ۳۱)

هزینه‌های سنگین سلامت و تأثیر این هزینه‌ها بر خانوارها نیز شاخص دیگری است که طبق برنامه پنجم توسعه میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت باید به زیر ۱ درصد برسد. این شاخص در واقع بیانگر این است که وقتی عضوی از خانواده بیماری سختی دارد که هزینه زیادی دارد باید میزان هزینه‌ای که خانواده برای درمان این عضو می‌پردازد به گونه‌ای نباشد که خانواده به زیر خط فقر سقوط کند. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، براساس آمارهای رسمی ۳،۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن شده و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند. البته آمارهای غیر رسمی این رقم را ۷ درصد اعلام می‌کنند. (دشمنگیر، ۱۳۹۷: ۱۴۶)

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت سلامت در جامعه ما مناسب و در شأن یک کشور اسلامی با این همه منابع نیست. در سال ۹۶ هر چند بودجه سلامت ۱۴ درصد افزایش یافت اما با توجه به اینکه هزینه‌های سلامت براساس گزارشات مرکز آمار ایران در سال ۹۵، ۳۷ درصد نسبت به سال قبل افزایش دارد و از سوی دیگر تورم بخش سلامت طبق برآوردها حدود ۶۰ درصد برآورد شده است، نمی‌توان امیدی به تغییر در وضعیت سلامت مردم داشت. تنها چیزی که می‌توان گفت اینکه شتاب وخیم‌تر شدن وضعیت سلامت کمی کند شده است. اگر مسئولین و مقامات کشور چاره‌ای اساسی برای این وضعیت نیندیشند و وضعیت سلامت جامعه بحرانی بزرگتر از بحران‌های سیاسی را رقم خواهد زد که مهار آن ساده نخواهد بود.

۵-۱. کارکرد انباشت منابع در ایران

انباشت پراکنده، یکی از مسائل و مشکلات حیاتی در تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران است که منجر به افزایش هزینه‌های اداری بیمه اجتماعی شده است. به علاوه، یارانه‌های متقاطع به خوبی از سالم به بیمار و از غنی به اقشار کم درآمد انتقال نمی‌یابد. در نتیجه، به عدم قطعیت‌های ذاتی در هزینه‌های مراقبت سلامت به خوبی توجه نمی‌شود. به عبارت دیگر، تنها ۲۵،۶٪ در صندوق‌های انباشت و تحت کنترل مدیریت و توزیع ریسک بوده و مابقی به صورت پراکنده به خدمات مراقبت سلامت تخصیص می‌یابد که از این میزان، حدود ۵۶،۱٪ در ارتباط مستقیم مصرف کننده و ارائه دهنده خدمت بوده و بار مالی سنگینی را بر دوش افراد خصوصاً فقرا تحمیل نموده است. همچنین، تفاوت قابل ملاحظه در مزایای حاصل از طرح‌های متفاوت بیمه‌ای، می‌تواند منجر به استفاده نابرابر از خدمات در میان گروه‌های متفاوت شود که این امر عواقب نامطلوبی را در بخش سلامت ایجاد خواهد کرد و فراتر از آن، سطوح متنوعی از سلامت را در زیرگروه‌های متفاوت اجتماعی فراهم آورده و بر انسجام اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود. بخش قابل توجهی از این پراکندگی به دلیل نهادهای خاصی است که مزایای بهتر و بیشتری را به کارمندان خود پیشنهاد می‌دهند. بنابراین، هر منبع ناکارآمدی در تخصیص منابع (به عنوان مثال، یک سیستم بد کنترل شده و پراکنده) به معنی اتلاف منابعی است که می‌توانست توسط نظام سلامت جهت دسترسی بیشتر به پوشش همگانی مصرف گردد و در این حالت، برای بخش‌هایی چون دندانپزشکی خیلی دشوار است که با سایر بخش‌های سلامت جهت



جذب سهم بیشتری از منابع دولتی رقابت کند. این موضوع، باعث شده که ورود خدمات دندانپزشکی در بسته‌های بیمه پایه به نوسانات در منابع موجود، خیلی حساس باشد. بنابراین، اهمیت ویژه بخش دندانپزشکی و سلامت دهان، بر کارایی کل سیستم تأثیر منفی گذاشته است. با توجه به برنامه پنجم توسعه در فوریه ۲۰۱۱، همه صندوق‌های بیمه سلامت موجود مکلف به یکپارچگی در سازمان بیمه سلامت ایرانی شدند. اگر این اصلاح به طور کامل اجرا شود، گامی مهم به سمت توجه به بعضی از نارسایی‌های ناشی از پراکندگی صندوق‌ها، برداشته خواهد شد. (دشمنگیر، ۱۳۹۷: ۱۴۶)

۲-۵. کارکرد تخصیص منابع و خرید راهبردی در ایران

در ایران، علاوه بر این که قسمت عظیمی از فشار مالی مراقبت سلامت بر دوش مردم گذاشته شده است، بیشتر از ۹۰٪ از مردم تحت پوشش حداقل یک نوع از بیمه سلامت هستند که بیمه سلامت دولتی و خصوصی حدود ۲،۶٪ و بقیه بیمه سلامت دولتی مشارکت داشته است. بنابراین سازمان‌های بیمه سلامت عموماً دولتی بوده و به دلیل مشکلات مالی در سطح وسیعی با کمبود بودجه و در نتیجه عدم کارایی مواجه هستند. این سازمان‌ها عبارتند از سازمان تأمین اجتماعی (بزرگ‌ترین صندوق بیمه در ایران با پوشش ۲۷،۵ میلیون نفر از جمعیت)، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه نیروهای مسلح و بنیاد خیریه کمیته امداد (۴،۵ میلیون نفر از افراد محروم و نیازمند). علاوه، این سازمان‌ها با کمبود تخصص و خبرگی در تحلیل پیچیده آماری تعیین خطرات و شکاف اطلاعاتی پزشک-بیمار مواجه بوده که پوشش بیمه‌ای افراد را با ناکامی مواجه ساخته است. در ایران، چندین روش بازپرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد. به لحاظ تاریخی، یکی از روش‌های پرداختی مبتنی بر روش پرداخت به ازای ارائه خدمت است. بر اساس این روش، یک شرکت بیمه‌ای ممکن است بر پایه نرخ مذاکره برای هر خدمت واحد گزارش شده توسط ارائه‌کننده پرداخت را انجام دهد. سایر روش‌های پرداختی از قبیل حقوق و دستمزد، روش سرانه (پرداخت مطابق با نوع بیماری‌های گزارش شده) و بودجه خطی برای پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان پزشکی در نظر گرفته شده است. به طور کلی، در سطح اول ارائه خدمت برای پزشکان خانواده در جهت خدمات تشخیصی و درمانی روش سرانه و پرداخت به ازای ارائه خدمت، در سطح دوم خدمات برای متخصصین روش پرداخت به ازای ارائه خدمت و در سطح سوم خدمات برای بیمارستان‌ها پرکیس و پرداخت به ازای ارائه خدمت در نظر گرفته شده است. به عبارت دیگر، پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی براساس پرداخت کارانه و حقوق، در سازمان بیمه خدمات درمانی براساس پرداخت کارانه، در سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح براساس ترکیبی از سیستم حقوق بگیری و کارانه و در کمیته امداد امام خمینی براساس پرداخت کارانه صورت می‌گیرد.

۳-۵. کارکرد ارائه خدمت در ایران

در سال‌های گذشته، هزینه‌های مراقبت سلامت با سرعت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است و فشار جدی کمبود منابع در بخش سلامت احساس شد. این موضوع به نوبه خود، فشارهای مضاعفی را برای سازمان‌های بیمه سلامت، سیاستگذاران و جمعیت ایرانی ایجاد کرده است. با توجه به این حقیقت که بیشتر از ۹۰ درصد از خدمات مراقبت سلامت توسط دولت ارائه می‌شوند، چنین فشارهایی سیاستگذاران را ترغیب کرد تا نقش بالقوه و جایگزینی بخش خصوصی را در ارائه خدمات دولتی مدنظر قرار دهند. از زمانی که هزینه‌های مراقبت سلامت در ایران افزایش یافت، سؤالات عدالت و کارایی نیز به طور همزمان مطرح گردید. تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران، مبتنی بر بیمه اجتماعی است و یک سیستم تأمین مالی کثرت گراست. سه منبع اصلی تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران وجود دارد: بودجه عمومی دولت، پرداخت‌های بیمه سلامت و هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب افراد.

میزان بودجه سلامت توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی نهاد ریاست جمهوری و با همکاری دفتر مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌شود. این بودجه در نهایت باید توسط کابینه و متعاقباً مجلس شورای اسلامی به تصویب برسد. ایران دارای چهار سازمان اصلی بیمه سلامت است: سازمان بیمه تأمین خدمات، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان



دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری حقوقی پزشکی فراوری

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و بیمه سلامت کمیته امداد. همه این سازمانها از حمایت دولت در سطوح متنوعی سود می‌برند. طبق آمار به دست آمده در سال ۲۰۱۶، ایران ۲۲۰ میلیون دلار را در نظام سلامت خود هزینه نموده است. با وجود این میزان از هزینه‌ها، مشکلات مالی قابل ملاحظه‌ای برای دولت (به عنوان ارائه کنندگان اصلی مراقبت سلامت)، سازمان‌های بیمه سلامت (به عنوان خریداران اصلی خدمات مراقبت سلامت و بیماران (به عنوان مصرف کنندگان خدمات سلامت) وجود داشته است. (دشمنگیر، ۱۳۹۷: ۱۵۲)

در سال‌های اخیر، دولت‌ها علاقه فزاینده‌ای به خصوصی سازی خدمات مراقبت سلامت نشان دادند و به عنوان یکی از سیاست‌های غالب در نظام سلامت مطرح شد. گرچه در عصر حاضر تلاش بر محدودسازی نقش خصوصی سازی شده است، چرا که این سیاست برای توجه به مباحث عدالت و کارایی و نحوه حفاظت از بیماران در برابر خدمات با هزینه‌های هنگفت کافی به نظر نمی‌رسد. بنابراین افزایش بخش خصوصی بدون توجه جزئی به پیامدهای بالقوه، منجر به وخامت بیشتر در مورد عدالت و دسترسی خواهد شد. علاوه بر این، اهداف فعلی برنامه پنج ساله توسعه برای سیستم مراقبت سلامت تاکید می‌کند که وزارتخانه هنوز هم در جستجوی راه‌های کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب بیماران است و این سیاست خصوصی سازی در دستیابی وزارت بهداشت به اهداف خود ناکام خواهد بود. در نتیجه، بازار مراقبت سلامت در ایران گستره وسیعی از مشکلات پیچیده مالی را متحمل شده است و در حال حاضر، حدود ۴۱٫۴٪ از منابع مالی در بخش‌های بیمارستانی و ۲۷٫۶٪ در بخش خای خصوصی سرپایی هزینه شده است.

در نهایت بایستی گفت همه فعالیت‌هایی که به منظور حفظ و ارتقای سلامتی یا بازگرداندن آن به مردم و جامعه، اعم از پیشگیری و کنترل اولیه خطرات تا درمان بیماری‌ها و مدیریت مخاطرات، صورت می‌پذیرد، در زمره خدمات سلامتی و زیرمجموعه نظام سلامت کشور قرار می‌گیرد. با گستره‌ای عمیق‌تر، از سلامت به مفهوم شرایط و حالتی که در آن انسان از شادابی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد نیز یاد می‌شود. با این اوصاف، سلامت می‌تواند یکی از محورهای اساسی توسعه پایدار باشد. همچنین، ابزار مهمی در دستیابی به عدالت محسوب می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

از مجموع مباحث مطرح شده در مقاله حاضر در نهایت بایستی گفت؛ سازوکار مالی مناسب در نظام سلامت به نحوی که علاوه بر ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات پایه سلامت برای همه افراد، بتواند از بیماران در برابر هزینه‌های سنگین درمانی محافظت کند، یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت است. لذا تأمین مالی از کارکردهای اصلی نظام سلامت بوده و جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع ریسک و خرید خدمت را شامل می‌شود. تجربیات سایر کشورهای موفق در نظام سلامت در بردارنده نکات آموزنده‌ای است که می‌تواند ما را در انتخاب مدل مطلوب راهنمایی کند. نحوه تأمین مالی در نظام سلامت و نقش آن در شکل‌گیری و دسترسی عادلانه به خدمات به قدری است که عموماً تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت در دنیا بر این اساس صورت می‌گیرد. شاید بتوان نقطه مشترک تمام انواع روش‌های تأمین مالی موفق را استقلال خریدار خدمت از ارائه دهنده دانست. اصلاحات صورت گرفته هم عمده‌تاً در جهت تقویت این اصل بوده است. نکته دیگر آنکه ساختارهای کارآمد یک یا دو ساله به وجود نیامده‌اند، بلکه ده‌ها سال با اصلاحات تدریجی و بررسی اثرات این تغییرات در تمامی بخش‌های نظام سلامت، مسیر بهینه انتخاب شده است.

اما همانطور که در بخش‌های مختلف کتاب نیز آورده شد، به طور کلی نظام سلامت در کشورها در قالب یکی از دسته‌های زیر یا تلفیقی از آن‌ها شکل گرفته است:

۱- طب ملی: این مدل به نام پوریچ اقتصاددان انگلیسی نیز شناخته شده است. در این مدل هزینه‌های سلامت از محل مالیات عمومی تأمین شده و ارائه خدمات عمده‌تاً توسط مراکز دولتی و رایگان برای تمامی شهروندان صورت می‌گیرد. انگلستان، نیوزیلند و برخی کشورهای حوزه اسکاندیناوی این مدل را برگزیده‌اند. در انگلستان ابتدا ارائه و خرید خدمات توسط دولت

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان‌شهرقی، مراغه، بلوار شهید درخشسی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



صورت می‌گرفت که موجب کاهش کیفیت و افزایش هزینه‌ها شد. لذا مارگارت تاچر در دوران نخست‌وزیری خود در اواخر دهه هشتاد میلادی اصلاحاتی در نظام ملی سلامت انگلستان به وجود آورد که مهم‌ترین آن‌ها واگذاری مسئولیت خرید خدمات سلامت به نهادهای غیردولتی با عنوان تراست بود. این کار در جهت تفکیک تدارک از خرید خدمت و به تبع آن افزایش کیفیت و کاهش هزینه‌ها صورت گرفت. چراکه تراست‌ها برای کسب رضایت هرچه بیشتر جمعیت تحت پوشش خود با یکدیگر رقابت کرده و انگیزه کافی برای مصرف بهینه منابع را دارا هستند. به نظر می‌رسد استقرار نظام مالیاتی قوی، تضمین تخصیص منابع پایدار به حوزه سلامت از بودجه و تفکیک تدارک خدمت از خرید آن در کنار استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری نظام سلامت نسبتاً موفق در انگلستان باشد. با این وجود کیفیت پایین و صف انتظار طولانی در مراکز درمانی دولتی همچنان از مشکلات نظام سلامت این کشور است.

۲- صندوق واحد بیمه: در این ساختار بودجه و منابع عمومی سلامت و حق بیمه‌ای که مردم برای سلامت پرداخت می‌کنند در یک صندوق واحد (در سطح ملی یا محلی) تجمیع شده و خرید خدمت توسط این صندوق صورت می‌گیرد. کانادا، ترکیه و کره جنوبی از جمله کشورهای شاخص در این نوع تأمین مالی هستند. به دلیل انحصار خریدار، خدمات سلامت از قیمت مناسب‌تری برخوردار هستند اما کیفیت پایین خدمات و ناکارآمدی صندوق بیمه در ارائه خدمات بیمه‌ای از جمله نقاط ضعف این نوع نظام‌های سلامت است، خصوصاً اگر مدیریت آن دولتی باشد. در کانادا مدیریت و مالکیت صندوق بیمه در هر استان غیردولتی بوده و به بیمه‌شدگان واگذار شده است. ارائه خدمت در این کشور عمدتاً توسط بخش خصوصی و عمومی غیردولتی صورت می‌گیرد، اما به دلیل انحصار خریدار خدمت که تنها یک صندوق بیمه است، قیمت خدمات نسبتاً کمتر است؛ اما نبود بستر رقابتی برای صندوق‌های بیمه مانع ارتقا کیفیت خدمات شده و منابع بهینه هزینه نمی‌شود. همچنین مانند انگلستان، صف طولانی انتظار برای گرفتن خدمت از مهم‌ترین معضلات این سیستم است.

۳- بیمه‌های اجتماعی: این مدل برای اولین بار در اواخر قرن ۱۹ میلادی توسط بیسمارک صدراعظم آلمان اجرا شد. لذا به آن مدل بیسمارک هم می‌گویند. در این مدل صندوق‌های متعدد بیمه که با مشارکت مالی کارکنان و کارفرمایان شکل گرفته‌اند و وظیفه جمع‌آوری منابع و خرید خدمت را به عهده دارند. مالکیت و مدیریت این صندوق‌ها با بیمه‌گذاران و کارفرمایان بوده و به صورت غیرانتفاعی فعالیت می‌کنند. از این روی به آن‌ها بیمه‌های اجتماعی می‌گویند. علاوه بر آلمان، فرانسه، هلند، بلژیک و سوییس این مدل را در نظام سلامت پیاده کرده‌اند. همه صندوق‌ها موظف هستند تا با دریافت سقف حق بیمه، کف خدمات پایه را برای بیمه‌گذاران پوشش دهند. ضمن اینکه افراد در انتخاب نوع بیمه‌ی خود اختیار دارند. رقابت بین صندوق‌ها منجر شده تا صندوق‌های بیمه برای افزایش جمعیت تحت پوشش خود هزینه‌های خود را به بهترین نحو ممکن مدیریت کرده و با حداقل حق بیمه دریافتی، حداکثر خدمات را پوشش دهند. این امر موجب افزایش کیفیت خدمات بیمه‌ای و درمانی شده است و تقریباً صف انتظار برای گرفتن خدمات درمانی وجود ندارد. از معایب این نوع نظام تأمین مالی می‌توان به زیاد بودن هزینه‌های پشتیبانی صندوق‌ها به دلیل تعدد آن‌ها و همچنین قیمت زیاد خدمات سلامت اشاره کرد که البته بیمه‌ها آن را پوشش می‌دهند. از سال ۲۰۰۹ تمامی منابع حاصل از بیمه‌های سلامت پایه به همراه سایر منابع این حوزه در صندوقی واحد جمع‌آوری شده و متناسب با تعداد، جنس و شیوع بیماری‌های جمعیتی که هر صندوق پوشش می‌دهد، به آن‌ها بازگردانده می‌شود. دولت آلمان این‌گونه توانست افزایش هزینه‌های سلامت را کنترل کند، به نحوی که با هزینه سرانه کمتر نسبت به کانادا، در جایگاه مشابه این کشور در رده‌بندی نظام‌های سلامت دنیا قرار گیرد.

۴- حساب شخصی سلامت: در سنگاپور هر فرد دارای درآمد اجباراً بخشی از درآمد خود را باید در حساب شخصی سلامت پس‌انداز کنند. در صورت نیاز فرد یا خانواده او به خدمات بهداشتی درمانی، از این محل هزینه‌ها پرداخت می‌شود. در این ساختار هیچ تجمیع ریسکی صورت نمی‌گیرد. ضمناً نقش یارانه دولت در خدمات سلامت بسیار پررنگ است. از آنجایی که



سرانه درآمدی در این کشور بسیار بالا است (کشور سوم دنیا بعد از قطر و لوگزامبورگ) این ساختار تأمین مالی کارآمد بوده است.

۵- بازار آزاد: در این کشورها عموماً پرداخت از جیب بالا بوده و بیمه‌های خصوصی نقش زیادی در تأمین مالی بر عهده دارند. در ایالات متحده آمریکا بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها به صورت مستقیم و یا از طریق بیمه‌های خصوصی پرداخت می‌شود. در این مدل عرضه و تقاضا تعیین کننده قیمت خدمات است. این مدل که بهترین نوع آن در آمریکا پیاده شده است به گونه‌ای است که با وجود بیشترین سرانه به بخش سلامت شاهد نارضایتی گسترده از آن هستیم. درمان محوری یکی از شاخص‌های این نوع نظام است.

بنابراین همه فعالیت‌هایی که به منظور حفظ و ارتقای سلامتی یا بازگرداندن آن به مردم و جامعه، اعم از پیشگیری و کنترل اولیه خطرات تا درمان بیماری‌ها و مدیریت مخاطرات، صورت می‌پذیرد، در زمره خدمات سلامتی و زیرمجموعه نظام سلامت کشور قرار می‌گیرد. با گستره‌ای عمیق‌تر، از سلامت به مفهوم شرایط و حالتی که در آن انسان از شادابی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد نیز یاد می‌شود. با این اوصاف، سلامت می‌تواند یکی از محورهای اساسی توسعه پایدار باشد. همچنین، ابزار مهمی در دستیابی به عدالت محسوب می‌گردد.

منابع

۱. ایده، آسیورن، کراوزه، کاتارینا و روساس، آلن (۱۳۸۹)، *حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی*، ترجمه: اردشیر امیر ارجمند با همکاری گروه مترجمان، چاپ اول، تهران: مجمع علمی و فرهنگی مجد.
۲. احمدی، علی محمد (۱۳۸۷)، *شناسایی چگونگی روشهای تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران*، پژوهش‌های اقتصادی، (۱۸): ۱۱۵-۱۴۹.
۳. احدی سرکنی، یوسف (۱۳۸۸)، *ارزیابی ارتباط بین ساختار تأمین مالی و تصمیمات مربوط به سرمایه‌گذاری در دارایی‌ها*، فصلنامه مدیریت، شماره ۱ (۱۶): ۱۸-۲۹.
۴. امانی، محمد مهدی (۱۳۹۵)، *مارتینگل‌ها و ریسک بیمه سلامت و تأمین مالی*، پژوهشنامه بیمه، شماره ۱۵ (۵۷): ۱۰۸-۹۳.
- پوررضا، ابوالقاسم (۱۳۹۴)، *اقتصاد بهداشت و سالمندی*، سالمند، ۱ (۲): ۸۰-۸۷.
۵. جاوید، احسان (۱۳۹۳)، *قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین‌الملل حقوق بشر*، حقوق عمومی، ۱۵ (۴۱): ۴۷-۷۰.
۶. دشمنگیر، لیلا (۱۳۹۷)، *بررسی تطبیقی چارچوب‌های تأمین مالی در حوزه سلامت*، سلامت، ۱۴ (۲): ۱۴۲-۱۵۲.
۷. رحمتی، مجید (۱۳۹۵)، *تأثیر تأمین مالی بر بیمه سلامت*، تازه‌های جهان بیمه، ۳ (۲۶): ۲۰-۳۹.
۸. زمانی، سید قاسم (۱۳۸۶)، *نهادها و سازوکارهای منطقه‌ای حمایت از حقوق بشر*، چاپ اول، تهران: شهر دانش.
۹. شایگان، فریده و دیگران، (۱۳۹۰)، *تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه حقوق بشر*، زیر نظر جمشید ممتاز، چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران.
۱۰. شجاع، جواد، (۱۳۸۷)، *تحقیق و توسعه فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی*، مجله پژوهش‌های حقوقی، ۷ (۱۴): ۱۱۸-۷۱.
- صباغ کرمانی، مجید (۱۳۹۵)، *اقتصاد سلامت*، چاپ اول، تهران: سمت.
۱۱. مولوی، محمود (۱۳۸۹)، *بررسی مفهوم بیمه*، مطالعات اسلامی، ۳ (۴۷): ۱۶۵-۱۸۴.

12. CESCR, (1990), *The Nature of States Parties Obligations*, General Comment 2(3): 1-20

13. Forman, Lisa, (2007), *A Transformative Power? The Role of the Human Right to Medicines In Accessing AIDS Medicines - International Human Rights Law, TRIPS and The South African Experience*, University of Toronto: Canada.

14. Weil, D.H (2011), *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth*, the Quarterly Journal of Economics, MIT press 4(3): 1260-1249.



Financing the health system from the perspective of international law; Looking at the situation of the Islamic Republic of Iran

Alireza Naderi

M.A in International Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran

(Corresponding Author)

Tohid.naderi999@gmail.com

Abstract

The right to enjoy the highest standards of health is defined as a fundamental right that is very important to ensure the enjoyment of other rights and freedoms. This right will be evaluated with the help of the health system. The health system consists of suppliers of financial resources, equipment and labor, who must provide services such as health and treatment centers throughout the country, adequate and experienced insurance systems, research centers and health institutions. We are in an era where the health system in all countries of the world is developing and plays a significant role in the health and mental health of people compared to the past. On the other hand, governments are making great efforts to improve the quality of health insurance and treatment and provide better services. The effective availability of health insurance is directly related to improving the quality of health and well-being in society and is considered one of the key strategies to achieve a healthy health economy. With these data, the author's goal in this research is to find the best financing system in the health system of the Islamic Republic of Iran. Therefore, the question arises that the health system in Iran is financed based on what principles? The research method in this research is descriptive-analytical and the results show that the financing of the health system in Iran is mainly a combination of government financial resources and participation in the payment of health insurance premiums to institutions and insurers.

Keywords: Right to Health, Financing, Insurance, International Law, Iranian Law