



حق بر سلامت و چالش های حقوقی فراروی آن

مهدی ختایی

دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته حقوق خصوصی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
mhdykhtayy44@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء، حفظ و تامین سلامتی افراد از جمله مهم ترین ارکان مهم پیشرفت هر جامعه ای محسوب می شود. علی رغم تصویب قوانین متعدد و اختصاص اصولی از قانون اساسی به مسئله سلامتی (اصل ۲۹، ۴۳ و ۳) در این حوزه هنوز چالش های بسیاری وجود دارد.

روش تحقیق: تحقیق کنونی با هدف تبیین این چالش ها با روش توصیفی و تحلیلی انجام شده است.

یافته ها: تعدد رسیدگی مراجع در حوزه ی سلامت، تعارض قوانین در این حوزه ، عدم اجرای برخی قوانین مصوب به عنوان مثال عدم اجرای قانون تجمیع بیمه های درمانی و خلا قانونی در حوزه ی گردشگری سلامت از جمله چالش های موجود در حوزه سلامت هستند.

نتیجه گیری: جهت برون رفت از این چالش ها پیشنهاد می شود که استانداردهای لازم به درستی در متن قوانین تبیین و قوانین و مقررات متناسب با سطح بین المللی اصلاح شوند و سپس جهت اطمینان از اجرای قوانین و رعایت استانداردها نظارت قانونی لازم به عمل آید.

واژگان کلیدی: بهداشت، درمان، سلامتی، حقوق ایران



مقدمه

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تامین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه ای را تشکیل می دهد. حق بر سلامت دو چهره دارد: اول، حق هر فرد بر سلامتی خود، بدون دخالت دیگران، دوم، حق دریافت خدمات مورد نیاز جهت درمان. به دیگر بیان حق بر سلامتی دارای دو عنصر کلی آزادی ها و استحقاق ها است. با این توضیح که حق بر سلامتی، از دو بعد کلی سلبی و ایجابی تشکیل شده است و حوزه ای از اختیار عمل، فارغ از مداخله، برای فرد در زمینه جسم و جان او ترسیم می کند. این آزادی ها شامل حق شخص بر کنترل سلامتی و جسم خود و تولید مثل و حق بر مصون بودن از مداخله، نظیر حق مصون بودن از شکنجه، درمان و آزمایش پزشکی بدون رضایت می شود، اما در بعد دوم، بهره مندی از فرصت برخوردار از استانداردهای سلامتی است. در حقوق ایران مهم ترین سند در زمینه ی سلامتی قانون اساسی است. در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به ضرورت تامین بهداشت و درمان به عنوان نیازهای اساسی مردم تاکید شده است. زیرا سلامت افراد جامعه وسیله ای برای تکامل انسان است. یکی از اساسی ترین مسائل برای نیل به هدف دست یابی به سلامتی، آشنایی با مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری و نگرش صحیح در مورد سلامتی است. در پژوهش حاضر سعی در تبیین چالش های حق بر سلامتی در حقوق ایران هستیم.

۱- مفهوم سلامتی

ورود به هر موضوعی مستلزم تعریف اصطلاحات مهم به کار رفته در آن تحقیق می باشد. بر این اساس قبل از ورود به بحث سعی در تبیین معنا و مفهوم اصطلاحات مهم به کاررفته در پژوهش را داریم.

۱-۱- سلامت

امروزه «سلامت و بهداشت» به مثابه ی یک امر زیر بنایی و مهم، عامل اساسی و مؤثر در توسعه ی اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی در همه جوامع مطرح است. تأمین سلامت افراد جامعه از وظایف همه حکومت هاست و قوانین اساسی کشورها، از جمله قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بر توسعه بهداشت در جوامع تأکید دارند.

سلامت در لغت نامه ی دهخدا به معنای «بی عیب شدن» آمده است (دهخدا، ۱۳۹۴: ۱۱۴). در فرهنگ فارسی معین «رهایی یافتن» معنی شده است (معین، ۱۳۹۳: ۲۴۵) سلامت مفهومی است که معانی متعددی از آن ارائه شده است. به عنوان مثال بقراط سلامت را در تعادل بین مزاج چهارگانه، شامل صفرا، سودا، بلغم و خون می دانست (موحد، ۱۳۹۰: ۱۴۱). دانشمندان طب سنتی نیز به پیروی از بقراط، سلامت را ناشی از تعادل میان مزاج چهارگانه شامل، سردی، گرمی، خشکی و تری دانسته اند (موحد، ۱۳۹۰: ۱۸۰).

ابن سینا سلامت را چنین تعریف کرده است: سلامت سرشت و حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی سر می زند و نقطه ی مقابل بیماری نیست (رضانی گیوی، ۱۴۰۰: ۲۳).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت را برخوردار از تأمین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو، می داند. لازم به ذکر است تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت به عنوان جامعترین تعریف در دنیای امروز پذیرفته شده است.

سلامتی یکی از مهم ترین حقوقی است که هر انسانی به دلیل انسان بودن از آن برخوردار است. سوالات متعددی پیرامون حق سلامتی وجود دارد؟ از جمله اینکه جایگاه این حق در قوانین داخلی کدام است؟ مولفه های این حق کدامند؟ مسائل پیش روی اجرای این حق کدامند؟ ... در ادامه بعدی سوال مذکور مورد بررسی قرار خواهند گرفت. آنچه که در اینجا (قسمت مفهوم شناسی) در مورد حق بر سلامتی بررسی آن ضرورت دارد، عبارتست از تفاوت حق بر سلامتی با حق بر سالم بودن. «حق بر سلامتی به معنای حق بر سالم بودن نیست. سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف فقدان



بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند در حالی که سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و «حق بر بهره مندی از عالی ترین استاندارد سلامتی» مجموعه ای از پیش شرط ها و استلزامات را در خود نهفته دارد باشند که لازمه ی تحقق آن می باشند». (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۵۰).

۱-۲- مولفه های بنیادین سلامتی

چهار مؤلفه ی ذیل مؤلفه های اساسی هستند که برای حق بر سلامتی ذکر شده اند:

۱- حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می شود، اولین و ابتدایی ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می شود، دسترسی به مراقبت های بهداشتی و مراکز بهداشتی و درمانی است» (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۴) بدون شک مراقبت های بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند، اما در کنار آن ها عناصر دیگری نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر عالی ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که کمیته از آن ها تحت عنوان «بنیادهای تعیین کننده ی سلامتی» یاد می کند.

از جمله ی این بنیادها می توان به غذای کافی و مقوی، محیط زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد

۲- حق بر سلامتی متضمن یکسری آزادی هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد (عترت سلامت، ۱۳۹۹: ۲۳).

پیشرفت های علمی که در زمینه ی بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می گیرد، در کنار منافع آن، می تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به ویژه آنگاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه های درمانی جدید قرار می گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود.

با استناد به ماده ی ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «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»، می توان گفت که اقدامات یا آزمایش های پزشکی اجباری و تحمیلی به سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی توان آموزه های بنیادین حقوق بشری همچون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت.

سوم؛ حق بر سلامتی شامل استحقاقات فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه ی رشد بالنده ی انسان است. دولت ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن ها 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 یکپارچه ای را در سطح ملی تأسیس نماید. بنابراین در قلب حق بر بهره مندی از استاندارد بالای سلامتی، یک سیستم سلامتی مؤثر و یکپارچه قرار دارد که باید در برگیرنده ی برنامه های مناسب برای مراقبت های بهداشتی و هم چنین تحقق زیرساخت های تعیین کننده ی حق بر سلامتی باشد» (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۶).



گزارشگر اسبق موضوع حق بر عالیترین استاندارد سلامتی، در گزارش آقای پل هانت^۱ « خود به شورای حقوق بشر اظهار داشته است که «در مرکز ثقل حق بر سلامتی، سیستم بهداشتی مؤثر و یکپارچه نهفته است که متضمن مراقبت های بهداشتی و عناصر اصلی سلامتی است. بدون وجود چنین سیستمی، عالی ترین استاندارد قابل حصول سلامتی محقق نخواهد شد» (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۶).

همچنین سیستم بهداشت همگانی باید به گونه ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت های برابر جهت بهره مندی از عالی ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله ی این فرصت ها می توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت های قبل و بعد از آن و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد. چهارم؛ رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه ی امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین المللی حقوق بشر است و همانگونه که در ماده ی ۲ میثاق هم اشاره شده است، دولت های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می باشند و نیازهای آن ها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان.

۱-۳-۱- ابعاد سلامتی

با توجه به تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از سلامتی ارائه داده است، متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است. ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آن ها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر اثرگذار هستند (سیدنوازی، بی تا: ۴۹).

۱-۳-۱-۱- جسمی

معمول ترین بعد، سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر می توان آن را ارزیابی کرد سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول ها و اعضاء بدن و هماهنگی آن ها با هم نشانه سلامت جسمی است (حیدرنیا، ۱۳۹۵: ۲۵).

۱-۳-۱-۲- روانی

در سنجش سلامت روانی تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه ی مهمی از سلامت روانی را تشکیل می دهد لازم به ذکر است که بسیاری از بیماری های روانی نظیر اضطراب افسردگی و ... بر روی سلامت جسمی تاثیر گذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری های روانی و جسمی وجود دارد (حسینی، حجتی، ۱۳۹۲: ۱۳۷).

1- Paul Hunt



۱-۳-۳- بعد معنوی

یکی از زمینه های عمده بیماری ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است، ایمان، هدفدار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می شود (امیدواری، ۱۳۸۷: ۱۰).

۱-۳-۴- بعد اجتماعی

بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه خانواده، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخص های بهداشتی قابل محاسبه میتوان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد (حیدرنیا، ۱۳۹۵: ۶۰).

۲- حق بر سلامتی در حقوق ایران

حق بر سلامتی علاوه بر تماس با حوزه های گوناگون، حقی جهان شمول نیز است. هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است. حق بر سلامتی مختص شهر وندان یک کشور نیست. اعلامیه جهانی حقوق بشر از «حق هر کس» نسبت به استاندارد از زندگی سخن می گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده اش کفایت کند. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز از «شناسایی حق همگان» به بهره مندی از بالاترین سطح از سلامتی جسمی و روانی توسط دولت ای عضو یاد می کند. همچنین حق بر سلامتی حقی نیست که صرفاً جنبه قراردادی و معاهده ای داشته باشد و فقط کشورهای عضو میثاق یا سایر معاهداتی که این حق در آن ها شناسایی شده است، ملزم به تامین آن باشند. حق بر سلامتی چنانکه گذشت، حقی مسلم در نظام بین المللی حقوق بشر و از حق های بنیادی بشری است که همه کشورها در قبال تامین آن متعهد هستند. اما بحث بر سر این است که تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی، دقیقاً شامل چه تعهداتی می شود؟ و ماهیت این تعهدات چیست؟ به نظر می رسد این بحث دارای دو محور کلی است: ابعاد تعهد دولت ها در قبال حق بر سلامتی، و قلمرو تعهدات دولت ها. تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفاء. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۱۳ خود با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج، به تبیین تعهدات دولت ها در قبال حق بر سلامتی می پردازد.

۳- چالش های حقوقی سلامتی در حقوق ایران

حوزه بهداشت و درمان در کشور ایران با چالش های متعددی مواجه است. از جمله مهم ترین آن ها می توان به هزینه های بسیار زیاد اشاره کرد. این قبیل چالش ها خارج از هدف پژوهش حاضر می باشد. بنابراین از پرداختن زیاد به این موضوع اجتناب می شود و به بررسی چالش های حقوقی حوزه ی سلامت می پردازیم. از جمله چالش های حقوقی حوزه ی سلامت عبارتست از: تعارض قوانین و آیین نامه ها و.... در ادامه هر کدام از این موارد را به تفصیل بررسی خواهیم نمود.

۳-۱- تعارض قوانین

از جمله قوانین که با اسناد بالادستی متعارض هستند عبارتند از:



در سال ۱۳۸۳ برخی الزامات ساختاری از قبیل نیاز به تفکیک بین نهادهای نظارت کننده ارایه کننده و خریدار خدمات درمانی و نیاز به یک متولی واحد برای اعمال حاکمیت و نظارت در سطوح مختلف نظام تامین اجتماعی، موجب تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی شد. قانون مذکور با تعیین چارچوب ها و کارکردهای نظام رفاهی کشور ظرفیت خوبی را پیش روی سیاست گذاران این عرصه نهاد(کریمی، ۱۳۹۸: ۲۳). بر اساس مفاد آن «بیمه خدمات بهداشتی» جزو قلمروهای این نظام تعریف شده است. به طوری که امور مربوط به بررسی و اصلاح اساسنامه های کلیه دستگاه های اجرایی و صندوق ها و نهادهای فعال در قلمرو بیمه ای بر عهده وزارت رفاه و تامین اجتماعی بوده و هرگونه استفاده از منابع نظام تامین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه ها در حوزه بیمه ای مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت مزبور می باشد.

علی رغم این موضوع همزمان با تصویب قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۹ بحث تعیین تولید اصلح برای بیمه های پایه درمان شدت گرفت در زمان تدوین احکام پیشنهاد انتقال وظایف بیمه های درمانی به وزارت بهداشت از سوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس مطرح شد که پس از بحث و بررسی با توجه به تناقض با قانون ساختار و قانون تامین اجتماعی. بنا به مفاد قانون تامین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴، رسالت وجودی سازمان «تامین اجتماعی تعمیم و گسترش انواع بیمه ها» قید شده و بعدها در قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مصوب سال ۱۳۶۸ سازمان ملزم به ارائه تعهدات قانونی خود در حوزه «حوادث و بیماری ها و بارداری» است و ارائه ی پوشش بیمه خدمات درمانی به جمعیت تحت پوشش یکی از وظایف اساسی و اولویت دار سازمان محسوب می شود. صرفاً ادغام و تمرکز کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در سازمان بیمه سلامت ایران به تصویب رسید و در خصوص تغییر تولید حکم جدیدی صادر نشد؛ بنابراین به تبعیت از احکام قبلی این سازمان وابسته به وزارت رفاه و تامین اجتماعی باقی ماند. علاوه بر این در قانون برنامه پنجم توسعه استقرار نظام جامع تامین اجتماعی چندلایه مورد تاکید قانونگذار بوده و به صراحت بیمه های پایه درمان بخشی از نظام تامین اجتماعی تعریف شده است؛ ضمن آنکه ساماندهی برنامه خدمات بیمه سلامت بر عهده وزارت رفاه و تامین اجتماعی گذارده شده است. اما در جریان اجرای قانون وجود اختلاف نظرها و تلاش صاحبان دیدگاه های مختلف برای تامین نظرانشان در این احکام موجب شد که همچنان درباره تعیین وزارتخانه متولی امور بیمه سلامت جای بحث و تفسیر باقی بماند. به طوریکه مجدد همزمان با بررسی لایحه ادغام وزارتخانه های کار و امور اجتماعی و رفاه و تامین اجتماعی پیشنهاد فوق الذکر مجدد به صورت طرح دو فوریتی در مجلس شورای اسلامی مطرح شد اما در آخر با بیان استدلالهای موافقان و مخالفان رد شد. این موضوعات علاوه بر ایجاد فضای بحث های طولانی کارشناسی در تعامل بین نظام تامین اجتماعی و نظام سلامت ایجاد چالش نمود.

به منظور خاتمه دادن به بخشی از این چالش ها در سال ۱۳۹۳ سیاست های کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد. این سیاست ها بعد از قانون اساسی بالاترین سند سیاستگذاری محسوب می شود و به روشنی الگوی مناسب و چارچوب ورود به مبحث اصلاحات نظام سلامت و بیمه درمان را تعیین می کند در سیاست های کلی به تفکیک وظایف تولید تامین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت تاکید شده است؛ به طوری که تولید نظام سلامت شامل سیاست گذاری های اجرایی برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت صورت پذیرد. در این سیاست وظیفه تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی که از مصادیق ساماندهی سمت عرضه (فروش) در بازار است به عهده وزارت بهداشت و وظایف تدوین تعرفه ها و اصلاح نظام پرداخت که هر دو از مصادیق ساماندهی سمت تقاضا (خرید) است، ذیل وظایف نظام بیمه ای است. این نوع تقسیم وظایف توازن قوا بین دو سمت خریدار و فروشنده را تنظیم می کند در ادامه سایر قوانین موضوعه با صیانت از این سیاست ها تدوین شد (ذاکریان امیری، بلوری، هرمیداس باوند و باقری، ۹۸: ۲۳).



۳-۲- عدم اجرای برخی قوانین مربوط به این حوزه

عدم اجرای قوانین در هر حوزه ای مشکلات و تبعات منفی بسیاری به دنبال دارد. اهمیت این موضوع یعنی اجرای قوانین در حوزه ی بهداشت و درمان و جلوگیری از عدم اجرای آن ها بیشتر از سایر حوزه هاست. چون در این حوزه مهم ترین دارایی هرکس (یعنی سلامتی و جان وی) مطرح است. اشخاص برای سلامتی و جلوگیری از ورود خطرات و آسیب های احتمالی تلاش فراوان می کنند. از جمله ی این قوانین می توان به عدم اجرای قانون تجمیع بیمه های درمانی اشاره کرد.

بر اساس بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه ی پنجم توسعه بایستی صندوق های بیمه های درمانی کشور تجمیع شوند. در قانون مذکور دولت مکلف شده بود که ساز و کارهای لازم جهت بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه پنجم توسعه تعیین و ابلاغ کند و زمینه های لازم را در قالب بودجه های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید. در بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه به دولت اجازه داده شده که بخش های بیمه های درمانی همه صندوق های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب مهر ۱۳۸۶ و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور مصوب اول شهریور ۱۳۶۶ در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام شود. ماده مذکور حاوی ۴ تبصره به شرح ذیل است:

تبصره اول شمول مفاد این بند درباره صندوق های خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات را با اذن مقام معظم رهبری امکان پذیر می داند.

تبصره دوم مقرر می دارد: بیمارستان ها و مراکز ملکی صندوق تامین اجتماعی که درمان مستقیم را بر عهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار همین صندوق باقی می مانند و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت می کنند.

تبصره سوم به تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت می پردازد. تبصره چهارم بیان می دارد: دارایی ها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه های درمان به استثنای صندوق تامین اجتماعی با تشخیص معاونت (سازمان برنامه و بودجه) به سازمان بیمه سلامت منتقل می شود. همچنین اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز بر اساس عملکرد در قبال ارائه خدمات و محاسبه به عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنوات پیش بینی می شود (ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور).

آنچه که جای بحث دارد عبارتست از عدم اجرای قانون مذکور. متأسفانه قانون مذکور اجرا نشده است. عدم اجرای این قانون دلایل مختلفی دارد از جمله ی آن می توان به عدم حضور همه ی ذی نفعان قانون هنگام تصویب قانون. حضور همه ذی نفعان هنگام تصویب قوانین به اجرای درست و کامل قوانین در آینده کمک می کند. با این توضیح که برخی از قوانین بدون حضور ذی نفعان تصویب می شوند و این مسئله سبب می شود که ذی نفعان نسبت به اجرای قانون مقاومت کنند. به عنوان مثال چنانچه هنگام تصویب قانون تجمیع بیمه ها، سازمان تامین اجتماعی حضور داشت، به ملاحظات و خواسته های این سازمان توجه می شد. سوال مهمی که مطرح می شود عبارت از این است که تبعات ناشی از عدم اجرای قانون تجمیع بیمه ها کدامند؟

یکی از مهم ترین ضررهای عدم اجرای قانون تجمیع بیمه های درمانی، جلوگیری از انباشت منابع و توزیع ریسک می باشد، همچنین عدم اجرای قانون مذکور سبب بروز مشکلاتی در استقرار تصمیم گیری ها و سیاست های نظام سلامت می شود. با این توضیح که وقتی نظام سلامت با یک سازمان بیمه ای طرف باشد، اتخاذ تصمیم در زمینه ی بیمه های درمانی راحت تر انجام می شود و از پراکندگی تصمیم ها جلوگیری به عمل می آید.

اما مهم ترین جای تبلور مشکلات عدم اجرای تجمیع بیمه ها در شورای عالی بیمه سلامت است که نظرهای مختلف مطرح می شود. در جلسات شورای عالی بیمه سلامت نظرهای مختلف بر اساس منافع هر سازمان مطرح می شود و این موضوع گاهی منجر به عدم تصمیم گیری می شود. به عنوان مثال اگر تصمیم بر تغییر در قیمت دارو باشد، سازمان تامین اجتماعی از طرفی به علت بیمه گر بودن نظرش بر ارزان بودن قیمت دارو است. با این توضیح که قصد دارد دارو را ارزان بخرد. از طرفی سازمان مذکور به علت تولیدکننده دارو بودن، می خواهد قیمت دارو گران تر شود.



موضوع تجمیع بیمه های درمانی سال هاست که مورد مناقشه است. برخی کارشناسان و نمایندگان مجلس اعتقاد دارند که یکپارچه کردن منابع از طریق تجمیع بیمه های درمانی می تواند به نفع نظام سلامت باشد و از طرف دیگر برخی اعتقاد دارند که این موضوع به نفع نظام سلامت نیست.

البته برخی^۲ اعتقاد دارند که تجمیع بیمه های درمانی با توجه به اینکه بیمه های درمانی کشور مثل سازمان بیمه ی سلامت و سازمان تامین اجتماعی به عنوان دو سازمان بیمه گر بزرگ از منابع کاملا متفاوتی تامین اعتبار می شوند و جایگاه آن ها مجزا از یکدیگر است، تجمیع آن ها به صلاح کشور نیست. می توان با خرید راهبردی خدمات سلامت و با تجمیع غیرساختاری، اقداماتی برای هماهنگی این بیمه ها انجام داد.

۳-۳- تعدد مراجع رسیدگی به دعاوی پزشکی

علی رغم اینکه کلمه ی دعوی در متون قانونی زیادی به کار رفته است و از اصطلاحات پرکاربرد در حقوق دادرسی به حساب می آید. در مورد مفهوم آن تا حدودی اختلاف نظر است. اکثر حقوقدانان از این اصطلاح تعریفی ارائه داده اند و این تعاریف نیز با یکدیگر متفاوتند. از جمله تعاریف ارائه شده عبارتند از:

«دعوا حقی است که به موجب آن اشخاص می توانند به دادگاه مراجعه کنند و از مقام رسمی بخواهند که به وسیله ی اجرای قانون ، از حقوق شان در برابر دیگری حمایت شود» یا «حق تظلم و مراجعه به دادگاه» (کاتوزیان، ۱۳۹۲: ۱۴۵).

«خواستن چیزی بر اساس منازعت است» که عناصر آن اخبار از حقی معلوم به ضرر کسی و به نفع مخبر است. هم چنین مطالبه ی حق به وسیله ی مخبر و وجود منازعه بین دو طرف شرط است (جعفری لنگرودی، ۱۳۹۷: ۱۹۲۱).

نتیجتا می توان گفت دعوا در معنای اخص همان اختلاف حقوقی است که هنوز در مرجع قضایی مطرح نشده است، ولی توانایی مراجعه به آن را برای فرد ایجاد کرده است و دعوا در معنای اعم (معنای اصلی دعوا) «همان اختلاف حقوقی است که در چارچوب اصول، قواعد و مقررات (آیین دادرسی) نزد دادگاه مطرح می شود و بخش مادی و موضوعی «دادرسی را تشکیل می دهد» (محسنی، ۱۳۹۶: ۴۸).

بدین ترتیب برترین تعریف دعوا، همان تعریف به معنای اخص و اعم است یا این که تقسیم کردن آن به مرحله پیش از طرح در مراجع قضایی و پس از آن است که در صورت اول آن را اختلاف و در صورت دوم آن را دعوا بنامیم. در قوانین ما هر دو معنای دعوا به کار رفته است؛ چنانکه در ماده 107 و 107 ق.آ.د.م و ماده 9 ق.آ.د.ک دعوا به معنای اعم به کار رفته است و در ماده 112 و 112 ق.آ.د.م در معنای اخص.

در پژوهش حاضر منظور معنای اخص دعوا یا همان اختلاف حقوقی مورد نظر می باشد که تقسیم بندی دعوا بر اساس آن انجام می گیرد. به دلیل ارتباطی که بین حق و دعوا وجود دارد، تمام ویژگی های حق در دعوا هم منعکس می گردد و خاصیت دعوا تابع خاصیت حق است. برای مثال هر گاه حق راجع به اموال منقول باشد، دعوا نیز منقول است یا اگر حق شخصی باشد، دعوا نیز شخصی است و بدین ترتیب. هم چنین طبق تعریفی که از اختلاف حقوقیه عمل آمد، این تعریف شامل تمام دعاوی اعم از مدنی و کیفری و انتظامی خواهد شد و همان طور که گفته شد به امور ترافعی نیز محدود نمی شود و امور حسبی را نیز در بر می گیرد، زیرا در تمام این موارد وضعیت ناشی از عدم قطعیت حقوقی وجود دارد (محسنی، ۱۳۹۶: ۳۸).

تقسیم بندی های زیادی از دعاوی وجود دارد که بر مبنای حق اصلی که خواص آن در دعوا منعکس می گردد، صورت می گیرد. اصطلاح دعاوی پزشکی چندان شناخته شده و رایج نیست (در تبصره 1 ماده 4 دستورالعمل شوراها حل اختلاف پزشکی از اصطلاح «دعوی مرتبط با امور پزشکی» استفاده شده است. اما باید گفت که «شمار دعاوی نامحدود است، زیرا به تناسب هر حقی

^۲ - سعید نمکی، وزیر بهداشت



دعوی خاص به وجود می آید» (کاتوزیان، ۱۳۹۲: ۱۱۷) و حقوقی که در یک دسته و گروه جای می گیرند، دعاوی راجع به آن ها نیز در یک گروه قرار می گیرند. برای مثال همان گونه که برخی از دعاوی به دعاوی ثبتی، دعاوی خانوادگی، دعاوی سجلی، دعاوی ضرر و زیان و... تقسیم شده اند، می توان دسته ای از دعاوی را با عنوان دعاوی پزشکی، تقسیم بندی نمود. مثلا در تعریف دعاوی خانوادگی چنین گفته می شود که «همه دعاوی راجع به حقوق خانواده است، مانند دعاوی نسب، دعاوی حمل، دعاوی نفی نسب و حضانت» (جعفری لنگرودی، ۱۳۹۷: ۱۱۹۶). بنابراین دعاوی مرتبط با حقوق سلامت و بهداشت افراد و جامعه را نیز می توان دعاوی پزشکی دانست. اما برای این که دایره شمول دعاوی پزشکی نیز روشن گردد، باید به بررسی این اصطلاح پرداخت. مفهوم دعا در مطلب پیشین بررسی گردید. سوالی که برای تبیین مفهوم دعاوی پزشکی بدان باید پاسخ گفت عبارت از این است که اصطلاح «پزشکی» به چه مفهومی است؟ می توان گفت که منظور از این اصطلاح در این تحقیق، معنای عام آن می باشد و نه صرفا دعاوی مرتبط با شخص پزشک و در ارتباط با وظایف او در واقع منظور کلیه رشته های پزشکی اعم از پزشکی به معنای خاص و حرف و وابسته به آن (صاحبان حرف پزشکی) مثل دندانپزشکی، پرستاری، داروسازی و... می باشد. در این رابطه ماده ۱۵ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ بیان می کند: «منظور از کلمه ی پزشکی در این قانون کلیه رشته های پزشکی از قبیل پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم بهداشتی، پرستاری، مامایی، تغذیه، توان بخشی و بهداشت کاری دهان و دندان، کاردانی بهداشت خانواده، کاردانی مبارزه با بیماری ها و پیراپزشکی (علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی، تکنولوژی رادیولوژی، اودیومتری، اپتومتری) می باشد» و هم چنین ماده ۱ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ در تعریف موسسات پزشکی، به معنای عام این کلمه توجه داشته و مقرر می دارد: «یجاد هر نوع موسسه پزشکی نظیر بیمارستان، زایشگاه، تیمارستان، آسایشگاه، آزمایشگاه، پلی کلینیک، موسسات و الکتروفیزیوتراپی، هیدروتراپی، لابراتور، کارخانه های داروسازی، داروخانه، درمانگاه، بخش تزریقات و پانسمان به هر نام و عنوان باید با اجازه ی وزارت بهداشتی و اخذ پروانه ی مخصوص باشد...». بنابراین به کار بردن موسسات فوق ذیل عنوان موسسات پزشکی نشان دهنده ی معنای عام کلمه ی «پزشکی» در این ماده می باشد. مطابق تبصره ی ماده ی ۱ دستورالعمل شوراهای حل اختلاف پزشکی نیز «منظور از جامعه ی پزشکی، افراد دارای مدرک کاردانی و بالاتر در رشته های پزشکی و مرتبط با پزشکی و شاغل در رشته ها و رشته های شغلی مرتبط با امور پزشکی و بهداشت و درمان می باشد». و هم چنین ماده ۱ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته، با صراحت، تمام رشته های پزشکی و حرف مرتبط را نام برده و در پایان نیز سایر حرفه های وابسته به امور پزشکی که فعالیت آن ها نیازمند اخذ مجوز از وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی می باشد را در شمار صاحبان حرف پزشکی قرار داده است.

در نتیجه در تعریف دعاوی پزشکی می توان گفت که: «گروهی از دعاوی است که مرتبط با اعمال پزشکی و اعمال مرتبط با امر پزشکی و به طوری کلی مرتبط با اموری است که در جهت درمان افراد، سلامت آن ها را به خطر می اندازد و این دعاوی اعم از دعاوی حقوقی، کیفری و انتظامی خواهد بود». البته باید تاکید کرد که جزو صاحبان حرف پزشکی بودن طرف اختلاف در این دعاوی الزاما اهمیتی ندارد، بلکه موضوع دعوا مهم است. برای مثال فردی که به داروسازی اشتغال ورزد، بدون این که در این زمینه دارای مجوز باشد (ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی) مرتکب یک جرم پزشکی گشته است و دعاوی علیه وی یک دعاوی پزشکی خواهد بود. در مقابل تمام دعاوی علیه صاحبان حرف پزشکی، دعاوی پزشکی محسوب نمی شود، بلکه ممکن است جزء دعاوی عام باشد. در واقع آن چه بیشتر اهمیت دارد بررسی و سامان دادن به دعاوی پزشکی است و نه دعاوی علیه صاحبان حرف پزشکی. با وجود این در مواردی شخصیت صاحبان حرف پزشکی نیز اهمیت می یابد، برای مثال دعاوی انتظامی تنها شامل افرادی می شود که در صنف مربوطه عضو باشند و در مورد پزشکان، عضو سازمان نظام پزشکی باشند. بنابراین افرادی که عضو این صنف نباشند، نمی توانند مرتکب تخلف انتظامی گردند. یا برخی از جرایم



پزشکی، خاص می باشند و تنها فرد پزشک می تواند مرتکب آن گردد (مانند ارتکاب تقصیر در هنگام درمان) در این موارد علاوه بر موضوع دعوا که امری پزشکی است، شخصیت پزشک نیز اهمیت می یابد.

به طور کلی می توان گفت دعاوی پزشکی در معنای عام خود، شامل تمام دعاوی که مرتبط با امر پزشکی و حرف وابسته پزشکی است، می باشد و این دعاوی ممکن است در رابطه با شخص پزشک، صاحبان سایر حرف پزشکی و یا غیر آن ها باشد. این دعاوی شامل مصادیق فراوانی بوده و به طور کلی می توان آن ها را به دعاوی حقوقی، کیفری و انتظامی تقسیم نمود. با ارتکاب یکی از اعمالی که مسئولیت پزشکی پزشکی را در پی دارد، اعم از مسئولیت حقوقی، کیفری یا انتظامی، برای بیمار یا زیان دیده امر پزشکی یا قائم مقام و نمایندگان او، حق داخواهی به وجود می آید. به همین دلیل، مراجع گوناگونی، اعم از قضایی و غیر قضایی و اعم از مراجع حقوقی و کیفری و انتظامی، برای رسیدگی به این دعاوی وجود دارند که هر یک در رابطه با بخشی از دعاوی فوق صلاحیت دارند. اما علی رغم این تعدد و پراکندگی صلاحیت ها و مراجع، موضوعی که بین تمام دعاوی پزشکی مشترک است، داشتن جنبه فنی و تخصصی آن هاست که باعث می شود تا برای رسیدگی بهتر به آن ها، نیاز به مراجع تخصصی با قضات متخصص و هم چنین استفاده از نظرات کارشناسان و متخصصان این فن وجود داشته باشد).

به هر حال با این که تعدد مراجع در رابطه با دعاوی پزشکی به دلیل تنوع این دعاوی و برای رسیدگی بهتر به آن ها، ضروری جلوه می نماید، اما صلاحیت برخی از این مراجع نیز قابل انتقاد است، برای مثال صلاحیت دادگاه انقلاب در رابطه با دعاوی موضوع ماده ۳ قانون امور پزشکی^۳ که هیچ خصوصیتی ندارند، بهتر است در صلاحیت مراجع عمومی باشند. هم چنین برخی مراجع ممکن است هیچ گونه تخصصی در زمینه دعاوی پزشکی نداشته باشند و در این رابطه تنها تایید کننده نظرات کارشناسان پزشکی باشند. به همین دلیل شایسته است که قانونگذار مراجع تخصصی پزشکی مانند دادگاه کیفری ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی، شوراهای حل اختلاف تخصصی و... را گسترش دهد، تا هم رسیدگی با سرعت و دقت کافی انجام گیرد و هم حقوق بیماران و حقوق پزشکان تضییع نگردد.

۳ - ماده ۳ - هر کس بدون داشتن پروانه رسمی به امور پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی، فیزیوتراپی و مامائی اشتغال ورزد یا بدون پروانه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تأسیس یکی از مؤسسات پزشکی مصرح در ماده (۱) نماید یا پروانه خود را به دیگری واگذار یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار آن ها توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعطیل و به حبس تعزیری از شش ماه تا سه سال و پرداخت جریمه نقدی از پنج میلیون تا پنجاه میلیون ریال محکوم خواهد شد و در صورت تکرار به حبس از دو تا ده سال و پرداخت جریمه از پنج میلیون تا صد میلیون ریال یا دو برابر قیمت داروهای مکشوفه (هر کدام که بیشتر باشد) محکوم خواهد شد.

تبصره ۱ - واردات و صادرات و خرید و فروش دارو بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جرم محسوب شده و مرتکب به مجازات مقرر در ماده (۳) محکوم و داروهای مکشوفه به نفع دولت ضبط خواهد شد.

تبصره ۲ - در صورتی که هر یک از مسئولین موضوع ماده (۳) و یا مسئولین مراکز ساخت، تهیه، توزیع و فروش دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مبادرت به خرید و فروش غیر قانونی موارد فوق نمایند و یا از توزیع و ارائه خدمات خودداری و یا موجب اختلال در نظام توزیعی داروئی کشور شوند علاوه بر مجازات مقرر در ماده (۳) به محرومیت اشتغال در امور داروئی محکوم خواهند شد.

تبصره ۳ - کلیه فرآورده های تقویتی، تحریک کننده، ویتامین ها و غیره که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و منتشر می گردد جزء اقلام داروئی است.

تبصره ۴ - در مواردی که مؤسس مرکز و مؤسسه پزشکی یک نفر باشد و شخص مزبور فوت نماید وراث او می توانند با ارائه گواهی تسلیم دادخواست حصر وراثت و معرفی یک نفر به عنوان مسئول فنی واجد شرایط دریافت پروانه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخواست صدور پروانه مسئولیت فنی موقت نمایند اعتبار این پروانه به مدت دو سال خواهد بود وراث مکلفند ظرف مهلت یاد شده با ارائه دادنامه حصر وراثت نسبت به معرفی شخص واجد شرایط قانونی دریافت پروانه به عنوان مؤسس جدید اقدام کنند. در غیر این صورت مؤسسه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعطیل خواهد شد.

تبصره ۵ - مجازات های مربوط به جرائم مرتبط با داروهای انسانی در این ماده در مورد داروهای دامی هم مجری خواهد بود.

تبصره ۶ - به جرائم موضوع این قانون در دادگاه انقلاب اسلامی رسیدگی خواهد شد.

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

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

تلفن تماس: ۰۲۱۳۷۲۵۵۸۲ - ۰۲۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



۳-۴- چالش‌های حقوقی گردشگری سلامت

گردشگری سلامت به هر نوع سفر که از شخصی، فردی سالم تر می‌سازد، اطلاق می‌شود. گردشگری سلامت مجموعه‌ای از روابط و اتفاقات ناشی از تغییر مکان و محل سکونت ساکنان به منظور تفریح، تثبیت و احیاء سلامت فیزیکی، روحی، اجتماعی از طریق استفاده از خدمات پزشکی می‌باشد (رحمانی، بی تا: ۴). همه‌ی حرفه‌ها به یک چارچوب قانونی جامع و مانع نیاز دارند تا مجازات‌های قانونی نقض آن‌ها و استانداردهای حرفه‌ای در آن پیش‌بینی شود. چنانچه حرفه‌ی خاصی دارای چارچوب مشخصی باشد، در صورت عدول از آن چارچوب، می‌توان ناقضان را در چارچوب قانون محاکمه و مجازات کرد و خسارت‌های وارد شده را هم جبران نمود. از جمله مسائل حقوقی که در حوزه‌ی گردشگری سلامت مطرح می‌باشد، عبارتند از:

۳-۴-۱- صدور پروانه فعالیت حرفه‌ای و اعتبار بخشی

اعتبار بخشی فعالیتی است که به اعطای گواهی و تضمین و ارتقای کیفی می‌انجامد. برای هر فعالیت اعتبار بخشی نیاز به معیارهای روا، پایا، روزآمد و کارآمد است برای درخواست اعتبار بخشی آموزشی برای یک بیمارستان این مراکز باید قبلاً در اعتبار بخشی، درمان درجه یک یا ممتاز را اخذ کرده باشند. ارزشیابی جزء جدایی‌ناپذیر هر فعالیت و کار اجرایی است (صالحی و پیروی، ۱۳۹۶: ۲۴). رشد و توسعه در هر نظامی از جمله نظام بهداشت و درمان بدون یک سیستم ارزشیابی کارآمد، فاقد مفاهیم و ابزار لازم و اساسی برای تحقق اهداف آن نظام است.

الزامات داخلی اعطای مجوز به متخصصان و مراکز درمانی ارائه‌ی دهنده خدمات سلامت برای بیمارانی که به دنبال گردشگری پزشکی هستند، حائز اهمیت است.

مراکز و متخصصانی که بدون مجوز اقدام به معرفی و تبلیغ حرفه‌های خود در فضای مجازی می‌کنند خود را در معرض خطر مجازات‌های کیفری و مدنی قرار می‌دهند، اما ماهیت مجازی بودن این فعالیت طوری است که بیمار ممکن است در یک حوزه قضایی و پزشک در حوزه دیگر باشند (اسلامی تبار، ۱۳۹۸: ۳۲). بنابراین مراکز ارائه‌دهنده سلامت باید در کشور خود، دارای مجوز فعالیت حرفه‌ای باشند (لطیفی^۴، ۲۰۰۶: ۴۵).

۳-۴-۲- تعیین حوزه قضایی و قانون حاکم

یکی از مهم‌ترین چالش‌های موجود در گردشگری سلامت تعیین قانون حاکم و حوزه قضایی است. سوالی که مطرح می‌شود عبارت از این است که کدام قوانین بر رسیدگی به اختلافات یا قصور پزشکی حاکم است؟ کدام حوزه صلاحیت رسیدگی به اختلافات یا قصور پزشکی را دارد؟ در موضوع اختلافات پزشکی مثل خطای پزشکی و معمولاً دادگاه‌ها به یکی از دو محل استقرار پزشک و بیمار توجه دارند:

۱- محل درمان ۲- محل اقامت

ماهیت جهانی گردشگری پزشکی، توانایی بیماران را در ارزیابی اعتبار مراکز ارائه‌دهنده خدمات در مکان‌های دور دست پیچیده تر می‌کند. بیشتر بیماران به سمت محیط‌هایی گرایش پیدا می‌کنند که از نظام رگولاتوری متخصصان و مراکز مراقبت سلامت معتبر برخوردار باشند اعتبار یک مرکز درمانی ابتدا به کیفیت خدمات ارائه شده بستگی دارد؛ بنابراین ارائه اطلاعات درست توسط دلالان یا تسهیل‌کنندگان گردشگری سلامت مهم‌ترین موضوع در گام اول جذب گردشگری است (ابوالحسنی، ۱۳۹۶: ۱۶).

4 - latifi



چالش حقوقی که در این خصوص مطرح می شود عبارت از این است که کشور مبدأ با کدام قوانین و بر چه اساس با این موضوع به طور قضایی مواجه خواهد شد؟ به دلیل تفاوت نظام های حقوقی کشورها، دسترسی به برخی خدمات در برخی کشورها ممنوع است. در چنین شرایطی در خصوص استفاده بیمار از این خدمات چالش هایی مطرح می شود برخی از این خدمات ممکن است در کشور مبدأ و مقصد غیر قانونی باشد، اما ممکن است در کشور مبدا قوانین سخت تری اعمال شود.

۳-۴-۳- بیمه ی سلامت

عدم قابلیت انتقال بیمه ی سلامت به کشورهای دیگر و عدم پوشش بیمه ی سلامت بین الملل، یکی از موانع جدی گردشگری پزشکی است (ابولحسنی، ۱۳۹۶: ۹۶). هر دو بیمه سلامت دولتی و خصوصی باید در زمینه گردشگری پزشکی به طور جدی فعال باشند و با توجه به ماهیت این سفرها باید هماهنگی های قانونی و تدارکاتی مورد نیاز برای ارائه خدمات بیمه برون مرزی صورت بگیرد. در حال حاضر کشورهای اتحادیه اروپا در این زمینه به موفقیت های چشمگیری دست یافته اند (کوهن، ۲۰۱۰: ۶۹). هر چند برای برخی از خدمات غیر اورژانسی در شرایط خاص بیمه شرکت های خصوصی یا دولتی وجود دارد و به ویژه بیمه های خصوصی سلامت، سهم بیشتری دارند با این حال پوشش آن ها محدود به خدمات فوریتی است (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۱۳). موضوع بیمه به ویژه با توجه به سوء استفاده های مالی و کلاهبرداری در عرصه بین الملل، بسیار اهمیت دارد.

۳-۴-۴- سهل انگاری و خطای پزشکی

سوء درمان و خطرهای پزشکی از جمله چالش های مهم حوزه ی درمان است (ابولحسنی، ۱۳۹۶: ۹۶). به کوتاهی در اعمال مراقبت لازم یا کوتاهی در پیروی از استانداردهای مراقبت سلامت که به موجب آن به بیمار آسیب و ضرر وارد می شود، قصور پزشکی گفته می شود. (گلن کوهن^۵، ۲۰۱۶: ۵۶). خطای پزشکی یک عمل غیر ارادی است که علت وقوع آن سهل انگاری یا اقدامی که منجر به نتایج نامطلوب درمان می شود، می باشد. از جمله چالش های مهم در این باره عدم وجود قوانین و مقررات جهانی درباره ی خطاهای پزشکی و درمان اشتباه و همچنین عدم وجود یک نهاد بین المللی در این باره جهت شکایت بیماران خارجی می باشد. فقدان حمایت قانونی از بیماران خارجی که از خطاهای پزشکی شاکی هستند، بیماران خارجی را با مشکلاتی مواجه می سازد (شجاع، ۱۳۸۷: ۲۳). وقتی که در داخل کشور در درمان بیماران قصوری رخ می دهد، بیماران از لحاظ قانونی حق اقامه ی دعوی و معمولاً دریافت غرامت را دارند اما زمانی که این رخداد در عرصه ی بین المللی روی می دهد تفاوت های نظام حقوقی در کشورهای مختلف سبب ایجاد موانعی برای رسیدن بیماران به حقتشان می شود (کوهن، ۲۰۰۹: ۱۵). اصول درمانی شفاف و ارائه ی اطلاعات به بیماران برای انتخاب آگاهانه ی درمان بهتر، ضروری است. این امر در نظام های مراقبتی و فرهنگی در سیستم های مراقبت سلامت کشورهای مختلف تفاوت بسیاری دارد. فقدان هماهنگی در اتخاذ استانداردهای جهانی در بین کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه با چالش های زیادی مواجه می شود (کورتز، ۲۰۰۰: ۱۵). اطلاع رسانی به بیماران در مورد اعمال و ترک اعمالی که به عنوان قصور پزشکی در کشور مقصد شناخته می شود، بر انتخاب آگاهانه ی بیمار تأثیر بسیاری دارد بیماران پیش از سفر به کشور خاصی جهت مداوا و درمان بایستی اطلاعات کافی و معتبر را در این خصوص کسب کنند (حسینی^۶، ۱۳۹۲: ۳۵).

⁵- Glenn Cohen

⁶- Eysenbach



۳-۴-۵- نظارت قانونی

نظارت قانونی بر عملکرد مراکز ارائه دهنده ی خدمات گردشگری پزشکی موجب اعتماد و اطمینان گردشگری می شود. کنترل قیمت کیفیت خدمات و مهارت، دانش متخصصان مراقبت سلامت و رعایت استانداردهای ایمنی مانند کنترل ریسک انتقال عفونت از مهم ترین موضوعات در این رابطه است (مالنی کی، ۲۰۱۹: ۱۲۴). قوانین و مقررات مربوطه به توریسم حوزه گردشگری سلامت و استانداردهای آن را کنترل می کنند و تحت نظارت قرار می دهند (شجاع، ۱۳۸۷: ۲۳).

نظام های ضعیف رگولاتوری و فقدان یکپارچگی سبب ایجاد چالش بزرگی در صنعت گردشگری پزشکی می شود. علی رغم اینکه نظام ارزیابی و اعتبار سنجی بین المللی، ابزاری است برای سنجش کیفیت خدمات سلامت و تندرستی در هر کشور ولیکن اجرای این نظام در سطوح متفاوت در کشورهای مختلف سبب پیچیده تر شدن انتخاب بیمار، نظام بیمه و حتی نظام قضایی تشخیص قصور پزشکی می شود (ابولحسنی، ۱۳۹۶: ۵۲).

فقدان انسجام در کیفیت خدمات ایمنی بیمار بر مسائلی چون قصور پزشکی، گزارش های بیمه و مسئولیت های حرفه ای پزشکان که از نظام رگولاتوری ضعیفی برخوردار هستند، تاثیر می گذارد. (امیدواری، ۱۳۸۷: ۲۴).

۳-۴-۶- تعرفه ها و قیمت گذاری

شفاف نبودن تعرفه خدمات در مراکز درمانی مختلف از دیگر مسائلی است که گردشگری سلامت با آن مواجه هست. در مراکز درمانی خصوصی و دولتی، نباید نرخ تعرفه های درمان بیماران خارجی بالاتر از نرخ های مصوب باشد. با بالا بودن تعرفه های درمان بیماران خارجی از نرخ های مصوب گردشگری سلامت در کشور نمی تواند رشد کند. چنانچه از بیمار خارجی هزینه ی درمان زیادی اخذ شود. گردشگران سلامت راغب به انجام خدمات درمانی را از ایران فراری خواهد داد (صالحی، ۱۳۹۶: ۱۵).

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامتی در زندگی بشر و ارتباط نزدیک حق سلامتی با دیگر حقوق اساسی و بنیادین مانند حق حیات و کرامت توجه به این حوزه و رفع موانع حقوقی این حوزه که به اقتصاد، سلامت و حیات خدمت گیرندگان ارتباط دارد، باید مرتفع شود. عدم اجرای قوانین مصوب در این حوزه مثل تعارض برخی قوانین مصوب، تعدد مراجع رسیدگی به دعوی پزشکی، قانون تجمیع بیمه های درمانی، مشکلات موجود در حوزه گردشگری سلامت از جمله بیمه ی سلامت، دسترسی به خدمات، اعطای مجوز و ... مهم ترین مسائل حقوقی مربوط به حوزه ی سلامت و پزشکی در حقوق ایران می باشند. به منظور حل و فصل مسائل حقوقی حوزه ی سلامت و پزشکی، لازم است استانداردهای لازم به درستی در متن قوانین تبیین و قوانین و مقررات متناسب با سطح بین المللی اصلاح شوند و سپس جهت اطمینان از اجرای قوانین و رعایت استانداردها نظارت قانونی لازم به عمل آید.

منابع

- ابوالحسنی، نازنین، (۱۳۹۶)، «ویژگی ها و جنبه های حقوقی گردشگری پزشکی»، اخلاق زیستی و حقوق سلامت مجله (BHL)، جلد ۱ شماره ۱ صفحه ۳۵-۳۹
- امیدواری، سپیده، (۱۳۸۷)، «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها»، فصلنامه ی تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآنی، شماره اول
- صالحی، زهرا؛ پیروی، حمید، (۱۳۹۶)، «چالش های اجرای فرآیند اعتباربخشی در بیمارستان ها: مروری بر روایت: مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران»، (مجله پرستاری ایران)، دوره ۳۰
- سیدنوازی، محسن، بی تا، «بهداشت عمومی»، بی جا



شجاع، جواد، (۱۳۸۷)، «تحقیق و توسعه ی فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی»، تهران، مجله ی پژوهش های حقوقی، سال هفتم، پائیز- زمستان، شماره ی ۱۴

حسینی؛ سید ابودر، حجتی؛ سیدمحمدباقر، (۱۳۹۲)، «روش های تامین بهداشت روان فردی»، پژوهش های اجتماعی اسلامی حیدرنا، محمدعلی، (۱۳۹۵)، «بررسی بُعد اجتماعی سلامت در کلمات حکمت آمیز امام علی (ع)»، پژوهش در دین و سلامت، دوره ۲ شماره ۳، صفحه ۵۴-۶۴

جاوید، احسان؛ نیاورانی، صابر، (۱۳۹۲)، «قلمرو حق سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر»، فصلنامه ی پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، شماره ۴۱

جعفری لنگرودی، (۱۳۹۷)، «مبسوط در ترمینولوژی حقوق»، جلد سوم، انتشارات گنج دانش، تهران، چاپ اول

دهخدا، علی اکبر، (۱۳۹۴)، «لغت نامه دهخدا»، جلد ششم، تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران

رمضانی گیوی، سامانه، (۱۴۰۰)، «تعریف سلامت و بیماری از منظر ابن سینا و طب رایج»، مجله طب سنتی اسلام و ایران، دوره: ۱۲، شماره ی ۳

ذاکریان امیری، مهدی، بلوری؛ پیمان، هرمیداس باوند؛ داوود، باقری، حامد یوسف، ۱۳۹۸، «چالش های امنیت انسانی در پرتو حق بر سلامت و بهداشت عمومی»، نشریه ی مطالعات حقوقی معاصر (فقهی و حقوقی)، دوره ی ۱۰، شماره ی ۱۸

عترت دوست، محمد، (۱۳۹۹)، «مهم ترین مولفه های بنیادین ایجاد سلامتی در روابط انسانی از منظر قرآن کریم» مجله مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، شماره ۴

کریمی، مظفرو دیگران، (۱۳۹۸)، «بیمه سلامت در برنامه پنجم الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران»، مجلس شورای اسلامی کوه دره، مرجان، بی تا، «جایگاه حاکمیت قانون در اسناد بین المللی سازمان ملل متحد»، قانون یار

محسنی، حسن، (۱۳۹۳)، «اداره جریان دادرسی مدنی»، تهران، شرکت سهامی انتشار، چاپ سوم

معین، محمد، (۱۳۹۳)، «فرهنگ معین (یک جلدی فارسی)»، تهران، زرین

موحد، مینا، (۱۳۹۰)، «کمبود اخلاط، حلقه ای مفقوده در تشخیص افتراقی بیماری ها»، فصلنامه تاریخ پزشکی، شماره نه



The Right to Health & the Legal Challenges Facing it

Mehdi Khatayi

M.A in Private Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
mhdykhtayy44@gmail.com

Abstract

Background & Purpose: Promoting, maintaining and ensuring the health of people is considered one of the most important elements of the progress of any society. Despite the approval of numerous laws and the allocation of principles from the constitution to the issue of health (Articles 29, 43 and 3), there are still many challenges in this area.

Research Method: The current research was conducted with the aim of explaining these challenges with descriptive and analytical methods.

Findings: The number of authorities in the field of health, the conflict of laws in this field, the non-implementation of some approved laws, for example, the non-implementation of the health insurance consolidation law, and the legal gap in the field of health tourism are among the challenges in the field of health.

Conclusion: In order to overcome these challenges, it is suggested that the necessary standards should be properly explained in the text of the laws and the laws and regulations should be amended according to the international level, and then the necessary legal supervision should be carried out to ensure the implementation of the laws and compliance with the standards.

Key words: Health, Treatment, Health, Iranian Law