



سیاست گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران و ایالات متحده آمریکا

محدثه قوامی پور سرشکه

دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

Mohadesehghavamipour@gmail.com

امیررضا محمودی

استادیار، گروه حقوق، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

Amirreza.mahmodi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ضرورتی لازم و اساسی در تمام عرصه‌ها و زمینه‌های حقوق سیاست‌گذاری قبل از تدوین و تصویب قوانین برای روشننگری هدف وضع قوانین است. حوزه‌های حق بر سلامت و حقوق سلامت نیز از این قاعده مستثنی نیستند و در گام اول نیازمند سیاست‌گذاری‌های دقیق و راهبردی می‌باشند.

روش تحقیق: روش تحقیق در این مطالعه توصیفی-تحلیلی است.

یافته‌ها: سیاست‌گذاری سلامت تدابیر و تلاش‌های دولت در جهت ارتقاء، رشد و بهبود سلامت به‌واسطه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی است که منحصر اقدامات وزارت بهداشت و متخصصان امر درمان نیست و مؤسسات، تشکلات خدماتی و تأمین مالی نظام سلامت را تحت تأثیر قرار داده و فراتر از خدمات سلامت فعالیت‌های بخش‌های خصوصی و دولتی و همچنین سازمان‌های داوطلبانه فعال در حوزه سلامت را در برمی‌گیرد.

نتیجه: در حقیقت سیاست‌گذاری حوزه سلامت مجموعه تصمیمات و هدف‌گذاری‌های غایی و کوتاه‌مدت، تدابیر و برنامه‌های است که برای دستیابی هرچه بهتر به اهداف نظام سلامت اعمال می‌شود. بنابراین تحقیق حاضر با رویکردی مقایسه‌ای به مطالعه سیاست‌گذاری سلامت در نظام حقوقی ایران و ایالات متحده آمریکا پرداخته است.

کلمات کلیدی: سلامت، حقوق سلامت، سیاست‌گذاری، حقوق ایران، حقوق آمریکا



مقدمه

سیاست گذاری عمومی به مجموعه اقدامات و تصمیمات مراجع عمومی مانند مجلس، دولت و قوه قضاییه به عنوان نمایندگان حافظ منافع عمومی اتخاذ می گردد اطلاق می شود. دولت نهادی قانونی در سیاست گذاری عمومی محسوب می شود. سیاست های کلی و عمومی که در جهت انسجام، هماهنگی و پیشبرد اهداف نظام در جامعه اعمال می شود در حقیقت بازتاب ارزش هایی است که جامعه و دولت به آن پایبندند.

در تمام دنیا، حکومت ها سه وظیفه اصلی نسبت به مردم خود دارند. امنیت، آموزش و سلامت. در این بین سلامت به عنوان یک فاکتور راهبردی در موضوع توسعه همه جانبه ملت ها از جایگاه ویژه ای برخوردار است، تا جایی که صاحب نظران از انسان سالم به عنوان محور توسعه پایدار یاد کرده اند. این بدان معنی است که پیش زمینه و لازمه ی تأمین توسعه پایدار برای یک ملت در تمامی حوزه ها، نیازمند بستری از نیروی انسانی سالم می باشد. در کنار این مهم، از سلامت به عنوان "حق اساسی" برای انسان ها نام برده شده است که فقدان تأمین مناسب آن سبب بروز مشکلات بسیار بزرگ و ایجاد لطمات جبران ناپذیری به جوامع خواهد شد.

سیاست گذاری عمومی بر اساس نهاد سیاست گذار به سیاست گذاری تقنینی مجلس و قوه مقننه، سیاست گذاری استقرار قوه مجریه و سیاست های قضاییه که به وسیله ی قوه قضاییه وضع می شود تقسیم می گردد (لاریجانی ۱۳۹۳: ۱۴). ضرورتی لازم و اساسی در تمام عرصه ها و زمینه های حقوق سیاست گذاری قبل از تدوین و تصویب قوانین برای روشننگری هدف وضع قوانین است. حوزه های حق بر سلامت و حقوق سلامت نیز از این قاعده مستثنای نیستند در گام اول نیازمند سیاست گذاری های دقیق و راهبردی می باشند.

تشخیص مشکل اولین مرحله در روند سیاست گذاری است و مرحله دوم به تدوین رویکردی برای حل مشکل می پردازد، در مرحله سوم سیاست اتخاذ شده استقرار می یابد و در مرحله نهایی و چهارم تفسیر و ارزیابی عملکرد سیاست ها منجر به تداوم یا خاتمه آن سیاست خواهد شد.

برنامه ها و سیاست های اتخاذ شده ی حوزه ی سلامت در ایران و آمریکا در سال های اخیر دچار تحولات بسیاری در زمینه کارکردها بوده و همین امر سبب تغییر قوانین و مصوبات بهداشت و درمان شده است.

۱- سیاست گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در سطح کشور سیاست گذاری های بخش بهداشت و درمان تدوین و تنظیم شده و سپس به استان ها ابلاغ می شود و در کمیته های برنامه ریزی استان با مدنظر قرار دادن برنامه های پیشنهادی شهرستان های تابعه پس از تنظیم برنامه استان آن را به کمیته بخش برنامه ریزی بهداشت و درمان عرضه می کند و این کمیته به تنظیم برنامه های کلی می پردازد اما برنامه ریزی های بسیط تشریحی و اجرایی در استان ها انجام می شود و اعتبارات و منابع مالی مورد نیاز برای اجرایی کردن سیاست ها و برنامه ها بر اساس پیش بینی ها توسط استان در اختیار شهرستان ها قرار می گیرد. اطلاعات اجرایی برنامه ها و اطلاعات حوزه خدمات و سلامت به دست آمده به صورت گزارش های دوره ای و منظم از سطوح پایین تر به درجات بالاتر برای ارزیابی ارسال می شود. وظیفه مهم و پراهمیت سیاست گذاری در بخش های بهداشت و درمان را وزارت درمان و آموزش پزشکی بر عهده دارد.

تولیت در معنای بخشی از کارکرد یک حکومت برای مدیریت مسئولانه و دقیق بهزیستی و رفاه در جامعه است که سیاست گذاری، وضع قوانین و مقررات و نظارت سه کارکرد اصلی تولیت نظام سلامت است. در تولیت سلامت در رابطه با نیازمندی های تولیت دار در جهت بهبود و ارتقاء سلامت جامعه تصمیم گیری می شود به همین سبب باید نیازها مشخص و اولویت بندی شوند و روند اجرایی آن ها تبیین و مورد نظارت و ارزیابی قرار گیرد (زارع، ۱۳۸۴: ۳۶).



تولیت سلامت جامعه از پیچیدگی‌هایی برخوردار است چراکه طیف وسیعی از عوامل مانند اقتصاد، کشاورزی، مسکن و... بر آن موثراند به همین سبب است که توصیه می‌شود سلامت برنامه دولت‌ها تلقی شود تا تمامی ارکان دولت در جایگاه پاسخگویی به سلامت آحاد جامعه باشند به همین سبب تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه‌ی سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور یکی از سیاست‌های کلان مجمع تشخیص مصلحت نظام بود که پس از تأیید رهبر معظم انقلاب اسلامی به‌وسیله ایشان به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شد.

از دیگر دلایل پیچیدگی تولید سلامت می‌توان به تناقض فعالیت بعضی ارگان‌ها با سلامت و اهداف سلامت جامعه نام برد به‌عنوان مثال توسعه و گسترش صنعت اگر بدون توجه به مراقبت‌ها و ملاحظات زیست‌محیطی یا فعالیت‌های کشاورزی همراه با استفاده بیش‌ازاندازه از سموم باشد می‌تواند زیان‌های جبران‌ناپذیری بر سلامت افراد وارد سازد.

موضوع دیگر مربوط به مسائل درون حوزه سلامت است، تنوع و تعدد نهادهای مؤثر بر سلامت، و نقش تعیین‌کننده و اساسی آن‌ها در ساختارهای وزارت بهداشت، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی و... نیازمند همراهی و همسویی آنان برای رشد سلامت جامعه است.

در حقیقت دلیل پیچیدگی تولید سلامت به سبب ارزش‌های مطروحه برای آن است که از جهتی سلامت ابعاد وسیع روحی، جسمی، معنوی و اجتماعی را در برمی‌گیرد و مستلزم تدبیری همه‌جانبه و کل‌نگر در سطوح بین‌المللی، ملی، خانوادگی و فردی است و از جهتی دیگر بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی به‌مثابه حقی است که مسئولیت را متوجه دولت می‌کند (نجفی خواه و عبدالهیان، ۱۳۹۸: ۶)

به‌موجب اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که عنوان می‌کند «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی» ارائه خدمات برای تأمین سلامت به آحاد ملت به‌واسطه‌ی خدمات بیمه‌ای یا غیر آن به‌صراحت عنوان شده است.

از قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ می‌توان به‌عنوان اولین قانون در حوزه‌ی امور بیمه درمانی نام برد که فقط مختص همان سازمان است. پس از قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تصویب شد و در سال ۱۳۸۰ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در رابطه با بیمه‌های درمانی سیاست‌گذاری‌هایی انجام داد.

در سال ۱۳۸۳ نیز قانون چهارم توسعه کشور سیاست‌هایی در حوزه‌ی بهداشت و درمان وضع کرد که در برنامه پنجم توسعه کشور در سال ۱۳۸۹ گسترش و توسعه داد.

ویژگی مهم قانون بیمه خدمات درمانی نسبت به سایر قوانین تشکیل شورای عالی بیمه خدمات درمانی با اهدافی همچون سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، همسویی، ارزیابی و نظارت سطوح کمی و کیفی خدمات درمانی در سازمان‌های بیمه‌گر بود. بر اساس این قانون به سازمان بیمه خدمات درمانی علاوه بر سازمان تأمین اجتماعی جواز تشکیل و فعالیت داده شد. از دیگر سیاست‌های ارزشمند این قانون سعی برای فراگیری و همگانی کردن بیمه‌های اجتماعی درمانی در ایران بود که بر همین اساس تعرفه‌های درمانی متناسب با هر گروه مشخص شد.

وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی برای دستیابی به اهداف قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در سال ۱۳۸۰ مصوب شد، ایجاد شد. این قانون نظام حقوق بیمه‌های درمانی را مقداری سامان داد و مباحث بیمه‌های درمانی را تابع وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرارداد و بیان می‌کند که سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های بیمه‌های درمانی در کشور توسط وزارتین مذکور صورت می‌گیرد.



این قانون اهدافی همچون مباحث مربوط به بیمه‌های پایه و مکمل درمان، افزایش سطح پوشش جمعیت بیمه‌های درمانی، بیمه خویش فرما، بیمه روستاییان و عشایر، اجرای سیاست‌های پیشگیری قبل از درمان، اعمال رقابت‌پذیری در بیمه‌های درمانی برای جلوگیری از انحصارگرایی را دنبال می‌کند (شریفی سلطانی، ۱۳۹۳: ۳۳)

۲- سند چشم‌انداز

سند چشم‌انداز بیست‌ساله یکی از اقدامات تقنینی دولت جمهوری اسلامی ایران است. یکی از اصلی‌ترین هدف اقتصاد سالم‌تر کردن زندگی و طولانی‌تر کردن عمر مردم است و دولت در جایگاه نماینده جامعه اهدافی را در این زمینه دنبال می‌کند از جمله طولانی‌تر ساختن دوره زندگی همراه با سلامت، کم کردن میزان اختلاف سلامت میان مردم مناطق کشور و امکان دسترسی به خدمات پیشگیرانه برای تمامی افراد جامعه (رشیدی، ۱۳۸۱: ۶۰).

سلامتی سرمایه‌ای انسانی است اما کیفیت سلامت برای افراد به یک‌میزان نیست و بیماری باعث استهلاک سلامتی می‌شود چشم‌انداز بیست‌ساله باید با به‌کارگیری سیاست‌های مناسب برای کاهش این معضلات اقدام و در تعیین اهداف به حوزه سلامت توجه ویژه‌ای داشته باشد.

مشخصات جامعه سالم ایرانی در سند بیست‌ساله این‌گونه عنوان شده «برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به‌دوراز فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط‌زیست مطلوب» از موارد اشاره‌شده مربوط به حوزه سلامت در سند چشم‌انداز می‌توان به مواردی از قبیل:»

- تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقا سطح شاخص‌های آموزش، سلامت، امنیت غذایی، فرهنگ و تربیت اسلامی و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی.
- آمایش سرزمینی مبتنی بر اصول ملاحظات امنیتی و دفاعی، کارایی و بازدهی اقتصادی، وحدت و یکپارچگی سرزمین، گسترش عدالت اجتماعی و تعادل منطقه‌ای، حفاظت محیط‌زیست و احیای منابع طبیعی و توجه به توسعه متکی بر منافع و رفع محدودیت‌ها خصوصاً در مناطق روستایی.
- تأمین امنیت غذایی کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی و خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی.
- ایجاد فرصت‌های برابر، مهار تورم و افزایش قدرت خرید گروه‌های متوسط، کم‌درآمد و آسیب‌پذیر و کاهش فاصله بین دهک‌های بالا و پایین درآمدی جامعه.
- ارتقا سطح درآمد و زندگی روستاییان و کشاورزان، توسعه پایدار روستاها و رفع فقر با تقویت زیرساخت‌های مناسب تولید و تنوع‌بخشی و گسترش فعالیت‌های مکمل و اقتصادی به‌ویژه صنایع تبدیلی و کوچک و خدمات نوین «شریفی سلطانی، ۱۳۹۳: ۳۳»

۳- سیاست‌های کلی نظام سلامت

در تاریخ ۱۳۹۳/۰۱/۱۸ حضرت آیت‌الله خامنه‌ای در جهت اجرای بند ۱ اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام، به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده که در آن به سیاست‌های مهمی اشاره شده است از جمله: «ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی- اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه، اولویت پیشگیری بر درمان، به‌روزرسانی برنامه‌های درمانی و بهداشتی، کاهش آلودگی‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامت بر طبق شواهد علمی، ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی، ایجاد و تقویت زیرساخت‌های موردنیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه



دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی، ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی، افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها (جعفریان اصل و حاجی پور کندرود، ۱۳۹۷: ۳-۴)

۴- قوانین برنامه پنج‌ساله توسعه

برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی اجتماعی فرهنگی در هر نوبت با اعمال سیاست‌گذاری‌هایی بیشتر مقررات حوزه سلامت را توسعه و گسترش می‌دهند. در برنامه اول و دوم بیشتر به حوزه بهداشت و ارائه خدمات اشاره شد و در برنامه‌های سوم تا ششم بیشتر رویکردها منوط به حوزه درمان و عدالت بوده و تقریباً تمامی عملکردهای عنوان‌شده در الگوی سازمان جهانی بهداشت را تحت پوشش قرار دادند.

برنامه چهارم توسعه که بیشتر به مواردی از قبیل کارکرد تولید، تأمین مالی و تأمین خدمات، گسترش طب سنتی، توسعه شبکه فوریت‌های پزشکی، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت قضایی پرداخته بود و برنامه پنجم علاوه بر توجه جدی به کارکرد تولید و تأمین مالی به منابع انسانی، بیمه‌های درمانی، کمک به بیماران خاص و تشکیل سازمان بیمه سلامت نیز پرداخت. قانون برنامه ششم توسعه علیرغم تلاش برای سیاست‌گذاری دقیق کاربردی و پرداختن به موضوعات مهم و اساسی این حوزه، یکپارچگی احکام و در نظر گرفتن ضمانت اجرا برای احکام حوزه سلامت با نقاط ضعفی مانند شفاف نبودن متن قانون، مورد توجه قرار ندادن شیوه تأمین مالی برای تعدادی از احکام، چند متولی بودن برخی از احکام، غیرقابل اجرا بودن برخی قوانین در سال‌های اجرای قانون، فقدان تدبیری کارآمد برای ارتباط بین بخشی با سایر دستگاه‌ها، مدنظر قرار ندادن برخی زیرساخت‌های ضروری برای اجرای احکام و مدنظر قرار ندادن شاخص‌های کمی در متن برنامه همراه بود (جواهری، صفری شالی، مهدوی کنده، ۱۳۹۹: ۶۸-۶۶)

۵- سیاست‌گذاری سلامت در آمریکا

تحقق و اجرای حق بر سلامت نیازمند اقداماتی متعدد و به‌روز است و با توجه به اهمیت حوزه سلامت در آمریکا سیاست‌گذاری‌ها و تصمیمات مربوط به این حوزه رو به افزایش است و دستیابی به سلامت اهمیت روزافزون در اقتصاد ملی و نظام عدالت اجتماعی دارد سلامت و اقدامات این حوزه مقوله‌ای پیوسته با سیستم اقتصادی و اجتماعی کشورهای صنعتی است. سازمان بهداشت جهانی در تعریفی که از سلامت ارائه داده است آن را حالت کامل رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت عنوان کرده است

سلامت بخشی غیرقابل انفکاک از دنیای مدرن امروزی و اصل مشترک دموکراسی اروپایی است که به‌راحتی قادر است به تمام دموکراسی‌ها بسط داده شود. سلامت مقوله‌ای با اولویت برای تمامی ملت‌ها است اما منابع موجود برای دستیابی به سلامت به میزان قابل توجهی میان ملت‌ها متفاوت است (Beaufort B. Longest, Jr, 2006: 1).

سیاست‌های سلامت در شکل و قالب تصمیمات قضایی، تصمیمات عملیاتی، مقررات و قوانین از طریق مجموعه عملکردهای مختلف در حوزه‌ی فدرال، ایالت‌ها و سطح‌های محلی شکل می‌گیرند. قلمرو سیاست‌گذاری در حوزه سلامت بسیار وسیع است چرا که سلامت تابعی از عوامل تعیین‌کننده بی‌شماری از جمله محیط فیزیکی، خدمات بهداشتی، عوامل اجتماعی و... است.



قبل از تصویب قانون جدید اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا و تغییر سیاست‌های دولت در رابطه با بیمه‌های درمانی، بیمه‌های درمانی دولتی فقط گروه‌های خاصی را تحت پوشش خود قرار می‌دادند و این بیمه‌های خصوصی بودند که نقش بسزایی در گسترش پوشش جمعیتی داشتند اما بیمه‌های درمانی خصوصی بسیار پرهزینه بودند و عدم فقدان قانون در رابطه با اجباری بودن بیمه و عدم پوشش بیمه‌های خصوصی برای افراد بالای ۶۵ سال از جمله دلایلی بود که منجر شد تا سال ۲۰۱۲ بیشتر از ۳۰ میلیون شهروند آمریکایی تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نباشند. اما بعد از آنکه لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا توسط کنگره ایالات متحده آمریکا تصویب شد علیرغم شکایت به دیوان عالی فدرال و مخالفت‌های تعداد زیادی از اعضای حزب جمهوری خواه و فرمانداران برخی ایالات بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی و پناهندگان اجباری شد و دولت فدرال با ایجاد سامانه الکترونیک اقدام به ثبت نام در طرح‌های بیمه‌های درمانی دولتی کرد (حیدری، ۱۴۰۰: ۹۲-۸۹)

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت است که توصیف می‌کند افراد چگونه بهتر و در مسیر رشد زندگی کنند. ارتباطات اجتماعی و فرهنگی و معنوی، دسترسی به آموزش، بهداشت و خدمات عمومی توانایی انسان را برای رسیدن به رفاه و خودشکوفایی تضمین می‌کند (Kenyon & Forman, 2018; 8)

۶- بیمه مدیکیر

طرح بیمه مدیکیر که در ابتدا برای تحت پوشش قرار دادن سالمندان ۶۵ سال به بالا، برخی افراد معلول و برخی افراد دارای نارسایی کلیوی در قالب ۴ طرح ایجاد شد اما اکنون افراد کمتر از ۶۵ سال را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد از اقدامات مثبت این بیمه استفاده از طرح‌های متعدد تکمیلی، تغییر سیستم پرداخت بیمه‌ها و به کارگیری سیستم پزشکی خانواده بود

بیمه مدیکیر دارای زیرمجموعه‌ای با ۴ طرح به شرح زیر می‌باشد:

- طرح بیمه پزشکی: این طرح با کمک به پرداخت دستمزد خدمات پزشکان و سایر خدمات پزشکی تحت پوشش بیمارستانی نیست کمک می‌کند که ارائه خدمات در این طرح برای بعضی افراد رایگان صورت می‌گیرد
 - طرح بیمه بیمارستانی: همان طور که از اسم این طرح پیداست این طرح نیز به پرداخت هزینه‌های مربوط به بستری شدن و سایر هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌ها و یا سایر مراکز تخصصی پرستاری می‌پردازد این طرح هم برخی افراد را رایگان تحت پوشش قرار می‌دهد.
 - طرح مدیکیر ادونتج (Medicare Advantage): این بیمه به افرادی که تحت پوشش طرح‌های بیمه بیمارستانی و بیمه پزشکی هستند این امکان را می‌دهد که تمامی خدمات درمانی و بهداشتی لازم را به وسیله یکی از سازمان‌های بهداشتی مزبور دریافت کنند به بیانی دیگر کسانی که از خدمات بیمه بیمارستانی و بیمه پزشکی استفاده می‌کنند می‌توانند به طرح مزیت مدیکیر که به وسیله شرکت‌های خصوصی ارائه و مورد تأیید مدیکیر قرار می‌گیرد بپیوندند ولی اشخاصی که این طرح را مورد استفاده قرار می‌دهند به جهت مزایای اضافی که دارند باید به صورت ماهانه حق بیمه پرداخت کنند.
 - طرح پوشش داروهای تجویزی: پیوستن به طرح پوشش داروهای تجویزی برای پرداخت هزینه‌های داروهای تجویز شده توسط پزشکان اختیاری است که برای برخورداران از آن باید ماهانه حق بیمه بیشتری پرداخت شود.
- برنامه بیمه سلامتی دولت تحت عنوان مدیکید تمامی هزینه‌های صرف شده برای خدمات پزشکی در هر مکانی و حتی خانه را می‌پردازد در این حالت بیمه‌شدگان دارای کارت بیمه مخصوص هستند که پس از تأیید پزشک خانواده به مراکز درمانی رجوع کرده و از خدمات آن بهره‌مند شوند و بودجه این خدمات به وسیله بودجه‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود. (مهدی زادگان، باقر پور، ۱۳۸۰: ۶۶)



۷- برخی از قوانین سلامت در آمریکا

۷-۱. قانون اساسی ایالات متحده آمریکا

تختین قانون اساسی مدون در جهان، قانون اساسی ایالات متحده آمریکا است که در سال ۱۷۸۷ برای پیشبرد اهداف اعلامیه استقلالی این کشور به تصویب رسید اما این قانون در مسائل مربوط حق مراقبت های بهداشتی پیشرو نبوده و دیوان عالی این کشور هرگز قانون اساسی را به مثابه تضمین حق بر خدمات بهداشتی دولت برای افرادی که از آن برخوردار نیستند تفسیر نمی کند اما دیوان عالی کشور مقرر کرده است که دولت ملزم به ارائه مراقبت های پزشکی در شرایط خاص و محدود مانند زندانیان است. کنگره ایالات متحده آمریکا قوانین متعدد و متنوعی از جمله بیمه پزشکی سالمندان، برنامه بیمه سلامت کودکان، بیمه بهداشت مستمندان که حقوقی قانونی و خاص برای این افراد در جهت دریافت خدمات و مراقبت های بهداشتی از دولت تصویب کرده است همچنین کنگره از اختیارات دیگری مانند اختیار قانون گذاری تجارت میان ایالات و اختیار در وضع مالیات برای تصویب بیمه سلامت و مراقبت بهداشتی برخوردار است (Swendiman, 2012: 2)

۷-۲. قانون مراقبت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه

این قانون در سیستم مراقبت های بهداشتی ضروری پرهزینه تحولی ایجاد کرد این قانون شامل نه بخش زیر است:»

- کیفیت، مراقبت های بهداشتی مقرون به صرفه برای همه آمریکایی ها
- نقش برنامه های عمومی
- بهبود کیفیت و بهره وری از مراقبت های بهداشتی
- پیشگیری از بیماری های مزمن و بهبود بهداشت عمومی
- سلامت کارکنان بهداشت
- شفافیت و یکپارچگی برنامه
- بهبود دسترسی به درمان های نوآورانه ی پزشکی
- انجمن حمایت و خدمات مساعد زندگی
- مقررات درآمد»

۷-۳. قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

در سال ۲۰۰۵ این قانون با هدف افزایش اطلاعات در دسترس برای ارزیابی ایمنی و مراقبت های بهداشتی مسائل مربوط به بیمار، سامانه گزارش داوطلبانه را ایجاد کرد. این قانون در راستای بهبود گزارش و واکاوی خطاهای پزشکی امتیازات و امکاناتی را برای ایمنی اطلاعات بیمار به ارمغان می آورد که محصول ایمنی کار بیمار نام دارد.

قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار این اجازه را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی می دهد که مجازات های مالی را برای نقض محرمانه بودن ایمنی بیمار اعمال کند. همچنین این قانون اجازه دسترسی به فهرست سازمان ایمنی بیمار را به آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت های سلامت می دهد که این آژانس از کارشناسانی تشکیل شده است که وظیفه جمع آوری و بررسی اطلاعات ایمنی بیمار را دارند (عباسی، حیدری، ۱۳۹۷: ۱۱۸-۱۱۷)



۷-۴. منشور حقوق بیمار

منشور حقوق بیمار در ۲۲ ماده در ایالات متحده آمریکا به مثابه رویه‌ای واحد تصویب و اجرا می‌شود حقوق بیماران در منشور حقوق بیمار در ۹ بند احصا شده که عبارت است از:»

- حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب، با کیفیت بالا و بدون هیچ‌گونه تبعیض
- حق برخورداری از اطلاعات بهداشتی درمانی مربوط به وضعیت بیمار خود
- حق محرمانه بودن اطلاعات بهداشتی درمانی مربوط به وضعیت بیمار خود
- حق اعلام رضایت آگاهانه برای هرگونه مداخله بهداشتی درمانی
- حق استقلال رأی و تصمیم‌گیری در خصوص نوع خدمات بهداشتی درمانی
- حق رعایت محیط خصوصی بیمار
- حق داشتن آرامش
- حق ابراز اعتراض و شکایت
- حق جبران خسارت» (مصدق راد، ۱۳۸۲: ۴۸)

از دیگر قوانین حوزه سلامت در آمریکا می‌توان به قانون سلامت آمریکا، قانون اصلاح و بهداشت، قانون بهبود و نوسازی تجویز دارویی، قانون کار و درمان اورژانس پزشکی، قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت قانون آمریکایی‌های معلول و... اشاره کرد.

در حال حاضر حق داشتن بالاترین استانداردهای سلامت یا (حق سلامت) به طور محکم در قوانین بین‌المللی گنجانده شده است. (عباسی، عظیمی، ۱۴۰۱: ۲۸۶) این حق از طیف حقوق اجتماعی-اقتصادی است که دولت‌ها طبق قوانین بین‌المللی تعهدی را برای آن می‌پذیرند. هر چند وضعیت به گونه‌ای است که به حقوق اجتماعی-اقتصادی به ندرت همان جایگاه آزادی‌های لیبرال مرتبط با حقوق مدنی و سیاسی داده می‌شود.

در حقوق ایالات متحده آمریکا قانونگذار در ماده یک آیین‌نامه رفتار برای مقامات مجری قانون چنین بیان می‌دارد: مأموران مجری قانون باید همواره وظایفی را که قانون بر عهده آنها گذاشته شده است، با خدمت به جامعه و حمایت از همه افراد در برابر اعمال غیرقانونی، مطابق با درجه بالای مسئولیت مورد نیاز حرفه آنها، انجام دهند. (Evans, 2002: 197) همچنین در بسیاری از موارد از قوانین شکلی آمریکا به اجرای صحیح قانون اعم از داخلی و خارجی از جمله معاهدات و پیمان‌های بین‌المللی اشاره شده که در این نوشتار به چند مورد از آنها در باب حقوق سلامت پرداخته شد. این قوانین وسیله‌ای در باب ضمانت اجرای حقوق و در بحث ما حق بر سلامتی می‌باشند.

نتیجه‌گیری

فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در ایران و ایالات متحده آمریکا به دلیل تأثیرپذیری بالا از عوامل زمینه‌ای، ایده‌های رقیب و بازیگران متعدد با ترجیحات متفاوت، فرآیندی پیچیده است. اینکه تعامل میان این عوامل چگونه تغییر سیاست‌ها را رقم می‌زند، مشخص نیست. هدف این مطالعه ارائه نظریه‌ای زمینه‌ای برای تبیین و توصیف چگونگی شکل‌گیری تغییرات سیاستی در حوزه سلامت و ارائه توصیه‌های راهبردی برای سیاست‌گذاران این حوزه برای بهبود کیفیت و نتایج سیاست‌ها است. خاستگاه اصلی تغییرات در حوزه سلامت در ایران و ایالات متحده آمریکا نشان دادن تأثیر است. تأثیری که صاحبان آن برای نشان دادنش با بهره‌گیری از الگوهای راهبردی مشخصی در مواجهه با موقعیت‌های پیش‌رو در سه فضای دستورگذاری، مستندسازی و اجرا به کنشگری می‌پردازند. جریان تأثیر به‌عنوان جریان مسلط فرآیند سیاست‌گذاری کشور برای پیشبرد مقاصد صاحبان خود نیاز به هم‌راستا نمودن چهار جریان زمینه‌ای سیاست، ایده، فردگرایی عمودی و مشکل با اقتضائات خود دارد. مادامی که این



تأثیرات محقق می‌شوند، فرآیند تغییر در طول زمان ادامه می‌یابد. در غیراین صورت فرآیند تغییر فارغ از حل مشکل یا استقرار کامل لایه های ایده محوری متوقف یا دچار اختلال می‌شود.

منابع

۱. حیدری، مریم (۱۴۰۰)، حقوق سلامت عمومی، چاپ اول، انتشارات امجد
۲. جعفریان اصل، جمیله و حاجی پورکندرود، علی (۱۳۹۷)، نقش سیاست های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳ در تحقق معیارهای حق بر سلامت، فصلنامه مطالعات حقوقی، ۲(۲۱)، ۵-۱.
۳. جواهری، فاطمه، صفری شالی، رضا و مهدوی کنده داود (۱۳۹۹)، تحلیل جامعیت سیاست گذاری سلامت در قوانین برنامه های توسعه ایران، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، ۸۷-۶۳.
۴. رشیدی، علی (۱۳۸۱)، تأمین اجتماعی در اقتصاد مردم سالار، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۵، ۷۲-۴۷.
۵. زارع، حسین (۱۳۸۴)، نظام سلامت در دنیا (بسته های خدمات درمانی، بیمه سلامت)، چاپ اول، سازمان بیمه و خدمات درمانی.
۶. شریفی سلطانی، محمد (۱۳۹۳)، بررسی نظام حقوقی بیمه های خدمات درمانی در ایران با مقایسه بیمه های درمانی در آمریکا، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
۷. عباسی، بیژن و حیدری، مریم (۱۳۹۷)، بررسی سیاست گذاری و قوانین و مقررات سلامت در آمریکا، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، دوره ۴۸، ۱۲۰-۱۰۵.
۸. عباسی، مجید و عظیمی حامد (۱۴۰۱)، حق بر سلامت و تحریم های آمریکا در دوره ترامپ بر علیه جمهوری اسلامی ایران با تاکید بر تحریم های دارویی و تجهیزات پزشکی، ۷۲، ۳۰۲-۲۷۷.
۹. لاریجانی، باقر (۱۳۹۳)، سیاست گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، تهران، انتشارات عدالت.
۱۰. مصدق راد، علی محمد (۱۳۸۲)، بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ایران، نشریه تأمین اجتماعی شماره ۱۴، ۵۲-۳۳.
۱۱. مهدی زادگان، ایران و باقر پور، رحمت (۱۳۸۰)، سو استفاده و غفلت از سالمندان، تهران، انتشارات نقش جهان
۱۲. نجفی خواه، محسن و عبدالهیان، امید (۱۳۹۸)، بررسی مفهوم تولید در نظام سلامت ایران، کنفرانس ملی بیمه سلامت، پوشش همگانی و مدیریت منابع مالی.
13. Beaufort B. Longest (2006). health policymaking in the united states, Fourth edition.
14. Evans , T(2002), A Human Right to Health. Third World Quarterly 23(2), 197-215.
15. Kenyon HK , Forman L(2018), Deepening the Relationship between Human Rights and the Social Determinants of Health , Health Human Right Journal.
16. Swendiman, S (2012), Health Care; Constitutional Rights and Legislative Powers , Congressional Research Service.



Health Policy in the Islamic Republic of Iran & the United States of America

Mohadeseh Ghavamipour sereshkeh

M.A in Criminal Law & Criminology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran
Mohadesehghavamipour@gmail.com

Amirreza Mahmoudi

Assistant Professor, Department of Law, Lahijan Branch, Islamic Azad University,
Lahijan, Iran (Corresponding Author)
Amirreza.mahmodi@gmail.com

Abstract

Background & Purpose: It is a necessary and fundamental necessity in all fields and fields of law to make policies before drafting and approving laws to clarify the purpose of establishing laws. The fields of right to health and health rights are not exempted from this rule and they require precise and strategic policies in the first step.

Research Method: The research method in this study is descriptive-analytical.

Findings: Health policy is the measures and efforts of the government to promote, grow and improve health through health and treatment services, which are not exclusive to the actions of the Ministry of Health and medical professionals, and have affected the institutions, service organizations and financing of the health system and beyond. Health services include the activities of private and public sectors as well as voluntary organizations active in the field of health.

Conclusion: In fact, health policy is a set of short-term and final decisions and goals, measures and plans that are applied to achieve the goals of the health system as best as possible. Therefore, the current research has studied the health policy in the legal system of Iran and the United States of America with a comparative approach.

Key words: Health, Health Rights, Policy Making, Iranian Law, American Law