

## Economic Barriers and Restrictions on the Right to Health in Iran and the International System

Jamileh Jafarian Asl<sup>1</sup>, Ali Hajipour Kondroud<sup>2\*</sup>, Arkan Sharifi<sup>3</sup>

1. PhD student, Department of Law, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Law, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

3. Assistant Professor, Department of Law, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

### Abstract

Despite the noteworthy emphasis of international documents and domestic laws of the country regarding the right to health as one of the most important human rights, several factors have prevented the realization of this right. Considering this issue, in the present research, by identifying the obstacles, limitations and economic challenges facing the right to health in Iran and the international system, using the analytical-descriptive method and using library resources to explain the economic obstacles and limitations of the right to health in Iran and the international system have been discussed.

The research results indicate that economic barriers have been one of the main obstacles in realizing the right to health in Iran and other countries. Among the economic obstacles in the field of health are the lack of economic justice due to the unfair distribution of wealth, weakness in identifying the masses with different economic status, the unfavorable share of the people in the health costs, the limited access of the low-income groups and the poor in Iran's society to health services. He pointed out the limitation of institutions in charge of support affairs regarding medical services.

Due to several economic reasons, the state of the right to health in the country is far from the ideal state, and in order to realize it, it is necessary to make reforms in various economic fields. What is certain is that economic organization and overcoming its limitations is one of the most important factors affecting the right to health and well-being of the general citizens, which plays its prominent and deep role by affecting other factors such as access to health care and services, education, proper nutrition and so on.

**Keywords:** The right to health, Economic justice, The international system, economic barriers, Economic growth and development

\*Corresponding Author: [hajipour62@yahoo.com](mailto:hajipour62@yahoo.com)



#### Article Type:

Original Research

Pages: 107-142

Received: 2022 June 07

Revised: 2022 July 26

Accepted: 2022 September 12



## موانع و محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت در ایران و نظام بین الملل

جمیله جعفریان اصل<sup>۱</sup>، علی حاجی پور کندرود<sup>۲\*</sup>، ارکان شریفی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳. استادیار، گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

### چکیده

علی رغم تأکیدات شایان توجه اسناد بین‌المللی و قوانین داخلی کشور مبنی بر حق بر سلامت بعنوان یکی از حباتی‌ترین حقوق بشر، عوامل متعددی مانع از تحقق این حق شده‌اند. با توجه به این مساله، در پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیلی-توصیفی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای به تبیین موانع و محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت در ایران و نظام بین الملل پرداخته شده است.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که موانع اقتصادی یکی از بازدارنده‌های اصلی در تحقق حق بر سلامت در ایران و سایر کشورها بوده است. از جمله موانع اقتصادی در حوزه سلامت می‌توان به عدم برقراری عدالت اقتصادی به دلیل توزیع ناعادلانه ثروت، ضعف در شناسایی توده‌ها با وضعیت اقتصادی متفاوت، سهم نامطلوب مردم از هزینه‌های سلامت، دسترسی محدود شده اقشار کم درآمد و فقیر جامعه ایران به خدمات سلامت، محدودیت دستگاه‌های متولی امور حمایتی در خصوص خدمات درمانی اشاره کرد.

به دلایل متعدد اقتصادی، وضعیت حق بر سلامت در کشور فاصله زیادی با وضعیت مطلوب دارد و جهت تحقق آن لازم است اصلاحاتی در حوزه‌های مختلف اقتصادی انجام شود. آنچه مسلم است سامان دهی اقتصادی و عبور از محدودیت‌های آن، یکی از مهمترین مولفه‌های تأثیرگذار بر حق بر سلامت و رفاه عموم شهروندان است که نقش برجسته و عمیق خود را با تأثیر بر فاکتورهای دیگری همچون دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت و بهداشت، آموزش، تغذیه مناسب و غیره جلوه گر می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** حق بر سلامت، عدالت اقتصادی، نظام بین المللی، موانع اقتصادی، رشد و توسعه

اقتصادی



نوع مقاله: علمی پژوهشی

صفحات: ۱۰۷-۱۴۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۵/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱



تمامی حقوق انتشار این مقاله، متعلق به نویسنده است.

## درآمد

همواره یکی از دغدغه های اساسی کارشناسان اقتصاد و بهداشت در جهان اثرات متقابل حق سلامت بر اقتصاد و اقتصاد بر حق سلامت بوده است. در ابتدا آن چه بیشتر مد نظر بود و مورد توجه قرار می گرفت اثر پدیده اقتصاد بر سلامت بود یعنی اعتقاد بر این بود که اگر فردی دارای توان اقتصادی کافی نباشد، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تامین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ این اعتقاد زمینه ساز کمک های مالی کشورهای دارا به کشورهای نادر به منظور تأمین کالری لازم برای نیازمندان در این کشورها شد (اشرفی ریزی و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۴۱). شکی نیست که ثروت سلامت را افزایش می دهد زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش دهنده سلامتی دارند ولی آن چه از اهمیت بیشتری برخوردار است همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور است. زیرا سرمایه فرد نیازمند همان جسم وی می باشد و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می گردد. این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این گونه منعکس گردیده است: کشورهایی که افرادی آموزش دیده و سالم دارند دارای وضعیت سیاسی با ثبات تری بوده و از رشد اقتصادی مناسب تری برخوردار می باشند (سازمان جهانی بهداشت، به نقل از Bull et al, ۲۰۲۰: ۱۴۵۳). حق بر سلامت یک فرآیند چند وجهی بوده و در عین حال از اولویت های اساسی دولتها محسوب می شود و تداوم آن به شکل مطلوب مستلزم مشارکت تمام حوزه ها و نهادهای یک جامعه در حال رشد و توسعه است و از سوی دیگر گفتمان سلامت تاثیرات شگرفی بر سایر حوزه ها داشته و از این رو در اسناد و موازین بین المللی و نیز در برنامه های سازمان ملل متحد به عنوان یکی از شاخص های مهم رشد و توسعه اقتصادی جلوه می نماید. عوامل بسیاری در تکوین و استمرار حق بر سلامت نقش دارند و در سایه مشارکت همه دستگاه های اجرایی این بنیان و اولویت اساسی جامعه به ثمر می نشیند. لذا گفتمان سلامت تأثیر عمیقی بر دیگر بخش های جامعه می گذارد. در برنامه های توسعه هزاره سوم سازمان ملل متحد نیز مبحث حق بر سلامت یکی از شاخص های مهم محسوب

می‌شود (org.worldtop20). در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران خصوصاً در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم، حق بر برخورداری از سلامت عمومی شهروندان از بهداشت و درمان همگانی و مطلوب مورد ابرام قانونگذار قرار گرفته است. پرداختن و استوارسازی حقوق سلامت در قالب سیاست‌های کلی نظام، قوانین برنامه ۵ ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بیانگر میزان ارج و قرب این مهم در ایران است. نه تنها در قانون اساسی بلکه در سند چشم انداز ۲۰ ساله نیز، به حق بر سلامت شهروندان میهن مان توجه شده است و در این سند توصیف جامعه سالم ایرانی با مفاهیمی چون برخورداری از سلامت و رفاه اجتماعی، فرصت‌های برابر و عادلانه در جهت بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی به چشم می‌خورد (مرادی و مرادی جو، ۱۳۹۹: ۷۳).

تحمیل بار سنگین قرض‌ها و فشارها از طرف سازمان‌های بین‌المللی مالی به کشورهای در حال توسعه، باعث بسط و گسترش فقر و بی‌عدالتی در عرصه جهان می‌شود. این روابط نابه سامان و نافرجام میان سیستم‌های نظامی - اقتصادی و مراکز ثروت و قدرت، زندگی مردم دچار بحران فقر در کشورهای جهان سوم را، روزه روز به سوی تباهی و انحطاط سوق می‌دهد. در سایه همین آشفتگی‌ها ست که امنیت و صلح جهانی در ورطه نابودی قرار گرفته و تحقق حق بر سلامت را با چالش‌هایی مواجه می‌سازد. در زمینه تأمین سلامت، ناکارآمدی اجرای سیاست‌های مالی و عدم دسترسی آحاد جامعه به خدمات پایه سلامت، عدم تأمین مالی به موقع مراکز درمانی از سوی سازمان‌های بیمه طرف قرارداد، تحریم گسترده علیه بانک‌های ایرانی، توانایی ایران را در پرداخت هزینه واردات بشر دوستانه محدود نموده است و به دلیل وجود مشکلات شدید اقتصادی و تورم ناشی از آن، محدودیت‌های جدی را برای مردم ایران در جهت تضمین حق بر سلامت ایجاد نموده است. ظهور پر قدرت و ویروس کرونا با ایجاد رکود در اقتصاد، از دسته عوامل تضعیف‌کننده وضعیت حق بر سلامت است که واکنش دولت‌ها را در زمینه جبران خسارت طلب می‌کند.

آنچه حائز اهمیت زیادی است این واقعیت است که علی‌رغم تأکید نهادهای بین‌المللی و همچنین دولت‌های مختلف برای برقراری خدمات

سلامت، آنچه در عمل مشاهده می‌شود این است که بسیاری از افراد جامعه در تامین نیازهای بهداشتی و سلامتی با موانع و چالش‌های متعددی مواجهند. به طور مشخص و در کشور ایران، بخش بزرگی از این مشکلات ناشی از محدودیت‌های مالی و اقتصادی است که باعث شده است بسیاری از اقشار جامعه در شرایطی زندگی کنند که فاصله زیادی با وضعیت ایده‌آل حق بر سلامت دارد. البته تاثیرات منفی مشکلات اقتصادی بر سلامت، مختص ایران نبوده و در بسیاری از کشورهای دیگر نیز مشاهده می‌شود. با این توضیحات در پژوهش حاضر به تدقیق در موانع و محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت در ایران و نظام بین الملل پرداخته می‌شود.

اگرچه در رابطه با تاثیر محدودیت‌های اقتصادی بر حق بر سلامت مطالعاتی پیش از این نیز انجام شده است؛ اما بررسی ادبیات نشان می‌دهد که مطالعات تطبیقی زیادی برای مقایسه وضعیت ایران و سایر کشورها انجام نشده است. در معدود مطالعات انجام شده نیز تنها برخی از محدودیت‌های اقتصادی از لحاظ تاثیری که بر بهداشت و سلامت می‌گذارند، مورد بررسی قرار گرفته است. تحت چنین شرایطی، خلا تحقیقات جامع جهت بررسی ابعاد مختلف محدودیت‌های اقتصادی احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف برطرف نمودن این شکاف تحقیقاتی انجام می‌شود. با توجه به هدف پژوهش، سوال اصلی تحقیق حاضر این است که مهمترین موانع و محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت در ایران و نظام بین الملل کدامند؟ در این راستا، پژوهش حاضر این فرضیه را ارائه می‌دهد که بین ایران و سایر کشورها از لحاظ تاثیرگذاری محدودیت‌های اقتصادی بر حق بر سلامت، تفاوت وجود دارد. جهت پاسخ به سوال پژوهش، در این مطالعه از رویکرد کتابخانه‌ای با رویکرد تطبیقی جهت تبیین محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت در ایران و نظام بین الملل استفاده می‌شود. ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، فیش برداری و سپس توصیف تحلیلی نتایج بدست آمده است.

ادامه این مقاله به شرح زیر سازمان‌دهی شده است: در ابتدا تعریف حق بر سلامت بیان شده و جنبه‌های مختلف این مفهوم، توضیح داده می‌شود. در بخش بعدی این مقاله، به تحلیل مقایسه‌ای موانع اقتصادی حق بر سلامت در

نظام بین‌المللی و ایران پرداخته می‌شود. به طور مشخص در این بخش به بررسی موانع اقتصادی مربوط به مراقبت‌های سطوح سه‌گانه سلامت، موانع مربوط به سهمیه بندی با جیره بندی خدمات سلامت، موانع اقتصادی پژوهش‌های حوزه سلامت، بحران اقتصادی ناشی از کووید ۱۹، سهم پایین مردم از هزینه سلامت، موانع اقتصادی مربوط به خدمات پایه و بیمه‌های سلامت، دسترسی نامطلوب اقشار کم درآمد به خدمات حوزه سلامت در ایران و نهایتاً محدودیت دستگاه‌های متولی امور حمایتی خدمات درمانی در ایران پرداخته می‌شود. این مقاله با بحث و نتیجه‌گیری راجع به یافته‌های پژوهش به پایان می‌رسد.

### ۱- مفهوم حق بر سلامت

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد مطلوب از نظر سلامت فیزیکی و روانی و ذهنی دسترسی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست و هوای پاک را در برمی‌گیرد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۰). وجود ابعاد و حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل مختلف موثر بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی با جسم و روان سالم ملزم به انجام اقداماتی در حوزه‌های سلامت با سیاست‌گذاری‌های صحیح و به موقع می‌باشند که برخی از این تعهدات برای تحقق، نیازمند اقدامات فوری و برخی دیگر گذر زمان را می‌طلبد. ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است. حق بر سلامت، یکی از حیاتی‌ترین حقوق بشری است که در تمامی اسناد بین‌المللی محترم شمرده شده است. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (مصوب ۱۹۴۶) "... بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت را به عنوان یک حق اساسی هر انسان" پیش‌بینی می‌کند. درک سلامت به عنوان یک حق بشری، یک تعهد قانونی را برای دولت‌ها ایجاد می‌کند تا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به موقع، قابل قبول و مقرون به صرفه با کیفیت مناسب و همچنین

تأمین عوامل تعیین کننده سلامت، مانند آب سالم و آشامیدنی، بهداشت، غذا، مسکن، اطلاعات و آموزش مرتبط با سلامت، و برابری جنسیتی را تضمین نمایند (Preda, 2022: 19). تعهد دولت‌ها به حمایت از حق بر سلامت - از جمله از طریق تخصیص "حداکثر منابع موجود" برای تحقق تدریجی این هدف - از طریق مکانیسم‌های مختلف حقوق بشر بین المللی پذیرفته شده است. یک رویکرد مبتنی بر حق بر سلامت مستلزم آن است که سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی باید نیازهای افرادی را که از جوامع توسعه یافته، عقب‌تر هستند، ابتدا به سمت برابری بیشتر اولویت‌بندی کنند، اصلی که در برنامه ۲۰۳۰ سازمان ملل متحد برای توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت تکرار شده است (Shafique et al, 2018: 63).

نظام‌های سلامت نقش عمده‌ای را در افزایش امید به زندگی در قرن حاضر داشته و در جهت ارتقای سلامت و کیفیت زندگی زنان و مردان و کودکان در سرتاسر جهان نیز مشارکت بسیار موثری را از خود نشان داده‌اند. ولی هنوز هم شکاف عمیقی بین پتانسیل‌ها و عملکرد نظام‌های سلامت مشهود است. سلامت و حق برخورداری از آن با کالاها و محصولات گوناگون در اساس متفاوت است، جانانان میلر معتقد است: در بین تمام چیزها، بدن انسان از وضعیت استثنایی برخوردار است. سلامت اگرچه تا حد زیادی در اختیار انسان است؛ با این حال ابعاد مختلف زندگی انسان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا سلامت حق بنیادین شهروندان است و پایه و اساس توسعه پایدار قرار گرفته است (Shakespeare et al, 2019: 551).

تعریف کاربردی حق برخورداری از سلامت با عوامل سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی توأم با کیفیت مطلوب زندگی جسمی، روانی، اجتماعی و حتی معنوی شهروندان تعریف می‌شود. اما چشم انداز سازمان بهداشت جهانی فراتر از سلامت جسمی بوده و در اساسنامه خود اصولی چون رفاه ذهنی، لذت برخورداری از بالاترین سطح ممکن سلامت بدون توجه به تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی مردم با رویکرد به سلامت تمام مردم و از جمله رشد سالم کودک را در ارتقاء و بالندگی سلامت جامعه موثر دانسته و آن را بعنوان عاملی موثر در امنیت مردم جامعه تلقی می‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰: ۸۳۷). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی عوامل موثر

برسلامتی، محیط‌های اجتماعی و اقتصادی، مشخصات فیزیکی و ویژگی‌های فردی است که با طبقه اجتماعی و آموزش و پرورش، ژنتیک و خدمات بهداشتی در هم تنیده شده‌اند. پس از تعیین‌کننده‌های سلامت، علاوه بر دانش سلامت، شیوه زندگی مردم و نحوه مشارکت آنها در جامعه تاثیر فوق العاده ای در حق برخورداری از سلامت خواهد داشت. تعیین‌کننده‌های عمده حق بر سلامت، در حوزه‌های ژنتیک و محیط، راه و روش زندگی و خدمات بهداشتی و درمانی ارزیابی می‌گردد. از بین مولفه‌های فوق الذکر، تعیین‌کننده‌های اجتماعی به علت پیدایش بی‌عدالتی‌ها درحوزه ی سلامت از حساسیت بیشتری برخوردار هستند. از منظر سازمان بهداشت جهانی، طبقه اجتماعی مناسب، نوع کار و اشتغال، محیط خوب در دوران کودکی، دوستی‌ها و حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند سلامت اجتماعی را به ارمغان آورد. (<https://www.undp.org/goals-development-sustainable>).

حق به رسمیت شناخته شدن دسترسی هر انسان به بالاترین حد سلامت مطلوب، در جامع‌ترین مفهوم خود در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته، بر اساس بند ۲ این ماده تدابیری که کشورهای عضو میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدام‌های لازم در جهت کاهش مرگ و میر کودکان، پیشگیری، مبارزه و معالجه بیماری‌های سرایت‌کننده و دیگر بیماری‌ها، چاره‌اندیشی مناسب برای تأمین خدمات و نیز خدمات گروه‌های پزشکی برای آحاد مردم برای درمان بیماریها می‌باشد (جاوید و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۷). حق بر سلامت با حق حیات (نسل اول حقوق بشر) پیوند خورده و از سوی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی عجین شده است. علاوه بر این حق بر محیط زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد و بسیار مهم می‌باشد نیز از حق بر سلامت منشاء می‌گیرد. بنابراین حق بر سلامت را می‌توان حلقه ارتباط دهنده نسل‌های مختلف حقوق بشر دانست (Preneštini & Marsilio, ۲۰۲۰: ۵۵).

## ۲- تحلیل مقایسه‌ای موانع اقتصادی حق بر سلامت در نظام بین‌المللی و ایران

یکی از راه‌هایی که میتوان ثروت یک ملت را تخمین زد، درآمد میانگین هر



شخص است. مولفه هایی مانند رفاه، کیفیت زندگی شهروندان، میزان امید به زندگی، سطح سواد، میزان مرگ و میر، فرصت های شغلی و سهولت در دسترس بودن امکانات مربوط به سلامتی مانند آب سالم و غذای کافی، مسکن مناسب و غیره مشخصه های زندگی با کیفیت است. مرفه ترین کشورهای توسعه یافته دنیا مانند سوئیس، نروژ، ایسلند، ایالات متحده، ایرلند، دانمارک، سوئد و سنگاپور از نظر اقتصادی و تکنولوژی بسیار پیشرفت کرده اند (Bitton et al, 2019, 291). اگرچه وضعیت سلامت جامعه و عملکرد اقتصادی کشور به هم وابسته هستند، مشاهده می شود که کشورهای ثروتمندتر جمعیت سالم تری دارند و به شیوه های برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی توسل جسته اند. این یک واقعیت است که فقر زمینه کاهش امید به زندگی، پایین آمدن بهره وری و... را فراهم می کند. از سوی دیگر درآمد ملی تاثیر مستقیمی بر نظام های سلامت دارد. این تاثیر از طریق پوشش بیمه و بودجه دولت اعمال می شود (آل کجفاف و همکاران، 1392: 141). اقتصاد همواره نقشی کلیدی در تحقق حق بر سلامت ایفا کرده است. از نظر تاریخی، پیشرفت های بلندمدت در نظام سلامت از طریق سه مکانیسم کلی با رشد اقتصادی مرتبط بوده است: تغذیه بهتر، بهبود زیرساخت های بهداشت عمومی (مانند بهداشت و پاکیزگی تأمین آب)، و فناوری پزشکی موثرتر (مانند آنتی بیوتیک ها و واکسن ها). نتایج بسیاری از مطالعات ارتباط بین ثروت و سلامت را در کشورهای مختلف نشان می دهد. شهروندان کشورهای با درآمد متوسط بالاتر، تمایل دارند عمر طولانی تری داشته باشند و با وجود آن، سال های کمتری از کارافتادگی را تجربه می کنند؛ زنان در کشورهای با درآمد بالاتر، میزان کم خونی کمتری دارند؛ نوزادانی که در آن کشورها متولد می شوند نرخ مرگ و میر کمتری دارند و مواردی از این قبیل (Frakt, 2018: 1187). در مقابل، مشکلات و محدودیت های اقتصادی با چالش های مهم حوزه سلامت یعنی سوء تغذیه، افزایش مرگ و میر نوزادان، افزایش بیماری های واگیر، شرایط نامطلوب بهداشت خانواده ها و غیره همراه بوده است (Oleribe et al, 2019: 401). به طور کلی در نظام بین الملل و به ویژه در زمینه ی حق بر سلامت، در یک تقسیم بندی سه دسته تعهد کلی برای دولتها قابل شناسایی است: تعهد به رعایت، حمایت و

اجرا (Davis, ۲۰۲۰: ۹۷۶) به طور خلاصه میتوان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامت مستلزم اینست که دولت‌ها به طور مستقیم یا غیرمستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت، دولت را ملزم می‌کند که از بهره‌مندی از حق بر سلامت در برابر مداخلات و مزاحمت‌های طرفین ثالث حمایت به عمل آورد و در نهایت تعهد به اجرا در بردارنده‌ی طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی، مالی و... جهت اجرا و پیشبرد حق بر سلامت است (ایده، کراوزه و روساس، ۱۳۸۹، صص: ۱۸۵-۱۸۳؛ کریون، ۱۳۸۷، صص: ۱۵۸-۱۵۲). در ایران تقسیم‌بندی شفاف‌ی در خصوص تعهدات دولتها راجع به حق بر سلامت وجود نداشته و ضمانت‌اجرایی در تعهد به رعایت و حمایت و حتی اجرای حق بر خورداری از سلامت وجود ندارد. خصوصاً در تعهد به اجرا اقدامات قانونی و قضایی در تحقق این حق اساسی کم‌رنگ بوده و حمایت‌های مالی و بودجه‌ای برای به ثمر نشستن این حق بنیادین و بدیهی مطلوب نمی‌باشد.

اگرچه در طی سه دهه اخیر در بستر توجه روزافزون نظام بین‌المللی به حق بر سلامت، بحث پیرامون حقوق بیماران هم‌اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده و در ایران هم به تبعیت از آن سیاست‌گذاری‌هایی به انجام رسیده است. لذا در تمام کشورها ی در حال توسعه سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی همچنین باید در مسیر حمایت از حقوق بیماران قدم برداشته و با آگاهی کامل در جریان تصویب و اجرای قوانین مربوط به آن باشند. اولین رویداد نظام بین‌المللی با تمرکز بر حقوق بیماران در سال ۱۹۹۴ در هلند و با حمایت دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی رخ داد. هدف این مجمع ارتقای سطح سلامت بیماران بود. از اصول کلی مورد پذیرش در این نشست می‌توان به حق دریافت مراقبت‌های بهداشتی و توجه به منزلت و شأن انسانی اشاره نمود (Kinney, ۲۰۰۰: ۲۱). حق بر خورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، از حقوق بیماران است که باید متناسب با نیازهای بهداشتی و درمانی خود به صورت پیوسته دریافت شود. عدم سیاست‌گذاری دولتها در جهت رشد اقتصادی و افزایش نرخ رشد جمعیت نسبت به نرخ رشد اقتصادی که سبب کاهش تولید ناخالص ملی سرانه می‌شود، محدودیت‌های فراوان اقتصادی را برای نظام بین

المللی به همراه می‌آورد (لطیفی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۸۰).

تاثیر محدودیت‌های اقتصادی بر عدم تحقق حق بر سلامت را حتی می‌توان در درون کشورها نیز مشاهده نمود. در داخل کشورها، افراد با درآمد بالاتر اغلب زندگی طولانی تری دارند؛ کودکانی که در خانواده‌های ثروتمندتر بزرگ می‌شوند، سالم تر هستند؛ و مرگ و میر نوزادان و کودکان و میزان بیماری‌های دوران کودکی در خانواده‌های ثروتمند، کمتر است. بعنوان مثال، شواهد تجربی نشان می‌دهد که پس از رونق اقتصادی ژاپن در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، متوسط طول عمر در ژاپن طولانی شد. در مقام مقایسه، طول عمر در دوران رکود بزرگ آمریکا کاهش یافت (Allen et al, ۲۰۲۱: ۱۰۱). بعنوان مثالی دیگر، مطالعه انجام شده درباره رکود اقتصادی و مرگ و میر ایالات متحده از سال ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۲ نشان داد که افزایش محدودیت‌ها و مشکلات اقتصادی، با مرگ و میر بیشتر همراه است. بر اساس نتایج این مطالعه، همبستگی قابل ملاحظه‌ای بین درآمد کمتر و فقر بیشتر با نرخ مرگ و میر وجود دارد (Sommers & Gordon, ۲۰۱۶: ۴۹۳). جهت درک بهتر تاثیرات محدودیت‌های اقتصادی بر وضعیت حق بر سلامت در کشورهای مختلف، شاخص‌هایی چون سرانه هزینه بهداشت و درمان، درصد پوشش بیمه، تعداد بیمارستانها، درصد افرادی که حداقل خدمات درمانی را دریافت می‌کنند و تعداد مرگ نوزادان حین تولد (به ازای ۱۰۰هزار تولد) در تعدادی از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در سال میلادی ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفته است که خلاصه‌ای از آن در جدول زیر بیان شده است. همانگونه که از جدول مشخص می‌شود، بین شاخص‌های سلامتی و وضعیت اقتصادی کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. در ایران هم که جزو کشورهای در حال توسعه‌ی نظام بین الملل است، با توجه به شاخص‌های مورد بررسی، واضح است که جهت رسیدن به وضعیت مطلوب و ایده آل، موانع اقتصادی بسیاری باید مرتفع گردد.

جدول ۱. مقایسه کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته از لحاظ شاخص‌های سلامت<sup>۱</sup>

کشورهای در حال توسعه				کشورهای توسعه یافته				شاخص			
کشور	جمعیت	تولید ناخالص داخلی	تعداد پزشکان	کشور	جمعیت	تولید ناخالص داخلی	تعداد پزشکان				
۴۷۰۴	۴۹۵۲	۶۲۰۷	۲۶۰۷	۴۵۶	۳۹۵	۸۰۰۷۴	۴۴۹۱۰۷	۵۴۴۰۲	۵۳۵۰۱۳	۱۰۹۲۱۰۱	سرمایه هزینه بهداشت و درمان
۷۳	۹۵	۲۹	۲۸	۱۳	۳۳	۱۰۰	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	۵۳	درصد پوشش بیمه
۹۵۴	۱۱۲۴	۴۳۴۸۶	۸۷	۵۸۱۶	۱۲۰۱	۱۰۸	۳۰۵۹	۳۰۳۷	۱۹۳۲	۶۰۵۱	تعداد بیمارستانها
۱۳۶	۹۰۰۸	۴۵۹۱	۸۹۱	۳۸۶۷	۶۸۴۰	۹۸۰۵	۹۸۶۵	۹۹۲۳	۹۹۰۱۱	۹۹۶۸	درصد افرادی که حداقل خدمات درمانی را دریافت می‌کنند
۹۰۶	۸۶۷	۲۰۳۵	۲۶۹۵	۱۷۴۹	۴۰۳۹	۱۲۸	۲۵۶	۲۲۵	۲۰۷۴	۳۳۸	تعداد مرگ نوزادان حین تولد (به ازای ۱۰۰ هزار تولد)

لازم به ذکر است عواملی چون تحولات تکنولوژیک و پیشرفت‌های علمی و سرمایه‌های انسانی می‌تواند رشد کیفی اقتصادی را نیز تحت تأثیر قرار دهد؛ در صورتی که در کشورهای کمتر توسعه یافته که در واقع جزء مهمی از نظام بین الملل محسوب می‌شوند علاوه بر سطح پایین درآمد سرانه، توزیع ناعادلانه درآمد هم به بی‌عدالتی در پوشش همگانی خدمات بهداشتی و درمانی و دستیابی به حق بر سلامت مطلوب دامن می‌زند (Edwards & Paul, ۲۰۱۹: ۵۴۱). با توجه به اینکه ایران هم جزو کشورهای کمتر توسعه یافته است و توزیع عادلانه منابع به دلیل عدم تقسیم کار میان بازار و دولت در تفسیر مفهوم واقعی بخش عمومی و خصوصی مشهود نیست و تفکیک درستی از این دو وجود ندارد، صرفاً خروج دولت از تصدی‌گری بدون بسترسازی در سیاست‌های مالی امکان‌پذیر نیست لذا بی‌عدالتی در حوزه سلامت نیز دست به‌گریبان نظام اقتصادی کشور شده و با افزایش روزانه قیمت دارو و خدمات در حوزه سلامت حلقوم شهروندان را همچنان به سختی می‌فشارد.

تحریم که به منزله قطع یا محدود نمودن مناسبات اقتصادی و تجاری توسط یک یا چند کشور علیه کشوری که موازین بین‌المللی را نقض نموده است، خوانده می‌شود، تهدیدی جدی برای امنیت انسانی و سلامت افراد قلمداد می‌شود. در این میان تحریم کشورها در زمینه‌های دسترسی به آب سالم، غذای کافی و داروهای حیاتی و خدمات بهداشتی ضروری، هرچند به منظور تنبیه کشور خاطی صورت گرفته باشد، خود به عنوان نقض آشکار حقوق بشر قلمداد می‌شود (طباطبائی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۶۰). در ایران هم تحریم‌ها از موانع اقتصادی مهم و موثری در عدم تحقق حق بر سلامت محسوب می‌شوند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر خود راجع به حق بر سلامت به شناسایی موانع و مشکلات ساختاری بر سر راه تحقق حق بر سلامت و شناسایی سایر موانعی که خارج از کنترل دولت هاست، اشاره می‌نماید (<https://www.org.ohchr.org/en/rights-cultural-social-economic/rights-human/>). این کمیته سپس عنوان می‌دارد که دولت‌ها موظف اند که شرایط همکاری‌های بین‌المللی را فراهم سازند. به ویژه این موضوع در حوزه مسائل اقتصادی و فنی بیشتر مصداق پیدا می‌کند و در این مسیر لازم است کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تعهدات

بنیادین خود را ایفاء نمایند (Arsyad et al, ۲۰۲۰: ۱۹۵).

به موجب تفسیر شماره ۱۴، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورهای عضو میثاق را مورد خطاب قرار می‌دهد و از آنها می‌خواهد به اعمال حق سلامتی در دیگر کشورها احترام بگذارند و هر عامل ثالثی را از دخالت در این کشورها بازدارند. افزون بر آن، کمیته مزبور از این دولت‌ها می‌خواهد، «دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را در حد امکان تسهیل نمایند و کمک‌های لازم را به آنها ارائه دهند» و همچنین می‌خواهد در هر شرایطی از تحمیل تحریم‌ها و یا هرگونه محدودیتی در مورد تهیه امکانات دارویی و بهداشتی خودداری نمایند. تهیه‌کنندگان این گونه مواد، هرگز نباید دستاویزی برای تحمیل فشارهای اقتصادی و سیاسی قرار گیرد (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۷۷).

آنچه مسلم است نظم عمومی مرهون سلامت جامعه و آحاد شهروندان بوده و در صورت ثبات اقتصادی در سایه صلح و امنیت، گسترش مردم سالاری، مشارکت مردمی در تعیین سرنوشت خود و همچنین استقرار حکومت مردم بر مردم، با برچیده شدن استبداد، ظلم و تبعیض، تضمین و تحقق حق بر سلامت از سوی دولت‌ها مقدور خواهد گشت. بنابراین در نظام بین‌المللی، دولت‌ها موظف به ایجاد و بسط زمینه‌های همکاری و تعاملات بین‌المللی در جهت افزایش مناسبات اقتصادی و توزیع عادلانه ثروت در سطح جهانی و خصوصاً در کشورهای کمتر توسعه یافته هستند تا از فشارها و بحران‌های اقتصادی در کشورهای فقیر کاسته گردد.

## ۱-۲- موانع اقتصادی مربوط به مراقبت‌های سطوح سه‌گانه سلامت

گفتمان حق بر سلامت اغلب در سه سطح مراقبت سلامت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در سطح اول، مراقبت اولیه سلامت به بیماریهایی با اهمیت کمتر می‌پردازد که این خدمات توسط متخصصان سلامت و پزشکان عمومی با هزینه کم ارائه می‌گردد. مراقبت ثانویه سلامت در بیمارستانها و کلینیک‌های تخصصی ارائه می‌شود و مربوط به آن دسته از بیماریهایی هستند که نیاز به تجهیزات ویژه پزشکی و بیمارستانی و گاهی بستری شدن بیمار دارد و توأم با صرف هزینه‌های زیاد است. مراقبت سوم که مربوط به بیماریهای خاص بوده و به دلیل نیاز به پزشکان فوق تخصص و تجهیزات پیشرفته تر،

اغلب بسیار پرهزینه خواهد بود. (قلی شفیع و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۸). چون سطوح سه گانه مراقبتی دارای همپوشانی هستند لذا تمییز معیارها به صورت شفاف میسر نبوده و ارزیابی سطوح مشکل است. بنابراین در رابطه با فهم هنجاری ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کمک قابل توجهی را نمی نماید. بلکه خود به عنوان محدودیتی غیر قابل اغماض در جهت تحقق کامل حق بر سلامت محسوب می گردد (خسروی، ۱۳۸۸: ۱۵۸). در ایران عدم تفکیک واضح سه سطح مراقبت سلامت و نیز کمبود دارو و تجهیزات پزشکی، با هزینه های سرسام آور بیمارستان ها و مراکز درمانی و نبود متخصصان حرف پزشکی در اقصی نقاط کشور خصوصاً در مورد بیماری های خاص سبب شده که در عمل ارائه خدمات سلامت در سطوح دوم و سوم بسیار سخت و به کندی پیش رود به طوری که سیر پیشرفت بیماری ها غیر قابل مهار گردد. در مورد سطح اول یعنی مراقبت اولیه، با توجه به هزینه های روز افزون و بیزیت پزشکان عمومی اخیراً شاهد افت این سطح از مراقبت نیز هستیم به طوری که حتی در مراکز شهری هم امکان مراجعه و گرفتن خدمات حوزه سلامت برای شهروندان ایرانی با محدودیت و چالش های زیادی مواجه شده است.

سیستم های مراقبت های بهداشتی اگر نیازها و شرایط زندگی اجتماعی- اقتصادی جمعیت های محروم را در نظر نگیرند، می توانند نابرابری های سلامت را افزایش دهند. مطالعات منسجمی در منابع در دسترس وجود ندارد ولی جدیدترین گزارشات منتشر شده توسط نهادهای معتبر بین المللی، توجه را به علل نابرابری های اجتماعی در سیستم مراقبت های بهداشتی انگلیس جلب می کند. در بسیاری از کشورها، موانع بر سر راه مراقبت های بهداشتی همگانی، بار سنگینی را برای برخی از گروه ها، به ویژه افرادی که با درآمد کم یا مشکلات اقتصادی زندگی می کنند، تحمیل می نماید. افرادی که در فقر زندگی می کنند<sup>۱</sup> (PLPs) نسبت به افراد مرفه بیشتر در معرض خطر بدتر شدن وضعیت سلامت، بیماری های مزمن و مرگ زودرس هستند. در عین حال، شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد این دسته از افراد کمترین میزان مراقبت های بهداشتی را دریافت می کنند (معروف به قاعده مراقبت معکوس). افراد فقیر کمتر احتمال دارد که پزشک خانواده داشته باشند و مراقبت های پیشگیرانه و

1 Persons living in poverty

ثانویه را دریافت کنند و بیشتر احتمال دارد تجارب منفی مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را تجربه کنند (Hilton, ۲۰۲۱). درک عمیق تر موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، و همچنین علل و تأثیرات آن‌ها بر تجربه مراقبت از افراد فقیر، به کادر درمانی کمک می‌کند تا بر این چالش‌ها غلبه کند و مراقبت‌های درمانی لازم را ارائه دهد (Ali et al, ۲۰۲۱).

بررسی مقایسه‌ای محدودیت‌های اقتصادی حق بر سلامت حاکی از آن است که حتی در کشورهای توسعه یافته نیز مشکلات اقتصادی متعددی در حوزه سلامت وجود دارد. در میان ۱۱ کشور پردرآمد، سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده پرهزینه‌ترین سیستم است؛ به طوری که ۱۷ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۸ صرف مراقبت‌های بهداشتی شده است. بسیاری از شاخص‌های سلامت آمریکا بسیار فراتر از استانداردهای جهانی هستند. با این حال، حدود ۱۴ درصد از آمریکایی‌ها (بیش از ۲۷ میلیون نفر) در پایان سال ۲۰۱۸ در برابر بیماری بیمه نبودند که باعث حدود ۶۰۰۰۰ مرگ قابل اجتناب شد (Schneider et al, ۲۰۲۱: ۱۱۸). سیستم مراقبت‌های بهداشتی بریتانیا کل جمعیت را از طریق سیستم بهداشت ملی تحت پوشش قرار می‌دهد. مهمترین خدمات بهداشتی سیستم بهداشت ملی انگلستان شامل برنامه‌های غربالگری پیشگیرانه و واکسیناسیون، مراقبت‌های بستری و سرپایی در بیمارستان‌ها، مراقبت‌های زایمان، مراقبت‌های بهداشت روانی و مراقبت‌های تسکینی است. با این حال، بسیاری از اقشار حاشیه شهرها دسترسی مطلوبی به خدمات بهداشت و درمانی ندارند (Tennison et al, ۲۰۲۱: ۸۹). چین دارای بیمه پزشکی با بودجه عمومی است. مراقبت‌های بهداشتی جامع تحت پوشش بیمه عمومی است، اما فرانشیزها و پرداخت‌های مشترک نیز اعمال می‌شود و سقفی برای بازپرداخت وجود دارد. از سوی دیگر، نابرابری زیادی در دسترسی به خدمات بهداشتی در ایالت‌های مختلف چین دیده می‌شود (Haldane et al, ۲۰۲۱: ۹۶۹). در بین کشورهای آمریکای لاتین نیز تأثیرات منفی مشکلات اقتصادی بر خدمات بهداشت و درمان دیده می‌شود. در کشور پرو، بسیاری از گروه‌های کم درآمد عملاً دسترسی به خدمات بهداشتی ندارند. در اروگوئه نیز به دلیل مشکلات اقتصادی که این کشور در سه دهه اخیر داشته است، میزان شیوع بیماری‌های واگیر، عدم واکسیناسیون عمومی و مرگ و میر ناشی از کمبود



داروها افزایش یافته است. کلمبیا یک مورد استثناء در مراقبت های بهداشتی آمریکای جنوبی است. این کشور تقریباً ۹۷ درصد از جمعیت خود را تحت پوشش بیمه سلامت همگانی اجباری قرار می دهد. همه شهروندان به خدمات بهداشتی مشابهی دسترسی دارند و تنها ۱۴ درصد از جیب خود هزینه می کنند (Schütte et al, ۲۰۱۸: ۷۱).

## ۲-۲- موانع مربوط به سهمیه بندی با جیره بندی خدمات سلامت

از جمله معضلات نظام بهداشت و درمان در سطح بین المللی، سهمیه بندی خدمات درمانی است. درست است که مطالعات منسجمی در این مورد وجود ندارد اما گزارشات نهادهای بین المللی همچون فائو و سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که در بسیاری از کشورهای آفریقایی، آمریکای مرکزی و جنوبی و آسیای مرکزی، جیره بندی یک شیوه مرسوم ارائه خدمات سلامت دولتی است. روش سهمیه بندی اگرچه در برخی از کشورها به دلیل مشکلات شدید اقتصادی رویکردی اجتناب ناپذیر است، اما به وضوح باعث از بین رفتن عدالت در توزیع خدمات بهداشتی می شود (Davis, ۲۰۲۰: ۹۸۳).

سهمیه بندی با جیره بندی های خدمات سلامت در قالب روش هایی برای تفکیک های جراحی در جهت اعمال و اجرای مکانیسم های مربوط به محدودیت های تهیه و توزیع کالاها، تجهیزات پزشکی و بیمارستانی، خدمات و تسهیلات مربوط به سلامت مورد استفاده قرار می گیرند و شامل موارد ذیل می باشند:

- ۱- قرعه کشی: چنانچه کالایی را که در نظر است میان تمام کسانی که خواهان استفاده از آن می باشند، نتوان تقسیم نمود، یکی از منصفانه ترین شیوه های توزیع می تواند اجرای فرایندی برای کلیه افراد، به منظور برخورداری از شانس منصفانه برای دستیابی به آن کالا یا خدمات باشد. به عبارت دیگر، فرآیند قرعه کشی چشم بستن بر ویژگی های مشخصه دریافت کنندگان خدمات است، به طوری که همه دریافت کنندگان صرف نظر از موقعیت و مقام اجتماعی، اقتصادی یا سیاسی، شانس مساوی برای دریافت آن خدمت را دارند. فلذا احتمال تبعیض را تا حدود زیادی کاهش می دهد.
- ۲- صف انتظار: یکی دیگر از روش های توزیع خدمات سلامت در موارد مربوط به محدودیت منابع مورد نیاز است. لازم به ذکر است که صف مراقبت های بهداشتی

تنها بر زمان انتظار در لیست استوار نبوده بلکه در این روش به ویژگی‌های دریافت کنندگان خدمت از جمله حاد بودن شرایط و شدت بیماری نیز توجه به عمل می‌آید، همچون موارد مربوط به پیوند اعضا و لیست متقاضیان دریافت این نوع از خدمات.

۳- قانون مراقبت معکوس: قانون مراقبت معکوس بدین معنی است که هرچند مردم فقیر و نیازمند بیشترین بار بیماری و درد و رنج ناشی از آن را بر دوش می‌کشند ولی سهم اندکی از منابع و خدمات مربوط مراقبت‌های بهداشتی را نسبت به افراد دارا و مرفه دریافت می‌دارند، به بیان دیگر منابع و تسهیلات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی به صورتی معکوس و وارونه نسبت به نیاز و استحقاق افراد توزیع می‌شود، محققان بر این باورند که این رابطه از کشوری به کشور دیگر و از منطقه ای به منطقه دیگر و در میان گروه‌های اجتماعی و اقتصادی از گروهی به گروه دیگر متفاوت است.

۴- سهمیه بندی خدمات بهداشتی: اصلی ترین و بنیادی ترین مفهوم زمینه ساز علم اقتصاد، این حقیقت است که در عین نامحدود بودن نیازها و تمایلات بشری، منابع موجود محدود و فناپذیر است. بدین سان ضرورت دارد تا اطمینان حاصل نمائیم که نحوه استفاده از این منابع، بهترین یا مناسب ترین نتایج ممکن را به همراه خواهد داشت. از دیدگاه متولیان امر سهمیه بندی، ذینفعان، موسسات و نهادهای ذیربط در حوزه سلامت روش‌ها و سیستم‌های متفاوتی را برای اعمال مداخلات و محدودیت‌ها پیش بینی و طراحی نموده اند (جنتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۷۳).

طبقه بندی مهم دیگر برای سهمیه بندی، تقسیم آن به دودسته پنهان و آشکار است. در «سهمیه بندی پنهان» مراقبت‌های بهداشتی توسط سازمان‌های بسیاری انجام می‌پذیرد که به طرز کاملاً مستقل از همدیگر و متفاوت با هم عمل می‌نمایند و به ضروریات و مأموریت‌های اقتصادی مربوط به خود پاسخ می‌دهند. در مقابل «سهمیه بندی به روش آشکار» بدین معنی است که سازمان‌های ذی ربط به صورت مستقیم اطلاعات مربوط به سهمیه بندی خدمات بهداشتی و درمانی را اطلاع‌رسانی می‌کنند (Prenestini & Marsilio, ۲۰۲۰: ۵۶).

شایان توجه است، هریک از روش‌های فوق که به منظور اعمال محدودیت‌ها از طریق اولویت بندی، سهمیه بندی و یا به تعبیر دیگر جیره بندی خدمات سلامت طراحی و مورد استفاده قرار می‌گیرد، دارای نقاط قوت و ضعف مربوط به خود می‌باشد

که لازم است در هنگام اجرا و کاربرد آن مدنظر قرار گیرد. به طور کلی می توان نتیجه گرفت در سهمیه بندی توسط بخش های عمومی و دولتی بیشتر از روش صف های انتظار، پرداخت های مشارکتی برای مداخلات مختلف، پرداخت های کمتر به پزشکان برای یک سری مداخلات اضافی به منظور اعمال محدودیت برای مراقبت های غیر ضروری استفاده می شود. حال آنکه در بخش های خصوصی، اغلب اقدامات از طریق اعمال مکانیسم های بازار و سهمیه بندی بر اساس قیمت ها، انجام می شود (سلحشوری و همکاران، ۱۴۰۰: ۳). در ایران به دلیل کمبود منابع سلامت، سهمیه بندی خدمات سلامت به روش صف انتظار و قانون مراقبت معکوس اعمال می شود که نتیجه آن وخامت بیماری و کاهش کیفیت خدمات برای قشر فقیر و در نهایت حذف اقشار مختلف از گرفتن خدمات سلامت خواهد بود که این معضل سبب نقض عدالت اقتصادی و اجتماعی در کشور بوده و به طور روز افزون سبب شکاف جامعه ایران با نظام بین الملل در مسیر شکوفایی حق بر خورداری از سلامت خواهد بود.

نکته قابل توجه در رابطه با سهمیه بندی خدمات بهداشتی، مغایرت آشکار آن با اسناد حقوقی چه در قوانین داخلی کشور و چه در سطح بین المللی است. مشخصاً در این رابطه می توان به اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اشاره کرده که بیان می دارد «بر خورداری از تامین اجتماعی از نظر باز نشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی». همچنین بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی بر رفع هرگونه محرومیت در «زمینه بهداشت و تعمیم بیمه» تأکید مؤکد داشته است. بنابراین مشخص می شود که جیره بندی خدمات سلامت در تناقض آشکار با متون قانونی مرتبط با حق بر سلامت قرار دارد و حتی نمی توان تکیه گاه قانونی برای سهمیه بندی قایل شد.

### ۲-۳- موانع اقتصادی پژوهش های حوزه سلامت

مطابق با تعریف سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD)، «هر فعالیت سیستماتیک خلاقانه ای که به منظور افزایش دانش از جمله دانش انسان، فرهنگ و جامعه انجام شده و برای ابداع کاربردهای جدید صورت گیرد، پژوهش نامیده می شود».

، بودجه اختصاص یافته به تحقیقات سلامت بخش ناچیزی از کل بودجه تحقیقاتی در سراسر جهان را شامل می‌شود؛ نکته طعنه‌آمیز این است که تقریباً در تمامی نظام‌های سیاسی جهان بر حق سلامت و بهداشت به عنوان یکی از مهمترین حقوق انسان‌ها تاکید شده است. اما در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، سهم اختصاص یافته برای چنین تحقیقاتی بسیار پایین‌تر از میانگین جهانی است (Churrua et al, ۲۰۲۱).

رشد اقتصادی مستلزم توجه به سهم هزینه‌های تحقیق از تولید ناخالص داخلی است، با این وجود کشورهای در حال توسعه به علت مشکلات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، به دنبال رفع مشکلات آنی هستند، در صورتی که رفع این مشکلات به صورت زیربنایی نیازمند تحقیقات عمیق و گسترده است که اغلب نتایج آن سال‌ها بعد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در کشور ایران، تا زمانی که مسئولان از دستاوردهای تحقیقات در اتخاذ تصمیم و برنامه ریزی‌های صحیح اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی بهره نبرند کشورمان به توسعه اجتماعی و پایدار دست نخواهند یافت (اشرفی ریزی و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۴۲). در جمهوری اسلامی ایران برای توسعه یافتگی اقتصادی به ایجاد زیرساخت‌های لازم در حوزه پژوهش‌های سلامت مانند اختصاص بودجه کافی، حمایت‌های تشویقی از پژوهشگران و مهیا کردن تجهیزات و لوازم مورد نیاز، پرداخته نشده است. لذا جهت مانع زدایی باید به زیرساخت‌های لازم و کافی در حوزه پژوهش‌های سلامت همت گمارده شود. سهم پایین تحقیقات علمی در ایران در حالی رقم می‌خورد که در بند ۳ ماده ۲ قانون اهداف، وظایف و تشکیلات وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به حمایت از پژوهش‌های علمی و دانشگاهی اشاره شده است. همچنین ۱۹ مورد قانون کشوری در حوزه پژوهش و فناوری وجود دارد که این امر نشان می‌دهد بسیاری از این قوانین ضمانت اجرایی مناسبی ندارند ([2783/page/fa/ir.ac.acecr.research](http://2783/page/fa/ir.ac.acecr.research)). لذا تازمانی که بودجه کافی و نیروی انسانی تحصیل کرده در زمینه اقتصاد و حقوق وارد حوزه سلامت نشود و پژوهش‌های لازم و کافی در خصوص سلامت و حق بر خورداری از آن صورت نگیرد توسعه سلامت در راستای توسعه اقتصادی محقق نخواهد شد.

## ۲-۴- بحران اقتصادی ناشی از کووید ۱۹

پاندمی کرونا بی شک تاثیر بسیار شدید و منفی بر تحقق "حق بر سلامت"

در سراسر جهان داشته است. بخش‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی در سراسر کشورها برای مقابله با عدم تعادل گسترده در عرضه و تقاضا و تامین نیازهای بهداشتی و درمانی تلاش می‌کنند. با توجه به تعطیلی کارخانه‌های تولیدی که منجر به کمبود دارو، کیت‌های آزمایش و سایر اقلام ضروری شده است، کرونا زنجیره‌های تامین تجهیزات پزشکی در جهان را در وضعیت ضعیفی قرار داده است. شرکت‌های داروسازی در تلاش هستند تا با این واقعیت جدید رو به رو شوند و به دنبال راه‌حلی هستند که باعث کاهش و در نهایت جلوگیری از گسترش بیشتر COVID-19 شوند. دولت‌ها، بیمارستان‌ها، سرمایه‌گذاران، شرکت‌های داروسازی و کسب‌وکارهای مرتبط، همگی در تلاش هستند تا آزمایش‌های بالینی سریع‌تری را برای جلوگیری از همه‌گیری بیماری دنبال کنند. با تمامی این احوال، اثرات کرونا مخرب‌تر از آن است که پیش‌بینی می‌شد. مشکلات تهیه و توزیع واکسن به خصوص در کشورهای توسعه‌نیافته از دیگر عوامل منبث از بروز این پاندمی بوده که سلامت بخش بزرگی از مردم جهان را مورد تهدید قرار داده است (Wiysonge et al, 2022).

ایران در بدو پیدایش این بیماری با عدم اعمال قرنطینه به موقع و نیز عدم داشتن برنامه‌های صحیح و ضروری برای جلوگیری از پاندمی اخیر، چون باکتری بودجه هم مواجه است در تهاجم بی‌رحمانه این ویروس دچار نا به سامانی شده و از پیامدهای اقتصادی ناشی از آن رنج می‌برد. کشوری که پس از طی سال‌های سخت ۹۸ و ۹۹، دچار کاهش تشکیل سرمایه‌ی ثابت شده، ظرفیت تولید اقتصادی آن نیز رو به کاهش نهاده و دستیابی به سطح رفاه سال ۹۰ و قبل از آن دشوار به نظر می‌رسد (طاهری نیا و حسنوند، ۱۳۹۹: ۴۴). سیاست دولت در حمایت از حوزه سلامت در جهت تامین دارو، ماسک، ضد عفونی‌کننده‌ها، تجهیزات پزشکی و بیمارستانی، اگرچه دارای نکات مثبت نیز می‌باشد اما از نواقص و محدودیت‌های فراوانی رنج می‌برد که نقدهایی هم در این مورد مطرح است. بازنگری در ساختار مدیریت بحران و مدیریت بازار، حمایت از کسب و کارها و حمایت از اقشار محروم جامعه، دسترسی به اطلاعات در باره مخاطرات بهداشتی در عصر رو به جهانی شدن حاضر، جلب مشارکت‌های مردمی برای گذر از بحران‌های اقتصادی در زمان شیوع بیماری کرونا، عدالت سلامت در سایه پوشش همه‌گروه‌های اجتماعی، مراقبت با محوریت مردم و توانمندسازی

گیرندگان خدمات سلامت برای مشارکت در سلامت خود، از جمله اقدامات لازم در این زمینه است (عسگری و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۰۱). همچنین اصلاحات اصولی ارائه خدمات و سیاست عمومی، سازماندهی شبکه‌های مراقبت اولیه، نزدیک کردن خدمات مراقبت به شهروندان، ابتکار عمل‌های کشوری بهداشت و سلامت عمومی، سوق دادن سیاست‌ها به سوی سلامت همگانی، ایجاد فرصت‌ها برای وضع سیاست‌های عمومی بهتر در بخش سلامت، اقدامات عملی عادلانه در جهت استاندارد جهانی در حوزه سلامت، ایجاد ظرفیت کافی برای تغییر در نگرش‌ها، حرکت به سمت اقتصاد سلامت کم هزینه و توأم با رشد سریع، بسیج تولید دانش و نیروهای محرکه اصلاحات و در نهایت بسیج کارآمد مشارکت مردمی می‌بایست سرلوحه توجه دولت ایران قرارگیرد (دادورخانی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۹۷).

ایجاد حقوقی در رابطه با دستورالعمل‌های کرونا و تاثیرات آن بر سلامت جامعه، این است که تمامی دستورالعمل‌ها و توصیه‌های بهداشتی ارائه شده در واقع مصوبه‌های ستاد مقابله با کرونا بوده است و عملاً «قانون مصوب مجلس» در این زمینه مشاهده نمی‌شود. بدیهی است «قانون» نبودن این مصوبات به راحتی می‌تواند موانعی در برابر پیاده سازی آن فراهم آورد که شاهد چنین مشکلاتی نیز در دو سال اخیر بوده‌ایم. لذا دولتمردان بدون همراهی و هماهنگی با قوه قانون گذاری و حتی سازمانهای درون قوه مجریه، بسیار دیر و ناقص در جهت مقابله با کرونا عمل کرده و به همین دلیل شاهد از دست رفتن خیل کثیری از شهروندان بودیم که با قرنطینه به موقع و بدون تعصب، هماهنگی با همه سازمانهای درون بخشی و جلب مشارکت های مردمی و نیز NGO ها، با بهره گیری از دانشمندان صاحب تدبیر و برنامه در حوزه سلامت، با انسجامی شایسته می‌توانستیم در مقابل این بیماری از جان مردم کشورمان محافظت نماییم.

## ۲-۵- سهم پایین مردم از هزینه سلامت

درمیان شاخص‌های اقتصاد کلان، تولید ناخالص داخلی، از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ زیرا به عنوان مهمترین شاخص‌های عملکرد اقتصادی در ارزیابی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در کشور ما این رقم حدود ۶/۵ درصد است در حالی که در

اغلب کشورهای همسایه ما بیش از ۷ درصد، در کشورهای در حال توسعه بیش از ۹ درصد، در کشورهای توسعه یافته بالاتر از ۱۲ درصد و در آمریکا بالاتر از ۱۶ درصد محاسبه شده است. این شاخص آئینه توجه دولت‌ها به بخش سلامت است و با نگاهی به آمار فوق درمی‌یابیم که در طی سال‌های گذشته نسبت به سهم سلامت مردم در بودجه ریزی کشور کم توجهی شده است که این موضوع نیز خود معلول نوع نگاه اقتصادی و هزینه‌ای به سلامت است (رشیدیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۱).

در ایران تلاش برای تدوین سیاست‌های معتبر که ارتقاء دهنده سلامت باشد چالش دیگری را فراروی حق بر سلامت قرار می‌دهد. لزوم اختصاص بودجه کافی به حوزه سلامت با صرفه‌جویی و گسترش تدریجی نظام سلامت در شهرستانها و اقصی نقاط کشور نیز برنامه ریزی‌های دقیق در جهت اقتصاد سلامت کم هزینه را می‌طلبد تا در افزایش سهم سلامت موثر واقع شود.

بزرگترین چالشی که نظام سلامت کشور با آن مواجه است شاخص «سهم مردم از هزینه سلامت» است که در کشور برای مردم به ویژه طبقات محروم و پایین دست جامعه (اقشار آسیب پذیر) فشار مضاعفی را وارد کرده است. این شاخص برای سنجش میزان مشارکت‌های کلی مردم در تأمین منابع مالی نظام سلامت به نسبت سایر تأمین‌کنندگان منابع به کار می‌رود و یکی از شاخص‌های اندازه‌گیری «عدالت اجتماعی» است که هر ساله توسط سازمان ملل بررسی می‌شود و براساس آن کشورها در این موضوع رتبه بندی می‌شوند (رشیدیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۰).

در مقایسه سهم مردم از هزینه‌های درمان در کشورهای مختلف مشاهده می‌شود که این شاخص در کشور ایران نسبت به بسیاری از کشورها وضعیت مطلوبی ندارد و سهم مردم از هزینه‌های درمان بسیار بالا و کمرشکن است. در ایران سهم مردم از هزینه‌های درمان ۵۴/۷ درصد اعلام شده است که این میزان بسیار بالا بوده و در بین کشورهای جهان رتبه ۱۱۸ را دارد. در حالی که براساس دیدگاه کارشناسان، نزدیک به ۶۰ درصد هزینه‌های درمان در ایران از محل پرداخت مستقیم بیماران است و حتی درباره پزشکان متخصص حدود ۷۱ درصد هزینه از جیب مردم پرداخت می‌شود که در چند سال اخیر این هزینه‌ها بطور سرسام آور بالا رفته و خصوصاً فشار هزینه‌های درمانی بر طبقات محروم جامعه تحمیل و سرشکن می‌شود (حسن‌زاده، ۱۴۰۰: ۸۳۸).

این موارد در حالی است که میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی<sup>۱</sup> صراحتاً به استاندارد زندگی کافی، از جمله غذا، پوشاک و مسکن کافی، و "بهبود مستمر شرایط زندگی" (ماده ۱۱) و سلامت، به ویژه "بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی" (ماده ۱۲) اشاره دارد. بنابراین مشخص می‌شود که بین وضعیت فعلی ایران تا استاندارد جهانی و آنچه در میثاق بین‌المللی اشاره شده است فاصله زیادی وجود دارد.

## ۲-۶- موانع اقتصادی مربوط به خدمات پایه و بیمه‌های سلامت

از جمله واضح‌ترین مصادیق محدودیت‌های اقتصادی در رابطه با حق بر سلامت را می‌توان در مساله بیمه خدمات درمانی مشاهده نمود. در یک مطالعه در آفریقا مشاهده شد که بخش قابل توجهی از خانوارها در دهک‌های با درآمد بالاحتی زمانی که تحت پوشش بیمه پزشکی خصوصی نیستند از مراقبت‌های بهداشتی خصوصی استفاده می‌کنند. در مقابل، خانوارهای کم درآمدی که قادر به دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خصوصی پرهزینه نیستند، به سیستم مراقبت‌های بهداشتی عمومی نامطلوب متکی هستند (Kollamparambil & Morudu, ۲۰۲۰). کمبود پوشش بیمه خدمات درمانی یکی از شاخصه‌های نظام‌های سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به خصوص کشورهای جنوب آفریقا و برخی از کشورهای آسیایی است (Niu et al, ۲۰۲۲).

به طور کلی در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، ارتقای کارایی و اثربخشی نظام سلامت و کارآمدتر نمودن تأمین مالی سلامت از طریق بیمه‌های سلامت، میبایست اصلاحاتی هم در عرضه و هم تقاضا صورت پذیرد. در حال حاضر از مهمترین چالشها میتوان به عدم پیوند در حوزه‌های حکمرانی، تولید و تجمیع منابع، و خرید خدمات بویژه در دو ساختار بزرگ بیمه سلامت کشور سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی اشاره کرد (ریبیعی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۴۰).

نامشخص بودن تکلیف دولت در خصوص رابطه نظام بیمه سلامت با ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی علیرغم نافذ بودن قانون ساختار نظام جامع رفاه

1 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights



و تامین اجتماعی، فقدان یکپارچگی در ساختار حاکمیت تامین مالی نظام سلامت جهت تولید، تحلیل و پایش مستمر شاخص‌های هزینه‌ای حساب‌های ملی سلامت و رصد و گزارش منظم آنها، رشد بی‌رویه بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت، افزایش تقاضای القایی به سبب رشد و توسعه بیمه‌های سلامت که هزینه بهره‌مندی از خدمات را برای مصرف‌کنندگان نهایی پایین نگه‌می‌دارند، محدودیت دولت‌ها برای افزایش منابع دولتی نظام سلامت، غیرعملیاتی بودن نظام بودجه ریزی در نظام سلامت و وجود جداول بسیار متعدد و ردیف‌های بودجه‌ای فراوان در لویح بودجه سنواتی (که موجب ایجاد زمینه فساد در توزیع منابع و افزایش احتمال بودجه ریزی‌های موازی و تکراری گردیده است) از موانع خدمات پایه به‌شمار می‌رود. شاید طراحی و استقرار «نظام بیمه سلامت چندلایه» در راستای استقرار پوشش همگانی سلامت با تأکید بر برقراری عدالت در سلامت، تنها راهکار بنیادی است که می‌تواند بخش قابل توجهی از چالش‌ها و مشکلات کنونی پیشروی نظام سلامت کشورمان را کاهش داده و یا از بین ببرد (مرادی و مرادی جو، ۱۳۹۹).

از لحاظ حقوقی باید عنوان نمود که وضعیت فعلی نظام بیمه سلامت ایران فاصله بسیار زیادی با اهداف و چشم‌انداز طرح تحول نظام سلامت (مصوب ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳) دارد؛ چرا که در طرح مذکور، افزایش پوشش بیمه‌ای و مشخصاً «افزایش پاسخگویی نظام سلامت، کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، کاهش درصد خانوارهایی که بخاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه‌کمرشکن شده‌اند» پیش‌بینی شده است. در عین حال، مجدداً با ارجاع به اصل ۲۹ قانون اساسی مشاهده می‌شود که چالش‌ها و موانع متعددی در تحقق این اصل وجود دارد.

## ۲-۷- دسترسی نامطلوب اقشار کم‌درآمد به خدمات حوزه سلامت در ایران

بیش از نیمی از منابع حوزه سلامت بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت کشور، در زمان بیماری به صورت پرداخت مستقیم از طرف خانوار تأمین می‌شود. شایان توجه است در رتبه بندی سازمان بهداشت جهانی، ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی بخش سلامت رتبه ۱۱۲ را از بین ۱۹۱ کشور کسب نموده و از نظر عملی مشارکت شهروندان در تأمین منابع مالی، شاخص‌های دقیق تر و کاربردی

تری برای محاسبه میزان عادلانه بودن نظام سلامت توسط خانوار طلب می‌کند. آنچه در جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های رسمی در راستای حمایت‌های درمانی به نیازمندان مدنظر قرار می‌گیرد به دو بخش اصلی تقسیم می‌گردد: برنامه‌های بیمه درمانی و برنامه‌های غیربیمه‌ای. در این مورد آنچه باید خاطر نشان گردد وجود بیمه‌های اجتماعی است که در بردارنده خدمات درمانی برای افراد تحت پوشش می‌باشد. در این مورد دو سازمان عهده دار امور بیمه اجتماعی درمان می‌باشد که عبارتند از سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۱۴).

سازمان بیمه خدمات درمانی در قالب برنامه‌های مشخص، اعتبارات مورد نیاز خود را دریافت می‌دارد و سازمان تأمین اجتماعی در قالب برنامه‌ای تحت عنوان بیمه اجتماعی کارگران، مبالغی به عنوان کمک دولت که در حدود ۳ درصد میزان دستمزد کارگران می‌باشد دریافت می‌دارد که حدود یک سوم این مبلغ (سهم دولت) صرف ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان کارگر می‌گردد. همچنین برنامه دیگری نیز وجود دارد با عنوان بیمه اجتماعی نیازمندان طبقه بندی شده که گرچه عنوان بیمه را به همراه خود دارد در حقیقت تمام بار مالی آن بر دوش دولت بوده و مشارکتی از سوی اعضاء برای تأمین منابع مالی وجود ندارد. برنامه‌های غیر بیمه‌ای هم در بردارنده فعالیت‌های گسترده‌تری علاوه بر خدمات درمانی می‌باشد (ریبعی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۴۳).

## ۲-۸- محدودیت دستگاه‌های متولی امور حمایتی خدمات درمانی در ایران

دستگاه‌های متولی امور حمایتی خدمات درمانی در ایران شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، سازمان امور جانبازان، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ستاد رسیدگی به امور آزادگان، جمعیت‌های خیریه، انجمن‌های نیکوکاری و سازمان‌های شبه عمومی می‌باشند. فعالیت بخشی از دستگاه‌های مزبور مرتبط با ارائه خدمات درمانی به محرومان می‌باشند و هیچ سازمانی به طور کامل وظیفه ارائه خدمات درمانی به نیازمندان را ندارد. از سوی دیگر در ایران نظامی منسجم برای شناسایی خانوارهای کم درآمد و قشر آسیب پذیر دیده نمی‌شود و معمولاً برنامه‌های تفکیک خانوارهای فقیر و غنی نیز شفاف نیست و لذا تفکیک بر اساس شغل و اقشار

اجتماعی انجام می‌شود (جواهری و همکاران، ۱۳۹۹: ۶۵).

محدودیت‌هایی چون عدم شناخت کافی از میزان مشارکت‌های شهروندان، اعتبارات مالی محدود، عدم وجود اطلاعات لازم در خصوص تعداد افراد آسیب‌پذیر و سطح نیاز آنان، عدم هماهنگی داخلی دستگاه‌های متولی، عدم وجود شفافیت پایگاه‌های اطلاعات درآمدی در سطح جامعه و نیز پراکندگی و عدم انتظام دستگاه‌های اجرایی، آشفته‌گی‌هایی را بوجود می‌آورد. برای رسیدن به عدالت پایدار در دسترسی به خدمات سلامت مکانیسم شناسایی افراد جهت ارائه خدمات و اختصاص یارانه‌ها، بسیار با اهمیت است. لذا برای این شناسایی چهار روش در جهان وجود دارد:

الف- بازرسی؛ ب- مشخصات گروهی؛ ج- خوداظهاری؛ د) پوشش همگانی. ایران هم مثل سایر کشورها به دلیل مزایا و معایبی که هر یک از روش‌های فوق الذکر دارد از ترکیبی از آنها بهره‌برده است. برای مثال در ایران تا مدت‌ها برای یارانه دارو از مکانیزم پوشش همگانی، برای بیمه افراد کم‌درآمد از مشخصات گروهی مانند بیمه روستاییان یا افراد تحت پوشش کمیته امداد و از روش خوداظهاری برای صدور کارت بیمه بستری شهری استفاده می‌شده است. شایان توجه است مکانیسم انتخابی، در ارتباط گسترده با نظام اطلاعاتی هر کشور در زمینه‌های مختلف از جمله درآمد افراد قرار دارد. با انجام فعالیت‌های زیر در کشور می‌توان به شناسایی بهتر طیف آسیب‌پذیر و کم‌درآمد نائل گشت:

- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای شناسایی خانوارهای کم‌درآمد

- هدفمند کردن یارانه‌ها به سمت بهره‌مندی گروه‌های کم‌درآمد

- هماهنگی بین سازمان‌های مسئول و متولی

- هماهنگی و همکاری‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی

- استفاده و ترغیب بخش خصوصی به ارائه خدمات درمانی عام‌المنفعه

لازم به ذکر است در ایران تصویر شفاف و روشنی از تعداد شهروندان بی‌بضاعت وجود ندارد و اجباراً به آمارهای برآوردی حاصل از نمونه‌گیری‌ها بسنده می‌شود که چندان قابل اعتماد نیست (رشیدیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۵). بنابراین با توجه به نا هماهنگی بین دستگاه‌های متولی امور خدمات سلامت و نیز ضعف تفکرات و سوء تعبیرها در خصوص سیاست‌ها و خطی‌مشی‌های حوزه سلامت در ایران، آشفته‌گی و

نابه سامانی های اساسی در این حوزه دیده می شود. امید است با مطالعات و بررسی های کارشناسی شده ، دقیق و انتظام یافته از سیستم های سلامت و اقتصاد کشورهای توسعه یافته ، راه برای توسعه عدالت اقتصادی و حق برخورداری از سلامت در کشور گشوده گردد .

## برآمد

آنچه مسلم است برای توسعه اقتصاد و بالندگی آن، حرکت در مسیرافزایش سطح سلامت عمومی و حق برخورداری از سلامت و رفاه جامعه انسانی غیر قابل اجتناب است. بر اساس رابطه دوطرفه اقتصاد و سلامت، از سوی دیگر با بهبود سطح سلامت و توان جسمی و ذهنی، وضعیت اقتصادی شهروندان نیز به بهره‌وری و شکوفایی می‌رسد. البته عوامل اجتماعی، فرهنگی و سیاسی نیز می‌توانند نقش به‌سزایی را در تحول وضعیت اقتصادی و سلامتی مردم ایفا نمایند. بدیهی است دولت‌ها در برابر سلامت شهروندان خود مسئولیت چشم‌گیری دارند که با اقدامات کافی بهداشتی و اجتماعی به ثمر می‌رسد. بارزترین هدف اجتماعی دولت‌ها، نظام بین‌المللی و همه‌جوامع جهانی در دهه‌های آتی، باید متمرکز بر آن باشد که همه مردم دنیا در سال ۲۰۵۰ به سطحی از سلامت دست یابند که بتوانند از لحاظ اقتصادی به زندگی مولد راه پیدا کنند. لذا مراقبت‌های بهداشتی و اساسی مبتنی بر روش‌های کاربردی و معتبر از نظر علمی، شاه‌کلید دستیابی به این مقصد آرمانی بوده و به عنوان بخشی از رشد و توسعه اقتصادی، برحق برخورداری از سلامت صحه می‌گذارد. لذا تمام نظام‌های حاکمیتی و سیاست‌گذاری دولت‌ها، تأکید فراوان بر افزایش درآمدهای جامعه و توزیع عادلانه و یکنواخت آن و به عبارت دیگر هموار نمودن بستر برقراری عدالت اقتصادی و اجتماعی دارند.

در مجموع یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که علی‌رغم تدوین قوانین و اسناد متعدد (چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی) در رابطه با «حق بر سلامت»، محدودیت‌ها و مشکلات اقتصادی به منزله مانعی مهم در تحقق اهداف مورد قوانین مذکور عمل نموده است. در حالی که معاهدات و اسناد بین‌المللی متعددی اعم از قانون بین‌المللی سلامت<sup>۱</sup>، آیین‌نامه جهانی استخدام بین‌المللی پرسنل بهداشتی، قانون جهانی سلامت<sup>۲</sup> و غیره جهت تأمین بهداشت و سلامت وجود دارد، اما بسیاری از جوامع و از جمله ایران به دلیل مشکلات و تنگنای اقتصادی هرگز نتوانسته‌اند به سطح مطلوبی از سلامت برای کلیه آحاد جامعه دست یابند. اما برای رسیدن به نظام

1. Universal Health Care Law

2. Global Health Law

مطلوب سلامت در کشور، تلاش مداوم و بی وقفه سیاست‌گذاران و صاحبان حرف پزشکی با استراتژی‌های مناسب و نزدیک به استانداردهای جهانی لازم و ضروری است. فراهم سازی تسهیلات و سازوکارهای عملی برای تأمین و تضمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و حتی معنوی شهروندان در کلیه مراحل زندگی، نیازی اساسی و بنیادین است که احقاق آن به عنوان یک حق مسلم برای پی ریزی زندگی سالم و عاری از بیماری و ناتوانی برای آحاد شهروندان، در حوزه مسئولیت و تعهد دولت جمهوری اسلامی ایران است. بنابراین افزایش منابع دولتی حوزه سلامت، عملیاتی بودن نظام بودجه ریزی در این بخش، استفاده بهینه با کارایی و اثربخشی از منابع فناوری و خدمات، ایجاد انگیزه در کارکنان مدافع سلامت در اقصی نقاط کشور، طراحی و استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه در جهت انتظام بخشی به پوشش همگانی سلامت می‌تواند موانع و محدودیت‌های اقتصادی را تا حدودی برطرف نموده و بستر جامعه بزرگ ایران را برای برقراری عدالت در سلامت هموار سازد.

## منابع الف) فارسی کتاب

- توبس، بریژیت. (۱۳۸۸). *حق بر بهداشت*، ترجمه علی کمالی، گزیده‌ای از حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی، مجمع علمی و فرهنگی مجد.
- سید موسوی، میرسجاد. (۱۳۹۳). *حق برخورداری از سلامت و آکاوای تعهدات انسانی دولت‌ها در حوزه سلامت*، تبریز، انتشارات پزشکی شروین.
- رشیدیان، آرش. خسروی، اردشیر. خیبری نعمتی، رقیه. خدایاری معز، الهام. الهی، الهام. عرب، محمد و ردایی، سیما. (۱۳۹۳). *سیمای سلامت و جمعیت در ایران*، بررسی شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- فرح‌بخش، مصطفی؛ احمد کوشا، اکرم ذاکری. (۱۳۹۰). *روند شاخص‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی*. انتشارات الوین.
- مرادی، طیبه، مرادی جو، محمد (۱۳۹۹). *نظام سلامت و بیمه سلامت از منظر پوشش همگانی سلامت در ایران و جهان*. تهران: مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

## مقالات

- اشرفی ریزی، حسن، سلیمانی، محمدرضا، هاشمیان، محمدرضا. (۱۳۹۷). *موانع اقتصادی پژوهش‌های سلامت در ایران*. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۵(۵)، ۲۴۰-۲۴۶.
- آل کجباف، حسین (۱۳۹۲). *مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر*. حقوق پزشکی، ۷(۲۴): ۱۷۰-۱۳۹.
- جاوید، احسان، نیاورانی، صابر. (۱۳۹۳). *قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین الملل حقوق بشر*. پژوهش حقوق عمومی، ۱۵(۴۱): ۴۷-۷۰.
- جوهری فاطمه، صفری شالی رضا، مهدوی کنده داود (۱۳۹۹). *تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران*. مسائل اجتماعی ایران.

۱۱ (۱): ۸۷-۶۳

- حسن زاده، قدرت اله (۱۴۰۰). *حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی با تأکید بر بیماری کووید ۱۹*. حقوق پزشکی. ۱۵ (۵۶): ۸۴۶-۸۳۳
- دادورخانی، فضیله، موسوی، سمیه سادات. (۱۴۰۱). *تحلیل پیامدهای همه‌گیری کرونا بر اقتصاد روستایی*. پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۱۱(۵۴): ۳۹۱-۴۱۳.
- ربیعی، علی، چاهی، رضا. (۱۳۹۸). *نقش بیمه سلامت در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران*. امنیت ملی، ۹(۳۱): ۱۳۷-۱۷۲.
- سلحشوری محسن، احمدی کهنعلی رضا، حیرانی علی (۱۴۰۰). *آینده پژوهی و سناریونگاری توسعه خدمات سلامت در منطقه‌ی سواحل مکران*. اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۷ (۴): ۱-۳
- طاهری نیا، مسعود. حسنوند، علی. (۱۳۹۹). *پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری کووید ۱۹ بر اقتصاد ایران، با تأکید بر اشتغال*. فصلنامه مدیریت پرستاری، ۹ (۳): ۴۳-۵۸
- طباطبائی، جعفر، عسگرخانی، ابومحمد. (۱۳۹۹). *نظام اعمال تحریم‌های یک جانبه علیه ایران در حقوق آمریکا*. تحقیقات حقوقی بین‌المللی، ۱۳(۴۷): ۲۵۷-۲۷۸.
- عباسی، محمود. دهقانی، غزاله. رضایی، راحله. (۱۳۹۴). *«الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فرا روی آن»*، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ دوره ۳۳، شماره ۲.
- عسگری، محمد، چوبداری، عسگر، برجعلی، احمد. (۱۴۰۰). *تحلیل مضامین ابعاد سلامت روان متأثر از همه‌گیری ویروس کرونا*. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۳(شماره ۲)، ۹۷-۱۱۰
- قلی شفیعی، مرتضی، رئیسی دزکی، لیلا، جلالی گروه، محمود. (۱۳۹۸). *حق بر ابداعات دارویی با تأکید بر حق بر سلامتی در حقوق بین‌الملل*. تحقیقات حقوقی بین‌المللی، ۱۲(۴۴): ۴۳-۷۲.
- کرد، مریم باقری، محمود قاسمی حامد، عباس. محبی، محسن. (۱۳۹۹). *پاسخگویی بانک مرکزی، مطالعه تطبیقی نظام حقوقی آمریکا و ایران*، فصلنامه



مطالعات حقوق عمومی، دوره ۵۰، شماره ۲.

لطیفی جلیسه سلیمه، صفری پلنگی حسین (۱۴۰۰). *الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: تحلیل مضمون*. راهبردهای مدیریت در نظام

سلامت. ۶ (۴): ۲۹۱-۲۷۶

مصدق زاد، علی محمد (۱۴۰۰). *مدل کاربردی سیاستگذاری و تحلیل سیاست*

سلامت. پایش. ۲۱ (۱): ۲۴-۷

### (ب) انگلیسی

Ali ,S ,Faizi ,B ,Waqas ,H ,Ahmed ,W & ,Shah ,S .A .A.(2021) . *Analysis of the socioeconomic barriers in implementing public health measures to contain COVID 19-transmission in Pakistan :a DELPHI-DEMATEL-based approach* .Kybernetes.

Allen, H., Gordon, S. H., Lee, D., Bhanja, A., & Sommers, B. D. (2021). *Comparison of utilization, costs, and quality of Medicaid vs subsidized private health insurance for low-income adults*. JAMA network open, 4(1), 99-115.

Arsyad, M., Pulubuhu, D. A. T., Kawamura, Y., Maria, I. L., Dirpan, A., Unde, A. A.,... & Yusuf, S. (2020). *The role of public health services (PHS) in agricultural poverty alleviation*. Enfermeria clinica, 30, 194-197.

Bitton, A., Fifield, J., Ratcliffe, H., Karlage, A., Wang, H., Veillard, J. H., ... & Hirschhorn, L. R. (2019). *Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017*. BMJ Global Health, 4(Suppl 8), 288-296

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... & Willumsen, J. F. (2020). *World Health Orga-*

- nization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour.** British journal of sports medicine, 54(24), 1451-1462.
- Christopher, J. L. M., Alan, D., & Lopez, A. (1996). **Comprehensive assessment of mortality and disability from diseases' injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Churruca, K., Ludlow, K., Wu, W., Gibbons, K., Nguyen, H. M., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2021). **A scoping review of Q-methodology in healthcare research.** BMC medical research methodology, 21(1), 1-17.
- Davis, C. M. (2020). **Priorities, shortages, and rationing in the UK and Russia national health services during 2000–2019: initial conditions for responses to Covid-19.** Post-Communist Economies, 32(8), 969-1010.
- Frakt, A. B. (2018). **How the economy affects health.** Jama, 319(12), 1187-1188.
- Gordon, S. H., & Sommers, B. D. (2016). **Recessions, poverty, and mortality in the United States: 1993–2012.** American Journal of Health Economics, 2(4), 489-510.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., ... & Legido-Quigley, H. (2021). **Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries.** Nature Medicine, 27(6), 964-980.
- Hilton, C. (2021). **Healthcare poverty-inequality and government quick fixes.** BJPsych Bulletin, 45(1), 68-68.
- Kinney, E. D. (2000). **The international human right to health: What does this mean for our nation and world.** Ind. L. Rev.,

34, 14-57.

Marsilio, M., & Prenestini, A. (2020). ***Making it happen: Challenges and transformations in health care processes, people management, and decision-making.*** Health Services Management Research, 33(2), 53-59.

Morudu, P., & Kollamparambil, U. (2020). ***Health shocks, medical insurance and household vulnerability: Evidence from South Africa.*** PloS one, 15(2), 218-241.

Niu, L., Song, Q., Liu, Y., & Wang, X. (2022). ***Interrupted time series analysis for the impact of integrated medical insurance on direct hospitalization expense of catastrophic illness.*** Scientific Reports, 12(1), 1-7.

Oleribe, O. O., Momoh, J., Uzochukwu, B. S., Mbofana, F., Adebisi, A., Barbera, T., ... & Taylor-Robinson, S. D. (2019). ***Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions.*** International journal of general medicine, 12, 395-404

Paul, J., & Edwards, E. (2019). ***Temporal availability of public health care in developing countries of the Caribbean: An improved two-step floating catchment area method for estimating spatial accessibility to health care.*** The International Journal of Health Planning and Management, 34(1), 536-556.

Preda, A. (2022). ***Is There a Human Right to Health?. In Health Inequalities and Global Justice (pp. 17-33).*** Edinburgh University Press.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Rulz, P. (2009). ***Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9th ed.).*** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R. D. (2021). *Reflecting Poorly: Health Care in the US Compared to Other High-Income Countries*.
- Schütte, S., Acevedo, P. N. M., & Flahault, A. (2018). *Health systems around the world—a comparison of existing health system rankings*. Journal of global health, 8(1), 67-89
- Shafique, S., Bhattacharyya, D. S., Anwar, I., & Adams, A. (2018). *Right to health and social justice in Bangladesh: ethical dilemmas and obligations of state and non-state actors to ensure health for urban poor*. BMC medical ethics, 2018; 19(1), 61-69.
- Shakespeare, T. (2019). *Participation as human right and health benefit for young people with physical disabilities*. Developmental medicine and child neurology, 62(5), 548-559.
- Tennison, I., Roschnik, S., Ashby, B., Boyd, R., Hamilton, I., Oreszcyn, T., ... & Eckelman, M. J. (2021). *Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England*. The Lancet Planetary Health, 5(2), e84-e92.
- Wiysonge, C. S., Alobwede, S. M., de Marie C Katoto, P., Kidzeru, E. B., Lumngwena, E. N., Cooper, S.,... & Shey, M. S. (2022). *COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy among healthcare workers in South Africa*. Expert Review of Vaccines, 21(4), 549-559.
- Yeh, M. J., Liao, W. H., & Serrano, R. (2019). *Protecting Universal Health Coverage in Non-United Nations Member States: Lessons From Taiwan*. American Journal of Public Health, 109(8), 1101-1108