# حقوق بیماران در دسترسی به خدمات مطلوب و اثر نابرابری‌های اجتماعی

زینب واعظ مهدوی

محمدرضا واعظ مهدوی[1]

## چکیده

در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان گفت انسان‌ها دارای نیازهای مادی یا «نیازهای اولیه» و نیازهای معنوی و یا «نیازهای ثانویه» می‌باشند، اما آنچه که باید همواره مد نظر قرار گیرد، عدم استقلال و به واقع وابستگی متقابل این دو سطح نیاز به یکدیگر می‌باشد. بدین معنی که در بسیاری از انسان‌ها اگر نیازهای اساسی برآورده نشده باشند، نیل به خواسته‌ها و نیازهای سطوح بالاتر که به نوعی موجب خودشکوفایی و پرورش روحی، روانی و اجتماعی انسان‌ها می‌شود بسیار سخت خواهد بود. نابرابری‌های اجتماعی از آنجا که دسترسی گروه‌های وسیعی از شهروندان را به نیازهای اولیه محدود می‌سازد، همواره عامل مهمی در عدم دستیابی انسان‌ها به حقوق پایه انسانی و اجتماعی خود بوده است. مطالعات نشان داده‌اند که شرایط زیست در دوران نخست کودکی نقش چشمگیری در شکل‌گیری شخصیت آینده انسان‌ها دارد و میزان انطباق اجتماعی، توان بهره‌برداری از استعدادهای ذاتی، پیشرفت علمی و موفقیت انسانی را تعیین می‌کند. در این مقاله نقش و اثر نابرابری‌های اجتماعی در حوزه سلامت بر دستیابی بیماران به حقوق اولیه خود در برخورداری از خدمات سلامت ضروری و مورد نیاز، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

## واژگان کلیدی

حقوق طبیعی، نابرابری‌های اجتماعی، عدالت در سلامت، دوران نخست کودکی

---

۱. استاد دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: vaezmahdavi@Shahed.ac.ir

**مقدمه**

قران کریم انسان‌ها را دارای کرامت و ارزش و احترام ذاتی برمی‌شمارد: و لقد کرمنا بنی‌آدم، و حملناهم فی البر و البحر، و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقلناهم کثیرا (اسرا: ۷۰).

این کرامت ذاتی انسان به حدی است که خداوند فرشتگان را امر به سجده برآدم می‌فرماید (بقره: ۴۰).

و از ابتدای خلقت او در جنین مادر برایش هویت انسانی قائل می‌شود و بر او «دیه» مقرر می‌دارد: الامام علی (ع): فإذا نشأ فیه خلقٌ آخر و هو الروح، فهو حینئذٍ نفسٌ، فیه الفُ دینارٍ کاملهٔ.

برای او حق خوراک معین کرده است: و ماجعلناهم جسداً لا یأکلون الطعام (انبیاء: ۸).

و برخورداری از خانه‌های امن و جامه و حفاظت از گرما و امنیت از ضربات دشمنان (نحل: ۱-۸۰).

و نیز شناخت و آگاهی و آزادی انتخاب (زمر: ۱۸-۱۷؛ بلد:۱۰-۸).

در جوامع بشری همواره تلاش‌ها و کوشش‌های انسان در جهت رفع نیازهای متنوعی بوده است که خداوند در وجود او به ودیعه گذاشته است. رفع و برآوردن این نیازها علاوه بر اینکه انسان‌ها را به ارضای خواسته‌های مادی‌شان وادار می‌نماید، موجبات رشد و ترقی روحی، روانی و اجتماعی را نیز فراهم می‌آورد. در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان گفت انسان‌ها دارای نیازهای مادی یا «نیازهای اولیه» و نیازهای معنوی و یا «نیازهای ثانویه» می‌باشند، اما آنچه که باید همواره مدنظر قرار گیرد، عدم استقلال و به واقع وابستگی متقابل این دو سطح نیاز به یکدیگر می‌باشد. بدین معنی که در بسیاری از انسان‌ها اگر نیازهای اساسی برآورده نشده

باشند، نیل به خواسته‌ها و نیازهای سطوح بالاتر که به نوعی موجب خودشکوفایی و پرورش روحی، روانی و اجتماعی انسان‌ها می‌شود بسیار سخت خواهد بود.

از بعد مادی یا «فیزیولوژیک» نیازهای آدمی شامل مواردی است که مهم‌ترین و ملموس‌ترین آن‌ها شامل مواردی مانند: خوراک، پوشاک، مسکن، سلامت و آموزش و... می‌باشد. اهمیت نیازهای فیزیولوژیکی مانند سلامتی بطور اعم و درمان در هنگام بیماری‌ها بطور اخص، در کنار سایر نیازهای این طبقه به گونه‌ای است که دولت‌ها و حکومت‌ها هزینه‌های هنگفتی جهت برآوردن آن‌ها یا به عبارت دیگر امنیت تأمین آن‌ها صرف می‌نمایند. بسیاری از انقلاب‌ها و تحولات جهانی با انگیزه مبارزه با بی‌عدالتی و فقر و محرومیت رخ داده است. نابرابری‌های اجتماعی از آنجا که دسترسی گروه‌های وسیعی از شهروندان را به نیازهای اولیه محدود می‌سازد، همواره عامل مهمی در عدم دستیابی انسان‌ها به حقوق پایه انسانی و اجتماعی خود بوده است. مطالعات نشان داده‌اند که شرایط زیست در دوران نخست کودکی نقش چشمگیری در شکل‌گیری شخصیت آینده انسان‌ها دارد و میزان انطباق اجتماعی، توان بهره‌برداری از استعدادهای ذاتی، پیشرفت علمی و موفقیت انسانی را تعیین می‌کند. حتی نشان داده شده است که بیان ژن و سنتز پروتئین‌های حیاتیِ دخیل در کارکرد بهینه هیجانات و هوش و حافظه، ارتباط تنگاتنگی با شرایط پرورش در دوران نخست کودکی دارد (مرکز کودکان در حال توسعه دانشگاه هاروارد، ۲۰۱۰ م.).

رشد تکنولوژی پزشکی، گسترش نفوذ و حاکمیت کمپانی‌های بزرگ دارو و تجهیزات پزشکی، نیازهای القایی[1] عرضه‌کنندگان خدمات پزشکی، شکست بازار خدمات سلامت، افزایش شکاف‌های طبقاتی و تمرکز امکانات و درآمدها در شهرهای بزرگ، پیدایش مشاغل برتر و پردرآمد و محرومیت رو به افزایش

گروه‌های نابرخوردار، چالش‌های اساسی در بازار ارائه و بهره‌مندی از خدمات ضروری سلامت را ایجاد کرده‌اند که نتیجه آن عدم دستیابی بسیاری از افراد به حقوق اساسی مادی و اجتماعی خود در دریافت خدمت سلامت و محروم‌ماندن از درمان‌های ضروری گردیده است. معلولیت‌ها و مرگ‌ومیر قابل اجتناب نتیجه چنین شرایطی است. بررسی‌های موجود نشان می‌دهد میزان مرگ کودکان زیر یک‌سال در دو دهک کم‌درآمد بیش از دو برابر دو دهک پردرآمد است و امید به زندگی در مناطق محروم با مناطق پردرآمد بیش از ده‌سال اختلاف دارد. علی‌رغم حکم قانون برنامه چهارم توسعه مبنی بر کاهش جمعیت گرفتار هزینه‌های کمرشکن درمانی به کمتر از ۱٪، این مقدار در سطح ملی ۲/۵ درصد و در سطح شهر تهران ۱۳/۳ درصد برآورد شده است. علی‌رغم پوشش نسبی هزینه خدمات بیمارستانی برای گروه‌های محروم، نسبت هزینه‌های دارویی دهک‌های کم‌درآمد تفاوت چندانی با دهک‌های پردرآمد نداشته است.

تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی خصوصاً حفظ شأن بیمار به عنوان یک انسان زمانی اهمیت می‌یابد که آسیب‌پذیری بیمار، او را به آسانی در معرض تخلفات ونقاط ضعف سیستم بهداشتی و اجتماعی قرار می‌دهد. از خصوصیات عصر ما نه تنها بعد فردی که بعد اجتماعی حقوق بیماران مطرح می‌باشد و از این جهت بر حقوق درمانی و مراقبت‌ها، پوشش اجتماعی کافی و اطلاعات مناسب در زمینه خدمات بهداشتی و حق بهره‌برداری از پیشرفت‌های اجتماعی، تأکیدی دوباره می‌شود (حاجوی، طبیبی و همکاران، ص ۱۹۶، ۱۳۸۳ ش.).

حقوق بیماران به عنوان موضوعی مستقل از اوایل دهه ۶۰ در اروپای صنعتی و کشورهای آمریکای شمالی کم‌کم به رسمیت شناخته شد و گسترش یافت تا اینکه در اوایل قرن ۲۱ اکثر کشورهای اروپایی را فرا گرفت.

تفکر زیربنایی این روند از آنجا نشأت گرفت که هر شهروند بهره‌مند از خدمات حوزه سلامت و بهداشت در واقع مصرف‌کننده خدمات پزشکی است و بدین ترتیب ارتباط میان «عرضه‌کننده» و «مصرف‌کننده» در این حوزه باید تنظیم گردد (الفتریو، ص ۱۶، ۱۳۸۶ ش.).

**بحث**

الف ــ لزوم بررسی حقوق انسانی بیماران:

برخورداری انسان‌ها از حقوق اساسی زیربنای فکری سازمان‌هایی مانند سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی است و در این میان، حق دسترسی و برخورداری از سلامت و بهداشت از همه چشمگیرتر است.

ماده ۲۵ بیانیه حقوق بشر تصریح دارد که: «هر فردی حق برخورداری از سطحی از زندگی را دارد که در آن سلامت و رفاه خودش و خانواده‌اش تأمین باشد که شامل حق برخورداری از غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و... است.»

بیانیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل به خصوص ماده ۲۵ آن که اشاره دارد به حق برخورداری از بهداشت و مراقبت‌های پزشکی در سراسر جهان اولین قدم جدی در تثبیت مفهوم حقوق بیماران بود، حقوقی که نشأت‌گرفته از بیانه‌ای است که در آن «عزت ذاتی، حقوق برابر و لاینفک تمام افراد بشر به عنوان پایه و اساس آزادی، عدالت و صلح در جهان» به رسمیت شناخته شده است. با این وجود، بعد از دستاوردهای شگرف علمی و پزشکی در دهه ۷۰ بود که حقوق بیماران کم‌کم بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت که آن هم اغلب به علت

فشارهایی بود که از سوی سازمان‌های حامی بیماران وارد می‌گردید (الفتریو، ص ۲۳، ۱۳۸۶ ش.).

نابرابری‌های اقتصادی و بی‌عدالتی‌های اجتماعی، مرگ‌های قابل پیشگیری، استثمار انسان‌ها، جنگ‌ها و تحرکات اجتماعی که توسط قدرت‌های بزرگ برای تداوم جریان ناعادلانه منابع و درآمدها در جهان، تحمیل می‌شود همه مصادیقی از پایمال‌شدن حقوق و منزلت انسانی را به همراه داشته است.

در حال حاضر بیش از یک میلیارد و دویست میلیون نفر یعنی یک‌پنجم جمعیت جهان با کمتر از یک دلار در روز زندگی می‌کنند. هرساله بیش از ۱۰ میلیون کودک در اثر بیماری‌های قابل پیشگیری از بین می‌روند. مرگ زنان در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان بیش از ۵۰۰ هزار مورد در سال گزارش شده است. در حالی که طی ۵۰ سال گذشته، متوسط «امید به زندگی» در بدو تولد تقریباً ۲۰ سال افزایش داشته است، شکاف بین کشورهای فقیر و غنی در این زمینه عمیق‌تر شده است.

در سال ۲۰۰۳ میلادی میزان مرگ‌ومیر کودکان در ۱۴ کشور فقیر آفریقایی در سطح بالاتر از سال ۱۹۹۰ قرار داشته است. این میزان در سال ۲۰۰۵ میلادی به ۱۶ کشور افزایش یافت. علی‌رغم پیشرفت چشمگیر بهداشت و درمان و رشد فناوری پزشکی، بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۳۵٪ از کودکان آفریقایی در حال حاضر نسبت به ۱۰ سال قبل در معرض خطر بالاتری از مرگ قرار دارند (واعظ مهدوی و ارائی، ص ۹، ۱۳۸۵ ش.).

حقوق بیماران چیزی جز حمایت از حقوق بشر در حوزه معینی که همانا خدمات در حوزه بهداشت و سلامت است، نمی‌باشد. حمایت از این حقوق نشانگر تعارض با عرضه‌کنندگان خدمات در عرصه بهداشت و درمان نیست، بلکه

نمایانگر زوایای ارتباط میان آنان با بیماران بوده و هر دو طرف را قادر می‌سازد تا روابط خود را به نفع بیماران مدیریت کنند. حمایت از حقوق بیماران نباید آن طور که برخی انجمن‌های ملی طب بیان می‌دارند، موجب تداخل در حرفه طب شود، چراکه چارچوب قانونی حقوق بیماران به هیچ‌وجه با حرفه طب تداخل نمی‌یابد. به همین دلیل است که در تمام قوانین مربوط به حقوق بیماران موضوع اشتباه در پزشکی به طور جداگانه تحت قوانین جزایی مطرح شده است.

طبق آمار سازمان ملل متحد ۱۰٪ جمعیت جهان یعنی حدود ۶۵۰ میلیون نفر، از معلولیت‌های مختلف رنج می‌برند. در ۲۷ آگوست ۲۰۰۶ در مقر سازمان ملل در نیویورک، رییس مجمع عمومی سازمان ملل آقای ژان الیاسون اعلام کرد: «ما خواهان زندگی با عزت برای همگان هستیم، زندگی که در آن همه انسان‌ها برابرند.» هدف از ترویج و تثبیت حقوق بیماران در تمام کشورهای جهان هم همین است (الفتریو، ص ۱۵، ۱۳۸۶ ش.).

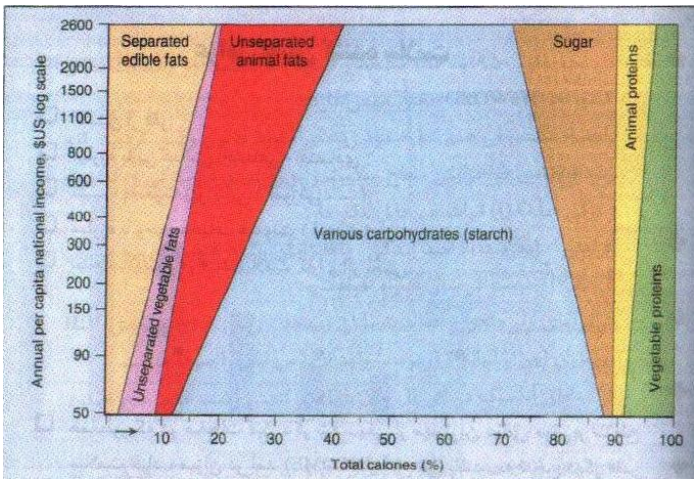
ب ـ نقش نابرابری‌های اجتماعی در دسترسی بیماران به حقوق اولیه:

به دلیل تأثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. مثلاً امید به زندگی در کشور سیرالئون ۳۴ سال و در ژاپن ۸۱/۹ سال است، یعنی اختلاف امید به زندگی بین این دو کشور قریب به ۴۸ سال می‌باشد. کودک ژاپنی از واکسیناسیون، تغذیه کافی وآموزش مناسب در مدارس بهره‌مند می‌شود. وی در صورت مادرشدن از مراقبت‌های دوران بارداری با کیفیت بالا استفاده خواهد کرد. با بالارفتن سن ممکن است سرانجام دچار بیماری مزمن شود، اما بهترین درمان‌ها و خدمات

بازتوانی در دسترس خواهد بود. وی می‌تواند انتظار داشته باشد که داروهایی به ارزش ۵۵۰ دلار امریکا در سال (و در صورت نیاز خیلی بیشتر از این) دریافت کند. در همین زمان دختر متولدشده در سیرالئون شانس اندکی برای واکسیناسیون دارد و به احتمال زیاد در تمام دوران کودکی دارای وزن پایین‌تر از معمول است. وی احتمالاً در دوران نوجوانی ازدواج خواهد نمود و حداقل ۶ کودک را بدون کمک یک پرستار آموزش‌دیده زایمان خواهد کرد. دست کم یکی از فرزندان او در دوران نوزادی از دست می‌روند و خود او در معرض خطر بالای مرگ حین زایمان خواهد بود. اگر در بستر بیماری بیفتد می‌تواند انتظار داشته باشد که به طور متوسط داروهایی به ارزش ۳ دلار امریکا در سال دریافت نماید! در صورتی که حیات او تا میان سالی ادامه داشته باشد او هم دچار بیماری‌های مزمن خواهد شد، اما بدون دسترسی به درمان‌های کافی دچار مرگ زودرس می‌شود (واعظ مهدوی و همکاران، صص ۸-۷، ۱۳۸۸ ش.).



**شکل ۱: وضعیت و کیفیت تغذیه با درآمدهای سرانه مختلف**




**منبع:** سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن (با تأکید بر نقش نظام‌های سلامت).

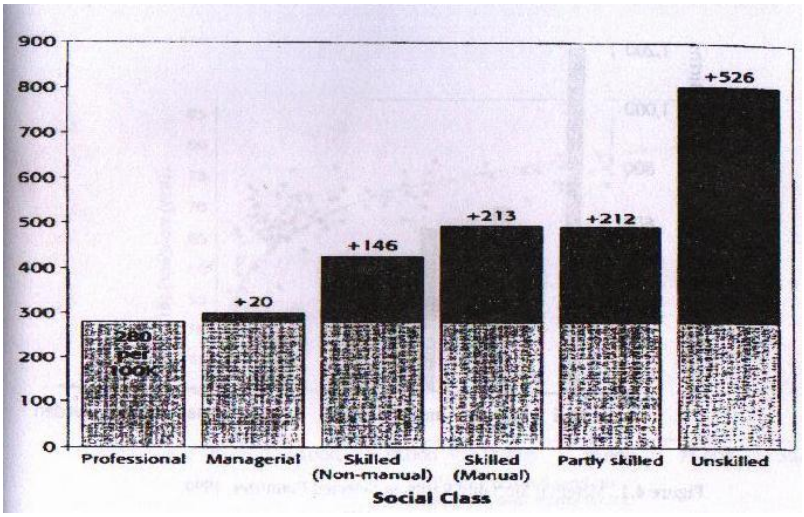
شکل شماره ۱، وضعیت و کیفیت تغذیه[۲] افراد را در جوامع با درآمدهای سرانه مختلف نشان می‌دهد. بر این اساس حدود ۸۰٪ انرژی کل حاصله افراد در کشورهای با درآمد پایین از کربوهیدرات‌های مختلف (نشاسته) تأمین می‌شود و سهم منابع پروتئینی و چربی مفید و باکیفیت در تأمین انرژی آنان بسیار اندک است. به این ترتیب تغذیه به عنوان یکی از پایه‌های اصلی و عوامل تعیین‌کننده و مؤثر بر سلامت رابطه‌اش را با سطح درآمد سرانه هر کشور نشان می‌دهد (داودی، ص ۴۷).



نابرابری در درآمد عامل بسیار مهم و اصلی در تفاوت‌های سلامتی است. خانواده‌هایی که درآمد سالانه آن‌ها برابر ۲۵ هزار دلار یا بیشتر است، ۳ تا ۷ سال طول عمر بیشتری نسبت به خانواده‌های با درآمد ۱۰ هزار دلار دارند. نرخ مرگ‌ومیر شیرخواران[۳] و به طور کلی نرخ مرگ‌ومیر در بین خانواده‌هایی که کمتر از ۱۲ سال آموزش دارند، دو برابر بیشتر از خانواده‌هایی است که آموزش سطح عالی دارند (داودی، ص ۵۷).

شکل شماره ۲ تا حدودی به بیان رابطه طبقه اجتماعی و مرگ‌ومیر پرداخته و بیان‌گر آن است که هرچه سطح آموزش و تربیت و پرورش بالاتر باشد مرگ‌ومیر کمتر است.

**شکل ۲: رابطه طبقه اجتماعی و مرگ‌ومیر**




**منبع:** سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن (با تأکید بر نقش نظام‌های سلامت)، ص ۵۲.

یکی از نشانگرهای مهم توانایی هر خانواده در حفاظت سلامت فرزندانش عبارت از سواد مادر است. احتمال دارد افزایش میزان سواد افراد مؤنث باعث کاهش میزان مرگ‌ومیر نوزادان شود، زیرا در صورت افزایش سواد زنان به احتمال زیاد ایشان روش‌های حفاظت جان فرزندانشان را بهتر خواهند دانست. همچنین احتمال دارد سواد موجب منزلت اجتماعی زنان شود و آن‌ها با بهره‌گیری از این منزلت اجتماعی و خانوادگی به نفع نوزادانشان عمل کنند. بر اساس محاسبات والد من در مرگ‌ومیر نوزادان طبق پیش‌بینی، ضریب برآوردشده میزان سواد افراد مؤنث علامت منفی دارد و حاکی از آن است که اگر به زنان باسواد ۱٪ اضافه شود میزان مرگ‌ومیر نوزادان ۱/۲۹ درصد کاهش می‌یابد و این کاهش متناظر است با کاهشی معادل با ۱/۱۶ مرگ در هر هزار تولد زنده در میانگین

نمونه‌ای میزان مرگ‌ومیر نوزادان (۸۹/۸ مرگ در هر هزار نوزاد زنده) (والدمن، ۱۹۹۲ م.).

در بررسی‌ها همبستگی قوی میان وضع اجتماعی ـ اقتصادی هر شخص و نرخ مرگ‌ومیر به ثبت رسیده است. به تازگی، مطالعات بوم‌شناختی حاکی از آن است که نابرابری در درآمد نیز دارای همبستگی با نرخ کلی مرگ‌ومیر است. به گزارش ویلکینسون همبستگی بین نابرابری در درآمد ملی و طول عمر ملی در دو کشور صنعتی و پس از کنترل تولید سرانه ناخالص ملی معادل است با ۰/۸۱.

یافته‌هایی مشابه درگزارشی که اخیراً با استفاده از داده‌های در سطح ایالتی در خصوص ایالت متحده عرضه شده است، وجود دارد. کاپلان و همکارانش متوجه شده‌اند که نابرابری در درآمد ایالت‌ها پس از لحاظ‌کردن میانگین درآمد ایالت‌ها دارای همبستگی معنی‌دار (r =۰/۶۲) با نرخ مرگ‌ومیر ناشی از همه موارد، نرخ مرگ‌ومیر در هر سن مشخص، پایین‌بودن نرخ زادوولد، خودکشی، جنایت، ناتوانی جسمی برای کار، مخارج مراقبت‌های پزشکی و نیز نظارت نیروی انتظامی است (فیسلا و فرانکس، ۱۹۹۷ م.).

در فقیرترین جمعیت جهان (۲۰٪ آخر) در مقایسه با غنی‌ترین جمعیت (۲۰٪ اول) تفاوت‌های زیر بر اساس تحقیقات ILO و WHO وجود دارد:

مرگ‌ومیر کودکان ۰ تا ۴ سال، ۹ برابر بشتر است.

مرگ‌ومیر افراد ۵ تا ۱۴ سال، ۱۰ برابر بیشتر است.

مرگ‌ومیر افراد ۱۵ تا ۲۹ سال، ۴ برابر بیشتر است.

مرگ‌ومیر افراد ۳۰ تا ۷۰ سال، ۳-۲ برابر بیشتر است.

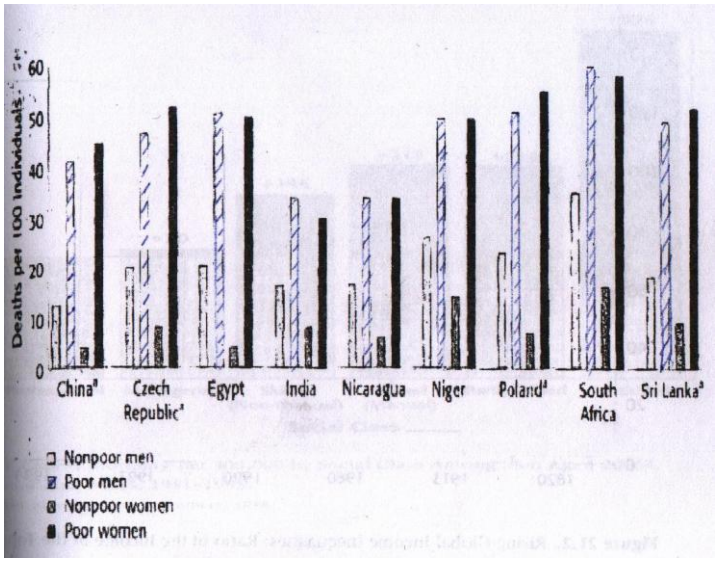
مرگ‌ومیر افراد بالای ۷۰ سال، ۱,۵ برابر بیشتر است (داودی، ص ۵۵).

به طور کلی مرگ‌ومیرهای واقع‌شده در جامعه در فقیرترین پنجک (۲۰٪ جمعیت) به نسبت ۷۰٪ بیشتر از غنی‌ترین پنجک می‌باشد. در مورد مرگ‌ومیرهای مربوط به بیماری‌های واگیردار این عدد بالای ۹۰٪ است.

همین امر در مورد میزان کل سال‌های عمر تعدیل شده بر اساس ناتوانی نیز صادق است (DALY ها) از این میزان ۶۰٪ از کل سلامت نامطلوب مربوط به پایین‌ترین پنجک است و فقط حدود ۱۱-۸ درصد مربوط به بالاترین پنجک است.

در میان فقیران بیش از ۵۰٪ مرگ‌ومیرهای آنان قبل از ۱۵ سالگی اتفاق می‌افتد در صورتی که در میان اغنیا این عدد ۴٪ است (داودی، ص ۵۶).

**شکل ۳: نسبت مرگ‌ومیر بین مردان و زنان فقیر و غنی**




**منبع:** سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن (با تأکید بر نقش نظام‌های سلامت)، ص ۵۴.

شکل فوق بیان روشنی از تأثیر فقر و نابرابری اجتماعی در افزایش مرگ‌ومیر به ویژه در کشورهای در حال توسعه دارد.

ج ـ لزوم دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای عموم در نهادهای بین‌المللی:

طی سی سال گذشته، میانگین جهانی امید به زندگی بین ۶ تا ۷ سال افزایش یافته است که این به پشتوانه دستاوردهای اجتماعی و اقتصادی و توسعه خدمات بهداشت و درمان در سطوح ملی بوده است. در عین حال، دنیا شاهد بروز شکاف در عرصه بهداشت و درمان میان کشورها و در درون کشورها، میان فقیر و غنی، میان مرد و زن و میان گروه‌های قومی مختلف بوده است. بیش ازیک میلیارد از فقیرترین مردم جهان از دستاوردهای اصلی در حیطه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محرومند.

بیماری‌های عفونی تأثیر اجتماعی و اقتصادی عمده‌ای به خصوص در کشورهای در حال توسعه دارد. بیماری‌های جدید مانند سارس و آنفلوانزای پرندگان ضرورت کنترل بیماری‌های همه‌گیر را بیشتر می‌سازد. در عین حال علل اصلی مرگ‌ومیر و الگوی بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه و به طور روزافزون در کشورهای در حال توسعه به واسطه بیماری‌های غیر قابل انتقال که اکنون تقریبا ۶۰٪ حجم بیماری‌ها در جهان را تشکیل می‌دهد، تغییر یافته است. این تغییر روندها نشان می‌دهد که بدون وجود خواست سیاسی قاطع، سیاست‌های منسجم و مشارکت گسترده، پیشرفت در ارتقای بهداشت و سلامت در آینده با نابرابری‌های بیشتر در این عرصه همراه خواهد بود. در نتیجه، دستور کار جهانی سازمان بهداشت جهانی در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۶ تحت عنوان «مشارکت در

بهداشت و سلامت» در پی آن است که تمام سهامداران و شرکا را در این برنامه دخیل سازد.

اولویت‌ها به قرار زیر است:

ـ سرمایه‌گذاری در عرصه بهداشت و سلامت جهت کاهش فقر؛

ـ ایجاد امنیت بهداشتی در حوزه فردی و در عرصه جهانی؛

ـ افزایش پوشش بهداشت و سلامت در سراسر جهان، برابری بیشتر در دسترسی به بهداشت و درمان، ارتقای حقوق بشر در عرصه بهداشت و سلامت؛

ـ تقویت سیستم های بهداشت و درمان و تضمین دسترسی برابر؛

ـ همگام‌سازی دانش، علم و تکنولوژی؛

ـ تقویت دولت‌ها، رهبری و پاسخگویی (الفتریو، ص ۲۱، ۱۳۸۶ ش.).

برخی جنبه‌های اصلی چارچوب حقوقی اتحادیه اروپا درباره مراقبت‌های پزشکی و درمانی به قرار ذیل است:

ـ شهروند اتحادیه اروپا در هر کشور عضوی حق دسترسی به مراقبت‌های پزشکی غیر بیمارستانی را همانند وطن خود بدون نیاز به اخذ مجوز قبلی دارد و به همان میزان که در وطن خود هزینه‌های پزشکی به او بازپرداخت می‌شود در کشورهای عضو هم از چنین حقی برخوردار است.

ـ شهروند اتحادیه اروپا در هر کشور عضوی حق دسترسی به مراقبت‌های پزشکی بیمارستانی را همانند وطن خود با اخذ مجوز مقامات بهداشتی کشور خود دارد و در این کشورها هم به مانند وطن خود از بازپرداخت هزینه‌های درمانی برخوردار می‌شود. مقامات بهداشتی متبوع هم باید در صورتی که قادر به ارائه خدمات مراقبتی در فاصله زمانی مناسب از نظر پزشکی نیستند به صدور مجوز درمان در خارج از کشور اقدام کنند (الفتریو، ص ۷۴، ۱۳۸۶ ش.).

منشور حقوق بیمار در اکثر کشورهای مورد بررسی[۴] (۸۸/۸۸ درصد کشورها) حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را برای بیمار قائل شده است و فقط در این میان در منشور حقوق بیمار ایران چنین حقی به چشم نمی‌خورد. بند شماره یک منشور نیز دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به عنوان یک «حق انتظار» از سوی بیمار بیان می‌کند و نه به عنوان یک «حق دسترسی». حق انتظار و حق دسترسی دو مفهوم حقوقی و عملی کاملاً متفاوت دارند و اصلاح این اصل در منشور حقوق بیمار در ایران ضروری به نظر می‌رسد[۵] (حاجوی، طبیبی و همکاران، ص ۱۹۹، ۱۳۸۳ ش.).

## نتیجه‌گیری

نابرخورداری از امکانات درمانی و بهداشتی و نابرابری‌های اجتماعی، فقرا را در دستیابی به نعمت سلامت با مشکل مواجه ساخته، عواملی از قبیل سطح پایین سواد مادران، وضعیت و کیفیت تغذیه به خصوص در دوران کودکی، شانس کم واکسیناسیون کودکان، وضعیت و شرایط بد بهداشت، مزمن‌شدن بیماری‌های ساده در نتیجه عدم مراجعه به پزشک و... از یک طرف و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی در صورت مواجهه با بیماری از طرف دیگر موجب شده مرگ‌ومیر در میان گروه‌های کم‌درآمد جامعه به میزان قابل توجهی نسبت به دهک‌های پردرآمد بالاتر باشد. به طوری که مرگ‌ومیر در فقیرترین پنجک به نسبت ۷۰٪ (و در مورد بیماری‌های واگیردار تا ۹۰٪) بیشتر از غنی‌ترین پنجک می‌باشد.

توجه به این نکته که بیش از یک میلیارد از فقیرترین مردم جهان از دستاوردهای اصلی در حیطه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محرومند، نشان می‌دهد صرف پیشرفت امکانات پزشکی و درمانی و ابداع انواع راه‌های دستیابی سریع و البته پرهزینه به پزشک متخصص نه تنها کمک چندانی به بهبود وضعیت دسترسی فقرا به خدمات بهداشتی و درمانی نکرده، بلکه در تعمیق شکاف نابرابری تأثیرگذار است.

**پی‌نوشت‌ها**

1. Demand Induced

2. Nutrition

3. Infant mortality rate

۴. در پژوهش مذکور، منشور حقوق بیمار در کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک، فلوریدا، تگزاس، میسوری، مینه‌سوتا)، انگلستان، کانادا، فرانسه و ایران و همچنین بیانیه انجمن جهانی پزشکی و بیانیه اروپا مورد بررسی قرار گرفته است.

۵. بند شماره یک منشور به قرار زیر است: بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

**فهرست منابع**

**منابع فارسی:**

الفتریو، اندرولا. (۱۳۸۶ ش.). *حقوق بیماران*. ترجمه مهدی تبریزی، تهران: مؤسسه انتشارات نزهت.

حاجوی، اباذر. سیدجمال‌الدین طبیبی، معصومه سرباز زین‌آباد. (۱۳۸۳ ش.). *بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ارائه راه حل مناسب برای ایران*. پزشکی قانونی، سال ۱۰، شماره ۳۶.

داودی، سعید. *سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن (با تأکید بر نقش نظام‌های سلامت)*. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت.

واعظ مهدوی، محمدرضا. ارائی، سیدمهدی. (۱۳۸۵ ش.). *گزارش وضعیت اجتماعی جهان در سال ۲۰۰۳ با مروری بر دستاوردهای اجتماعی ایران در سال‌های پس از انقلاب*. نشر سمپاد.

واعظ مهدوی، محمدرضا. مؤمنی، فرشاد. راغفر، حسین. حیدری، فاطمه. (۱۳۸۸ ش.). *نابرابری‌ها درآیینه پژوهش*. دانشگاه شاهد.

**منابع انگلیسی:**

Center on the Developing Child at Harvard University "National Scientific Council on the Developing Child". http://www.developingchild.net May 2010.

Fiscella, K. Franks, P. (1997). Poverty or income inequality as a predictor of mortality: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. 314: 1724–7.

Wilkinson, RG. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*. 304: 165-8.

Waldman, RJ. (1992). Income distribution and infant mortality ,*Quarterly Journal of Economics*. 107: 1283-302.

**یادداشت شناسه مؤلفان**

**زینب واعظ مهدوی:** کارشناس ارشد اقتصاد، تهران، ایران.

**محمدرضا واعظ مهدوی:** استاد دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

**پست الکترونیک:** vaezmahdavi@Shahed.ac.ir