

پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت (UHC) با استفاده از مفاهیم حق بر سلامت

محمد مرادی جو^{۱*}، مریم سیدنژاد^۲

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

^۲ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمد مرادی جو، دانشجوی دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران.

پست الکترونیک: moradijoo@gmail.com

Citation:

Moradi-Joo M, Seyed-Nezhad M. Progress towards universal health coverage (UHC) using health right concepts. Iran J Health Insur. 2021;4(2): 174-7.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

مقدمه

(ماده ۲۵). حق سلامت سال ۱۹۶۶ در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) مجدداً به عنوان یک حق انسانی شناخته شد. این سند که از نظر قانونی لازم‌الاجرا نیست اما از قدرت معتبری برخوردار است، توضیح می‌دهد که کشورهای عضو ICESCR برای تحقق حق سلامت باید چه کاری انجام دهند [۲]. نظریه عمومی شماره ۱۲ ICESCR از حق بر سلامت به عنوان حق برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت جسمی و روانی دفاع می‌کند؛ تعریفی که مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قطعنامه ۲۰۱۲ خود در مورد پوشش همگانی سلامت صریحاً به آن اشاره کرد [۳]. سایر معاهدات بین‌المللی حقوق بشر، حق بر سلامت یا عناصری از آن را به رسمیت شناخته‌اند یا به آنها ارجاع داده‌اند. حق بر سلامت مربوط به همه کشورهاست؛ هر کشوری حداقل یک معاهده بین‌المللی حقوق بشر را به رسمیت می‌شناسد که حق بر سلامت را به رسمیت می‌شناسد. علاوه بر این، کشورها متعهد شده‌اند که از طریق اعلامیه‌های بین‌المللی، قوانین داخلی و سیاست‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی از این حق محافظت کنند [۲].

سیاست‌های بین‌المللی و مقررات قانونی می‌توانند بر تحقق حق بر سلامت تأثیر گذارند. به عنوان مثال در قالب شرایط اعتبار یا مقررات تجارت و ثبت اختراع. کمیته حقوق ESC سازمان ملل صریحاً به تعهد بین‌المللی دولت‌ها برای به خطر نینداختن حق بر سلامت در سایر

به عنوان یک انسان، روزانه نگران سلامت خود و کسانی هستیم که به آنها اهمیت می‌دهیم. صرف نظر از سن، جنس، زمینه اقتصادی- اجتماعی یا قومی، سلامت را ابتدایی‌ترین و اساسی‌ترین دارایی خود می‌دانیم. از طرف دیگر، نداشتن سلامت می‌تواند ما را از رفتن به مدرسه یا محل کار، مسئولیت‌های خانوادگی یا شرکت کامل در فعالیت‌های جامعه باز دارد. به همین دلیل مایلیم فداکاری‌های زیادی انجام دهیم تا زندگی و سلامت طولانی‌تری برای ما و خانواده‌های ما تضمین شود.

حق بر سلامت بخشی اساسی از حقوق بشر و درک ما از یک زندگی با عزت است. حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی در سلامت جسمی و روانی، موضوع جدیدی نیست. در سطح بین‌المللی، اولین بار حق بر سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) در سال ۱۹۴۶ بیان شد که مقدمه آن، سلامت را به عنوان وضعیت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. در این مقدمه بیشتر آمده است که برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت، یکی از حقوق اساسی هر انسانی بدون تمایز نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، اقتصادی یا اجتماعی است [۱].

در اعلامیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸ نیز از سلامت به عنوان بخشی از حق داشتن سطح استاندارد کافی زندگی یاد شده است

کشورها در جریان همکاری‌های دوجانبه و چندجانبه اشاره می‌کند. بنابراین کشورها نیز موظفند هنگام امضای معاهدات بین‌المللی و به عنوان اعضای سازمان‌های بین‌المللی، حق بر سلامت را به رسمیت بشناسند [۴].

سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage) را به عنوان وضعیتی تعریف می‌کند که در آن همه افراد بتوانند طیفی از خدمات سلامت (ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانی، توانبخشی و تسکینی) مورد نیاز خود را با کیفیت مناسب و در زمان و مکان مناسب دریافت کنند، بدون اینکه در پرداخت هزینه خدمات دچار مشکل مالی شوند [۵]. پوشش همگانی سلامت یکی از مؤلفه‌های مهم اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals) است. هدف کلان (Goal) سوم از اهداف توسعه پایدار به طور خاص به حصول اطمینان از زندگی سالم و ارتقای سلامت برای همه در همه سنین تمرکز دارد. هدف اختصاصی (Target) هشتم آن عبارت است از دستیابی به پوشش همگانی سلامت، از جمله حفاظت مالی، دسترسی به مراقبت‌های ضروری سلامت با کیفیت و دسترسی به داروها و واکسن‌های ضروری، ایمن، مؤثر، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه. این هدف اختصاصی، توسط دو شاخص اصلی اندازه‌گیری و پایش می‌شود [۶، ۷]:

الف- پوشش خدمات ضروری سلامت که به عنوان متوسط پوشش خدمات ضروری شامل بهداشت باروری، مادران، نوزادان و کودکان، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرواگیر و ظرفیت خدمات و دسترسی که مبتنی بر مداخلات ردیابی شده در میان جمعیت عمومی و محروم‌ترین گروه‌ها تعریف شده است.

ب- نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های کلان خانوار برای سلامت به عنوان سهمی از کل هزینه یا درآمد خانوار.

پرداختن به پوشش همگانی سلامت مستلزم برخورد با طیف گسترده‌ای از قوانین، سیاست‌ها و عملکردهاست که نشان‌دهنده تمایل و ظرفیت دولت‌ها برای انجام تعهدات خود و انجام تعهدات حقوق بشری است [۸]. ارتباط بین حق بر سلامت و پوشش همگانی سلامت بدون ابهام است. قطعنامه ۲۰۱۲ مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد گزارش‌های سالانه پوشش همگانی سلامت و خلاصه سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت صریحاً به حق بر سلامت اشاره دارد. در ۱۲ دسامبر ۲۰۱۲، مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه‌ای در مورد سلامت جهانی و سیاست خارجی را تصویب کرد.

این قطعنامه از کشورها می‌خواهد دستیابی به پوشش همگانی سلامت را سرعت ببخشند. شعار این قطعنامه این بود که همه در هر کجا باید به مراقبت‌های سلامت با کیفیت و مقرون به صرفه دسترسی داشته باشند. کشورهای عضو همچنین اهمیت پوشش همگانی در سیستم‌های سلامت ملی را به عنوان یک اولویت اساسی برای توسعه از طریق مراقبت‌های اولیه سلامت و مکانیزم‌های حفاظت اجتماعی، برای دسترسی به خدمات سلامت برای همه، به ویژه برای فقیرترین بخش‌های جامعه به رسمیت شناخته‌اند [۳].

از سال ۲۰۱۷، روز ۱۲ دسامبر توسط سازمان ملل متحد به عنوان روز جهانی پوشش همگانی سلامت اعلام شده است. هدف روز جهانی پوشش همگانی سلامت، افزایش آگاهی‌ها از نیاز به سیستم‌های سلامت قوی و انعطاف‌پذیر و پوشش همگانی سلامت است. هر ساله در ۱۲ دسامبر، طرفداران پوشش همگانی سلامت صدای خود را به اشتراک می‌گذارند تا داستان میلیون‌ها نفر را که هنوز در انتظار سلامت هستند، به اشتراک بگذارند. آنها رهبران را به سرمایه‌گذاری هوشمندانه‌تر در نظام سلامت دعوت می‌کنند و جهانیان را به ضرورت بهداشت برای همه آگاه می‌سازند [۹].

شعارهای روز جهانی پوشش همگانی سلامت در ۴ سال اخیر: ۲۰۱۸: «برای پوشش همگانی سلامت متحد شوید: اکنون زمان اقدام جمعی است».

۲۰۱۹: «به وعده خود پایبند باشید».

۲۰۲۰: «سلامت برای همه، از همه محافظت کنید».

۲۰۲۱: «سلامت هیچ‌کس را پشت سر نگذارید: در نظام سلامت برای همه سرمایه‌گذاری کنید».

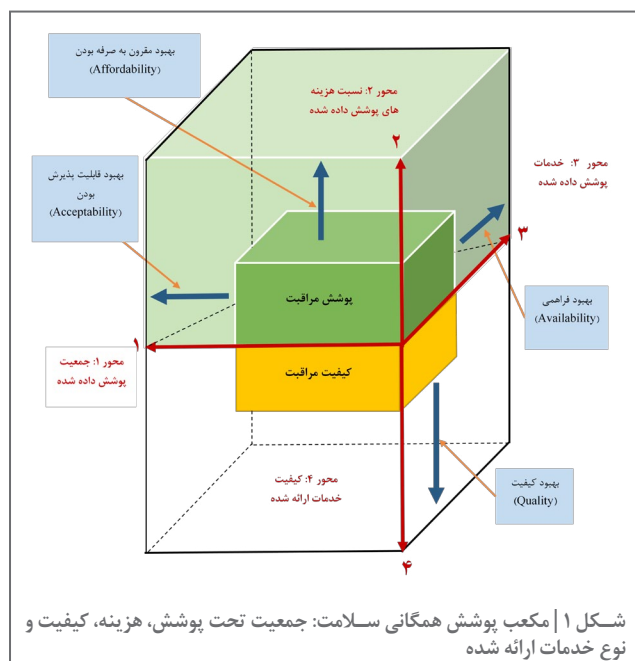
حق بر سلامت بیشتر مستلزم ایجاد یا حفظ شرایطی است که افراد بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. طبق کمیته حقوق ESC سازمان ملل، این حق شامل دسترسی به آب سالم و آشامیدنی و سرویس بهداشتی کافی، حق مراقبت‌های سلامت پیشگیرانه، درمانی و تسکینی، تأمین کافی مواد غذایی سالم، تغذیه و مسکن، شرایط شغلی و محیطی سالم، دسترسی به آموزش و اطلاعات مربوط به سلامت از جمله در مورد سلامت جنسی و باروری و همچنین مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت است [۴].

بر اساس نظریه عمومی شماره ۱۴ ICESCR حق بر سلامت در همه اشکال و در همه سطوح شامل عناصر مرتبط و اساسی فراهمی، دسترسی، مقبولیت و کیفیت امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی و

تحت عنوان حق بر سلامت مدیون هستند، کمک می‌کنند. این اصول همچنین اقدامات لازم برای پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت را برجسته می‌کنند [۱۱].

جنبه مهم دیگر حق بر سلامت در نظام سلامت و بیمه سلامت، بهبود و پیشرفت مشارکت مردم در ارائه خدمات درمانی پیشگیرانه و درمانی به ویژه مشارکت در تصمیمات سیاسی مربوط به حق بر سلامت هم در سطح جامعه و هم در سطح ملی است. نظریه عمومی شماره ۱۴ ICESCR بر تساوی دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی تأکید می‌کند. بر این اساس کشورها موظفند به افرادی که توانایی کافی ندارند، بیمه سلامت و امکانات درمانی و بهداشتی لازم را ارائه دهند و از هرگونه تبعیض جلوگیری کنند. تخصیص نامناسب منابع سلامت می‌تواند منجر به تبعیض شود که ممکن است آشکار نباشد. به عنوان مثال، سرمایه‌گذاری‌ها نباید به گونه‌ای به نفع خدمات درمانی گران‌قیمت باشد که اغلب تنها برای بخش کوچکی از جمعیت قابل دسترسی هستند، بلکه به نفع مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پیشگیرانه که بخش بسیار بیشتری از مردم از آن بهره‌مند می‌شوند، باشد [۱۰].

اصول حق بر سلامت روش مفیدی برای ارزیابی تلاش برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت را فراهم می‌کند. همان‌گونه که در شکل ۱ مشخص شد، اصل فراهمی با محور خدمات، اصل مقرون به صرفه بودن با محور هزینه‌ها، اصل مقولیت با محور جمعیت و اصل



درمانی هستند که کاربرد دقیق آنها به شرایط حاکم در هر کشور بستگی دارد. این نظریه مشخص می‌کند که کشورها عضو باید به هر یک از این عناصر احترام بگذارند، از آنها محافظت کنند و آنها را تحقق ببخشند [۱۰].

فراهمی: تأمین امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی به میزان کافی. اگرچه در شرایط واقعی فراهمی به عوامل زیادی از جمله سطح توسعه، منابع و ارائه‌دهندگان خدمات (بخش دولتی و خصوصی) در کشورها بستگی دارد، اما حداقل شرایط خاصی لازم است. به عنوان مثال آب سالم و قابل شرب و سرویس بهداشتی، بیمارستان‌ها و سایر مراکز بهداشتی درمانی، پرسنل آموزش دیده و با حقوق کافی و داروهای اساسی.

دسترسی: مراکز ارائه خدمات، کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی باید بدون تبعیض در دسترس همه باشد. قابلیت دسترسی دارای ۴ بعد است:

- ۱- نبود تبعیض؛ به‌ویژه در مورد گروه‌های جمعیتی که حاشیه‌نشین هستند یا نیاز به محافظت دارند.
- ۲- دسترسی فیزیکی؛ دسترسی به ویژه برای زنان، کودکان، افراد مسن و افراد دارای بیماری‌های مزمن یا معلولیت.
- ۳- دسترسی اقتصادی (مقرون به صرفه بودن)؛ به گونه‌ای که امکانات بهداشتی و درمانی عمومی یا خصوصی برای همه از جمله افراد فقیر و محروم اجتماعی مقرون به صرفه باشد.
- ۴- دسترسی به اطلاعات؛ به این معنا که مردم حق دارند اطلاعات مربوط به سلامت را جستجو، دریافت و منتقل کنند.

مقبولیت: امکانات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی باید مطابق با اصول اخلاق پزشکی، با اطمینان و با هدف بهبود سلامت افراد مورد نظر ارائه شود. زمینه‌های فرهنگی افراد، اقلیت‌ها و جوامع باید مورد احترام قرار گیرند و ویژگی‌های مربوط به جنسیت یا سن به طور خاص در نظر گرفته شود.

کیفیت: لازم است امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی از نظر علمی و پزشکی مناسب و از کیفیت مطلوبی برخوردار باشند. مراقبت‌های پزشکی باید توسط پرسنل آموزش دیده انجام شود و مطابق با استانداردهای پزشکی، داروها، تجهیزات، امکانات و بهداشت باشد.

اصول فراهمی، دسترسی، مقبولیت و کیفیت نه تنها مفاهیم حق بر سلامت هستند بلکه به روشن شدن ماهیت مسئولیتی که دولت‌ها

3. Lougarre C. Using the right to health to promote universal health coverage: A better tool for protecting non-nationals' access to affordable health care? *Health and human rights*. 2016;18(2):35.
4. Klotz S, Bielefeldt H, Schmidhuber M, Frewer A. Healthcare as a human rights issue: normative profile, conflicts and implementation: transcript Verlag; 2017.
5. Kieny MP, Evans DB. Universal health coverage. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 19 (4), 305-306, 2013. 2013.
6. United Nations. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>].
7. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization; 2015.
8. Nygren-Krug H. The right (s) road to universal health coverage. *Health and human rights*. 2019;21(2):215.
9. UHC2030. A History of Universal Health Coverage in the UN, 2019. [Available from: <https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/a-history-of-universal-health-coverage-in-the-un/>].
10. Office for the High Commissioner on Human Rights. CESCR general comment no. 14: the right to the highest attainable standard of health (Art 12). Access in August 11, 2000.
11. World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, 2014. [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112671>].

کیفیت با محور کیفیت ارائه خدمات در ارتباط است.

ما باید به تلاش برای پر کردن مکعب پوشش همگانی سلامت در هر ۴ بعد، یعنی گسترش مراقبت برای افرادی که در حال حاضر تحت پوشش نیستند، گسترش پوشش به تمام خدمات مورد نیاز، کاهش هزینه‌های بیمار و افزایش کیفیت ارائه خدمات، ادامه دهیم. با افزایش ظرفیت و کیفیت مراقبت‌های سلامت و خدمات سلامت عمومی، با اطمینان از تحت پوشش قرار گرفتن کل جمعیت و با اطمینان از مقرون به صرفه بودن این خدمات برای همه، دولت‌ها می‌توانند به اصول حق بر سلامت احترام گذارند، از آنها محافظت کنند و آنها را تحقق بخشند. همچنین ارزیابی تلاش برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به دولت‌ها کمک می‌کند تا نیازهای سلامت جامعه را شناسایی و محدودیت‌ها و موانع توسعه خدمات اولویت‌دار برای تأمین این نیازها را برطرف کنند.

References

1. World Health Organization. Constitution of the world health organization, 1995.
2. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. The Right to Health. Fact sheet no. 31. United Nations Geneva; 2008.