

سیاست حمایتی از معلولان در اسناد بالا دستی جمهوری اسلامی ایران

سمن اللهویسی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۱۳

مهسا وثوق^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۲۸

محمد جواد محمدی^۳

چکیده

بیماری پدیده‌ای نیست که از خارج بر ما تحمیل شده باشد. بیماری پتانسیلی درونی است که در درون بدن موجودات وجود داشته و در حقیقت همه روزه در بدن تولید می‌گردد. تامین سلامت شهروندان یکی از چالش‌های مهم هر نظام سیاسی است. در اسلام به بیماران و نگهداری و خدمات به ایشان توجه ویژه‌ای شده است با توجه به اینکه ایران هم یک کشور اسلامی است باید به حمایت از بیماران مخصوصاً بیماران کم‌توان توجه ویژه‌ای مبذول دارد. کشورهای توسعه یافته نیز نسبت به معلولان توجه فراوانی را مبذول داشته‌اند. این مقاله تلاش دارد تا از طریق مطالعه قانون اساسی، برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی ایران و چشم‌انداز بیست ساله که اسناد بالادستی مکتوب در جمهوری اسلامی است به مطالعه سیاستهای کلان در حمایت از معلولان پرداخته است. روش این مقاله نیز در واقع براساس مطالعه اسناد مکتوب بالادستی است.

کلمات کلیدی: ایران، بیماری، بیماران کم‌توان، نظام سیاسی

^۱ کارشناسی ارشد حقوق عمومی

^۲ کارشناسی آسیب‌شناسی (گفتار و زبان)

^۳ کارشناسی مدیریت مالی

در خصوص معضلی به نام بیماری و ناتوان کننده ی فیزیکی انسانها، در تعریفی هر چند ناموزون در جهان با نگاهی سیاسی، اقتصادی به تعریف کشیده شده و در ایران به نام بیماران کم توان ی شناخته شده است.

این بیماران ناخواسته و بدون آگاهی قبلی خود را در ورطه ی جدا شده از جامعه یافته اند. با آگاهی درباره ی نیازهای بیماران می توان آنها را بهتر شناخت و راههای مناسب تری برای کمک به این افراد انتخاب کرد و موقعیت هایی را که سبب این نیازها می شوند، به خوبی بشناسد. خدمات ارائه شده باید مربوط به نیازهای بیماران باشد تا رضایت و خشنودی آنها را جلب کند. (مصدق راد، پاییز ۱۳۸۲:ش ۱۴) این مقاله که به توضیح پیرامون مباحث و سیاستگذاری های دولت در برنامه ی توسعه پرداخته است و به صورت موشکافانه به توضیح و تبیین حمایت هایی که در سیاست های دولت در باب سلامت و کمک به بیماران کم توان است پرداخته است. در واقع تلاش دارد تا سیاستهای کلان مکتوب جمهوری اسلامی را نسبت به معلولان مورد مطالعه قرار بدهد.

تعریف توسعه:

توسعه یک فرآیند پاسخگویی به نیازهای اساسی و در حال رشد انسانی است، و این که توسعه باید بر اساس میزانی که این دو نیازهای اولیه اجتماعات و افراد، برآورده میشوند مورد اندازه گیری قرار گیرد. (گرین، ۱۹۷۴)

به طور کلی توسعه جریانی است که در خود تجدید سازمان و سمت گیری متفاوت کل نظام اقتصادی - اجتماعی را به همراه دارد.

ماهیت تعهد دولت در برابر بیماران کم توان و حق بر سلامت:

تعهد به معنای برعهده گرفتن، عهده دار شدن، مکلف گردیدن و ملتزم شدن به انجام کار با عملی معین بوده و در اصطلاح حقوق عبارت است از یک رابطه حقوقی که به موجب آن شخص یا اشخاصی معین، نظر به اقتضاء عقد یا شبه عقد یا جرم یا شبه جرم و یا به حکم قانون ملزم به دادن چیزی یا مکلف به فعل یا ترک فعل معینی به نفع شخص یا اشخاص معین می شوند. (جعفری لنگرودی، ۱۳۶۸: ۱۶۶) همچنین التزام مترادف و یا تعهد کردن است که اولی اسم مصدر و دومی عبارت مصدری است ولی الزام در لغت به معنی اجبار بوده و معنی اصطلاحی در حقوق ندارد و اشتباهاً و به صورت متعارف به جای التزام و تعهد به کار برده می شود. از سوی دیگر، حقوق بشر در عصر حاضر، نظامی هنجارین به شمار می آید که متضمن حق ها و آزادی هایی است که افراد انسان در برابر دولت ها از آن برخوردارند. کارکرد اصیل و برجسته این نظام هنجارین، تهدید قدرت دولت در برابر افراد و تضمین حقوق و آزادی های افراد در برابر دولت است. همچنین حق های بشری موضوع حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با دولت ها، ماهیتی حق - ادعایی داشته و دولت ها را متعهد به تضمین حق های مزبور به نفع افراد می نماید.

بدین سان مشخص می گردد که حق های مزبور به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله حق بر سلامت حق - ادعایی هستند که از یک طرف دولت ها را در برابر افراد انسانی متعهد می سازند و از طرف دیگر افراد را در برابر دولت ها و سازمانهای مسئول و ناظر بر امور سلامت صاحب حق می نمایند.

بارزترین نمود و شاخص ترین بیان از تعهدات دولتها در خصوص حق بر سلامتی را می توان در بند دوم ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشاهده نمود. به موجب بند اول از این ماده که بهره مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسمی و روانی را به رسمیت می شناسد، در بند دوم این ماده اقداماتی را که دولتها باید در تحقق کامل حق بر سلامتی اتخاذ نمایند برمی شمارد. این موارد شامل عناوین ذیل است:

الف) پیش بینی کاهش نرخ مرده زایی و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان.

ب) بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی.

ج) پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری های همه گیر، بومی، حرفه ای و سایر بیماری ها.

د) ایجاد شرایط تأمین کننده خدمات پزشکی و مراقبت پزشکی برای همگان در صورت ابتلا به بیماری.

«حق بر درمان و مراقبت های بهداشتی از جمله حق ادعاهایی مثبتی است که لازمه آن مکلف بودن دولت در

ارائه خدمات و امکانات مقتضی در قبال ادعا مزبور و مطالبه آن است. اقدامات و مراقبتهای موضوع این حق را

نیز می توان در سه گروه عمده طبقه بندی کرد:

الف) اقدامات و مراقبتهای پیشگیرانه.

ب) مراقبتهای درمانی.

ج) مراقبتهای حین و پس از نقاهت». (قاری، ج دوم، ۲۸۹)

«در نظام هنجاری حقوق بشر متعهد و مکلف، نهاد اعتباری به نام دولت است که نمی تولد به مثابه یک

کنشگر اخلاقی اعتبار شود و الزام آن به انجام رفتارهای اخلاقی که رها از بند الزام هستند. تناقض آفرین

نخواهد بود». (ذاکر حسین، ۱۲۴)

دولت از مهمترین نهادهای بشری است که اهمیت آن در طول تاریخ بر همگان روشن است و انسان سال

هاست که برای برقراری نظم عمومی، سهولت زندگی و داشتن امنیت چه داخلی و چه خارجی و مواردی از

این دست، این نهاد را سامان داده است. دولت در قبال شهروندان خود تکالیفی دارد از جمله حفظ بهداشت

عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان.

۱. قاری سید فاطمی، سید محمد، «حقوق بشر در جهان معاصر»، جلد دوم، شهردانش، ص ۲۸۹

۱. ذاکر حسین. محمد هادی، پیشین، ص ۱۲۴

«تأمین سلامت عمومی شهروندان توسط دولت که خود طیف وسیعی از اعمال و اقدامات در حوزه سلامت را شامل می‌شود، نوعی از مداخله دولت در سطح جامعه می‌باشد. این اقدام به منظور حفظ و گسترش سلامت عمومی شهروندان و نیز ارتقای سلامت آنها از طریق تنظیم مقررات و نظارت بر آن و جهت اجرای سیاست‌ها و فرآیندهای خط مشی ساز در حوزه سلامت به کار می‌رود.» (اصغرینیا، شماره ۳۷: ۲)

حق بر سلامت (نظام سلامت)

سلامتی یکی از محورهای عدالت و توسعه جوامع در تمامی ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و انسانی به شمار می‌رود.

یک نظام سلامت خوب، خدمات کیفی را به همه‌ی افراد جامعه در هر جا و زمانی که به آن نیاز داشته باشند ارائه می‌نماید. شکل و ترتیب ارائه خدمات از کشوری به کشور دیگر فرق دارد. اما در همه‌ی موارد مستلزم یک مکانیسم تأمین مالی قوی، نیروهای کاری خوب آموزش دیده و نظام پرداخت مناسب می‌باشد.

ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی کامل و با کیفیت مطلوب، از طریق واحدهای بهداشتی، درمانی از قبیل بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی به تمامی اقشار جامعه با همکاری و مشارکت مردم، ارگانها، سازمانهای دولتی و غیردولتی مرتبط از جمله اقدامات مؤثری است که در ارتقا سلامت جامعه نقش دارد. (جنتی و جباری پیرامی)

نظام‌های سلامت در حال حاضر در محیطی با تغییرات سریع اقتصادی، اجتماعی عمل می‌کند، این وضعیت آنها را با مشکلات گوناگون در مقوله‌های مرتبط با عدالت، کیفیت و اثر بخشی مواجه ساخته است.

نظام سلامت ایران به عنوان یکی از پیچیده‌ترین نظام‌های سلامت دنیا در طول دهه‌های گذشته به غیر از استراتژی مراقبتهای بهداشتی اولیه، اصلاحات اساسی به خود ندیده است. بررسی و جایگاه رتبه کشورمان در میان نظام‌های سلامت دنیا در دستیابی به اهداف نظام سلامت رتبه‌ی ۹۳ در سطح سلامت و رتبه‌ی ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی) بیانگر ناکارآمدی قابل توجه است. (جباری و بخشیان، ۱۳۸۶: ۴)

یک سیستم سلامت به طور معمول دارای ۴ سطح عمده می باشد.

۱- سطح مردم: اولین سطح ارائه خدمات سلامت فردی، سطح منزل است.

۲- میکروسیستم (خرد سیستم): این سطح واحدهایی را که به طور مستقیم با مردم ارتباط داشته و به ارائه خدمات مردم، بیماران و جامعه مشغول هستند را شامل می شود مانند: بیمارستانها، مراکز بهداشتی و.....

۳- ماکروسیستم (سیستم کلان): این بخش شامل سطوحی از نظام سلامت است که به طور مستقیم با مردم ارتباط ندارند و وظیفه آنها سیاستگذاری، قانون گذاری، نظارت، حمایت‌های مالی و پشتیبانی از نظام سلامت خرد می باشد. شامل وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، سازمانهای بیمه گر، دانشگاههای علوم پزشکی و.....

۴- محیط: همه نهادها، ارگانها و سازمانهای دولتی و غیردولتی که به طور مستقیم در سلامت نقش دارند ولی شرایط و بستر لازم را برای ارتقای سلامتی جامعه فراهم آورده و به نحوی در سلامت جامعه دخیل است مانند شهرداری ها از طریق بهسازی محیط شهرها، صدا و سیما از طریق فرهنگ عمومی سلامت، مجلس شورای اسلامی از طریق ایجاد بسترهای قانونی و (جتی و جباری بیرامی)

قانون اساسی و حمایت از بیماران کم توان

تدوین و تصویب قانون اساسی توسط هر کشور یکی از اساسی ترین و مهمترین بخش هویتی و شاخص اصلی شناسایی و شناسنامه ی آن ملت محسوب می شود که مختص همان مردم و ملت که شامل نحوه ی

زندگی، فرهنگ، اقتصاد و ساختارهای بنیادی بوده که در چهارچوبی متفاوت و شرایط عینی جامعه قابل بررسی می باشد. قانون اساسی در تمام قوانین یک کشور شامل چیدمان دستگاهها و مهره های کارگذاری طبق اساسنامه حزب حاکم و پیروز تحمیل می شود.

هدف از تدوین راهبردی قانون اساسی هر کشور ارتقاء سطح زندگی اجتماعی، اقتصادی و پیشبرد اهداف سلامت جامعه در اولویت برنامه ها قرار می گیرد. مثلاً خدمات درمانی عمومی، بهداشت و سلامت جامعه و تضمین کردن روش و شیوه های اجرایی که منجر به جامعه سالم می شود یکی از اهداف قانون اساسی شمرده می شود.

در قانون اساسی وقتی نامی از سلامت جامعه و سازمانهای موازی آن مثلاً وزارت بهداشت و درمان، و ... بسیار گذرا و مختصر توضیحاتی داده شده است.

اصول حمایتی از بیماران و رفاه، تأمین اجتماعی در قانون اساسی شامل موارد زیر است:

۱- بند دوازده اصل سوم که طبق این بند پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت، تعلیم بیمه.

۲- اصل بیست و نهم قانون اساسی: برخورداری از تأمین اجتماعی: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت موظف است خدمات و حمایت های فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می شود.

تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تسهیل خانواده برای همه.

طبق این اصول دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین نماید و دولت مکلف به پاسخگویی به این حق همگانی است و حمایت از بیماران خاص از این قاعده مستثنی نیست.

قوانین عادی حمایت کننده از بیماران کم توان

در ایران مجموعه ای از قوانین و مصوبات و آیین نامه هایی برای حمایت از بیماران کم توان موجود می باشد که در ذیل به آن اشاره می شود.

گفتار اول: قانون جامع حمایت از معلولین

از دیدگاه حقوق شهروندی افرادی که دارای بیماری های خاص هستند با عنایت و توجه به پیمان نامه جهانی حقوق معلولین می توانند معلول به شمار آیند. محدودیت های مؤثر بیماران کم توان و ناتوان در فعالیت های روزمره و عدم استقلال آنها منطبق بر ستون اصلی تعریف معلولیت است.

و چون این پیمان نامه توسط دولت جمهوری اسلامی ایران امضا شده است در حکم قانون داخلی بوده و قانونی است.^۳

بند اول: مواردی از ماده های حمایتی از معلولین در قانون جامع حمایت از حقوق معلولان

ماده ۱: دولت موظف است زمینه های لازم را برای تأمین حقوق معلولان، فراهم و حمایت های لازم را از آنها به عمل آورد.

۱. علی صابری، عضو کمیسیون پنج نفره ی تدوین پیش نویس قانون جامع حمایت از معلولان بوده است.

تبصره: منظور از معلول در این قانون به افرادی اطلاق می گردد که به تشخیص کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی بر اثر ضایعه جسمی، ذهنی، روانی و یا توأم، اختلال مستمر و قابل توجهی در سلامت و کارآئی عمومی وی ایجاد گردد، به طوری که موجب کاهش استقلال فرد در زمینه های اجتماعی و اقتصادی شود.

ماده ۲- کلیه وزارت خانه ها، سازمان ها و مؤسسات و شرکت های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظف اند در طراحی تولید و احداث ساختمان های و اماکن عمومی و معابر و وسایل خدماتی به نحوی عمل نمایند که امکان دسترسی و بهره مندی از آنها برای معلولان همچون افراد عادی فراهم گردد.

تبصره ۱: وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات و شرکت های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظف اند جهت دسترسی و بهره مندی معلولان، ساختمان ها و اماکن عمومی، ورزشی و تفریحی، وسایل خدماتی موجود را در چهار چوب بودجه های مصوب سالانه ی خود مناسب سازی نمایند.

تبصره ۲: شهرداری ها موظف اند از صدور پروانه احداث و یا پایان کار برای آن تعداد از ساختمان ها و اماکن عمومی که استانداردهای تخصصی مربوط به معلولان را رعایت نکرده باشند خودداری نمایند.

تبصره ۳: سازمان بهزیستی کشور مجاز است بر امر مناسب سازی ساختمان ها و اماکن دولتی و عمومی، دستگاههای مذکور در ماده فوق نظارت و گزارشات اقدامات آنها را درخواست نماید.

بند دوم: ایجاد اشتغال در قانون حمایت از معلولین

طبق ماده هفت قانون جامع حمایت از حقوق معلولان دولت موظف است جهت ایجاد فرصت های شغلی برای افراد معلول تسهیلات ذیل را فراهم نماید.

الف) اختصاص حداقل سه درصد از مجوزهای استخدامی (رسمی، پیمانی، کارگری) دستگاههای دولتی و عمومی اعم از وزارتخانه ها، سازمانها، مؤسسات، شرکتهای و نهادهای عمومی و انقلابی و دیگر دستگاههایی که از بودجه عمومی کشور استفاده می نمایند.

ب) پرداخت حق بیمه سهم کارفرما توسط سازمان بهزیستی کشور پرداخت می شود.

ج) پرداخت تسهیلات اعتباری خود اشتغالی به میزانی که در قوانین بودجه سالانه مشخص می گردد.

د) اختصاص حداقل شصت درصد از پستهای سازمانی متصدی دفتری و ماشین نویسی دستگاهها، شرکتها و نهادهای عمومی به معلولین جسمی، حرکتی.

ه) اختصاص حداقل شصت درصد از پستهای سازمانی تلفنچی (اپراتور تلفن)، دستگاهها، شرکتها و نهادهای عمومی به معلولین

تبصره ۱: کلیه وزارتخانه ها، سازمانها، مؤسسات و شرکتهای دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی مجازند تا سقف مجوزهای استخدامی سالانه خود، افراد نابینا و ناشنوا و معلولین ضایعات نخاعی واجد شرایط را راسا به صورت موردی و بدون برگزاری آزمون استخدامی به کار گیرند.

تبصره ۲: سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور موظف است سه درصد از مجوزهای استخدامی سالانه وزارتخانه ها، سازمانها، مؤسسات دولتی، شرکتها و نهادهای عمومی و انقلابی را کسر و در اختیار سازمان بهزیستی کشور قرار دهد تا نسبت به برگزاری آزمون استخدامی اختصاصی برای معلولین واجد شرایط با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور اقدام و معلولین واجد شرایط پذیرفته شده را برحسب مورد به دستگاه مربوطه معرفی نماید.

تبصره ۳: سازمان بهزیستی کشور مجاز است در قالب اعتبارات مصوب خود، صندوق فهرستهای شغلی معلولان و مددجویان بهزیستی را ایجاد و اساسنامه آن را به تصویب هیأت وزیران برساند.

تبصره ۴: سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور موظف است آموزشهای لازم فنی و حرفه ای را متناسب با بازار کار برای معلولان به صورت رایگان و تلفیقی تأمین نماید.

بند سوم: پیش بینی مسکن و کمک هزینه در قانون حمایت از معلولین

ماده ۹: وزارت مسکن و شهرسازی، بانک مسکن مؤظفند حداقل ده درصد از واحدهای مسکونی، احداثی استیجاری و ارزان قیمت خود را به معلولان نیازمند فاقد مسکن اختصاص می دهد.

تبصره ۱: سیستم بانکی کشور مکلف است تسهیلات اعتباری مورد نیاز احداث و خرید مسکن معلولان را تأمین و به معلولان یا تعاونی های آنها و یا مؤسسات خیریه ای که برای معلولان مسکن احداث می نمایند، پرداخت کنند.

تبصره ۲: سازمان ملی زمین و مسکن مؤظف است زمین مورد نیاز احداث واحدهای مسکونی افراد معلول فاقد مسکن را به نرخ کارشناسی تهیه و در اختیار افراد مذکور و یا تعاونی ها و مؤسسات خیریه ای که برای آنان مسکن احداث می نمایند قرار دهد.

تبصره ۳: معلولان از پرداخت هزینه های صدور پروانه ساختمانی آماده سازی زمین، عوارض نوسازی معاف می گردند.

تبصره ۴- سازمان بهزیستی کشور مؤظف است در قالب اعتبارات مصوب خود در قوانین بودجه سالانه و کمک های یارانه ای اشخاص حقیقی و حقوقی نسبت به احداث واحدهای مسکونی برای معلولان و مدد جویان اقدام و مالکیت یا بهره برداری آنها را مطابق آئین نامه ای که سازمان بهزیستی کشور با همکاری وزارت مسکن و شهرسازی و سازمان به مدد جویان واجد شرایط واگذار نماید.

گفتار دوم: قانون تأمین اجتماعی

قانون تأمین اجتماعی، مهم ترین منبع حقوق تأمین اجتماعی و این سازمان خود شاخه ای نوپا در کشور است. در بیان مفهوم حقوقی تأمین اجتماعی اینگونه آمده است.

اگر با مقداری مسامحه بپذیریم که تأمین اجتماعی اصلی است که به گونه ای جهان شمول مورد پذیرش قرار گرفته و بنابر آن است برای هر فردی در دوران زندگی، حداقل نیازهای اجتماعی را فراهم کند، حقوق

تأمین اجتماعی باید شامل مقرراتی باشد که در حدود این تکلیف را برای جامعه و شرایط برخورداری از آن حقوق را برای اعضای جامعه یعنی افراد انسانی مشخص کند.^۴

مقررات مندرج در قانون تأمین اجتماعی است که حدود و نحوه بهره‌مندی افراد مشمول را بیان می‌دارد به لحاظ اینکه یکی از مهمترین منابع صندوق تأمین اجتماعی، حق بیمه‌های وصولی از مشمولین این قانون هستند. لذا این صندوق حق الناس محسوب و اهمیت حفظ صیانت از آن دو چندان می‌شود.^۵

هرچند نظام تأمین اجتماعی جمهوری اسلامی ایران به لحاظ فراگیری و جامعیت تا حدودی موفق بوده است اما از لحاظ شاخص‌هایی نظیر ضریب جینی و نسبت جمعیت واقع در زیر خط فقر، هنوز با وضعیت مطلوب فاصله دارد.^۶

قانون هدفمندسازی یارانه‌ها

قانون فوق‌مشتمل بر شانزده ماده و شانزده تبصره می‌باشد که در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۳ تصویب شد.

براساس ماده ۷ قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، دولت مجاز است حداکثر تا ۵۰٪ خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را برای اجرای نظام تأمین اجتماعی، گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقای سلامت جامعه و پوشش داروئی و درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج هزینه کند.

در طی روند خصوصی سازی صنایع از سوی دولت صنعت داروسازی و شیمیایی توسط بخش خصوصی از فعالیت نسبتاً کج دارو مریض در ارتباط با تولیدات داروئی باتوجه به امکانات و معادله‌ی علمی و دانش مزبور

۱. عراقی. سید عزت الله، «اهمیت و جایگاه حقوقی تأمین اجتماعی»، فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی ۱۳۸۲. ص ۸

۲. مرادی. سید الله و عرب. مرتضی، «بررسی اجمالی ماده ۹۷ قانون اجتماعی: استفاده از مزایای قانون تأمین اجتماعی بر خلاف حق، مطالعات حقوقی، مطالعات خصوصی»، پاییز ۹۱، شماره ۲۷. ص ۲۷۳

۱. بادینی، حسن و عصمتی، زینب، «زمینه‌های تحقق اصول حاکم بر حقوق تأمین اجتماعی و جمهوری اسلامی ایران، رفاه اجتماعی»، بهار ۹۱، شماره ۴۴

در ایران توان ساختن و تولید فرمول‌های داروهای تخصصی از عهده آنها خارج که این ناتوانی در تولید داروهای تخصصی باعث واردات این داروها از خارج و کشورهای پیشرفته گردیده که از لحاظ اقتصادی ارزیابی زیادی با قیمت‌های ارزی وارد کشور شده و در نتیجه دسترسی برای عامه‌ی بیماران که توان اقتصادی خرید را نداشته، انگیزه درمان بیماریهای صعب‌العلاج و خاص را کمرنگ نموده و در اجرای تعهدات سازمانها و مراکز بیمه‌ای که تحمل هزینه‌های خرید دارو و خرید خدمات امکانات پزشکی از یک رنج تابعی برخوردار بوده و می‌بایست هر ساله موضوع خدمات پزشکی تابع بودجه‌های اختصاص یافته هر ارگان خود را با شرایط علمی مواجه کنند.

پس از تصویب هدفمند نمودن یارانه و کمک بودجه‌ای و یاری رساندن به بنیة وزارت خانه و نهادهای حامی بیماران خاص، توان خرید و واردات داروهای تخصصی را افزایش و سطح آن را ارتقاء دهند که این مسئله باعث تقویت بنیة مالی حامیان وقتی بیماران خاص گردید. این مسئله باعث اجرای منصفانه و عدالت مدارانه نگرش دولت به اقشار مختلف جامعه گردید.

آیین نامه اجرایی بند (د) ماده (۳۲) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

طبق ماده ۲۲ این آیین نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور ارتقای کیفیت خدمات و حمایت همه جانبه از بیماران خاص، پیوندی، سرطانی و صعب‌العلاج نسبت به توسعه ارائه خدمات سلامت با روش نوین درمانی در داخل کشور، راه اندازی مراکز جامع درمان بیماران خاص براساس استانداردهای مربوط استقرار پروژه‌های پیشگیری و مراقبت از بروز بیماری خاص و سرطانی توسعه شبکه فراهم آوری اعضا و نسوج و استقرار نظام جامع ارائه خدمات با کیفیت و ایمن برای بیماران مذکور تا پایان سال چهارم اقدام نماید.

سازمان‌های دولتی حمایت کننده از معلولین

سازمان دولتی به سازمانی تحت امر یک دولت اطلاق می شود که از جانب دولت مرکزی به منظور فعالیتی معین ایجاد می شود و بخش دولتی بخشی از اقتصاد است که بودجه ی آن از بخش عمومی تأمین شده و خدمات اولیه دولتی را ارائه می کند. ترکیب بخش دولتی بسته به هر کشوری متغیر است.

در راستای پیشبرد و اهداف راهبردی و ارتقاء سلامت، وزارتخانه ها و سازمانهای موازی عهده دار این امر مهم توانسته با هدفمندی و حل معضلات پیش رو و اجرای تصمیمات متخذ دولت، برنامه هایی را در راستای حمایت از بیماران خاص به پیش ببرد که در ذیل به آنها پرداخته می شود.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

نظام ساختاری بهداشت و درمان ایران در سه سطح ملی، استانی و شهرستان سازماندهی شده است. در سطح ملی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد اصلی و عمده در امر سیاست گذاری نظارت و هدایت و هماهنگی نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می دهد که در مهرماه ۱۳۶۴ تشکیل گردید.^۷

اهداف وزارت بهداشت استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم نظارت بهداشت و درمان و بهزیستی و آموزش و پژوهش پزشکی و تحقق بندهای ۴، ۱۲، ۱۳، اصل سهم و آن قسمتی از اهداف اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مربوط به خدمات، بهداشت و درمان و بهزیستی می باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در رأس هرم سلامت مردم قرار گرفته است نقش اساسی و خاصی را در راهبرد و تقسیم وظایف محوله به سازمانهای زیرمجموعه خود در پازل درمان و سلامت در ایران یاری می کند.^۸ و دارای وظایفی از جمله:

۷. سید موسوی، میرسجاد، «پیشین»، ص ۱۷۲-۱۷۱

۸. جلالی، سعید و سلجوقی، خسرو، «بهداشت و درمان در نظام سلامت»، ۱۳۹۱، چاپ اول، انتشارات پزشکی شروین

- ۱- زیر پوشش بیمه قرار گرفتن داروی بیماران خاص.
- ۲- حمایت از بیماران کم توان و ناتوان از طریق نهادهای بهزیستی و کمیته امداد.
- ۳- طرح پیشگیری در بیماران تالاسمی
- ۴- ارجاع زوجین مینور تالاسمی جهت تشخیص بیش از تولد
- ۵- صدور حواله داروهای بیماران خاص
- ۶- معرفی بیماران خاص به سازمانهای بیمه گر
- ۷- صدور گواهی ماده ۱۸۶ قانون مالیاتهای مستقیم می باشد.

گفتار دوم: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

این وزارتخانه از ادغام سه وزارتخانه تعاون، کار و امور اجتماعی و رفاه اجتماعی در هشت تیر ماه ۱۳۹۰ که به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید، به وجود آمد.

و مأموریت آن سیاستگذاری و برنامه ریزی، اعمال نظارت و انجام اقدامات قانونی به منظور تنظیم روابط کار، حل و فصل مسائل و مشکلات جامعه کارگری، حفظ و صیانت از نیروی کار، افزایش سهم بخش تعاونی در اقتصاد کشور و حمایت از توسعه اشتغال و نیز برقراری نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در چهارچوب سیاست های کلی نظام و قوانین و مقررات موضوعه است

در جهت تحقق مفاد اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به منظور تأمین موجبات برنامه ریزی هماهنگی، نظارت و ارزشیابی و تهیه هنجارها و استانداردهای در زمینه حمایت از خانواده های بی سرپرست و نیازمند و ارائه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و توان بخشی حرفه ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست و معلولین و سالمندان و آموزش نیروی انسانی خدمات بهزیستی و توانبخشی و تأمین

موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت گروه‌های داوطلب و مؤسسات غیردولتی سازمان بهزیستی کشور تشکیل می‌شود.

تمام بیمارانی که دچار معلولیت شده اند تحت پوشش بهزیستی قرار می‌گیرند. و از حمایت‌های این سازمان بهره مند می‌شوند و دستورالعمل‌های ذیل را برای حمایت از این بیماران به عمل آورده است:

۱- دستورالعمل نحوه پرداخت کمک هزینه تحصیلی به دانش آموزان معلول (سایت سازمان بهزیستی کشور)

سازمان بهزیستی کشور براساس اهداف و سیاست‌های فرار و در راستای اجرای مفاد قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، ارائه خدمات توانبخشی، رفاهی، به گروه‌های مختلف معلول را در دستور کار خود قرار داده است. بر این اساس دانش آموزان معلول و ام. اس مشمول دریافت این خدمات می‌باشند. از این رو، سازمان در نظر دارد تا با پرداخت کمک‌های نقدی به دانش آموزان واجد شرایط، جهت تقویت انگیزه‌های تحصیلی و بهبود کیفیت زندگی این افراد گام بر دارد.

۲- دستورالعمل نحوه پرداخت کمک هزینه تحصیلی به دانشجویان پذیرفته شده در دانشگاه‌های دولتی

در راستای ایجاد فرصت‌های برابر در زمینه کسب دانش و تحصیل علم برای آحاد جامعه، از جمله افراد معلول تحت پوشش سازمان و با هدف همکاری در ایجاد زیرساخت‌های لازم برای اجرای ماده ۸ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان به منظور حمایت و تشویق آن دسته از داوطلبان معلولی که در دانشگاه‌های دولتی پذیرفته می‌شوند نیز ایجاد انگیزه و تلاش بیشتر برای سایر داوطلبان معلول جهت ورود به دانشگاه‌های روزانه دولتی، سازمان بهزیستی کشور اقدام به تأمین اعتبار جهت کمک موردی به این قشر از معلولان نموده است.

از دیگر کمک‌های بهزیستی، تخفیف کارت مترو و بی. آر. تی با نامه‌ی بهزیستی می‌باشد.

کمیته امداد خمینی (ره)

کمیته امداد امام خمینی در تاریخ ۱۴ اسفند ۱۳۵۷ به فرمان امام خمینی و برای مدت نامحدود تشکیل گردید. «هدف از تشکیل این نهاد بنا به تصریح ماده دوم اساسنامه ی آن ارائه خدمات حمایتی، معیشتی و فرهنگی به نیازمندان و محرومان داخل و خارج کشور به منظور تأمین خود اتکایی، تقویت و رشد با حفظ کرامت انسانی می باشد».

کمیته امداد خمینی بنا به تصریح ماده ۵ قانون محاسبات عمومی^۹ در زمره ی مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی است که به منظور ارائه خدمات عمومی ویژه به نیازمندان جامعه تأسیس شده است.

ماده ۶ اساسنامه وظایف کمیته امداد را به شرح ذیل اعلام می دارد.

الف) بررسی و شناخت انواع محرومیت های مادی و معنوی نیازمندان و تبیین و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آنها در حد امکان و شناسایی افراد و خانواده های لازم الحمايه در شهر و روستا و عشایر.

ب) بررسی و ارائه پیشنهاد خط مشی ها، سیاست های اجرایی، طرح ها، برنامه ها و روشهای مناسب برای رفع محرومیت های نیازمندان در ابعاد مختلف به مراجع ذیربط و انجام اقدامات و پیگیری های لازم جهت تحقق آنها.

ج) فراهم آوردن امکانات لازم به منظور خود اتکا نمودن افراد و خانواده های تحت پوشش و سایر نیازمندان از طریق ایجاد اشتغال، اعطای وام، آموزش های فنی و حرفه ای و ارائه خدمات لازم در حد امکان.

د) ایجاد تسهیلات لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و اقدام به بیمه های درمانی و اجتماعی اقشار آسیب پذیر در حد امکانات و چارچوب قوانین مربوطه.

۹- مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی از نظر این قانون واحدهای سازمانی مشخصی هستند که با اجازه قانون به منظور انجام وظایف و خدماتی که جنبه ی عمومی دارد تشکیل شده است.

ه) پرداخت مستمری از قبیل کمک های نقدی و غیرنقدی، اعطای قرض الحسنه ضروری، کمک به تعمیر و تهیه مسکن، ازدواج و تجهیزیه نیازمندان.

و) ارائه خدمات فرهنگی به افراد و خانواده های نیازمندان و انجام فعالیت های فرهنگی و آموزشی و تأمین وسایل آموزشی لازم.

ز) حمایت های موردی از افراد و خانواده های نیازمندان در برابر مشکلات ناشی از بروز حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی.

ح) ارائه خدمات مشاوره و مددکاری و حمایت های لازم حقوقی و قضایی به افراد و خانواده های نیازمند.

ط) حمایت نیازمندان خارج از کشور براساس سیاست های نظام جمهوری اسلامی ایران، در حد امکانات.

ی). تمهیدات لازم به منظور احیای فرهنگ انفاق و ایثار، نشر سنتهای حسنه اسلامی و هدایت امکانات و کمک های مردمی خصوصاً کمک های اشخاص خیر و نیکوکار و همچنین امکانات و کمک های بخش دولتی و غیردولتی جهت حمایت از افراد و خانواده های نیازمند.

ک) ارتباط با مؤسسات خیریه، انجمن ها و تشکل های عام المنفعه مردمی داخل و خارج کشور، به منظور تبادل تجربه و بهره گیری هرچه مطلوب تر از ظرفیت های بالقوه و بالفعل آنها و پرهیز از انجام کارهای موازی و غیرضروری در جهت انجام حمایتهای مادی و معنوی و تقویت و گسترش این گونه هسته های مردمی در حد توان.

ل) انجام هر گونه تکلیف اقدامات قانونی پس از تخصیص اعتبار لازم. (همان)

در حال حاضر بیشتر از ۱۳۳۰ پزشک خانواده، ۲۶۲۰ متخصص و فوق تخصص، ۲۱۴۴ داروخانه، ۵۹۵ بیمارستان، ۳۲۲ درمانگاه و ۳۱۹۵ پاراکلینیک کشور با کمیته ی امداد طرف قرارداد هستند.

این نهاد علاوه بر تعهد در بسته بیمه پایه کشور برای مددجویان، پرداخت دو برابری ویزیت پزشک خانواده، پرداخت صددرصد تعرفه دولتی پزشکان متخصص و فوق تخصص، پوشش بیمه ای هزینه خدمات توان بخشی همچون پروتز دندان مصنوعی، عینک و سمعک، رایگان کردن فرانشیز درمان بیماران خاص، خدمات سنگ شکن، پرتو درمانی و شیمی درمانی جبران هزینه خرید کلیه با هماهنگی انجمن مربوطه و پوشش بیمه ای تجهیزات و لوازم مصرفی با کیفیت مورد تأیید وزارت بهداشت را نیز در بسته بیمه پایه خود قرار داده است.

سازمان تأمین اجتماعی

به منظور اجرا و تعمیم و گسترش انواع بیمه های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه های تأمین اجتماعی، همچنین تمرکز وجوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی و سرمایه گذاری و بهره برداری از محل وجوه و ذخایر، سازمانی مستقل به نام سازمان تأمین اجتماعی تشکیل گردید.

سازمان تأمین اجتماعی براساس دستورالعمل های ذکر شده و به منظور کاهش پرداخت از جیب بیمار و جبران بخشی از هزینه های درمان، نسبت به حذف یا کاهش فرانشیز دارو و خدمات بیماران و معلولین، بیماران صعب العلاج و سرطانی اقدام کرده است.

رهیافت به آخرین دستاوردهای هر مسئله و فرم‌اسیون اقتصادی، اجتماعی و سیاسی مقصوده لازمه کار تحقیق، و در نهایت به چالش کشیدن تحقیقات و اندیشه های حاکم بر افکار و ایده های تئورسین و حتی دانشمندان فاعل در حیطه موضوعات متنوع و خاص، قدیمی شده که می بایست روش های آزمایش شده ای که مورد اعتماد خبرگان قرار گیرد اندیشه ای را هر چند حقیر به رؤیت به سمع دانش پژوهان آذین نمود

موضوع معلولین که مورد تحقیق و ارزیابی و عرضه به مشتاقان، مورد هدف قرار گرفت جذابیت موضوع قسمت کوچکی از قلم زنی را در بر می گیرد. اهم مطالب، چالش در لا به لای پیچ و تاب های ۳۶۰ درجه ای که به بن بست می رسد نشانه می گیرد. اهمیت موضوع معلولین و انسانهای درگیر به بیماری ناتوان کننده بتوانند توانمندی و بازتوانی شوند. که نقش مولد خود را مجدداً در جامعه ایفا نمایند

منابع

- ۱- اصغر نیا. مرتضی، «چالش ها و الزامات دولت ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت»، حقوق پزشکی، شماره ۳۷.
- ۲- بادینی، حسن و عصمتی، زینب، «زمینه های تحقق اصول حاکم بر حقوق تأمین اجتماعی و جمهوری اسلامی ایران، رفاه اجتماعی»، بهار ۹۱، شماره ۴۴.
- ۳- بدیسار، ناصر الدین و استوار سنگری. کوروش و مسعودی اصل. ایروان
- ۴- جباری بیرامی، حسین و بخشیان، فریبا (۱۳۸۶) «تمرکز زدایی در نظام سلامت»، تبریز: معاونت پژوهشی و مرکزی کشوری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۵- جعفری لنگرودی، محمد جعفر (۱۳۶۸) «ترمینولوژی حقوقی»، تهران: نشر گنج دانش.
- ۶- جلالی، سعید و سلجوقی، خسرو، (۱۳۹۱) «بهداشت و درمان در نظام سلامت»، چاپ اول، تهران: انتشارات

پزشکی شروین

- ۷- جنتی، علی و جباری بیرامی، حسین **سطح بندی خدمات در نظام سلامت**، ۱۳۹۱، چاپ اول، انتشارات پزشکی شروین
- ۱- ذاکر حسین. محمد هادی، «**حقوق بیمار: گذار گفتمانی از فصیلت گرایی به حق مداری**»، اخلاق زیستی، بهار ۰۱، شماره ۳، ص ۱۲۳.
- ۸-
- ۹- سید موسوی، میرسجاد **حق برخورداری از سلامت**، ۱۳۹۳، چاپ اول، انتشارات پزشکی شروین.
- ۱۰- قاری سید فاطمی، سید محمد، «**حقوق بشر در جهان معاصر**»، جلد دوم، شهردانش.
- ۱۱- گرجی ازندریانی، علی اکبر (۱۳۹۴) «**تبعیض مثبت**»، تهران: آلا قلم.
- ۱۲- مرادی. سید الله و عرب. مرتضی، «**بررسی اجمالی ماده ۹۷ قانون اجتماعی: استفاده از مزایای قانون تأمین اجتماعی بر خلاف حق، مطالعات حقوقی، مطالعات خصوصی**»، پاییز ۹۱، شماره ۲۷.
- ۱۳- مصدق راد، علی محمد، **بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ایران، فصلنامه تأمین اجتماعی**، پائیز ۱۳۸۲. شماره ۱۴.