

## بررسی سیاست گذاری و قوانین و مقررات سلامت در امریکا

بیژن عباسی<sup>۱\*</sup>، مریم حیدری<sup>۲</sup>

### چکیده

سلامت عموم مردم یک کشور، دغدغه اصلی حکومت هر کشور است، اما بدون چارچوب قانونی مؤثر حمایت و حفاظت از سلامت جامعه غیرممکن است. شایان یادآوری است که حکومت‌ها در زمینه سلامت عمومی صلاحیت‌های گسترده‌ای دارند. این اختیارات به آن‌ها اجازه می‌دهد تا قوانین مربوطه را وضع، اصلاح و اجرا کنند. نظام سلامت امریکا نیز دارای قوانین مشخص و دسته‌بندی شده است و هرروزه بر انواع و شمار درمان‌گران و نهادهای نظارتی مستقل و وابسته به دولت افزوده می‌شود. این قوانین با وجود شمار اندک به طور جامع به مقوله سلامت و بهداشت شهروندان امریکایی می‌پردازند. نهادهای ذی‌صلاح تنظیم‌کننده مقررات در حوزه سلامت باید ضمن رعایت کردن و مدنظر قراردادن ملاحظات، به منظور تأمین هرچه مطلوب‌تر سلامت عمومی شهروندان و در نتیجه، بالارفتن سطح رضایت آنان نگاهی جامع، منسجم، کل‌نگر و هدفمند داشته باشند. از آنجا که امریکا در حوزه سیاست‌گذاری و تنظیم مقررات در حوزه سلامت پیشتاز است در این مقاله سعی بر این است تا قوانین، مقررات و سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت را در این کشور بررسی کنیم.

### کلیدواژگان

امریکا، سلامت، سیاست‌گذاری، قوانین، مقررات.

۱. دانشیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

Email: babbasi@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، دانشکده حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

Email: Mariam.heidari69@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۰

## مقدمه

تحقق و اجرای حق بر سلامت مستلزم انجام اقدامات متعددی است. انجام این اقدامات بنا به شرایط و مقتضیات هر کشور می‌تواند متفاوت باشد، اما چارچوب کلی آن‌ها شامل اقدامات قانون‌گذاری، اداری، بودجه‌ای، قضایی و غیره است و بدون آن‌ها اجرا و تحقق حق بر سلامت غیرممکن است. پیمان‌های بین‌المللی نسخه واحد و مشخصی برای انجام این اقدامات ارائه نمی‌دهند. برای نمونه، بند ۱ ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌گوید که تحقق حقوق مندرج در متن این پیمان باید از طریق انجام اقدامات مقتضی و به‌ویژه از طریق قانون‌گذاری دنبال شود. در امریکا نیز تحقق حق بر سلامت از راه سیاست‌گذاری و وضع قوانین و مقررات مربوط به سلامت در چارچوب قانونی و مشخص انجام می‌شود.

قانون اساسی هر کشور خاستگاه اراده آن ملت است و حقوق و آزادی‌های بنیادین فردی و اجتماعی در آن به رسمیت شناخته می‌شوند. در این خصوص، حق بر سلامت نیز در کنار حق‌های بنیادین دیگری همانند حق مسکن، حق تغذیه، حق تحصیل و غیره در قانون اساسی کشورها ذکر شده و دولت‌ها را مکلف به تحقق آن‌ها کرده است. بر همین اساس است که مراجع قضایی می‌توانند در جهت استیفای این حقوق شهروندی وارد عمل شوند و حکم مقتضی را به نفع شهروندان صادر کنند.

هرچند حقوق بنیادین افراد در متن قانون اساسی تبیین و مشخص می‌شوند، اما الزامی به ذکر مستقیم آن در قانون اساسی کشورها وجود ندارد. برای مثال، حق بر سلامت به طور مستقیم حتی در قانون اساسی فعلی کشوری نظیر امریکا قید نشده است. چنین امری دلیل بر بی‌توجهی به این حق بشری نیست، بلکه برای مثال در قوانین عادی هندوستان با پیوند خوردن حق سلامت با حق حیات، قانون‌گذار به دنبال تبیین اهمیت حیاتی این حق است و در قوانین سطح پایین‌تر با جدیت استیفای آن را در مراجع قضایی دنبال کرده است.

در هر عرصه‌ای از حقوق، سیاست‌گذاری پیش از تدوین و تصویب قوانین ضرورت اساسی به شمار می‌آید و بیانگر مسیر حرکت و هدف از وضع قوانین است. در عرصه حقوق بشر، سیاست‌های کلان عبارت‌اند از: حذف تبعیض و ایجاد برابری در دسترسی به روش‌ها و انواع مختلف، استفاده از سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) در گرفتن و اجرای تصمیمات عمومی و به طور کلی فراهم کردن مشارکت آگاهانه مردم در تصمیمات مهم مربوط به حقوق اولیه آن‌ها از جمله حق بر سلامت.

همه حوزه‌های حق بر سلامت و به طور کلی، حقوق بشر در نخستین گام، نیازمند سیاست‌گذاری‌اند. این سیاست‌ها یا راهکارها از جمله مهم‌ترین سیاست‌های لازم و اساسی در رویکرد حقوق بشری به مقوله سلامت به شمار می‌روند. البته موضوعاتی نظیر کیفیت و کارایی

و کاهش خطرهای روش‌های پزشکی، دارو و غیره نیز از جمله سیاست‌های این حوزه مهم و حیاتی به شمار می‌آید.

انواع مختلف ارزیابی از جمله ارزیابی مؤثر، به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد که تأثیر احتمالی یک سیاست طراحی شده را پیش‌بینی و بعدها بتوانند تأثیر واقعی این سیاست‌ها را در تحقق حق بر سلامت بازنگری کنند. برابر تفسیر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعهدات دولت‌ها در زمینه حق بر سلامت شامل تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به موقع و مناسب، همچنین عناصر سلامت از قبیل دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشت کافی و تأمین غذای سالم، شرایط محیطی و حرفه‌ای سالم، دسترسی به اطلاعات و آموزش مربوط به سلامت می‌شود. دولت‌ها ملزم به ارائه خدمات بهداشتی به همه مردم به صورت برابر و بدون تبعیض‌اند و باید به گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم توجه خاصی داشته باشند و تعهد دولت‌ها نسبت به گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر شامل افرادی مانند کودکان، اشخاص معلول، اشخاص مبتلا به ایدز می‌شود. توجه به سلامتی به منزله حقی از حقوق بشر نیازمند توجهی خاص به افراد مختلف در جامعه و به خصوص کسانی است که در موقعیت‌های آسیب‌پذیر زندگی می‌کنند. بر همین اساس، دولت‌ها باید در جهت اطمینان‌یافتن از اینکه بر ضد افراد و گروه‌های خاص تبعیضی صورت نگیرد، مقررات مناسبی اتخاذ کنند. سیاست‌های سلامت به شکل قوانین، مقررات، تصمیمات عملیاتی یا تصمیمات قضایی‌اند و از راه مجموعه فرایند تصمیم‌گیری و همین‌طور با تغییرات خاص سیاست در فدرال، ایالت و سطح‌های محلی دولت از طریق فرایندهای مشابه ساخته می‌شوند. علاوه بر این، ساختار فرایند تصمیم‌گیری برای تمام دامنه‌های سیاست است که این دامنه بهداشت، آموزش، دفاع، مالیات، رفاه یا حوزه‌های دیگر را شامل می‌شود. سیاست‌های بهداشتی متمرکزند و همه سیاست‌های عمومی از طریق یک فرایند تصمیم‌گیری به نام سیاست‌گذاری ساخته شده‌اند. قلمرو سیاست سلامت بسیار گسترده است، زیرا سلامت تابعی از عوامل تعیین‌کننده متعدد است: محیط فیزیکی، محیطی است که مردم در آن، زندگی و کار می‌کنند و رفتار و زیست‌شناسی، عوامل اجتماعی و خدمات بهداشتی که به آن دسترسی دارند. دامنه سیاست‌های بهداشتی بسیار گسترده است و بین حوزه سلامت و دیگر حوزه‌های سیاست مطابقت‌های متعدد و خطوط تاری وجود دارد.

هدف از نگارش این مقاله استفاده از سیاست‌گذاری‌ها، قوانین، مقررات و تجربیات امریکا به منظور رفع و اصلاح نواقص قوانین و سیاست‌گذاری‌های ایران در حوزه سلامت است به این دلیل که امریکا در این زمینه کشوری پیشرو محسوب می‌شود. شایان یادآوری است که تاکنون پژوهشی در خصوص سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات سلامت امریکا در کشور ما انجام نشده است. پرسش‌های این پژوهش عبارت‌اند از: سیاست‌گذاری سلامت در امریکا چگونه است؟ قانون

اساسی امریکا تا چه اندازه به مقوله بهداشت و حق بر سلامت پرداخته است؟ چه قوانین و مقرراتی در حوزه سلامت در ایران به تصویب رسیده است؟  
این مقاله شامل سه گفتار است که در گفتار نخست مقوله سلامت در قانون اساسی امریکا، در گفتار دوم سیاست‌گذاری سلامت و سرانجام در گفتار سوم قوانین سلامت در این کشور بحث و بررسی می‌شود.

## قانون اساسی امریکا

قانون اساسی ایالات متحده امریکا که نخستین قانون اساسی نوشته در جهان است در سال ۱۷۸۷ و به منظور تحقق اهداف بیان شده در اعلامیه استقلال این کشور در سال ۱۷۷۶ به تصویب رسید. این قانون، از نوع قوانین اساسی انعطاف‌ناپذیر یا سخت است به این معنی که از یک سو، بر قوانین عادی اعم از قوانین فدرال یا قوانین هر کدام از ایالت‌های کشور برتری دارد و نظارت قوی و مؤثری برای مطابقت آن‌ها با قانون اساسی اعمال می‌شود. از سوی دیگر، بازنگری در اصول آن مستلزم طی مراحل و انجام تشریفات پیچیده‌ای است.

تقسیم صلاحیت میان دولت فدرال و دولت‌های ایالات با دهمین تجدیدنظر در قانون اساسی صورت گرفت. بر این اساس، صلاحیت دولت فدرال، خاص و صلاحیت‌های ایالات، عام است. به عبارت دیگر، صلاحیت‌های دولت مرکزی در قانون اساسی شمرده شده‌اند و به همان موارد محدود می‌شوند، در صورتی که به جز موارد احصا شده به نفع دولت فدرال، همه امور دیگر در صلاحیت دولت‌های ایالات‌اند (هریسی‌نژاد، ۱۳۹۲: ۱۳۶). یعنی آنچه را که قانون اساسی در صلاحیت دولت مرکزی قرار نداده است جزو صلاحیت‌های دولت‌های ایالات است. اهم صلاحیت‌های دولت فدرال به موجب قانون اساسی عبارت‌اند از: تنظیم روابط خارجی و اداره امور بین‌المللی، اداره امور دفاعی شامل دفع تهدیدات خارجی، نیروهای مسلح، جنگ و صلح و ... حفظ هماهنگی در میان دولت‌های ایالات با تنظیم تجارت، ورشکستگی، مسائل پولی، تابعیت و ... تضمین شکل جمهوری برای حکومت ایالت‌ها. دولت مرکزی به جز در مواردی که به این ترتیب احصا شده‌اند اختیاری ندارد، اگرچه تلاش می‌شود با تکیه بر اندیشه اختیارات تلویحی، حوزه صلاحیت‌های آن روزبه‌روز گسترش یابد. در مقابل، دولت‌های ایالات از صلاحیت‌های عام برخوردارند. اختیارات آن‌ها به مراتب وسیع‌تر از اختیارات یک «واحد محلی» همانند صلاحیت در امور مالی، شهرسازی، اعانه و ... است. از جمله این اختیارات عبارت‌اند از: قانون‌گذاری در احوال شخصیه نظیر ازدواج، طلاق، ارث و هر آنچه به اشخاص مربوط می‌شود، تعیین قواعد حاکم بر انتخابات، قانون‌گذاری در امور کیفری، قانون‌گذاری در امور بانکی و بیمه‌ای، تنظیم مقررات راهنمایی و رانندگی به غیر از آنچه به بزرگراه‌های کشور مربوط

می‌شوند، سازمان قضایی، قانون‌گذاری در امور آموزشی و بهداشتی، تأمین اجتماعی، مواد مخدر و ... (هریسی‌نژاد، ۱۳۹۲: ۱۳۹).

مراقبت‌های بهداشتی مسائل پیچیده‌ای از جمله پوشش، دسترسی، هزینه، پاسخگویی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را شامل می‌شوند. با توجه به این ملاحظات، مسائل مربوط به وضعیت بهداشت و درمان به‌منزله حقوق قانونی مطرح می‌شوند. قانون اساسی ایالات متحده در زمینه حق مراقبت بهداشتی پیشرو نیست و دیوان عالی این کشور قانون اساسی را هرگز به‌منزله تضمین حق بر خدمات بهداشتی دولت برای کسانی که آن را ندارند، تفسیر نمی‌کند، اگرچه دیوان عالی کشور مقرر کرده است که دولت موظف به ارائه مراقبت‌های پزشکی در شرایط محدود و خاص، مانند زندانیان است. کنگره قوانین متعددی مانند بیمه پزشکی سالمندان، بیمه بهداشت مستمندان و برنامه بیمه سلامت کودکان که حقوق قانونی خاص این افراد برای دریافت خدمات مراقبت بهداشتی از دولت است، تصویب کرده است. کنگره به‌منظور انجام وظایف خود در فراهم کردن رفاه عمومی و حق مراقبت‌های بهداشتی، قوانینی را در زمینه خدمات مربوط به سلامت تصویب کرده است. همچنین، کنگره از اختیارات دیگری همانند اختیار قانون‌گذاری تجارت میان ایالات و اختیار در وضع مالیات‌ها برای تصویب بیمه سلامت و مراقبت بهداشتی برخوردار است. قانون اساسی آمریکا به طور صریح به حق بر مراقبت بهداشتی اشاره نمی‌کند. واژه «سلامت» یا «مراقبت‌های پزشکی» در هیچ جای متن قانون اساسی این کشور دیده نمی‌شود. اصول قانون اساسی نشان می‌دهند که بیشترین اصلاحات قانون اساسی این کشور در خصوص حقوق مدنی و سیاسی بوده است و نه حقوق اجتماعی و اقتصادی. با این حال، در گذشته پیشنهادی درباره افزودن حق مراقبت بهداشتی در اصلاحات قانون اساسی وجود داشته است.

قانون اساسی آمریکا به‌صراحت به حق بر سلامت اشاره نمی‌کند، اما تصمیمات دیوان عالی این کشور در خصوص حق بر حریم خصوصی و تمامیت جسمانی نشان می‌دهد که قانون اساسی به طور ضمنی برای یک فرد حق دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را در برابر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی به رسمیت می‌شناسد (S. Swendiman, 2012: 1).

آیا در آمریکا دولت یا برخی دیگر از نهادها موظف‌اند به کسانی که استطاعت ندارند چنین مراقبتی ارائه دهند؟

اگر دیوان عالی آمریکا به دنبال یافتن حق ضمنی بر سلامت برای افرادی باشد که قادر نیستند هزینه‌های مراقبت را پرداخت کنند، باید مبنای آن را در قانونی اساسی پیدا کند که به طور ضمنی این حق را تضمین یا در قانونی که با افراد به طور متفاوتی با توجه به نیاز مالی آن‌ها برخورد می‌کند و امتیاز خاصی برایشان متصور می‌شود. به‌رغم ذکر نشدن بحث حقوق بهداشت و درمان در قانون اساسی، استدلال شده است که خودداری دولت فدرال از تضمین سطح حداقل از مراقبت‌های بهداشتی به افراد فقیر، سرپیچی از تضمین حمایت در برابر قانون

اساسی است. این در حالی است که حمایت از حق بر سلامت در اصلاحیه چهاردهم قانون اساسی تنها برای ایالات به کار می‌رود و اصول حفاظتی مشابهی از راه اصلاحیه بند پنجم این قانون برای دولت فدرال قابل اجراست (S. Swendiman, 2012: 2).

ایالات متحده آمریکا یکی از ۸۶ کشوری است که قانون اساسی آن به تضمین حق بر سلامتی شهروندان اشاره نکرده است. این یافته از مطالعه جدیدی از فیلدینگ دانشکده بهداشت دانشگاه یوسی‌ال‌ای<sup>۱</sup> به دست آمده است که به بررسی سطح و دامنه حفاظت از قانون اساسی از حقوق خاص بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و حق گسترده‌ای برای سلامت می‌پردازد. در این مقاله، قوانین اساسی همه کشورهای عضو سازمان ملل متحد بررسی شد و گویای این واقعیت است که همه اعضای سازمان ملل -همان‌طور که در سند اصلی و بنیادین ایجاد این نهاد بین‌المللی در سال ۱۹۴۸ نوشته شده است- در بعد جهانی حق بر سلامت را به رسمیت شناخته‌اند. این مطالعه نشان داد ۷۳ کشور عضو سازمان ملل (۳۸ درصد) حق برخورداری از سلامت در آن‌ها تضمین شده است، درحالی‌که در عمل این موضوع ضعیف‌تر و تنها در ۲۷ کشور (۱۴ درصد) این حق تضمین شده بود.

بنابراین، بین کشورها شکاف وجود دارد، کشورهایی هستند که ممکن است در قانون اساسی آن‌ها از حق بر سلامت به طور قوی حمایت شده باشد، اما در اجرا ضعف‌هایی در این زمینه داشته باشند. از سوی دیگر، کشورهایی هستند که فاقد مواد حمایتی در قانون اساسی خود هستند، اما نظام مراقبت‌های بهداشتی بسیار عالی در آن‌ها وجود دارد (S. Swendiman, 2012: 2).

## سیاست‌گذاری سلامت در آمریکا

سیاست‌های مربوط به سلامت، تصمیمات متعددی را دربرگرفته و اهمیت آن رو به افزایش است. بهداشت شخصی، از اولویت‌های بسیاری از مردم است و دستیابی به سلامتی اهمیتی روزافزون در اقتصاد ملی و نظام عدالت اجتماعی دارد. بنابراین، بخشی از توجه دولت‌ها سیاست‌های آن‌ها در زمینه سلامت است.

سلامت و پیگیری آن با بافت اجتماعی و اقتصادی همه کشورهای صنعتی در هم آمیخته است. سلامت در رفاه جسمی و روانی مردم، همچنین در اقتصاد کشورها نقشی مستقیم و مهم ایفا می‌کند. در ایالات متحده حق بر سلامت در سال ۲۰۰۶ بیش از ۲ تریلیون دلار، یعنی ۱۶ درصد از تولید ناخالص داخلی این کشور و در سال ۲۰۱۴ در حدود ۳/۶ هزار میلیارد دلار یعنی ۱۸/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی را دربر گرفته است (Heffler, et al., 2005).

بنابراین، تعجب‌آور نیست که دولت آمریکا در همه سطوح به سلامت و چگونگی پیگیری آن

1. UCLA.

توجه کرده است. سلامتی جنبه مهمی از زندگی انسان است. تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به‌منزله «حالت کامل رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت» است (WHO, 1948).

دیوید بایرن (۲۰۰۴) تعریف دیگری ارائه داده است: کمیسر سلامتی و حمایت از مصرف‌کننده اروپا سلامت خوب را تحت عنوان «یک حالت سلامت جسمی و روانی لازم برای یک زندگی معنی‌دار، لذت‌بخش و سازنده» تعریف می‌کند. سلامت خوب همچنین بخش جدایی‌ناپذیر از جوامع مدرن، سنگ‌بنای عملکرد خوب اقتصادی و اصل مشترک مردم‌سالاری اروپایی است که به‌آسانی می‌تواند به تمام دموکراسی‌ها بسط داده شود. در واقع، سلامت اولیاتی برای همه ملت‌هاست، اگرچه منابع موجود برای دستیابی به سلامتی به‌طور گسترده‌ای در میان ملت‌ها متفاوت است (Beaufort B. Longest, Jr, 2006: 1).

هم برای یک فرد و هم برای جمعی از افراد، عوامل بهداشتی شامل محیط فیزیکی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند و رفتار و زیست‌شناسی آن‌ها شامل ساختار ژنتیکی، سابقه خانوادگی، مشکلات سلامت جسمی و روانی به‌دست‌آمده طی زندگی است.

سیاست‌ها و مداخلات می‌توانند اثر مثبتی در سلامت افراد و جامعه داشته باشند. برای مثال، می‌توان به پویش‌های ارتقای سلامت برای جلوگیری از استعمال دخانیات، استفاده از کمربند ایمنی در اتومبیل، خدمات پیشگیری از بیماری مانند ایمن‌سازی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان و خدمات بالینی مانند افزایش مراقبت از سلامت روان اشاره کرد. سیاست‌ها و مداخلاتی که سلامت فردی و جامعه را افزایش می‌دهند ممکن است به‌وسیله انواع سازمان‌ها، در حوزه حمل‌ونقل، آموزش، انرژی، مسکن، کار، عدالت و مکان‌های دیگر یا از راه مکان‌های عبادت، سازمان‌های مبتنی بر جامعه، گروه‌های مدنی و کسب‌وکار اجرا شوند.

کیفیت خدمات بهداشتی می‌تواند برای سلامت افراد و جوامع حیاتی باشد. گسترش دسترسی به خدمات برای از میان بردن نابرابری‌های مربوط به سلامت و افزایش کیفیت زندگی سالم برای همه مردمی که در ایالات متحده زندگی می‌کنند، مهم است. خدمات بهداشتی و درمانی در وسیع‌ترین سطح نه‌تنها شامل خدماتی است که از سوی ارائه‌دهندگان این خدمات دریافت می‌شود، بلکه اطلاعات و دسترسی به خدمات سلامت از راه‌های دیگر در جامعه را نیز شامل می‌شود.

هنگامی که سلامت افراد یک جامعه را در نظر می‌گیریم باید به یاد داشته باشیم که مردم از ابعاد مختلف، از جمله سن، سلامت و نیازهای مرتبط با سلامت با یکدیگر متفاوت‌اند. شهروندان ایالات متحده به‌طور قابل ملاحظه‌ای از نظر سن، جنس، نژاد، قومیت و عوامل دیگر متفاوت‌اند. همان‌طور که سرشماری سال ۲۰۰۰ نشان داد، از کل جمعیت (۲۸۱/۴۰۰/۰۰۰)، حدود ۳۵ میلیون بالاتر از سن ۶۵ بودند و حدود ۱۷ میلیون نفر از آن‌ها کسانی بودند که بیش از ۷۵ سال داشتند (اداره سرشماری ایالات متحده، ۲۰۰۰). تا سال ۲۰۲۰، این اعداد به‌ترتیب به

حدود ۵۵ و ۲۳ میلیون، افزایش خواهد یافت (ایالات متحده، DHHS 2004). پیگیری سلامت تغییرات جمعیتی مهم است، زیرا افراد مسن نسبت به افراد جوان از خدمات بهداشتی نسبتاً بیشتری در خصوص نیازهای مرتبط با سلامت خود استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مسن از خدمات طولانی‌مدت مراقبتی و خدمات مبتنی بر کمک جامعه که برای آن‌ها در نظر گرفته شده است در مقابله با محدودیت‌های مختلف در فعالیتهای روزمره زندگی استفاده می‌کنند. در سرشماری سال ۲۰۰۰، از کل جمعیت ایالات متحده از ۰۰۰/۴۰۰/۲۸۱ نفر حدود ۳۴ میلیون امریکایی آفریقایی تبار و ۳۵ میلیون لاتین تبار بودند (اداره سرشماری ایالات متحده، ۲۰۰۰). هر گروه بیش از ۱۲ درصد از کل جمعیت را نشان دادند. هر دو گروه در حال حاضر به طور نامتناسبی از خدمات بهداشتی محروم‌اند و در معرض تبعیضی در حوزه سلامت هستند (Beaufort B. Longest, Jr, 2006: 3).

سیاست‌های سلامت در قالب قوانین، مقررات، تصمیمات عملیاتی یا قضایی‌اند و از طریق مجموعه فرایند تصمیم‌گیری در حوزه فدرال، ایالت و سطح‌های محلی شکل می‌گیرند. همه سیاست‌های عمومی از طریق فرایند تصمیم‌گیری به نام سیاست‌گذاری اتخاذ می‌شوند. قلمرو سیاست سلامت بسیار گسترده است، زیرا سلامت تابعی از عوامل تعیین‌کننده متعدد است که عبارت‌اند از: محیط فیزیکی، محیطی است که مردم در آن، زندگی و کار می‌کنند و رفتار و زیست‌شناسی، عوامل اجتماعی و خدمات بهداشتی که به آن دسترسی دارند. نه تنها دامنه سیاست‌های بهداشتی گسترده است، بلکه ارتباطاتی میان حوزه سلامت و دیگر حوزه‌های سیاست وجود دارد. برای مثال، نمی‌توان سیاست‌های بهداشتی را از سیاست‌های مالیاتی جدا در نظر بگیریم. سیاست بهداشتی نمی‌تواند از این واقعیت که دولت باید تأمین مالی را انجام دهد جدا بماند، در واقع، این تأمین مالی از راه مالیات، خدمات یا برنامه‌هایی است که از راه سیاست‌های بهداشتی در قالب خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند از برنامه مدیریت، پژوهش در آزمایشگاه زیست‌پزشکی یا دیگر خدمات تأمین می‌شود. «حق بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت» به مجموعه‌ای از معیارهای اجتماعی که به سلامت همه مردم منجر می‌شود، نیاز دارد از جمله: در دسترس بودن خدمات سلامت، شرایط کاری ایمن، مسکن مناسب و غذاهای مغذی. دستیابی به حق بر سلامت با دیگر حقوق بشر از قبیل حق دسترسی به غذا، مسکن، کار، آموزش، عدم تبعیض، حق دسترسی به اطلاعات و حق مشارکت مرتبط است. حق بر سلامت هم شامل آزادی و هم از جمله حقوق مطالبه از دولت می‌شود. آزادی شامل حق کنترل سلامتی و بدن (برای مثال، حقوق جنسی و باروری) به دور از دخالت دولت (برای مثال از شکنجه و از معاینات پزشکی بدون رضایت و آزمایش) است. حقوق مطالبه از دولت حق بر استفاده از نظام حفاظت از سلامت است که فرصت برابر برای بهره‌گیری از بالاترین سطح قابل حصول برای سلامت را دربر می‌گیرد (Beaufort B. Longest, Jr, 2006: 75).

در ایالات متحده امریکا تا پیش از تصویب قانون جدید اصلاح نظام بهداشت و درمان امریکا و تغییرات سیاست‌های دولت در زمینه بیمه‌های درمانی، بیمه‌های خصوصی درمانی نقش پررنگی در زیر پوشش قراردادن مردم داشتند و بیمه‌های درمانی دولتی، بیشتر برای زیر پوشش قراردادن گروه‌های هدف خاصی طراحی شده بودند. نبود قانونی برای اجباری کردن بیمه‌های اجتماعی درمان، پرهزینه‌بودن بیمه‌های درمانی خصوصی و پوشش‌ندادن این بیمه‌ها برای افراد بالای ۶۵ سال، نبود سازوکار مناسب بیمه‌ای برای پناهندگان تازه‌وارد سبب شد تا پیش از سال ۲۰۱۲ میلادی بیش از ۳۰ میلیون شهروند امریکایی زیر پوشش هیچ‌یک از انواع بیمه‌های درمانی قرار نگیرند، اما پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان امریکا به صورت یک قانون، از سوی کنگره امریکا، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان امریکایی و پناهندگان به آن کشور (به‌رغم شکایت به دیوان عالی فدرال و مخالفت‌های بسیار اعضای حزب جمهوری‌خواه و فرمانداران برخی ایالات) فراهم شد. در این خصوص دولت فدرال تصمیم گرفت با ایجاد سامانه الکترونیک در چند مرحله به ثبت‌نام در طرح‌های بیمه‌های درمانی دولتی اقدام کند.

طرح‌های بیمه مدیکیر<sup>۱</sup> که به طور معمول برای زیر پوشش قراردادن اشخاص دارای ۶۵ سال به بالا (سال‌مندان)، برخی افراد معلول و افراد دارای نارسایی‌های کلیوی در ۴ طرح صورت می‌گرفت در حال حاضر افراد دارای کمتر از ۶۵ سال را نیز زیر پوشش بیمه درمانی خود قرار می‌دهد. استفاده از طرح‌های متعدد بیمه تکمیلی در مدیکیر یکی از اقدامات مثبت در این بیمه تلقی می‌شود. تغییر نظام پرداخت بیمه‌ها به پزشکان و داروخانه‌ها و استفاده از نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع با تکیه بر پزشک عمومی، نمونه تغییرات بسیار مهم در سیاست‌های بهداشت و درمان در ایالات متحده امریکا است (شریفی سلطانی، ۱۳۹۳: ۳۶).

بیمه مدیکیر در امریکا در زیرمجموعه خود دارای چهار طرح است:

۱. **طرح بیمه بیمارستانی:** این طرح به پرداخت هزینه مراقبت‌های بیمارستانی و بستری شدن کمک می‌کند که در بیمارستان یا مراکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شود و برای برخی از افراد رایگان است.

۲. **طرح بیمه پزشکی:** به پرداخت دستمزد خدمات پزشکان و بسیاری از خدمات و ملزومات دیگر پزشکی کمک می‌کند که زیر پوشش بیمه بیمارستانی نیست. این طرح نیز برای برخی از افراد رایگان است.

۳. **طرح مدیکیر ادونتج:**<sup>۲</sup> این بیمه به اشخاصی که طرح بیمه بیمارستانی و پزشکی مدیکیر را دارند، اجازه می‌دهد که بتوانند تمام خدمات درمانی و بهداشتی خود را از راه یکی از سازمان‌های بهداشتی مزبور دریافت کنند. در طرح بیمه ادونتج مدیکیر، کسانی که از خدمات

1. Medicare.

2. Medicare Advantage.

بیمه بیمارستانی و پزشکی مدیکیر برخوردارند می‌توانند به طرح مزیت مدیکیر پیوندند. طرح‌های مزیت مدیکیر از سوی شرکت‌های خصوصی ارائه و از طرف مدیکیر تأیید می‌شوند. با استفاده از یکی از این طرح‌ها، دیگر به برنامه سیاست‌های مکمل مدیکیر یا همان مدی‌گپ نیاز ندارند. افرادی که از طرح مدیکیر ادونتج استفاده می‌کنند باید به طور ماهانه حق بیمه پردازند و این به جهت مزایای اضافی است که در دسترسشان قرار می‌گیرد.

**۴. طرح پوشش داروهای تجویزی:** این طرح به پرداخت هزینه داروهای تجویز شده از سوی پزشک کمک می‌کند. پیوستن به طرح داروهای تجویزی مدیکیر، داوطلبانه است و برای برخورداری از این طرح باید حق بیمه ماهانه بیشتری پرداخت شود. مدیکید<sup>۱</sup>، برنامه بیمه سلامتی دولتی است که همه هزینه‌های خدمات پزشکی را در خانه یا هر محلی غیر از آن می‌پردازد. مدیکید و چپ نیز در خصوص شیوه ارائه خدمات درمانی از نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع استفاده می‌کنند. بیمه‌شدگان مدیکیر کارت مدیکیر دارند و در صورت تأیید پزشک خانواده می‌توانند به مراکز درمانی مراجعه کنند و از خدمات مدیکیر بهره‌مند شوند، اما باید در نظر داشته باشند که برخی بیمارستان‌ها و مطب‌ها با مدیکیر طرف قرارداد نیستند. بودجه مدیکیر از راه بودجه‌های فدرال و ایالتی حمایت می‌شود (مهدی‌زادگان و باقرپور: ۱۳۸۰).

## قوانین سلامت در امریکا

قوانین دولت فدرال امریکا در حوزه سلامت عبارت‌اند از: قانون امریکایی‌های معلول، قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت، قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران، قانون کار و درمان اورژانس پزشکی، قانون بهبود و نوسازی تجویز دارویی مدیکیر، قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه، قانون سلامت امریکا و منشور حقوق بیمار.

### ۱. قانون امریکایی‌های معلول<sup>۲</sup>

این قانون که در سال ۱۹۹۰ برای رفع تبعیض معلولان تصویب شد، برخی محدودیت‌هایی را برای کارفرمایان و بیمه‌گران ایجاد کرد. در واقع، این قانون به منظور تحقق حقوق مدنی است که تبعیض علیه افراد معلول در همه امور زندگی عمومی را ممنوع کرده است. از جمله می‌توان به مشاغل، مدارس، حمل‌ونقل و همه مکان‌های عمومی و خصوصی که در اختیار و مورد استفاده عموم مردم است اشاره کرد. هدف از این قانون این است که افراد دارای معلولیت از حقوق و فرصت‌هایی همانند دیگر افراد برخوردار شوند (<https://adata.org/learn-about-ada>).

1. Medicaid.  
2. Americans with Disabilities Act (ADA).

## ۲. قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت<sup>۱</sup>

این قانون در سال ۱۹۹۶ برای مقابله با تهدیدهای بالقوه برای حفظ حریم خصوصی بیمار و مدارک پزشکی وی و حفاظت از اطلاعات پزشکی در همه ۵۰ ایالت فدرال تصویب شد. در اغلب موارد، این قانون مطابق با قانون حفظ حریم خصوصی مصوب آوریل ۲۰۰۳ است. با این حال، سردرگمی و نگرانی بسیاری در خصوص قانون حفظ حریم خصوصی و تغییرات خاص آن باقی می‌ماند که برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، طرح‌های سلامت و استفاده‌های دیگر همچون حفظ و افشای اطلاعات سلامت مورد نیاز است. محققان دربارهٔ قانون حفظ حریم خصوصی که مانع دسترسی آن‌ها به اطلاعات مربوط به سلامت مورد نیاز برای انجام تحقیقات می‌شود، نگرانی بسیاری دارند (Patrick P, et al., 2004: 321). از کارکردهای این قانون کاهش سوءاستفاده و فریب در خدمات مراقبتی سلامت است. همچنین این قانون، استانداردهایی را برای اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی در صدور صورت‌حساب الکترونیکی و فرایندهای دیگر پیش‌بینی و از دسترسی به اطلاعات بهداشتی محرمانه جلوگیری و حفاظت می‌کند (<http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/hipaa/Pages/1.00WhatIsHIPAA.aspx>).

## ۳. قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران<sup>۲</sup>

این قانون فدرال مصوب سال ۱۹۸۵ است و مشمول کارمندی می‌شود که تحت حمایت کارفرمای خود خدمات مربوط به سلامت را دریافت کرده و به دلیل حادثه‌ای، کار خود را از دست داده‌اند یا ساعات کاری آن‌ها کاهش یافته است. این قانون در زمان محرومیت از خدمات سلامت، از این کارمندان حمایت می‌کند.

## ۴. قانون کار و درمان اورژانس پزشکی<sup>۳</sup>

این قانون از سوی کنگره در سال ۱۹۸۶ به‌منزلهٔ بخشی از قانون اصلاح توافقی کلیات قانون بودجه سال ۱۹۸۵ به تصویب رسید. این قانون با هدف انطباق با مأموریت دانشکدهٔ پزشکان اورژانس امریکا<sup>۴</sup> و اعتماد عمومی از سوی پزشکان اورژانس وضع شده است. این قانون یک قانون فدرال است که نیاز هرکس را به بخش اورژانس صرف‌نظر از وضعیت بیمه یا توانایی پرداخت آن‌ها تثبیت می‌کند، اما از آنجا که اجرای آن در سال ۱۹۸۶ متوقف شده است بار

1. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).  
2. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA).  
3. Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA).  
4. American College of Emergency Physicians (ACEP).

مراقبت جبران نشده آن همچون بسته شدن بسیاری از بخش‌های اورژانس، کاهش منابع برای همه و کاهش توانایی بخش اورژانس به مراقبت برای همه بیماران در حال رشد است. همچنین، این قانون برای جلوگیری بیمارستان‌ها از انتقال بیماران بیمه نشده یا مدیکید<sup>۱</sup> به بیمارستان‌های عمومی طراحی شده است. در نتیجه، دولت‌های محلی و ایالتی شروع به تغییر مسئولیت مراقبت خیریه به مسئولیت عمومی تمام بیمارستان‌ها کردند. قانون کار و درمان اورژانس پزشکی در عمل به سیاست مراقبت‌های بهداشتی ملی برای افراد بیمه نشده می‌پردازد و به مشارکت بیمارستان‌هایی نیاز دارد که زیر پوشش مدیکیر قرار دارند. همچنین به مشارکت بخش اورژانس نیاز دارد که در شرایط اضطراری پزشکی در روشی غیرتبعیض آمیز به هرکسی صرف نظر از توانایی خود به پرداخت، وضعیت بیمه، ملیت، نژاد، عقیده یا رنگ خدمات می‌دهد (<https://www.acep.org/news-media-top-banner/emtala>).

#### ۵. قانون بهبود و نوسازی تجویز دارویی مدیکیر

این قانون در سال ۲۰۰۳ به تصویب رسید. نام دیگر این قانون، قانون نوسازی مدیکیر است. این قانون، امتیازی برای داروهای تجویزی مدیکیر از راه معافیت‌های مالیاتی و یارانه ایجاد و برنامه جدید مدیکیر را جایگزین برنامه فعلی مدیکیر کرد. براساس این قانون، ذی‌نفعان و داوطلبان باید پس از ثبت نام، حق بیمه ماهانه پرداخت کنند و در مقابل از کارت تخفیف دارو برای خرید دارو بهره‌مند شوند (O Sullivan, et. al, 2004: 1).

#### ۶. قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار<sup>۲</sup>

این قانون در سال ۲۰۰۵ با ایجاد سامانه گزارش داوطلبانه برای افزایش اطلاعات در دسترس برای ارزیابی ایمنی و مراقبت‌های بهداشتی مسائل مربوط به بیمار طراحی شده است. این قانون برای بهبود گزارش و تجزیه و تحلیل خطاهای پزشکی، سود و امکانات و امتیازاتی را برای ایمنی اطلاعات بیمار فراهم می‌کند که محصول ایمنی کار بیمار نام دارد. قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به وزارت بهداشت و خدمات انسانی<sup>۳</sup> اجازه اعمال مجازات مالی را برای نقض محرمانه بودن ایمنی بیمار می‌دهد. این قانون همچنین به آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت،<sup>۴</sup> اجازه دسترسی به فهرست سازمان ایمنی بیمار را می‌دهد که در واقع، آژانس مذکور متشکل از کارشناسانی است که وظیفه جمع‌آوری و بررسی اطلاعات ایمنی بیمار

1. Medicaid.

2. Patient Safety and Quality Improvement Act (PSQIA).

3. United States Department of Health and Human Services (HHS).

4. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ).

را به عهده دارند ([http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-\(and-rule\)](http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-(and-rule))).

## ۷. قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه<sup>۱</sup>

قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه که طرح مراقبتی اوباما نامیده می‌شود (اصلاح‌شده از سوی قانون آموزش اصلاح و بهداشت) این اطمینان را می‌دهد که همهٔ امریکایی‌ها به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت و مقرون به صرفه دسترسی داشته باشند. این قانون در نظام مراقبت‌های بهداشتی ضروری هزینه‌بر تحولی را ایجاد کرده است. این قانون شامل نه بخش می‌شود که عبارت‌اند از:

۱. کیفیت، مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه برای همهٔ امریکایی‌ها؛
۲. نقش برنامه‌های عمومی؛
۳. بهبود کیفیت و بهره‌وری از مراقبت‌های بهداشتی؛
۴. پیشگیری از بیماری‌های مزمن و بهبود بهداشت عمومی؛
۵. سلامت کارکنان بهداشت؛
۶. شفافیت و یکپارچگی برنامه؛
۷. بهبود دسترسی به درمان‌های نوآورانهٔ پزشکی؛
۸. انجمن حمایت و خدمات مساعدت زندگی؛
۹. مقررات درآمد.

## ۸. قانون آموزش اصلاح و بهداشت

این قانون مصوب سال ۲۰۱۰ و ترکیبی است از بخش تجدیدنظرشدهٔ قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه با قانون مسئولیت مالی و کمک به دانش‌آموزان<sup>۲</sup> که اصلاح قانون آموزش عالی<sup>۳</sup> مصوب ۱۹۶۵ است.

## ۹. قانون سلامت امریکا<sup>۴</sup>

قانون سلامت امریکا، نظام مزایای مالیاتی و کاهش حق بیمه را ایجاد می‌کند که برای هر امریکایی یک طرح بهداشتی خصوصی با کیفیت بالا را مشابه آنچه اعضای کنگره در حال حاضر

1. The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).  
2. Student Aid and Fiscal Responsibility Act (SAFRA).  
3. Higher Education Act (HEA).  
4. Healthy Americans Act (HAA).

از آن بهره می‌برند تضمین خواهد کرد. با این قانون، مشکلات قبلی و فعلی سلامت، اشتغال، اطلاعات ژنتیکی، جنسیت و سن دیگر تأثیری در مقبولیت یا قیمت پرداخت‌شده برای بیمه ندارند. در عوض، شرکت‌های بیمه موظفاند تا هر فردی را که مایل به ثبت‌نام است پوشش دهند و هنگامی که افراد بیمارند نمی‌توانند قیمت‌ها را افزایش دهند یا پوشش بیمه را انکار کنند.

### ۱۰. منشور حقوق بیمار

با توجه به نظر اتحادیه آزادی‌های مدنی امریکا، منشور حقوق بیمار در ۲۲ ماده در سراسر ایالات متحده امریکا به‌منزله رویه واحد تصویب و اجرا می‌شود. به طور خلاصه حقوق بیماران در منشور حقوق بیمار در امریکا در ۹ بند احصا شده است که عبارت‌اند از: ۱. «حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب، با کیفیت بالا و بدون هیچ‌گونه تبعیض؛ ۲. حق برخورداری از اطلاعات بهداشتی-درمانی مربوط به وضعیت بیماری خود؛ ۳. حق محرمانه‌بودن اطلاعات بهداشتی-درمانی بیمار و رازداری ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی؛ ۴. حق اعلام رضایت آگاهانه برای هرگونه مداخله بهداشتی-درمانی؛ ۵. حق استقلال رأی و تصمیم‌گیری درخصوص نوع خدمات بهداشتی-درمانی؛ ۶. حق رعایت محیط خصوصی بیمارستان؛ ۷. حق داشتن آرامش؛ ۸. حق ابراز اعتراض و شکایت و ۹. حق جبران خسارت» (مصدق‌راد، ۱۳۸۲: ۷۰۸).

### نتیجه‌گیری

حق بر سلامت شهروندان حقی فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا و انجام اقدامات خاصی از سوی دولت‌هاست. تحقق حق بر سلامت برای شهروندان نیازمند سیاست‌گذاری و تصویب قوانین جامع و کامل در حوزه سلامت است. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و قوانین و مقررات موضوعه داخلی کشورها در سطح جهان شناسایی و پذیرفته شده است، تعهدات و تکالیف حقوقی ویژه‌ای را برای دولت‌ها در سطح ملی و فراملی به وجود می‌آورد. سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، تنظیم مقررات و ارائه خدمات مستمر در حوزه سلامت از سوی دولت‌ها و از طریق نهادهای فعال در این حوزه با کیفیت بالا و هزینه پایین به‌منزله یکی از اقدامات اصلی دولت‌ها تلقی می‌شود. در امریکا نیز به‌منزله یکی از پیشتازان حوزه سلامت، سیاست‌ها و قوانینی در این خصوص به تصویب رسیده است. نظام سلامت امریکا دارای قوانین و مقررات مشخصی است و هرروزه بر انواع و تعداد درمان‌گران و نهادهای نظارتی مستقل و وابسته به دولت افزوده می‌شود. در قانون اساسی این کشور در هیچ ماده‌ای به حق بر سلامت، سلامتی و بهداشت اشاره‌ای نشده است. اما

شایان یادآوری است که صرف درج این حق در قانون اساسی کشورها نشان‌دهنده عملکرد مطلوب دولت‌ها نیست. در ایالات متحده آمریکا تا پیش از تصویب قانون جدید اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا و تغییرات سیاست‌های دولت در زمینه بیمه‌های درمانی، بیمه‌های خصوصی درمانی نقش پررنگی در زیر پوشش قراردادان مردم داشتند و بیمه‌های درمانی دولتی، بیشتر برای زیر پوشش قراردادان گروه‌های هدف خاصی طراحی شده بودند. نبود قانونی برای اجباری کردن بیمه‌های اجتماعی درمان، پرهزینه‌بودن بیمه‌های درمانی خصوصی و پوشش‌ندادن این بیمه‌ها برای افراد بالای ۶۵ سال، نبود سازوکار مناسب بیمه‌ای برای پناهندگان تازه‌وارد سبب شد تا پیش از سال ۲۰۱۲ میلادی بیش از ۳۰ میلیون شهروند آمریکایی زیر پوشش هیچ‌یک از انواع بیمه‌های درمانی قرار نگیرند. حال با سیاست‌های اعلام‌شده دولت جدید و حذف این قانون به نظر می‌رسد تهدید بزرگی بخش سلامت این کشور را تهدید می‌کند. پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا به صورت یک قانون، از سوی کنگره آمریکا، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی و پناهندگان به آن کشور (با وجود شکایت به دیوان عالی فدرال و مخالفت‌های بسیار اعضای حزب جمهوری‌خواه و فرمانداران برخی ایالات) فراهم شد. در این خصوص دولت فدرال تصمیم گرفت که با ایجاد سامانه الکترونیک در چند مرحله به ثبت‌نام در طرح‌های بیمه‌های درمانی دولتی اقدام کند. در این کشور سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت، حول طرح‌های بیمه چون مدیکیر و مدیکید و ... انجام شده است. با این حال معادل ۷/۱ درصد از شهروندان آمریکا فاقد بیمه‌های درمانی‌اند که بیشتر قشر کم‌درآمد را شامل می‌شوند. این امر موجب مرگ دو نفر در هر ساعت می‌شود. قوانین سلامت دولت فدرال آمریکا عبارت‌اند از: قانون آمریکایی‌های معلول، قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت، قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران، قانون کار و درمان اورژانس پزشکی، قانون بهبود و نوسازی تجویز دارویی مدیکیر، قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به‌صرفه، قانون سلامت آمریکا و منشور حقوق بیمار. این قوانین با وجود تعداد اندک به طور جامع به مقوله سلامت و بهداشت شهروندان آمریکایی بالاحص افراد معلول، ناتوان، فاقد بیمه، مسن و از کارافتاده پرداخته‌اند.

## منابع

### فارسی

#### الف) کتاب‌ها

۱. اسلامی‌تبار، شهریار (۱۳۹۵). مبانی حقوق سلامت، تهران: مجد.
۲. شریفی‌سلطانی، محمد (۱۳۹۳). بررسی نظام حقوقی بیمه‌های خدمات درمانی در ایران با

- مقایسه بیمه‌های درمانی در آمریکا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
۳. مسعود اصل، ایروان (۱۳۸۸). *نظام رفاه اجتماعی در جهان (مطالعه تطبیقی)*، چاپ اول، مرکز پژوهش‌های مجلس.
۴. هریسی نژاد، کمال‌الدین (۱۳۹۲). *حقوق اساسی تطبیقی*، چاپ سوم، تبریز: انتشارات آیدین.

### ب) مقالات

۵. مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۸۲). «بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ایران»، نشریه تأمین اجتماعی، شماره ۱۴.

### انگلیسی

#### A) Book

6. Beaufort B. Longest (2006). *health policymaking in the united states*, Fourth edition.
7. M. Scheb. John, ll. m, (2011). *criminal law and procedure*.
8. Office of high commissioner for human rights & who factsheet no 13, The right to health (2008).
9. O Sullivan, Jennifer, et. al, (2004). *Overview of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003*.
10. Gunn, Patrick, et. all. *The Health Insurance Portability and Accountability Act*.
11. Peruhoff, sk (2008). *Right to health in the constitutions of member states*.
12. S. Swendiman, Kathleen (2012). *Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers*, Congressional Research Service.
13. south asia network of economic research institutes enhancing public health delivery system in india, (2010).

#### B) Websits

14. Available at: <https://www.acep.org/news-media-top-banner/emtala>.
15. Available at: <https://adata.org/learn-about-ada>.
16. Available at: <http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/hipaa/Pages/1.00WhatisHIPAA.aspx>.
17. Available at: <http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-and-rule>.