

حق سلامت و دسترسی به کالاها و خدمات سلامت در فرانسه: یک الگوی برای ایران

دکتر رویا ایازی نصر آبادی *^۱ 

۱- استادیار و عضو گروه صنایع شیمیایی آلی و دارویی، پژوهشکده فناوری های شیمیایی سازمان پژوهش‌های علمی و صنعتی ایران

اطلاعات

چکیده

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۹
انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۳۱

دسترسی سریع به مقاله الکترونیکی



اطلاعات نویسنده مسئول:

رویا ایازی نصر آبادی
عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان تهران ايراز
ایمیل: dr.ayazi@gmail.com

حیطه موضوعی:

سیاست‌گذاری، حقوق، نظارت، مدیریت و اقتصاد سلامت

زمینه و هدف: حق سلامت از جمله ارکان حقوق‌های بشر است و یکی از دغدغه‌های اصلی دولت‌ها محسوب نیز می‌شود. فرانسه یک کشور پیشرو در قانونگذاری در این حوزه محسوب شده که می‌تواند الگوی مناسبی برای جمهوری اسلامی ایران در حوزه‌های سیاست‌گذاری و اجرا باشد.

روش‌ها: این مقاله با استفاده از کتاب‌ها و مقالات موجود در کتابخانه‌های واقعی و مجازی به روش تشریحی-تحلیلی نوشته شده است.

یافته‌ها: حق دسترسی به دارو و خدمات درمانی از حق سلامت به‌عنوان حق اساسی برای تمامی انبای بشر نشأت می‌گیرد که باید بدون تبعیض، با قیمت مناسب و با سیاست‌هایی نظیر بیمه سلامت هدفمند برای همگاز فراهم شود.

نتیجه‌گیری: تمامی ابعاد ای دسترسی؛ شامل دسترسی فیزیکی، توزیع مناسب امکانات مالی یا بودجه‌بندی، امکانات غیرمالی مانند مراکز ارائه‌دهنده خدمات، امکانات و تجهیزات و وسایل، دارو، متخصصان مراقبت سلامت، و دسترسی به خدمات حیاتی اورژانس در کنار ابعاد دیگری نظیر دسترسی مالی از جمله بیمه و کنترل قیمت و مبارزه با گرانی‌فروشی، و دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت، به‌دقت و ظرافت خاصی در قوانین و مقررات فرانسه لحاظ شده است. با توجه به تفاوت اولویت کشورها به دلیل تفاوت در منابع مالی و توان آنها و ظرفیت تولید، می‌توان قوانین فرانسه را در ایران پیاده سازی و استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: حقوق‌های بشر، حق سلامت، حق دسترسی، عدم تبعیض، (قابلیت) دسترسی فیزیکی، (قابلیت) دسترسی مالی، (قابلیت) دسترسی اطلاعاتی.

Right to Health and Accessibility to Health Goods and Services in France: a health model for Iran

Dr. Roya Ayazi Nasrabadi ^{1*} 

1- Assistant Professor and Member of the Department of Organic Chemical and Pharmaceutical Industries, Institute of Chemical Technologies, Iranian Research Organization for Science and Technology

Background and objective: Background and purpose: The right to health is one of the Detentions of human rights and is considered one of the main concerns of governments. France is considered a leading country in legislation in this field, which can be a suitable model for the Islamic Republic of Iran in the fields of policy and implementation.

Methods: This article has been written using the Paper and e-books and articles in a descriptive-explanatory method.

Findings: The right to access medicine and medical services originates from the right to health as a basic right for all human beings, which should be provided to everyone without discrimination, at a reasonable price, and with policies such as targeted health insurance.

Findings: Good governance, which is interpreted as decision-making and policy-making in the form of approving and implementing clear laws, in the pharmaceutical sector is usually in six main areas, including 1- research and development, 2- production, 3- registration, 4 - Selection, 5- Supply, 6- Distribution are applied with the aim of fighting corruption and improving productivity, each of these areas, due to the nature of its function, is always exposed to corruption and especially bribery due to the lack of transparency. have.

Conclusion: All aspects of this access; including physical access, appropriate distribution of financial facilities or budgeting, non-financial facilities such as service provider centers, facilities and equipment and devices, medicine, health care professionals, and access to critical emergency services along with other dimensions such as financial access including insurance and price control and fighting Expensiveness, and access to information related to health, are carefully considered in French laws and regulations. However, the priority of the countries is different according to their financial resources and power and production capacity.

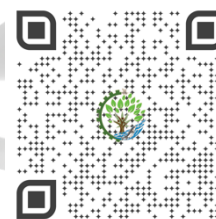
Keywords: human rights law, right to health, right to head it cares, non-discrimination, physical accessibility, financial accessibility, informational accessibility

Received: 5 June 2026

Accepted: 31 July 2026

Published: 22 September 2026

Scan QR code and read the article online



Corresponding author:

Roya Ayazi Nasrabadi

Member of Young and Elite Researchers Club, Tehran, Iran

Email: dr.ayazi@gmail.com

Scope:

Policy, Law, Regulation, Management, and Health Economics

Copyright: The International Journal of Health Law is an open-access journal. Copying, distribution, and publication for non-commercial purposes are permitted, provided that the source is properly acknowledged.

مقدمه

با تاسیس سازمان ملل متحد و نمایندگی مرتبط با سلامت آگاهانه که سازمان بهداشت جهانی است، موضوع سلامت به- عنوان یکی از حق‌های اساسی بشر، طی دهه‌های اخیر از اهمیت بیشتری برخوردار شده است. سلامت مردم یک کشور، دغدغه اصلی دولت آن کشور می‌باشد، اما بدون یک چارچوب قانونی موثر، حمایت و حفاظت از سلامت جامعه میسر نمی‌باشد.^۱ شاید ذکر است که حکومت‌ها از اختیارات بی‌شماری در زمینه سلامت عمومی برخوردار می‌باشند.^۲ این اختیارات به آنها اجازه می‌دهد تا قوانین مربوط را اصلاح، وضع، و به مورد اجرا بگذارند.^۳ امروزه، «حقوق‌های بشر» اهمیت بین‌المللی ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. در این میان حق سلامت و هسته اصلی آن یعنی دسترسی به خدمات و کالاهای سلامت، یک حق اساسی برای تمامی انبای بشر به- حساب می‌آید که باید در برابر هرگونه تبعیض (از جمله، تبعیض مبتنی بر اطلاعات ژنتیک افراد، جنسیت، سن و سال و شرایط سلامت) از آن حمایت و حفاظت به عمل آید. چنین حقی همچون سایر حق‌های اساسی بشر، مسئولیت و تعهدات قانونی برای دولت‌ها به دنبال دارد،^۴ به طوری که مسئولان دولتی در برابر جوامع بین‌المللی و ملت خود پاسخگو می‌باشند. این مسئولیت اصلی دولت‌هاست که از استانداردهای کیفی، ایمنی، کارایی و قابلیت دسترسی به دارو اطمینان حاصل کنند.^۵ از طرفی، سلامت و بهداشت یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک آن برای شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی بشر به شمار می‌رود.^۶ بر همین اساس، طی دهه‌های اخیر، شاهد رشد فزاینده پرونده‌های قضایی در موضوعاتی نظیر حق دسترسی به دارو و درمان ضروری بوده- ایم.^۷ حق سلامت و دسترسی به مراقبت‌های سلامت، به عنوان سنگ بنای اصلی نظام سلامت یک جامعه محسوب می‌شوند. روز به روز بر تعداد اسناد ملی و بین‌المللی که به بحث در مورد کیفیت مراقبت سلامت، تداوم‌پذیری نظام‌های مراقبت سلامت و قابلیت دسترسی ساختار سلامت می‌پردازند، افزوده می‌شود. البته، در این توجه روز افزون به سلامت و مراقبت سلامت، شوربختانه به قابلیت دسترسی توجه چندانی نشده است.^۸ دولت‌ها با پیوستن به کنوانسیونها و معاهدات بین- المللی حق‌های بشری موظفند قوانین و سیاست‌های داخلی خود را در راستای تضمین این حق اساسی شهروندان سازماندهی کنند. بدون وجود یک چارچوب حقوقی موثر، حمایت و حفاظت از مقوله سلامت، برای بخش وسیعی از افراد جامعه ممکن نیست. از این رو، ارزیابی قوانین داخلی کشور در خصوص تحقق حق دسترسی، به عنوان رکن اصلی

حق سلامت، یک موضوع مهم و در اولویت بوده که نیازمند مطالعه و تحقیق فراوان می‌باشد. فرانسه، به عنوان مهد قانون طی سالهای اخیر همواره در زمره کشورهای پیشروی جهان در حوزه سلامت بوده که این موضوع در آمارهای متعدد سازمان جهانی بهداشت کاملاً مشهود می‌باشد. همچنین، کشور فرانسه در انطباق با موازین بین‌المللی سلامت که از سوی نهادهای مسئول بین‌المللی (امروزه این نهاد سازمان جهانی بهداشت می‌باشد) از اواخر قرن ۱۸ تدوین و به مورد اجرا گذاشته شده؛ سرآمد دیگر کشورهاست. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، فرانسه در سال ۲۰۰۰ میلادی جایگاه نخست در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی را در سطح جهان به خود اختصاص داده است. این ارزیابی بر پایه شاخص‌های مهمی نظیر امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان خدمات بهداشتی-درمانی رایگان برای بیماران و... صورت گرفته است. براساس گزارش منتشره از سوی یک سازمان جهانی به نام Word Vision Inc، در سال ۲۰۱۳ در خصوص وضعیت دسترسی به خدمات سلامت، در خصوص خدمات سلامت برای کودکان در بین ۱۷۶ کشور، فرانسه در جایگاه اول قرار گرفته است. همچنین این تحقیق نشان می‌دهد که بالا یا پایین بودن رتبه شاخص فوق الزاماً به ثروتمندبودن کشورها بستگی ندارد، بلکه به میزان قابل توجهی، این امر از سایر عوامل از جمله مدیریت تاثیر می‌گیرد. قانونگذار فرانسوی در قوانین و مقررات داخلی از جمله مفاد مختلف قانون سلامت عمومی، قانون تامین اجتماعی و قانون اساسی، برحق بر سلامت و قابلیت دسترسی به دارو و درمان به عنوان هسته اصلی این حق، تاکید و تصریح داشته است؛ علاوه بر این، فرانسه کشوری دموکراتیک است که از حقوق فردی از جمله حق بر سلامت در قوانین داخلی خود به نفع شهروندان خود بهره می‌برد، به دلیل عضویت در اتحادیه اروپا بسیار جلوتر از کشورهای در حال توسعه‌ای نظیر ایران می‌باشد. فرانسه به حق‌های بشری از جمله حق سلامت حساسیت ویژه‌ای دارد، تا جایی که نیازهای شهروندان این کشور به بهترین شکل ممکن و براساس حق انتخاب آنها در زمینه مراقبت سلامت برطرف شود؛ و این امر بدون توجه به توزیع مناسب امکانات، مراکز بهداشتی-درمانی، و نیروهای متخصص غیرممکن می- باشد.^۹ اروپا و کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی نیز ملزم به رعایت قوانین و مفاد توافقنامه‌های بین‌المللی می‌باشند. بخشنامه‌ها و آیین‌نامه‌های اتحادیه اروپا تاثیر به‌سزایی در حق دسترسی شهروندان و حتی ساکنین فرانسه به دارو و درمان دارند. این ویژگی‌های متعالی، زمینه مناسبی را به وجود آورده تا قوانین کشورهای در حال توسعه‌ای

نظیر ایران با لحاظ کردن فرهنگ والای اسلامی خود، به دنبال الگوبرداری از این کشور باشند، تا از این طریق به استانداردهای حقوق‌های بشری نزدیکتر شده و جوهره اسلام ناب را به نمایش بگذارند.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد توصیفی-تحلیلی و بر پایه منابع کتابخانه‌ای انجام شده است. در این مطالعه، کتاب‌ها، مقالات علمی، اسناد حقوقی و مقررات مرتبط با حق سلامت، حق دسترسی به کالاها و خدمات سلامت و ساختار نظام سلامت فرانسه مورد بررسی قرار گرفتند. مطالب گردآوری شده با تمرکز بر ابعاد اصلی دسترسی شامل عدم تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی مالی و دسترسی به اطلاعات طبقه‌بندی و تحلیل شدند. در ادامه، سازوکارهای حقوقی و سیاستی مورد استفاده در فرانسه از منظر قابلیت بهره‌گیری در نظام سلامت ایران مورد بررسی قرار گرفتند.

۱- تعریف حقوق‌های بشر و حق سلامت

"حقوق‌های بشر"، به عنوان بخشی از حقوق بین‌الملل، حقوقی است که تمام انسانها صرف نظر از نژاد، عقاید مذهبی یا سیاسی، وضعیت حقوقی، شرایط اقتصادی، زبان، رنگ، اهلیت، جنسیت و قومیت باید از آن برخوردار باشند.^{۱۰} به عبارت دیگر، حق‌های بشری بر پایه برابری و عدم تبعیض، به تک‌تک انسانها اعطا شده است. "حق سلامت" به معنای حق سالم بودن نیست، بلکه حق دریافت و بهره‌مندی از خدمات، امکانات و شرایطی است که برای پیشگیری، درمان و تخفیف بیماری و عارضه ضروری می‌باشند.^{۱۱} این حق در منابع بین‌المللی متعددی به عنوان حق مسلم بشر گنجانده شده که شاید مهم‌ترین آن ماده ۱۲ کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد باشد که چنین تعریفی از این حق ارائه داده است: حق هر فرد برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی.^{۱۲} از طرفی، معنای اصلی حق سلامت فراتر از دسترسی به مراقبت سلامت است. به موجب اسناد بین‌المللی، این حق نه تنها در رابطه با مراقبت‌های پزشکی، بلکه برای مفهوم بسیار گسترده‌تر سلامت در نظر گرفته شده است، یک اصل مهم سلامت عمومی می‌گوید: عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی، خارج از حیطه پزشکی بالینی نیز بر وضعیت سلامت افراد تاثیرگذار می‌باشند. به عنوان مثال حق حیات جدا از حق برخورداری از غذا، مسکن و آب سالم نمی‌باشد.^{۱۳}

۲- ارکان حق سلامت

به موجب منابع بین‌المللی حق‌های بشری، از جمله تفسیر عمومی شماره چهارده سازمان ملل (منتشره در سال ۲۰۰۰ میلادی) به منظور تشریح حق سلامت و اسناد دیگری همچون فکت‌شیت منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی، حق سلامت از چهار رکن به شرح ذیل تشکیل می‌شود:

۲-۱- موجود و فراهم بودن

کالاها و خدمات و مراکز سلامت عمومی و مراقبت سلامت، باید به حد کافی در سطح ملی موجود و فراهم باشند.

۲-۲- قابل دسترسی بودن

کالاها و خدمات و مراکز سلامت، باید بدون تبعیض در دسترس همگاز باشند. این امر خود دارای چهار بعد می‌باشد: ۱- عدم تبعیض، ۲- دسترسی فیزیکی (به صورت ایمن)، ۳- دسترسی اقتصادی (قابل تهیه بودن) و ۴- دسترسی به اطلاعات (حق جستجو، دریافت و ارائه اطلاعات و ایده‌های مربوط به مسائل سلامت، با رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی سلامت).

۲-۳- قابل قبول بودن

کالاها و خدمات سلامت، باید با توجه به اصول اخلاق پزشکی ارائه شوند.

۲-۴- با کیفیت بودن

کالاها، خدمات و مراکز سلامت، باید از استانداردها و کیفیت مناسب برخوردار باشند.^{۱۴}

۳- تعهدات دولت‌ها

در رابطه با تحقق حق‌های بشری و از جمله حق سلامت، دولت‌ها دارای تعهدات سه‌گانه می‌باشند: ۱- تعهد به احترام، ۲- تعهد به حمایت و ۳- تعهد به اجرا. تعهد به احترام از دولت‌ها می‌خواهد که از هرگونه دخالت مستقیم و غیرمستقیم یا اقدامی تداخلی، که مانع از تحقق حق سلامت می‌شود، بپرهیزند. تعهد به حمایت نیز از دولت‌ها می‌خواهد، تا به منظور جلوگیری از دخالت طرف‌های ثالث در ممانعت از تحقق حق سلامت، تدابیر و اقداماتی اتخاذ نمایند. تعهد به اجرا شامل تعهداتی به منظور تسهیل، تامین و ارتقا می‌باشد. دولت‌ها باید اقدامات تقنینی، اداری، اجرایی، بودجه‌ای، قضایی مقتضی را اتخاذ نمایند.^{۱۵} کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، با چالش‌ها و موانع جدی در حرکت به سوی پوشش فراگیر خدمات بهداشتی- درمانی مواجه هستند که

یکی از آنها پراکندگی نامتوازن در تامین مالی سلامت و قابلیت محدود در استفاده منطقی از منابع کمیاب، شامل اولویت‌بندی و به‌کارگیری فن‌آوری‌هایی نظیر دوراپزشکی و به‌طور کلی ارائه خدمات سلامت از راه الکترونیکی، یا همان دوراسلامت می‌باشد.^{۱۶}

۴- قانون اساسی فرانسه و حق سلامت

از قرن ۱۷ میلادی تاکنون قانون اساسی فرانسه به‌طور مرتب تحت اصلاحات قرار گرفته و هر بار حق‌ها و آزادی‌های فردی از جمله حق بر سلامت، مورد تاکید قانونگذاران بوده و به یک حق غیرقابل انکار و روشن تبدیل شده، طوری که در اصلاحات نهایی، تنها به این حق اشاره شده است. از آنجا که قانون اساسی منبع اصلی قانون داخلی هر کشوری محسوب می‌شود، تفسیر و تبلور آن را باید در قوانین و مقررات داخلی، از جمله مجموعه قوانین سلامت عمومی این کشور جستجو کرد. حق سلامت یکی از حقوق انسانی مورد تقاضای مردم فرانسه در انقلاب سال ۱۷۸۹ این کشور بود که طی آن تفاسیری از عدالت و برابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی-درمانی توسط بخش قابل‌توجهی از پزشکان و انقلابیون مطرح گردید؛ اما دیری نگذشت که این نظریه با مخالفت‌های سیاسی، مذهبی و حرفه‌ای جدی مواجه شد. در نهایت، عبارت «سلامت» از اعلامیه حق‌های بشری و شهروندی سال (۱۷۸۹) فرانسه و همین‌طور از قانون اساسی (سال ۱۷۹۵) این کشور، حذف گردید.

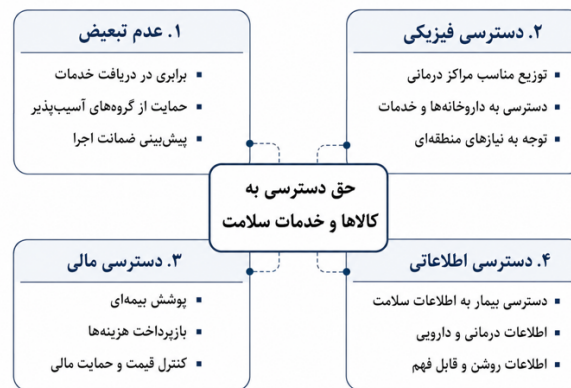
امروزه حق‌های اساسی بشر چنان در فرانسه جا افتاده‌اند که نیازی نیست در قوانین اولیه و اساسی نظیر قانون اساسی این کشور به تفصیل به آنها پرداخته شود، لذا در مقدمه قانون اساسی کشور فرانسه (بند یازدهم مقدمه قانون اساسی، مصوب ۱۹۴۶) به لزوم تضمین حفاظت از سلامت همگانه به‌ویژه کودکان مادران و سالخورده‌گان توسط دولت اشاره شده است. این بند قانون اساسی در قوانین فرانسه نه به‌عنوان یک قانون حوزه سلامت بلکه به‌عنوان تکلیفی بر دوش دولت یا بخش دولتی در نظر گرفته شده است.^{۱۷} قانون مربوط به دسترسی به دارو و خدمات درمانی، براساس این اصول قانون اساسی فرانسه در حمایت از حق‌های اساسی بشر تدوین شده و در مصوبه ۲۷ ژوئیه ۱۹۹۴، توسط شورای قانون اساسی در رابطه با حقوق اخلاق پزشکی به رسمیت شناخته شده است.^{۱۸} قوانین سطح پایین‌تر مهمی با اقتباس از قانون اساسی فرانسه، به‌حق

برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال در قانون خانواده و جامعه این کشور مصوب سال ۲۰۰۱ آمده که دولت موظف است خدمات بهداشتی-درمانی رایگان را برای افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند، یا از اتباع بیگانه ساکن فرانسه هستند، فراهم نماید. در سالهای اخیر (از سال ۲۰۰۷)، اصلاحات بسیار سودمندی در نظام سلامت فرانسه صورت گرفته است، به‌نحوی که تمامی شهروندان فرانسوی از حق دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی برخوردار شده‌اند. در حال حاضر، نظام بهداشت و درمان فرانسه، همگانی و دولتی می‌باشد و تمامی افراد کم‌درآمد را تحت پوشش بیمه سلامت قرار می‌دهد. شایان ذکر است که این قوانین داخلی از قانون اساسی این کشور ریشه می‌گیرند. از این روی، دسترسی برابر به این خدمات اساس و ویژگی‌های نظام سلامت را در فرانسه تشکیل می‌دهد، زیرا قانونگذار فرانسوی آنرا به حقی اساسی در قوانین تبدیل کرده و مطابق با اصول مندرج در قانون اساسی، صراحتاً خواستار دسترسی برابر همگان به خدمات دارویی و درمانی شده است.^{۱۹}

۵- ابعاد حق دسترسی

نظام خدمات درمانی فرانسه، به‌عنوان یکی از نظام‌های سلامت موفق در جهان بر یک اصل اساسی استوار است: دسترسی برابر تمامی شهروندان به خدمات مراقبت سلامت. قوانین اصلی فرانسه انعکاسی از قانون اساسی این کشور بوده و این حق از ابعاد مختلف، مورد توجه قرار گرفته است. مطابق قانون مصوب ۴ مارس ۲۰۰۴، مراکز درمانی موظفند دسترسی برابر به خدمات با کیفیت را برای تمامی شهروندان تضمین نمایند. همچنین، بخش نخست قوانین سلامت عمومی در فرانسه، به حمایت کامل از این حق‌ها پرداخته است. حق‌های اصلی بیماران از جمله حق درمان توسط قانون‌کوشنر در چهارم مارس ۲۰۰۲ بازتعریف شده و به واسطه قانون لئونتی (مصوب ۲۲ آوریل ۲۰۰۵)، در خصوص خدمات بهداشتی-درمانی مورد نیاز سالمندان تکمیل شده است. البته، همچون آمریکا، اولویت اصلی با نیازمندان است. قانون ۶۵۷-۹۸ (مصوب ۲۹ ژوئیه ۱۹۹۸) فرانسه، بر همین اساس، دسترسی نیازمندترین افراد به خدمات بهداشتی-درمانی را در اولویت نخست سلامت عمومی قرار می‌دهد. همچنین در این رابطه، قانونگذار فرانسوی، هر چهار بعد حق دسترسی به دارو و خدمات درمانی را در قوانین و مقررات این کشور لحاظ کرده است.

شکل ۱. چارچوب چهاربعدی تحقق حق دسترسی به کالاها و خدمات سلامت



۶- عدم تبعیض

با توجه به پیشینه فرهنگی و زمینه‌های مختلف تبعیض (از جمله تبعیض ملیتی، قومی و نژادی و شرایط اجتماعی، تبعیض علیه جمعیت‌های خاص و حتی تبعیض مبتنی بر اعتقادات مذهبی)، قانونگذار فرانسوی با جدیت و دقت بیشتری معضل تبعیض در دسترسی به دارو و درمان را به‌ویژه در قانون سلامت عمومی، مورد توجه قرار داده و از جمله برای متخلفین، جرایم کیفری در نظر گرفته است. به‌موجب ماده ۹-۱۱۱۰ از مجموعه قوانین سلامت عمومی کشور فرانسه، هر بیماری که وضعیت جسمانی وی به‌گونه‌ای باشد که نیازمند خدمات درمانی باشد، از این حق برخوردار است که به خدمات و اشخاص ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی دسترسی داشته باشد. طبق ماده ۳-۱۱۱۰ از قانون سلامت عمومی فرانسه، هیچ کس نباید در دسترسی به اقدامات پیشگیری یا خدمات درمانی، مورد تبعیض واقع شود. مواردی از این نوع تبعیض که مستحق مجازات کیفری می‌باشند، عبارتند از: تبعیض نژادی، جنسیتی، مبتنی بر شأن و جایگاه خانوادگی، بارداری، ظاهر فیزیکی، محل سکونت، وضعیت سلامت، معلولیت، خصوصیات ژنتیکی، خلق و خو، تمایلات جنسی، سن، عقاید سیاسی، فعالیت‌های صنفی، قومیت، ملیت یا مذهب. همچنین، به موجب ماده ۱-۱۱۱۰ از قانون اساسی حمایت از سلامت باید با همه ابزارهای موجود به‌نفع هر شخصی به‌کار گرفته شود. متخصصان مراکز و شبکه‌های سلامت، سازمان‌های بیمه سلامت یا سایر سازمانها و مسئولان ذیربط، باید در امر پیشگیری، تضمین دسترسی برابر تمامی افراد به خدمات درمانی ضروری، متناسب با وضعیت بیماری و سلامت، ضمانت استمرار درمان و همچنین مطلوب‌ترین خدمات درمانی ممکن، مشارکت داشته باشند. طبق دلایل ذکر شده در بند اول ماده ۱-۲۵۵ یا ماده ۱-۱-۲۵۵ از قانون جزا، چنانچه بیماری تحت پوشش بیمه تکمیلی باشد، هیچ‌یک از

متخصصین مراقبت سلامت نمی‌توانند از امکانات درمان حقوقی پیش‌بینی شده در مفاد قانون تأمین اجتماعی code de la sécurité sociale ۱-۸۶۳ و ۱-۸۶۱ و یا ماده ۱-۲۵۱ از قانون فعالیت اجتماعی و حمایت از خانواده code de l'action sociale et des familles، خودداری نمایند. هر شخصی که خود را قربانی امتناع غیرقانونی از خدمات درمانی بداند، می‌تواند به مدیر سازمان بیمه درمانی منطقه یا رئیس شورای دی‌صلاح در حوزه تخصصی مربوط مراجعه و شکایت خود را طرح نماید تا برای متخصص مورد نظر ابلاغیه صادر شود. اگر برای بار اول متخصص مراقبت سلامت مرتکب این جرم شده باشد، در طول مدت سه ماه از تاریخ دریافت شکایت، کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان شورای دی‌صلاح و سازمان بیمه درمانی منطقه، اقدام به حل اختلاف می‌کند. در صورتی که این حل اختلاف به نتیجه نرسد یا در صورت تکرار جرم، رئیس شورای مزبور، شکایت را به‌همراه نظر خود به دادگاه انجمن پزشکان دی‌صلاح منتقل می‌کند؛ و در صورت لزوم، خود نیز به دادگاه، نظر مشورتی می‌دهد. به‌موجب قانون تأمین اجتماعی فرانسه، چنانچه شورای دی‌صلاح در مهلت سه ماهه موفق به حل اختلاف نشود، مدیر سازمان بیمه درمانی منطقه می‌تواند علیه متخصص خاطی مجازات لازم را صادر کند. متخصصانی که در خصوص دسترسی به اقدامات پیشگیرانه و خدمات درمانی، طبق ماده ۳-۱۱۱۰ از قانون سلامت عمومی، مرتکب اقدامات تبعیض‌آمیز شوند، با مجازات قانونی مواجه خواهند شد. این مجازات می‌تواند جریمه مالی بوده و به میزان دو برابر سقف ماهیانه پرداختی به سازمان تأمین اجتماعی تعیین شود و یا حتی به‌صورت حضوری در محل‌های مربوط اعلام گردد. ۲۰ در قوانین فرانسه، خدمات حیاتی اورژانس و بیمارانه در معرض مخاطرات ویژه سلامت (به‌خصوص زندانیان که از محرومیت نسبی در دسترسی برخوردارند)، بیشتر مدنظر قرار

می‌شود.^{۲۲} در فرانسه دسترسی به دارو و درمان در سطح مطلوب و تراز اول جهانی قرار دارد. حجم خدمات نظام سلامت فرانسه بیش از کشورهای نظیر ایالات متحده آمریکا می‌باشد و قیمت‌ها در فرانسه پایین‌تر و پوشش بیمه سلامت نیز کامل‌تر است.^{۲۳} به هر حال از آنجا که جمعیت فرانسه مسن‌تر از ایالات متحده است، به خدمات و مراقبت‌های طولانی مدت بیشتری نیاز دارد. به هر حال نرخ بودجه سالانه دولتی که صرف خدمات بهداشتی-درمانی می‌شود، گاهی کمتر از ایالات متحده آمریکا (که حدود ۱۳ درصد می‌باشد)، می‌باشد.^{۲۴} شایان ذکر است که این درصد در ایران به‌طور متوسط حدود ۷ درصد است که ضرورت توجه مسئولان را به این امر مهم بشر دوستانه گوشزد می‌کند.

۷-۲- توزیع مناسب امکانات غیرمالی

در خصوص توزیع جغرافیایی امکانات غیرمالی، اول این که استفاده از فن‌آوری‌های نوین سلامت الکترونیکی باعث شده که مناطق محروم و دورافتاده نیز به دارو و درمان دسترسی نسبی پیدا کنند؛ دوم این که فرانسه دارای یک دولت منطقه‌ای و نامتمرکز است، و این امر به توزیع برابر امکانات درمانی بخش‌ها از جمله بخش سلامت کمک شایانی کرده است. سوم این که تعیین نمایندگان مردمی، از میان مردم هر منطقه به‌شيوه دموکراتیک نیز در بررسی و تعیین نیازها و اولویت‌های شهروندان فرانسه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشند.^{۲۵} به‌منظور پیگیری درست سیاست‌های توزیعی، بخش سلامت فرانسه به دو بخش منطقه‌ای و محلی تقسیم‌بندی شده که هر یک بنا بر شرایط ویژه (از جمله جمعیت‌شناسی)، نیازهای سلامت خود از قبیل پرسنل متخصص و امکانات بهداشتی-درمانی را دنبال می‌کنند. در این کشور، حتی جزئی‌ترین موارد مانند نیازهای توانبخشی و حتی ساعات احتمال نیاز به این گونه خدمات غیرپایه نیز به-دقت در مقررات لحاظ شده‌اند.^{۲۶} بر همین اساس، نظام‌های نظارتی و قانونگذاری به سیستم اطلاعات ویژه‌ای نیاز دارند تا جمعیت تحت پوشش خدمات درمانی را تعریف کرده و اطلاعات مقتضی در مورد نیازهای آنها در امور پیشگیری، تشخیص و درمان و به‌ویژه اقدامات اورژانسی و نیازهای بیمارانی خاص ارائه دهند، تا در مکان و زمان مقتضی این نیازها به-درستی برطرف شود.^{۲۷} بخش خصوصی نیز در کنار بخش دولتی به‌عرصه خدمات وارد شده و به ارتقای حق دسترسی به دارو و درمان در فرانسه کمک شایانی کرده است. از حدود سی هزار بیمارستان این کشور، حدود دو سوم غیرانتفاعی

گرفته است. به‌موجب ماده ۱-۶۱۱۲ L سلامت عمومی، مراکز درمانی فرانسه موظفند خدمات درمانی را به‌ویژه در مورد درمانهای اورژانسی و درمانهای روانی جمعیت‌های در معرض خطر (نظیر زندانیان که ممکن است از آزادی‌های فردی محروم باشند)، ارائه داده و استمرار و تداوم آن را تضمین نمایند.

۷-۳- قابلیت دسترسی فیزیکی

دسترسی افراد به مراقبت‌های سلامت به‌عنوان یک حق اساسی و هدف اجتماعی مورد می‌باشد؛ یعنی تمامی افراد بشر مستحق دریافت این خدمات هستند. یکی از اهداف اساسی سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان هر کشور، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی است که اولین گام آن ایجاد دسترسی فیزیکی می‌باشد که شامل دسترسی جغرافیایی یا توزیع درست مراکز و امکانات و نیروی متخصص، برای ارائه خدمات مراقبت سلامت می‌باشد.^{۲۸} به‌موجب جدول ارزشیابی میزان تحقق ابعاد مختلف حق سلامت مطابق ماده ۲۵ بیانیه جهانی بشر، مهم‌ترین این راهکارها عبارتند از: توزیع درست امکانات مالی (بودجه‌بندی) و توزیع امکانات غیرمالی شامل تجهیزات، امکانات، دارو، نیروی انسانی متخصص و مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت.

۷-۱- توزیع امکانات مالی بودجه‌بندی

دولت فرانسه به‌طور متوسط حدود ۱۰ درصد درآمد ناخالص ملی خود را صرف خدمات سلامت می‌کند که یکی از بالاترین ترازها در میان دولت‌هاست. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۱ فرانسه ۱۱/۶ درصد از درآمد ناخالص ملی خود را به نظام سلامت اختصاص داده است. در حالی که میانگین آن در اروپا ۷/۷ درصد می‌باشد؛ و شاید به همین دلیل است که امید به زندگی در فرانسه کمتر از ژاپن نیست. نظام مراقبت سلامت فرانسه از جمله نظام‌هایی است که بودجه آن از طریق بیمه سلامت ملی تامین می‌شود. اکثر پزشکان عمومی این کشور در بخش خصوصی فعالیت دارند، اما درآمد آنها از صندوق بیمه تامین می‌شود. مدیریت مالی و عملیاتی این فرآیند بر عهده دولت فرانسه می‌باشد. بنابراین، دولت این کشور حق بیمه پرداختی متناسب با درآمد و قیمت خدمات و کالاها را مرتباً تنظیم می‌نماید. البته، بیمه مکمل سلامت از طریق بیمه‌گرهای خصوصی نیز تامین می‌شود. در فرانسه، حدود ۳۷ درصد هزینه‌های درمان بیمارستانی از سوی شرکت‌های بیمه خصوصی پرداخت

درمانها و مراقبت‌هایی که مطابق دانش پزشکی، سلامت بیمار را به بهترین شکل تضمین می‌کند، به کار بندد، و این وظیفه مطابق توافق میانه بیمار و متخصص مراقبت سلامت باید اعمال شود؛ بر این اساس، قانون مدنی مربوط به حقوق قراردادها در این خصوص نافذ می‌باشد. به موجب مواد ۱۱۰۶ و ۱۱۰۲ قانون مدنی فرانسه، چنین قراردادی بین طرفین در ازای پرداخت-های مستقیم و غیرمستقیم بیمار یا شخص ثالث منعقد می-شود.

مطابق قانون سازمان ملی سلامت دولت فرانسه مسئول ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت و تضمین برابری و عدالت در ارائه خدمات نظام مراقبت این کشور می‌باشد. این سازمان دستورالعمل‌هایی را در قالب مقررات منتشر می‌سازد که بیانگر چارچوب کاری مراکز ارائه‌دهنده خدمات و متخصصان بهداشت و درمان می‌باشد. این سازمان مستقل از دولت می‌باشد و در خصوص موارد مذکور، به دولت و پارلمان این کشور گزارش می‌دهد.^{۳۰} در جمهوری اسلامی ایران این وظیفه خطیر طبق قانون بر عهده سازمان نظام پزشکی گذاشته شده است.

۸- قابلیت دسترسی مالی

دسترسی مالی از طریق کنترل هزینه‌ها با توسل به سیاست‌هایی نظیر بیمه سلامت، کنترل قیمت و کمک‌های دولت در قالب یارانه (سوپساید) و فرانشیز، صورت می‌گیرد.

۸-۱- بیمه سلامت و بازپرداخت هزینه‌ها

دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی- درمانی، از جمله اصول حاکم در نظام‌های سلامت کشورهای اروپایی می‌باشد؛ و موضوع دسترسی برابر به این خدمات برای تمامی شهروندان و ساکنین، از جمله اهداف اصلی سیاست‌گذاری محسوب می-شود که از طریق بیمه سلامت مهیا می‌شود. موضوع بیمه سلامت همگانی از اهمیت ویژه‌ای برای مسئولان کشورهای عضو اتحادیه اروپا از جمله فرانسه، برخوردار شده است.^{۳۱} سازمان بهداشت جهانی طی گزارشی، ضمن معرفی نظام سلامت فرانسه به‌عنوان بهترین نظام سلامت در جهان مکانیسم‌های تامین اجتماعی فرانسه در بازپرداخت هزینه‌های درمانی و دارویی را به‌عنوان الگویی برای سایر کشورها معرفی کرده است. اما نکته درخشانتر حمایت قانونی از حق سلامت بشر را باید در توجه به حق سلامت مهاجران در فرانسه دانست. به‌موجب قوانین فرانسه، نه تنها شهروندان فرانسوی بلکه تمامی ساکنین این کشور از جمله مهاجران غیرقانونی نیز از کمک‌های دولتی برای خدمات سلامت

می‌باشند. به‌همین ترتیب، در تخصیص امکانات و نیروهای متخصص نیز سهم جمعیت محروم، تفکیک و مشخص شده است. این شیوه تخصیص مطلوب امکانات، پس از بررسی دقیق نیازها توسط وزارت سلامت این کشور صورت می‌گیرد.^{۳۸} در این رابطه، توزیع مراکز داروخانه‌ای و شرایط تأسیس آنها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت، در قالب مفاد مختلفی از قانون سلامت عمومی فرانسه مورد توجه قانونگذار قرار گرفته است. به‌عنوان مثال در فصل پانزدهم این قانون قانونگذار با توجه به فاکتور جمعیت، توزیع جغرافیایی داروخانه‌ها را مورد لحاظ قرار داده است. در این خصوص، طبق ماده ۵۱۲۵-۱۱، L. تأسیس داروخانه زمانی که تعداد جمعیت یک محدوده از ۲۵۰۰ نفر کمتر باشد، از طریق انتقال مجوز امکانپذیر است. همچنین هنگامی که داروخانه‌ای در یک منطقه با جمعیت بیش از ۲۵۰۰ نفر، فعالیت خود را متوقف کرده باشد، مجوز دیگری صادر می‌شود. همچنین، به‌موجب ماده ۴۲۱۱-۳، L. قانون سلامت عمومی فرانسه و در راستای فراهم نمودن قابلیت دسترسی بیمارانه به خدمات بهداشتی-درمانی، پزشکان مستقر در یک منطقه مسکونی فاقد داروخانه، با مجوز مدیر کل آژانس منطقه‌ای سلامت، می‌توانند در مطب‌های خود مکانی را جهت انبار داروها در نظر بگیرند و برای کسانی که تحت خدمات درمانی خود قرار دارند، داروهای قابل بازپرداخت و غیرقابل پرداخت توسط بیمه را به بیمار تحویل دهند.^{۳۹} همچنین به‌موجب همین ماده از قانون سلامت عمومی، پزشکان می‌توانند دستگاه‌های لازم برای معالجه و مداوای مستمر بیماران خود را پس از اخذ مجوزهای لازم تهیه نموده و برای حصول اهداف درمانی استفاده نمایند.

۷-۳- عرضه خدمات با کیفیت

عرضه خدمات بهداشتی-درمانی با کیفیت و مطلوب از جمله مواردی است که زمینه دسترسی بهتر و بیشتر به دارو و درمان را فراهم می‌کند. باید توجه داشت که به هر حال موضوع دسترسی به دارو و خدمات درمانی با رسیدن بیمار به مراکز درمانی پایان نمی‌پذیرد، بلکه در این زمان متخصصان مراقبت سلامت، براساس وظیفه حرفه‌ای خود موظفند مناسب‌ترین درمان و استانداردهای درمانی را طبق قوانین، در راستای بهبود شرایط سلامت بیمار به کار بندند، و این امر دسترسی عملی بیمار به دارو و درمان مورد نیازشان را تضمین می‌کند. در همین راستا، به‌موجب بند اول ماده ۵-۱۱۱۰، L. هر شخص مسئول خدمات اورژانسی و مراقبت سلامت، باید مناسب‌ترین

بهره‌مند می‌شوند.^{۳۲} طبق قانون بیمه سلامت همگانی

(couverture maladie universelle) (مصوب سال

۲۰۰۰)، حتی خارجی‌هایی که در فرانسه هستند نیز تحت

پوشش بیمه قرار دارند. در این کشور، قانون بیمه سلامت

مکمل نیز وجود دارد که مخصوص افرادی است که توانایی

پرداخت هزینه‌های درمانی را ندارند. طبق این قانون افراد

واجد شرایط به‌طور صد در صد، تحت پوشش این بیمه

سلامت قرار می‌گیرند. درخصوص دارو نیز بر اساس توافق

صنعت دارو و کمیته قیمت‌گذاری، هزینه‌های داروسازان جبران

می‌شود؛ و بازپرداخت هزینه‌های مربوط به بیمه سلامت

دولتی به‌موجب بودجه سالانه مصوب پارلمان صورت می‌گیرد.

با توجه به رشد هزینه‌ها، این بودجه هر ساله به میزان

مشخصی افزایش می‌یابد. رایج‌ترین بحث‌های حقوقی در هر

نظام بیمه سلامت فرانسه نیز همچون بسیاری از کشورها هنوز

عبارتند از: قابلیت دسترسی یا فراهم بودن پوشش بیمه، تداوم

و استمرار پوشش بیمه، ابعاد حقوقی صورت‌های مالی بیمه،

از جمله کلاهبرداری و سوءاستفاده مالی.^{۳۳} در زیر، برخی از

مهم‌ترین راهکارها برای مقابله مشکلات حق دسترسی به

دارو و درمان در فرانسه به تفصیل بیان می‌شوند.

۸-۲- پوشش بیمه سلامت براساس

طبقه‌بندی شغلی

نظام تأمین اجتماعی فرانسه پوشش فراگیر دارد و تقریباً همه

افراد کشور برحسب نوع اشتغال و وضعیت شغلی تحت

پوشش قرار گرفته‌اند، که این امر باعث از بین رفتن نابرابری

و تسهیل عدالت در سلامت می‌شود. در این نظام، برای هر

یک از اقشار، نظام بیمه اجتماعی جداگانه‌ای وجود دارد که

عبارتند از: کارگران بخش‌های صنعت، و بازرگانی، کارگران

بخش‌های مختلف کشاورزی، خویش‌فرمایان بخش‌های

صنعت، خدمات و بازرگانی، خویش‌فرمایان بخش کشاورزی،

کارکنان دولت، نظامیان، کارکنان راه آهن، کارکنان بخش‌های

عمومی از جمله: صنایع برق، گاز، معادن، کشیش‌ها و کارکنان

مراکز مذهبی. این نوع طبقه‌بندی نظام بیمه تأمین اجتماعی

در بسیاری از کشورها از جمله ایران نیز به اجرا درآمده و

موجب افزایش قدرت خرید پوشش بیمه، متناسب با درآمدها

و در نتیجه ارتقای دسترسی به دارو و درمان شده است. پوشش

اصلی بیمه سلامت فرانسه، از سال ۲۰۰۰ همگانی شد. مزایای

مزبور از طریق استخدام (در قبال پرداخت بخشی از حقوق به-

عنوان حق بیمه و یا خود اشتغالی)، آموزش و تحصیل (به

دانش‌آموزان و دانشجویان) و یا بازنشستگی، به اشخاص تعلق

می‌گیرند. حتی گردشگران و بازدیدکنندگان که شهروندان

اروپایی می‌باشند نیز تحت این پوشش بیمه قرار می‌گیرند؛

اما گردشگران سایر کشورها تنها تحت پوشش بیمه خدمات

فوریت‌های پزشکی می‌باشند.^{۳۴} بر این اساس، هر یک از

افرادی که بیش از سه ماه در فرانسه سکونت داشته‌اند، باید

برای پوشش بیمه سلامت ملی ثبت نام کنند.^{۳۵}

۸-۳- نرخ فرانشیز

به‌موجب قانون نرخ‌های کمک بیمه‌ای خدمات سلامت، به

تمامی خدمات سلامت و داروهای موجود در لیست بیمه در

بسته کمک‌های دولتی، براساس شرایط زیر تعلق می‌گیرند تا

به تحقق عدالت در دسترسی یاری رسانند.

نوع مراقبت: مراقبت بیمارستانی ۲۰ درصد، به‌علاوه یک

کمک روزانه ۱۶/۲۳ یورو، ویزیت پزشک ۳۰ درصد و خدمات

دندانپزشکی ۳۰ درصد

نوع بیمار: بیمارانی که از بیماری‌ها مزمن رنج می‌برند و یا

فقریند، از هرگونه سهم پرداختی معاف هستند.

تاثیر داروی تجویزی: صفر درصد برای داروهایی با تاثیر بالا،

۳۵ و ۶۵ و ۱۰۰ درصد برای داروهایی با ارزش درمانی

محدود.

پیروی از نظام ارجاع: نرخ پوشش بیمه برای رجوع بیمار به

پزشکان سازمان تأمین اجتماعی، متفاوت از پزشکان خارج از این

سازمان می‌باشد؛ ۳۰ درصد در مقابل ۵۰ درصد.^{۳۶}

۸-۴- شناسایی جمعیت هدف

هدفمندی سطح بیمه سلامت متناسب با نیاز جمعیت‌ها از

موضوعات مهم سیاست سلامت عمومی فرانسه می‌باشد که

هدف اصلی آن ارتقای دسترسی به دارو و درمان می‌باشد، زیرا

هر جمعیتی نیازهای متفاوتی به خدمات و محصولات پزشکی

دارد و پاسخگویی به نیازهای دارویی و درمانی هر جمعیت،

می‌تواند متفاوت از جمعیت دیگر باشد. به‌عنوان مثال زنان در

دوران بارداری، بیمارانی خاص و سالمندان به مراقبت‌های پزشکی

بیشتری نیاز دارند. با توجه به پیرشدن جمعیت این کشور، و

نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت برای مقابله با مشکلات و

بیماری‌های مزمن دوران سالم‌خوردگی، قانونی تصویب شد که

به‌موجب آن مراقبت و درمان برای این‌گونه مشکلات جسمی و

روانی سالم‌خوردگان به‌طور کامل مشمول بیمه سلامت می‌شوند.

در این هدف‌گذاری، جمعیت بالای ۶۰ سال به‌عنوان جمعیت

هدف مورد نظر قانونگذار قرار گرفته است.^{۳۷} این سیاست که

از طریق قانونگذاری به‌خوبی در فرانسه محقق شده، تاثیر

مهمی بر حق دسترسی به دارو و درمان داشته است، زیرا

بیماری‌های مزمن، به داروی بیشتری در درازمدت نیاز دارند. داروهای بیماری‌های مزمن و شایع، نظیر پوکی استخوان فشار خون بالا، کلسترول بالا، دیابت و ... به‌موجب اصلاحیه قانون بیمه سال ۲۰۰۴، از بسته بیمه‌ای مناسب‌تری برخوردار شدند؛ تا قابلیت دسترسی مالی بیماران مزبور به دارو و درمان بیش از پیش فراهم شود.^{۳۸}

۸-۵- کنترل قیمت

سیاست عمومی ایجاد می‌کند که برخورداری عموم از خدمات مطلوب با قیمت مناسب تضمین شود. به این معنا که درمانها از نظر پزشکی معقول و منطقی بوده و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه باشند؛ همچنین به‌طور برابر میان جمعیت‌های مختلف یک جامعه توزیع شده باشند (قابلیت دسترسی مالی به کالاها و خدمات سلامت تامین گردد).^{۳۹} در حال حاضر، دارو در فرانسه هزینه بسیار قابل توجهی را در پی داشته و این کشور چهارمین بازار بزرگ مصرف دارو در جهان می‌باشد.^{۴۰} قیمت‌ها مربوط به کالاها و خدمات بهداشتی - درمانی در فرانسه تحت تاثیر تقاضا در بازار قرار ندارد، زیرا مصرف کنندگان در قبال خرید، مبلغی پرداخت نمی‌کنند، بلکه این شرکت‌های بیمه هستند که تمامی شهروندان این کشور را تحت پوشش بیمه قرار داده و هزینه‌های مربوط را پرداخت می‌نمایند. اما از آنجا که روز به روز بیماران و پزشکان به استفاده از داروهای جدید و گران قیمت رو می‌آورند، این امر باعث افزایش روزافزون هزینه دارو در این کشور شده است. این تاثیرپذیری قیمت دارو از تقاضا و افزایش هزینه‌ها، باعث شده است که کمیته اقتصادی دارو (Drug Economic Committee)، در سال ۱۹۹۴، اولین توافق خود را برای تغییر ساختار قانونی بازار دارو، برای یک دوره چهار ساله (سالهای ۱۹۹۴-۱۹۹۸)، امضا کند؛ و اکنون نیز این روند تمدید چهارساله همچنان ادامه دارد.^{۴۱} در فرانسه برای تنظیم قیمت دارو و درصد پرداخت هزینه‌های دارویی از جیب بیماران (بازپرداخت توسط بیمه درمانی) مقرراتی وضع گردیده است. تثبیت قیمت‌ها نیز در چارچوب فرآیندی صورت می‌گیرد که تعادل میان دسترسی به محصولات جدید، منفعت عمومی و ضرورت‌های اقتصادی را تضمین می‌کند. در عوض، قیمت داروهایی که توسط بیمه قابل بازپرداخت نیستند، یا توسط مراکز درمانی خریداری می‌شوند (در چارچوب بازارهای دولتی)، به‌طور آزاد توسط صنایع دارویی تعیین می‌شوند. در فضایی که قصد محدود کردن هزینه‌های درمان وجود دارد، قیمت داروها از قوانین و مقرراتی پیروی می‌کند که

دسترسی به داروهای ژنریک را تسهیل می‌کند. این نوع کنترل قیمت در مورد داروهای حیاتی بیشتر، و در موارد درمانهای غیرضروری و زیبایی، کمتر می‌باشند. در این کشور شاهد ترکیبی از قیمت‌های آزاد برای داروهای خاص و قیمت‌های تحت کنترل و نظارت قانونی برای سایر داروها هستیم. داروهای حیاتی همواره در دهه‌های اخیر و به‌ویژه از سال ۲۰۰۳ به بعد، قانونی بوده‌اند و این کنترلها، محصول مذاکره شرکت‌های بزرگ دارویی با کمیته اقتصادی محصولات سلامت می‌باشند. از سال ۲۰۰۳، قیمت داروهای خاص و جدید به‌طور نیمه کنترل شده در آمد. علاوه بر این، دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های اتحادیه اروپا نیز در کنترل قیمت دارو نقش مهمی دارند. در این زمینه، دستورالعمل CEE/۸۹/۱۰۲ اتحادیه اروپا در دسامبر ۱۹۸۸، با شفافیت توانست چارچوب جامعی درخصوص قیمت‌گذاری دارو در کشورهای عضو ارائه دهد. این چارچوب شامل مواردی از قبیل سود از پیش معین شده برای شرکت‌های تولیدکننده و عرضه‌کننده و حتی شرکت‌هایی که انبارداری دارو را انجام می‌دهند، می‌شود.^{۴۲} براساس ماده ۱۶-۱۶۲ L. ۴ قانون تامین اجتماعی، "تثبیت قیمت‌ها با تاکید بر موارد زیردنبال می‌شود: بهبود خدمات پزشکی که دارو را در اختیار بیمار قرار می‌دهد، قیمت داروهایی که با همین هدف درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند، حجم فروش پیش بینی شده یا مد نظر، مانند شرایط قابل پیش بینی و واقعی مصرف دارو". بهبود خدمات پزشکی توسط یک کمیسیون اختصاصی شورای عالی سلامت ارزیابی می‌شود، که کمیسیون شفاف‌سازی نام دارد. یادآور می‌شویم که شورای عالی سلامت توسط قانون سال ۲۰۰۴ ایجاد شد و این اقدام به‌منظور شفاف‌سازی تدابیر تثبیت قیمت، برای داروهای با کاربرد انسانی اتحادیه اروپا، انجام گرفت.^{۴۳} همچنین، دیواز عدالت اتحادیه اروپا پذیرفته است که دولت‌های عضو می‌توانند قیمت‌های داروها را چند بار در سال براساس ارزیابی هزینه‌هایی که مبتنی بر عوامل عینی و قابل بررسی هستند، کاهش دهند.^{۴۴} در تعیین هزینه‌های درمانی، شدت بیماری و میزان اثرگذاری دارو، از ملاحظات اصلی می‌باشند. در این رابطه، به‌موجب دستورالعمل شفافیت مصوب سال ۱۹۸۹، این مبالغ باید ظرف ۹۰ روز ارزیابی و اعلام شوند تا روند دسترسی به داروهایی که از اهمیت زیادی برخوردارند، تسهیل شود. ارزیابی میزان ارتقای دارو و درمان در پنج سطح ارتقای عالی، ارتقای خوب،

اروپایی، اهداف اقتصاد کلان و تهدید صادرات موازی. برای تعیین قیمت‌ها، کمیته مزبور از وزیر سلامت در خصوص اهداف نرخ رشد هزینه‌های مراقبت سلامت و به‌طور خاص هزینه دارو، مشاوره دریافت می‌کند. به‌منظور جلوگیری از صادرات موازی، باید کمی قیمت‌ها را بالاتر از بازارهای مجاور تعیین کرد؛ و این نکته مهم نشان می‌دهد که کنترل قیمت، الزاماً به معنای کاهش قیمت‌ها نیست.^{۴۷}

۹- دسترسی به اطلاعات

منظور از قابلیت دسترسی به اطلاعات، دسترسی به هر نوع اطلاعات از طرق مختلف در ارتباط با دارو و درمان می‌باشد. در قوانین دولت فرانسه، اهمیت زیادی به‌موضوع دسترسی به اطلاعات برای شهروندان داده شده است. هر فردی حق دارد به روش‌های صحیح و مورد تأیید وزارتخانه‌های مرتبط، به اطلاعات مربوط دسترسی داشته باشد.

۹-۱- دسترسی به اطلاعات مربوط به خدمات

بهداشتی-درمانی

دسترسی به اطلاعات مربوط به خدمات بهداشتی-درمانی ارائه شده و شرایط سلامت افراد (که در پرونده پزشکی آنها درج می‌شود)، علاوه بر آگاهی پزشکان و بیماران برای تداوم خدمات بهداشتی-درمانی نیز بسیار مفید می‌باشد. تداوم‌پذیری درمان از طریق ثبت اطلاعات درمانی بیمار در پرونده پزشکی وی، از جمله موضوعات مهم در دسترسی دارو و درمان به حساب می‌آید. به‌موجب دستورالعمل‌های EC/۴۶/۹۵

و EU/۵۸/۲۰۰۲، به‌منظور تضمین تداوم خدمات بهداشتی-درمانی، بیماران حق دارند حداقل یک نسخه از پرونده خود را به شکل الکترونیکی یا کاغذی دریافت دارند. چنین مدارکی به‌منظور آگاهی از روند درمان و تداوم احتمالی آن ضروری می‌باشد، تا متخصصان مراقبت سلامت با مراجعه به آنها بتوانند ادامه کار خود یا همکاری‌شان را به‌خوبی دنبال کنند.

همچنین به‌موجب ماده ۲-۱۱۱۱ L. قانون سلامت عمومی فرانسه، هر فردی حق دارد از وضعیت سلامت خود آگاهی و اطلاعات داشته باشد. این اطلاعات مشتمل بر معاینات مختلف، درمان‌ها یا اقدامات پیشگیرانه، فواید آنها، ضرورت احتمالی اقدامات درمانی و مراقبتی، نتایج و پیامدهای آنها، مخاطرات رایج یا حاد آنها (که عموماً قابل پیش‌بینی‌اند و نیز سایر راه حل‌های ممکن و عواقب قابل پیش‌بینی در صورت امتناع از درمان) می‌باشد. چنانچه پس از انجام معاینات یا انجام خدمات درمانی یا اقدامات پیشگیرانه، مخاطرات

معمولی، اندک و بدون ارتقاء، هر پنج سال یک‌بار انجام می‌شود و نقش بسیار مهمی در قیمت‌گذاری دارو ایفا می‌کند.^{۴۵}

۸-۶- کمیته شفافیت

در فرانسه تصمیمات در مورد قیمت‌گذاری و جبران هزینه‌ها (بازپرداخت هزینه‌ها)، به‌شیوه گام به گام و مرحله‌ای صورت می‌گیرد. ابتدا مجوزی برای ورود به بازار دلار و در سطح ملی و اتحادیه اروپا مورد نیاز است که برای این منظور کمیته علمی مستقلی (قبل از مذاکرات در خصوص تعیین قیمت‌ها)، به ارزیابی موضوع می‌پردازد. در متن دستورالعمل شفافیت اتحادیه اروپا (European Transparency Directive)

(Directive)، این کمیته را کمیته شفافیت نامیده‌اند که ارزش درمانی یا مزایای بالینی یک داور را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، و برای این کار داروی جدید را با دارو و درمان‌های موجود مقایسه می‌کند.

در ارزشیابی قیمت دارو، دو معیار مد نظر قرار می‌گیرند که عبارتند از:

۸-۶-۱- ارزش درمانی

«کمیته شفافیت» از «آژانس دارو» به «آژانس کیفیت مراقبت سلامت» تغییر نام داده که این تحول باعث افزایش مسئولیت‌های این نهاد در خصوص ارزشیابی دارو و تجهیزات پزشکی شده است. اعضای این کمیته متخصصان حرفه‌های پزشکی هستند که توسط دولت منصوب می‌شوند و در مورد بازپرداخت و جبران هزینه‌ها، به وزیر سلامت کشور فرانسه مشاوره می‌دهند. این نهاد با استفاده از روش‌های رسمی و شناخته شده، اقدام به ارزشیابی قیمت دارو می‌کند. کمیته شفافیت برای قیمت‌گذاری دارو از پنج معیار بهره می‌گیرد: تاثیر دارو، شدت بیماری، وجود جایگزین‌های درمانی، رتبه استراتژی و راهکار درمانی، تاثیر مصرف دارو بر سلامت عمومی. در میانه تمامی این معیارها، دو معیار تاثیر درمانی و شدت بیماری، از درجه اول اهمیت برخوردار بوده و حدود نود درصد قیمت دارو را تعیین می‌کنند.^{۴۶}

۸-۶-۲- کمیته اقتصادی محصولات

سلامت

به‌موجب قوانین کشور فرانسه، «کمیته اقتصادی محصولات سلامت» مسئولیت بررسی و تعیین قیمت‌ها، با استفاده از نظر مشاوره‌ای شرکت‌های دارویی، و کنترل قانونی هزینه‌های دارویی در سطح جهانی، براساس عوامل زیر را بر عهده دارد: ارزیابی بالینی، اندازه بازار، قیمت‌ها در پنج بازار اصلی

۹-۲- دسترسی به اطلاعات مربوط به دارو

در مورد دارو نیز به موجب ماده ۱-۵۱۲۲.R، اطلاع‌رسانی برای یک دارو، باید متناسب با اطلاعاتی باشد که در ویژگی‌های محصول مذکور، در ماده ۲۱-۵۱۲۱.R به چشم می‌خورند. همچنین این مولفه‌ها باید با راهکارهای درمانی که توسط مسئولان حوزه سلامت در ماده ۲-۵۱۲۲.L ذکر شده‌اند، سازگاری داشته باشد. به‌عنوان مثال هر نوع ارائه اطلاعات برای داروهای سنتی با پایه گیاهی، علاوه بر نکات مندرج در مواد ۳-۵۱۲۲.R و ۸-۵۱۲۲.R، باید شامل این نکته نیز باشند که "این یک داروی سنتی با پایه گیاهی است" و باید نکاتی برای توضیح بیشتر قید شود. برای دسترسی به اطلاعات دارویی، دقت عمل قابل توجهی اعمال شده که شامل باید‌ها و نیاید‌های زیر است:

براساس ماده ۳-۵۱۲۲.R، نام محصول اطلاعات ضروری برای مصرف درست دارو، دعوت به مطالعه دقیق دستورالعمل‌های مندرج در بروشور یا روی جلد به‌منظور اطلاع از نحوه مصرف، احتیاط در مصرف دارو، ارجاع به توصیه داروساز، تشویق و ترغیب به مشورت با پزشک، در صورت تداوم علائم بیماری، باید در این اطلاع‌رسانی لحاظ شوند.

جدیدی تشخیص داده شوند، شخص باید از این مخاطرات نیز مطلع گردد. این اطلاع‌رسانی در راستای رعایت اصول حرفه‌ای و در چارچوب صلاحیت‌های یک پزشک، برعهده وی می‌باشد؛ و تنها موارد اورژانس یا عدم امکان اطلاع‌رسانی، می‌تواند پزشک را از این مسئولیت قانونی مبرا کند. پزشک باید طی یک گفتگوی شخصی با بیمار، اطلاعات مربوط به سلامت بیمار را در دسترس او قرار دهد. مواد مربوط به اطلاع‌رسانی به بیمار از توسط شورای عالی سلامت فرانسه تدوین و تنظیم شده و با حکم وزارت سلامت به ثبت رسیده است. به موجب دستورالعمل ۲۰۱۱/۲۴/EU پارلمان اتحادیه اروپا، شهروند کشورهای عضو اتحادیه اروپا، به محض درخواست باید به تمامی اطلاعات مربوط به استانداردهای درمانی، نظارت و ارزیابی متخصصان مراقبت سلامت و همین‌طور اطلاعات مربوط به قابلیت دسترسی معلولان به مراکز درمانی، دسترسی یابد.^{۴۸} دسترسی بیمار، براساس با اطلاعاتی که توسط اتحادیه ملی صندوق‌های بیمه درمانی،^{۴۹} اتحادیه ملی دستگاه‌های بیمه درمانی تکمیلی^{۵۰} و سازمانهای نماینده پزشکان ارائه می‌دهند، تعیین شده است.^{۵۱} همچنین، به‌موجب ماده ۷-۱۱۱۱.L از قانون سلامت عمومی فرانسه، هر شخص باید به مجموعه اطلاعاتی در مورد سلامت خود از طریق پزشکان و مراکز درمانی دسترسی داشته باشد.

بعد دسترسی	پیام سیاستی برای ایران	سازوکارهای مطرح‌شده در نظام فرانسه
عدم تبعیض	تقویت ضمانت اجرای منع تبعیض در دریافت خدمات سلامت	ممنوعیت تبعیض در قوانین سلامت عمومی و پیش‌بینی سازوکار شکایت و ضمانت اجرا
دسترسی فیزیکی	برنامه‌ریزی توزیع امکانات براساس جمعیت و نیاز منطقه‌ای	توزیع منطقه‌ای امکانات، توجه به جمعیت مناطق و تنظیم توزیع داروخانه‌ها
دسترسی مالی	توسعه پوشش بیمه هدفمند و سازوکارهای کنترل هزینه	بیمه سلامت، بازپرداخت هزینه‌ها، فرانشیز، حمایت از گروه‌های هدف و کنترل قیمت
دسترسی اطلاعاتی	تقویت حق بیمار در دسترسی به اطلاعات معتبر و قابل فهم	دسترسی بیمار به اطلاعات پزشکی و مقررات مربوط به اطلاعات دارویی

خدمات سلامت می‌تواند بر چهار محور اصلی عدم تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی مالی و دسترسی به اطلاعات استوار شود. در حوزه دسترسی فیزیکی، توزیع امکانات، مراکز ارائه‌دهنده خدمات، داروخانه‌ها و نیروی انسانی باید متناسب با جمعیت و نیازهای سلامت مناطق صورت گیرد. در حوزه دسترسی مالی، توسعه پوشش بیمه، هدفمندکردن حمایت‌های مالی برای گروه‌های نیازمند و بیماران خاص و استفاده از سازوکارهای شفاف کنترل قیمت دارو و خدمات

۱۰- الگوی پیشنهادی ارتقای دسترسی به

کالاها و خدمات سلامت در ایران

با توجه به تجربه نظام سلامت فرانسه، بهره‌گیری از این الگو در ایران بیش از آنکه به معنای انتقال مستقیم قوانین و ساختارهای این کشور باشد، مستلزم شناسایی مؤلفه‌های قابل انطباق با شرایط نظام سلامت ایران است. در این چارچوب، سیاست‌گذاری برای ارتقای دسترسی به کالاها و

انتقال مستقیم تمامی سیاست‌ها و سازوکارهای مورد استفاده در فرانسه به ایران را محدود می‌کند. تغییر قوانین و سیاست‌های سلامت نیز ممکن است بر روزآمدی برخی اطلاعات مورد بررسی تأثیرگذار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

کشور فرانسه به واسطه سابقه طولانی در قانونگذاری و اهتمام ویژه‌ای که به حق‌ها و آزادی‌های فردی دارد، انطباق خوبی با موازین بین‌المللی سلامت داشته است. در این خصوص، نه تنها تمامی ارکان حق سلامت را به‌عنوان یکی از ارکان مهم حقوقی بشری، از جمله حق دسترسی به دارو و درمان به‌طور کامل در قوانین و مقررات داخلی خود اعمال کرده، بلکه حتی ابعاد چهارگانه این حق (عدم تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی مالی و دسترسی اطلاعاتی) را به‌دقت لحاظ نموده است.

این کشور علاوه بر این که از مجموعه قوانین سلامت عمومی برای حمایت از حق اساسی برخورداری از سلامت و از جمله دسترسی به دارو و درمان بهره می‌برد، از قوانین نسبتاً کاملی نیز در این رابطه برخوردار می‌باشد که عمدتاً از اتحادیه اروپا ناشی می‌شوند؛ دو موضوع مهمی که باید قانونگذاران ایرانی مدنظر قرار دهند.

از آنجا که به‌دلیل پیشینه فرهنگی و جمعیت‌شناسی فرانسه، تبعیض به اشکال مختلف از جمله تبعیض قومی و نژادی، تبعیض بر مبنای اعتقادات مذهبی و جایگاه اجتماعی در این کشور وجود دارد، قانونگذار موضوع تبعیض در دسترسی به خدمات درمانی و دارو را به‌دقت از ابعاد مختلف مورد توجه قرار داده و نه تنها انواع مختلف عدم تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت را در قوانین و مقررات لحاظ نموده، بلکه حتی در مواردی به تدوین و تصویب قوانین کیفری در مقابله با این عمل ضدانسانی برآمده است. فرانسه در خصوص بودجه‌ریزی در حوزه سلامت و توجه به بیمه سلامت موفق عمل کرده است. این کشور درصد قابل توجهی از درآمد تولید ناخالص خود را به این امر مهم بشر دوستانه اختصاص داده و در این راه، سالیانه درازی است که از طرح تحول سلامت سود جسته است. در مورد توزیع جغرافیایی، این کشور بیشتر از طریق نهادهایی در سطوح نظارتی متفاوت، در سه سطح ملی، منطقه‌ای و بخشی، به‌دنبال مدیریت متناسب با نیاز؛ و با تمرکز بیشتر، درصدد پرداختن به این مسئله برآمده است، که در نوع خود قابل تأمل می‌باشد. البته، استفاده از سلامت الکترونیک نیز در دو دهه گذشته و به‌ویژه از سال ۲۰۰۰ باعث شده که از وسعت مناطق محروم و دور از دسترس به‌لحاظ

می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. همچنین، تقویت حق دسترسی بیمارانه به اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت، درمان و دارو و پیش‌بینی سازوکارهای مؤثر برای جلوگیری از تبعیض در دریافت خدمات، از دیگر مؤلفه‌های قابل استفاده در سیاست‌گذاری داخلی است. بنابراین، تجربه فرانسه می‌تواند برای ایران به‌عنوان یک چارچوب سیاستی مورد استفاده قرار گیرد؛ مشروط بر آنکه انتخاب و اجرای هر یک از این سازوکارها با ظرفیت‌های مالی، ساختار اجرایی، نیازهای جمعیتی و الزامات حقوقی کشور تطبیق داده شود.

یافته‌ها

با نگاهی تحلیلی به سیستم سلامت و درمان کشور فرانسه و تجربیات این کشور در کسب موفقیت‌های فراوان در جهت تحقق عدالت در حوزه سلامت، مواردی را می‌توان به‌عنوان الگو در سرلوحه اقدامات کشور قرار داد. برخی از این موارد عبارتند از: قراردادن مسائل مرتبط با حوزه سلامت در رأس قوانین عمومی کشور، تشکیل کمیته تخصصی جهت کنترل و اصلاح قیمت‌های خدمات سلامت، تجهیزات، دارو و ...، توجه بیشتر به نیازهای گروه‌های خاص مانند سالمندان، زنان و کودکان اصلاح نرخ بازپرداخت هزینه‌ها، بودجه ریزی صحیح در حوزه سلامت، رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت و دسترسی به اطلاعات مفید برای عموم مردم در بخش‌های حقیقی و حقوقی. حق دسترسی برابر به خدمات مراقبتی سلامت در فرانسه، از مهمترین حقوق مسلم جاری می‌باشد که نقش مهمی در رضایتمندی عمومی و شاخص امید به زندگی دارد. دسترسی فیزیکی، دسترسی مالی و دسترسی به اطلاعات، در این حوزه حائز اهمیت می‌باشد. مسأله عدم تبعیض در ارائه خدمات، بسیار مهم است و این تبعیض شامل تبعیض نژادی، جنسیتی، جایگاه خانوادگی، بارداری، ظاهر فیزیکی، محل سکونت، وضعیت سلامت، معلولیت، خصوصیات ژنتیکی، خلق خو، تمایلات جنسی، سن، عقاید مذهبی و سیاسی، فعالیت صنفی، قومیت و ملیت می‌باشد. معرفی نظام سلامت فرانسه به‌عنوان بهترین نظام سلامت در جهان لزوم توجه بیش از پیش به سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌های عملی این کشور را نمایان می‌سازد.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر منابع کتابخانه‌ای، اسناد حقوقی و داده‌های ثانویه بوده و ارزیابی میدانی مستقلی از عملکرد نظام سلامت فرانسه یا ایران انجام نشده است. همچنین، تفاوت ساختارهای حقوقی، اقتصادی و اجرایی دو کشور، امکان

اسناد بین‌المللی درخصوص دسترسی به دارو و درمان براساس حق اساسی سلامت می‌باشد.

مسائل اخلاقی

با توجه به رعایت همه جوانب، هیچ‌گونه مشکل اخلاقی در تهیه این مقاله وجود نداشت.

به‌روز رسانی

مباحث علمی جامعه نسبت به شرایط همواره به روزآوری می‌شود؛ در کنار رشد علمی، قوانین و مقررات نظام سلامت نیز با توجه به اهمیت موضوع نه تنها از این قاعده مستثنا نیستند، بلکه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند به روزآوری اطلاعات هستند، لذا محققان در تهیه این مقاله ضمن سعی در استفاده از منابع جدید؛ اطلاعات ارائه شده را نیز مطابق آخرین نسخه از مباحث علمی دسترس تهیه و ضمن تحقیقات میدانی و جمع‌آوری جدیدترین منابع، با ترجمه و تالیف مطالب؛ درنهایت تلاش داشته‌اند تا به نتیجه‌گیری مطلوب، مطابق شرایط روز دست پیدا کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که بصورت مستقیم و غیرمستقیم در تهیه این مقاله ما را یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع میان تهیه‌کنندگان این مقاله با حق‌های سلامت عمومی و قوانین و مقررات ملی و بین‌المللی مربوط به موضوع وجود ندارد.

منابع مالی

برای تهیه این مقاله از منابع مالی مهمی استفاده نشده است.

برخورداری از دارو و درمان کاسته شود. فرانسه در سیاستگذاری بیمه سلامت، از سیاست جامع تأمین اجتماعی بهره می‌برد و نرخ بازپرداخت هزینه‌ها را براساس موارد متعددی نظیر ضرورت و تأثیر دارو، طبقه‌بندی شغلی افراد، شناسایی گروه‌های هدف و ارائه پوشش بیمه مطلوب متناسب با نیاز جمعیت‌ها (به‌عنوان مثال با توجه به افزایش نسبی نیاز جمعیت سالمند به دارو و درمان و در نتیجه افزایش سطح پوشش بیمه سلامت این افراد) تعیین کرده است. همچنین قانونگذاری را در راستای حمایت از جمعیت‌های در معرض مخاطرات ویژه سلامت قرار داده است، تا از این طریق دسترسی به دارو و درمان تسهیل شود. به‌منظور کنترل قیمت‌ها نیز این کشور کمیته‌های تخصصی ویژه‌ای را مطابق قانون تاسیس و وارد عمل کرده و شاخص‌های مهمی برای تنظیم قیمت‌ها تعیین نموده است. در همین حوزه، فرانسوی‌ها مدت‌های مدیدی است که طرح تحول حوزه سلامت را دنبال کرده و به موفقیت‌های قابل توجهی در بیمه سلامت دست یافته‌اند، به‌طوری که تمامی ساکنین فرانسه و حتی افراد مقیم غیرقانونی نیز از خدمات مراقبت سلامت و بیمه مربوط به آن برخوردار می‌باشند و این امر از نوع رویکرد حقوق‌های بشری قانونگذار به این مقوله حیاتی ناشی می‌شود، به‌گونه‌ای که از هرگونه سوءاستفاده مالی احتمالی نیز جلوگیری شود. کنترل قیمت‌ها و مقابله با گرانفروشی به‌عنوان یکی از ابعاد دسترسی مالی، توسط کمیته شفافیت و همچنین کمیته اقتصادی محصولات سلامت کشور فرانسه صورت می‌گیرد. این کمیته‌ها براساس معیارهای مشخص شده در قوانین، مانند معیارهای بازار داخلی، تأثیرات دارویی، عملکرد داروها و همین‌طور معیار بین‌المللی (به‌طور خاص معیارهای بازار اروپایی)، اقدام می‌کنند. درخصوص دسترسی به اطلاعات مربوط به خدمات بهداشتی-درمانی و خدمات دارویی نیز به‌نظر می‌رسد که قانون به‌درستی و به‌طور کامل، تمامی ابعاد این حق اساسی بشر را مدنظر قرار داده و اطلاعات دارویی به‌طور دقیق در قالب قوانین و مقررات فرانسه، به‌گونه‌ای میان بایدها و نبایدها محصور شده است، تا علاوه بر اطلاع‌رسانی درست، مانع از هرگونه سوءاستفاده و سوءتفاهم شوند. این ویژگی‌های متعالی، زمینه مناسبی برای مقایسه آن با قوانین و مقررات ایران و میزان انطباق هر دو با

References

1. Lloyd Novick, Cynthia Morrow, Glen Mays. *Public Health Administration: Principles for Population-Based Management*. 2008; p 127.
2. Frank P. Grad. *The Public Health Law Manual*. 2005; p 11.
3. John M. Scheb, J.D., LL.M. *Criminal Law and Procedure*. 2011; p 174-176.
4. Patrik J Birkinshaw and Others. *European Public Law*. Kluwer Law International Journal (4 issues per year).
5. B. Rajesh Kumar Satish. *Growth Strategies of Indian Pharma Companies*. Business and Economics. 2007; p 309.
6. اسلامي تيار، شهريار؛ واعظ، بهنام؛ نگاهي اجمالي به تحولات بهداشت- فصل نامه علمي کاربردي بهداشت جوانان - شماره 2 - 1382، ص 173.
7. Patrik J Birkinshaw and Others. *European Public Law*. Kluwer Law International Journal (4 issues per year).
8. André den Exter. *International Health Law: Solidarity and Justice in Health Care*. 2008; p 17.
9. IBIS Sanchez-Serrano. *The World's Health Care Crisis*. Elsevier Inc.; 2011. p 30. doi:10.1016/B978-0-12-391875-8.00001-9.
10. KANCO. 2005. *Paralegal training guide: HIV/AIDS legal, ethnical and human rights mainstreaming*.
11. Michel Belanger. *Global Health Law: An Introduction*. Cambridge Scientific Publishers; 2011. p 89.
12. David N. Weisstub, Guillermo Díaz Pintos. *Autonomy and Human Rights in Health Care: An International Perspective*. 2008. p 311-312. doi:10.1007/978-1-4020-5841-7.
13. Grodin M, Tarantola D, Annas G, Gruskin S. *Human Rights in a Changing World*. Routledge; 2013. doi:10.4324/9780203576298.
14. Irina Haracoglou. *Competition Law and Patents: A Follow-on Innovation Perspective in the Biopharmaceutical Industry*. Edward Elgar Publishing, Inc.; 2007. p 78. doi:10.4337/9781848440111.
15. Factsheet No 31: *The Right to Health*. Office of High Commissioner for Human Rights & WHO. p 32.
16. خبرنامه دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران، سال ششم شماره دوم، تیر ماه لغایت آذرماه 1389.
17. La jurisprudence du Conseil constitutionnel; A. Laude, B. Matthieu, D. Tabuteau. « *Droit de la santé* ». PUF; 2007. p 3.

18. « L'accès aux soins, entre promesse et réalité ». RDSS. 2008;(4):713.
19. Loi Kouchner du 4 mars 2002.
20. Code de la sécurité sociale, l'article L.162-1-14-1.
21. مهدی خیاطان، دکتر امیر اشکان نصیری‌پور، میلاد امینی، سید محسن محمدنژاد. عوامل موثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده از دیدگاه کارکنان در مراکز بهداشتی درمانی شهری شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری. مجله دانشکده علوم پزشکی تهران (بیاورد سلامت). دوره 4 شماره 3 و 4 پاییز و زمستان 1389. 27-18.
22. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_France. Health Care in France. Wikipedia.
23. Victor G. Rodwin & Simon Sandier. Health Affairs. 2014; available at: content.healthaffairs.org. p 112.
24. Victor G. Rodwin & Simon Sandier. Health Affairs. 2014; available at: content.healthaffairs.org. p 112.
25. David G. Green & Benedict Irvine. Health Care in France and Germany: Lessons for the UK. Institute for the Study of Civil Society; 2001. p 28.
26. Karine Chevereul & Others. Health System in Transition. World Health Organization; 2010. p 139.
27. Anne Maryse Pierre-Louis & Others. Public Health in the Middle East and North Africa. The World Bank, Washington, D.C.; 2002. p 119.
28. Karine Chevereul & Others. Health System in Transition. World Health Organization; 2010. p 142.
29. art. L4211-3 du code de la santé publique, version en vigueur au 26 février 2010.
30. Karine Chevreul & Others. Health System in Transition: France Health System Review. European Observatory on Health System and Policies. p 28.
31. Nadine Reibling & Claus Wendt. Working Paper: Access Regulation and Utilization of Healthcare Services. 2008; p 1.
32. Descriptions of Health Care System: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. The Commonwealth Fund; 2008.
33. Marie A Moisieo. Aguide to Health Insurance Billing. Cengage Learning, Edition 3; July 2010.
34. Sarah Thomson & Others. International Profiles of Health Care Systems, 2012. The Commonwealth Fund; 2012. p 39.

35. Emily Clarke & Elliot Bidgood. Healthcare Systems: France. CIVITAS; 2013.
36. Descriptions of Health Care System: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. The Commonwealth Fund; 2008.
37. Marie-Eve Joel & Others. The Long-Term Care System for the Elderly in France. European Network of Economic Policy Research Institutes; 2010. p 2.
38. Nathalie Grandfils (IRDES). Drug Price Setting and Regulation in France: Document de travail Working paper. 2008; pp 12.
39. David A. Reisman. Health Care and Public Policy. Edward Elgar; 2007. doi:10.4337/9781847207135.
40. Claude Le Pen. Pricing and Reimbursement Policies in France: Current and Future Trends. p 1. doi:10.1201/9781315383064-1. PMID:30825956.
41. Nathalie Grandfils (IRDES). 2008. Drug Price Setting and Regulation in France: Document de travail Working Paper. p 2.
42. Nathalie Grandfils (IRDES). 2008. Drug Price Setting and Regulation in France: Document de travail Working Paper. p 4.
43. Directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988.
44. CJCE 2 avril 2009 affaire C-352/07 et a.m Menarini Srl e.a / ministère de la santé et agence italienne du médicament.
45. Philippe Sauvage. Pharmaceutical Pricing in France: A Critique. 2013.
46. Claude Le Pen. Pricing and Reimbursement Policies in France: Current and Future Trends. p 3-4.
47. Claude Le Pen. Pricing and Reimbursement Policies in France: Current and Future Trends. p 5.
48. CHAPTER II – Responsibilities of Member States With Regard to Cross-Border Health Care. Article 4- Responsibilities of the Member State of Treatment, Section 2(a).
49. l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
50. l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
51. les organisations représentatives des professionnels de santé concernés.

پیش‌اندیش

پیش‌اندیش