

مطالعه سیاست‌های اصلی سلامت در ایالات متحده آمریکا

دکتر محسن ناصری*^۱ 

۱- دانشیار، گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه شهید، تهران ایران

چکیده

اطلاعات

زمینه و هدف: سلامت شهروندان دغدغه اصلی هر دولت می‌باشد، اما بدون یک چارچوب قانونی موثر، حمایت و حفاظت از سلامت جامعه ممکن نمی‌باشد. ایالات متحده آمریکا یک کشور پیشرو در حقوق سلامت است. با مطالعه قوانین و مقررات سلامت این کشور، می‌توانیم به یک الگو برای کشور خود به‌ویژه در سیاست‌های بیمه سلامت دست یابیم.

روش‌ها: این مقاله با استفاده از کتاب‌ها و مقالات کاغذی و اینترنتی معتبر، به روش توصیفی-تشریحی نوشته شده است.

یافته‌ها: درحالی که قانون اساسی آمریکا به‌طور مستقیم به حق سلامت نپرداخته است، کنگره ایالت متحده قوانین بسیاری در حمایت از این حق اساسی بشر، با توسل بر طرح‌ها و برنامه‌های موثر نظیر مدیکیر و مدیکید وضع کرده است.

نتیجه‌گیری: قوانین بسیاری از قبیل پوشش بیمه سلامت، دسترسی به مراقبت‌های سلامت و ... در ایالات متحده مطرح بوده است، اما مهمترین موضوع مدنظر سیاستگذاران این کشور دسترسی برابر به خدمات بهداشتی - درمانی است. قوانین و مقررات ایالات متحده آمریکا، با تاکید و توجه به حق سلامت شهروندان جمعیت‌های آسیب‌پذیر نظیر افراد کم درآمد و سالمندان را تحت پوشش حمایتی قرار داده است تا حداقل به‌طور نسبی دسترسی برابر به کالاهای و خدمات سلامت فراهم شود.

کلید واژه‌ها: سیاستگذاری سیاست‌های سلامت، قوانین سلامت، نظام بیمه سلامت، هیات-های تنظیم‌کننده مقررات، حق‌های بیمار

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۳۱

دسترسی سریع به مقاله الکترونیکی



اطلاعات نویسنده مسئول:

شهریار اسلامی تبار

دانشیار، گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی،

دانشگاه شهید، تهران، ایران

ایمیل: naserishahedyahoo.com

حیطه موضوعی:

سیاستگذاری، حقوق، نظارت، مدیریت و اقتصاد سلامت

Studying The Main Health Policies of the United States of America

Dr. Mohsen Naseri ^{1*} 

1- Associate Professor, Department of Traditional Medicine, Faculty of Iranian Medicine, Shahid University, Tehran, Iran

Background and objective: The health of the general public is the main concern of every government, but without an effective legal framework, it is not possible to support and protect public health. The United States of America is a leading country in health law. By studying the health laws and regulations of the USA, we can achieve a model for developing countries such as Iran, especially in accessible health insurance policies.

Methods: This article has been written in a descriptive-explanatory method using papers and electronic books and articles.

Findings: While the US Constitution does not directly address the right to health, the United States Congress has enacted many laws in support of this basic human right, by resorting to effective plans and programs such as Medicare and Medicaid.

Conclusion: Many laws such as health insurance coverage, access to health care and so on. It has been discussed in the United States, but the most important issue considered by the policymakers of this country is equal access. The laws and regulations of the United States of America, emphasizing and paying attention to the citizens' right to health, have covered vulnerable populations such as low-income people and the elderly in order to provide at least relatively equal access to health goods and services.

Keywords Policy-making, health policies, health laws, health insurance system, regulatory bodies, patient's rights

Received: 19 June 2026

Accepted: 29 July 2026

Published: 22 September 2026

Scan QR code and read the article online



Corresponding author:

Mohsen Naseri

Department of Traditional Medicine,
Faculty of Iranian Medicine, Shahid
University, Tehran, Iran

Email: naserishahedyahoo.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

تحقق و اجرای حق بر سلامت، مستلزم انجام اقدامات متعددی است که انجام آنها بنا به شرایط و مقتضیات هر کشور متفاوت می‌باشد، اما چارچوب کلی آنها شامل اقدامات قانونگذاری، اداری، بودجه‌ای، قضایی و غیره می‌باشد. پیمانهای بین‌المللی، نسخه واحد و مشخصی برای انجام این اقدامات ارائه نمی‌دهند. به‌عنوان مثال بند یک ماده دو میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌گوید که تحقق حقوق مندرج در متن این پیمان باید از طریق انجام اقدامات مقتضی خصوصاً از طریق قانونگذاری دنبال شود. در هر عرصه‌ای از حقوق سیاستگذاری پیش از تدوین و تصویب قوانین، یک ضرورت اساسی به‌شمار می‌آید و بیانگر مسیر حرکت و هدف از وضع قوانین می‌باشد. در عرصه حقوق حق‌های بشری، سیاست‌های کلان عبارتند از: حذف تبعیض و ایجاد برابری در دسترسی به‌روش‌ها و انواع مختلف، استفاده از سازمانهای مردم‌نهاد (سمن‌ها) در اتخاذ و اجرای تصمیمات عمومی و به‌طورکلی فراهم کردن مشارکت آگاهانه مردم در تصمیمات مهم مربوط به حقوق اولیه آنها از جمله حق سلامت و ... حق‌های بشر در نخستین گام نیازمند سیاست‌گذاری می‌باشند، این سیاست‌ها یا راهکارها از جمله مهم‌ترین سیاست‌های لازم و اساسی در رویکرد حقوق‌های بشری به مقوله سلامت به‌شمار می‌روند. موضوعاتی نظیر کیفیت و کارایی و کاهش مخاطرات روش‌های پزشکی، دارو و غیره نیز از جمله سیاست‌های این حوزه مهم و حیاتی شناخته می‌شوند. انواع مختلف ارزیابی از جمله ارزیابی موثر، به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد که تاثیر احتمالی یک سیاست طراحی شده را پیش‌بینی کرده و بعدها بتوانند تاثیر واقعی این سیاست‌ها را بر تحقق حق بر سلامت مورد بازنگری قرار دهند. برابر تفسیر کلی شماره ۱۴ کمیته حق‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعهدات دولت‌ها در زمینه حق بر سلامت، شامل تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به‌موقع و مناسب و 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 به‌صورت برابر و بدون تبعیض می‌باشند. در این رابطه، قانونگذاران باید گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم را مورد توجه ویژه قرار دهند. جمعیت‌هایی مانند کودکان معلولان زنان سالمندان مبتلایان به ایدز در گروه جمعیت‌ها یا گروه‌های آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند. توجه به سلامتی به‌عنوان حقی از حقوق حق‌های بشر نیازمند توجه ویژه به افراد مختلف در جامعه و به‌خصوص

کسانی که در موقعیت‌های آسیب‌پذیر زندگی می‌کنند؛ می‌باشد. بر همین اساس، دولت‌ها باید مقررات مناسبی در جهت اطمینان یافتن از این که بر ضد افراد و گروه‌های خاص، تبعیضی صورت نگیرد؛ اتخاذ کنند. سیاست‌های سلامت به‌شکل قوانین، مقررات، تصمیمات عملیاتی یا تصمیمات قضایی هستند و از راه مجموعه فرآیند تصمیم‌گیری و همین‌طور با تغییرات خاص سیاست در فدرال ایالت و سطح‌های محلی دولت، از طریق فرآیندهای مشابه ساخته می‌شوند. علاوه بر این، ساختار فرآیند تصمیم‌گیری برای تمام دامنه‌های سیاست است که این دامنه شامل بهداشت، آموزش، دفاع، مالیات، رفاه، و یا سایر حوزه‌ها می‌باشد. اگرچه سیاست‌های بهداشتی متمرکز است، اما همه سیاست‌های عمومی از طریق یک فرآیند تصمیم‌گیری به نام سیاست‌گذاری ساخته شده است. قلمرو سیاست سلامت گستردگی زیادی دارد، زیرا سلامت تابعی از عوامل تعیین‌کننده متعددی نظیر، محیط زندگی و کار، رفتار و سبک زندگی، زیست‌شناسی، عوامل اجتماعی، و خدمات بهداشتی-درمانی قابل دسترس می‌باشد. بنابراین نه تنها دامنه سیاست‌های بهداشتی گسترده است، بلکه در کنار مطابقت‌های متعدد، عدم شفافیت بین حوزه سلامت و دیگر حوزه‌های سیاست وجود دارد. هدف از نگارش این مقاله استفاده از سیاست‌گذاری-ها، قوانین، مقررات و تجربیات کشور آمریکا در حوزه سلامت است که در این زمینه کشوری پیشرو محسوب می‌شود و لازم به ذکر است تاکنون پژوهشی در این خصوص در کشور ما انجام نشده است. این مقاله شامل سه گفتار است که در گفتار نخست به مقوله سلامت در قانون اساسی آمریکا، در گفتار دوم، سیاست‌گذاری سلامت و سرانجام در گفتار سوم، قوانین سلامت در این کشور مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با رویکرد توصیفی - تحلیلی انجام شده است. داده‌های مورد استفاده از طریق مطالعه منابع حقوقی، اسناد قانونی، گزارش‌های رسمی و منابع علمی مرتبط با نظام سلامت ایالات متحده آمریکا گردآوری شده است. در این مطالعه، ساختار حقوقی حق سلامت، سیاست‌های بیمه‌ای و مهم‌ترین قوانین حوزه سلامت آمریکا بررسی و با هدف شناسایی مؤلفه‌های اصلی سیاست‌گذاری سلامت تحلیل شده‌اند.

۱ - قانون اساسی ایالت متحده آمریکا

قانون اساسی هر کشوری خاستگاه اراده مردم آن کشور است، که حق‌ها و آزادی‌های بنیادین فردی و اجتماعی در آن به رسمیت

شناخته می‌شوند. در این رابطه، حق بر سلامت نیز در کنار سایر حق‌های بنیادین (نظیر حق مسکن، حق تغذیه، حق تحصیل و غیره) در قانون اساسی کشورها ذکر شده و دولت‌ها را مکلف به تحقق آنها نموده است. بر این اساس، مراجع قضایی می‌توانند در جهت استیفای این حق‌های اساسی شهروندی وارد عمل شده و حکم مقتضی را به نفع آنها صادر نمایند. هرچند حق‌های بنیادین افراد در متن قانون اساسی تبیین و مشخص می‌شود ولی الزامی به ذکر مستقیم آن در قانون اساسی وجود ندارد. به‌عنوان مثال حق بر سلامت به‌طور مستقیم حتی در قانون اساسی فعلی کشوری نظیر آمریکا قید نشده است. چنین امری دلیل بر بی‌توجهی به این حق نبوده و بدیهی بودن آن را بیشتر نمایان می‌سازد. مثال قوانین هندوستان با پیوند حق سلامت با حق حیات، به‌دنبال تبیین اهمیت حیاتی این حق می‌باشد و در قوانین سطح پایین نیز با جدیت به دنبال استیفای آن را در مراجع قضایی هستند.

۱-۱- حقوق مراقبت سلامت

مراقبت‌های بهداشتی - درمانی شامل مسائل پیچیده‌ای از قبیل پوشش بیمه، دسترسی، هزینه، پاسخگویی و کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی می‌شود. با توجه به این ملاحظات، مسائل مربوط به وضعیت بهداشت و درمان به‌عنوان حقوق قانونی مطرح می‌شوند. قانون اساسی ایالات متحده در زمینه حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی پیشرو نبوده و دیواز عالی این کشور هرگز قانون اساسی را به‌عنوان تضمین حق بر خدمات بهداشتی دولت برای کسانی که آن را ندارند، تفسیر نمی‌کند؛ اگرچه دیواز عالی ایالات متحده مقرر کرده است که دولت موظف به ارائه مراقبت‌های پزشکی، در شرایط محدود و خاص (مانند زندانیان) می‌باشد، کنگره قوانین متعددی مانند بیمه پزشکی سالمندان بیمه سلامت مستمندان و کودکان را تصویب نموده که حقوق قانونی ویژه‌ای برای این افراد به‌منظور دریافت خدمات بهداشتی- درمانی می‌باشد. در راستای انجام وظایف خود در فراهم کردن رفاه عمومی و حق مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، کنگره ایالات متحده آمریکا قوانینی را در زمینه خدمات مربوط به سلامت وضع کرده است. کنگره از اختیارات دیگری مانند اختیار قانونگذاری تجارت میان ایالات و اختیار در وضع مالیات‌ها، برای تصویب بیمه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی- درمانی نیز برخوردار است. قانون اساسی آمریکا به‌طور صریح به حق مراقبت‌های بهداشتی- درمانی نپرداخته است. واژه "سلامت" یا "مراقبت‌های پزشکی" در هیچ کجای متن قانون اساسی این کشور دیده نمی‌شود. اصول قانون اساسی

نشان می‌دهد که بیشترین اصلاحات قانون اساسی این کشور درخصوص حق‌های مدنی و سیاسی بوده است و نه حق‌های اجتماعی و اقتصادی. با این حال در گذشته پیشنهادی درباره افزودن حق مراقبت سلامت، در اصلاحات قانون اساسی وجود داشته است. اگرچه قانون اساسی آمریکا به صراحت به حق بر سلامت اشاره نمی‌کند ولی تصمیمات دیواز عالی این کشور در مورد حق محرمانگی و حریم خصوصی و حق مالکیت بدن نشان می‌دهد که قانون اساسی به‌طور ضمنی حق دسترسی تمام شهروندان به خدمات بهداشتی- درمانی را به رسمیت می‌شناسد.^۱ اگر دیواز عالی آمریکا به‌دنبال یافتن حق ضمنی بر سلامت، برای افرادی باشد که قادر به پرداخت هزینه‌های آن مراقبت نیستند، باید مبنای آن را در قانون اساسی که به‌طور ضمنی این حق را تضمین می‌کند یا در قانونی که با افراد به‌طور متفاوتی با توجه به نیاز مالی آنها برخورد می‌کند و امتیاز خاصی برای آنها متصور می‌شود، پیدا نماید. به‌رغم عدم ذکر بحث حق برخورداری از 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. در حالی که حمایت از حق سلامت در اصلاحیه چهاردهم قانون اساسی آمریکا تنها برای ایالات قابل اجرا می‌باشد، اصول حفاظتی مشابهی از راه اصلاحیه بند پنجم این قانون برای دولت فدرال قابل اجراست.^۲

۱-۲- حق سلامت

ایالات متحده آمریکا، یکی از هشتاد و شش کشوری است که قانون اساسی آن به تضمین حق بر سلامت شهروندان اشاره نکرده است. این یافته از یک مطالعه جدید از فیلدینگ دانشکده بهداشت دانشگاه یوسی‌آی (UCLA)، که به بررسی سطح و دامنه حفاظت از قانون اساسی از حقوق خاص بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی، و همچنین به‌عنوان حق گسترده‌ای برای سلامت می‌پردازد؛ به دست آمده است. در این مقاله، قوانین اساسی تمامی کشورهای عضو سازمان ملل متحد موردتوجه قرار گرفته است؛ و بر این واقعیت تأکید شده که تمامی اعضای سازمان ملل، تنها از 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، در حالی که در عمل، ضعیف‌تر بود و تنها در ۲۷ کشور (۱۴ درصد) این حق تضمین شده بود. به‌طور خلاصه، کشورهایی وجود دارند که ممکن است در قانون اساسی آنها از حق بر سلامت به‌طور قوی حمایت شده باشد،

۱-۲- سیاست‌گذاری قبل از قانونگذاری

سیاست‌ها و مداخلات می‌تواند اثری مثبت بر سلامت افراد و جامعه داشته باشد. به عنوان مثال پوشش‌های ارتقای سلامت برای جلوگیری از استعمال دخانیات، استفاده از کمربند ایمنی در اتومبیل، خدمات پیشگیری از بیماری مانند ایمن‌سازی و خدمات بالینی مانند افزایش مراقبت از سلامت روان از جمله اقداماتی بوده است که در اثر سیاست‌گذاری صحیح، شکل گرفته است. سیاست‌ها و مداخلاتی که سلامت فردی و جامعه را در حوزه حمل و نقل، آموزش، انرژی، مسکن، کار، عدالت، افزایش می‌دهد، ممکن است به وسیله انواع سازمانها، یا از راه مکانهای عبادت، سازمانهای مبتنی بر جامعه، گروه‌های مدنی و کسب و کار و دیگر مکانها، اجرایی شود.

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 شهروندان ایالات متحده مهم است. خدمات بهداشتی - درمانی در وسیع‌ترین سطح نه تنها شامل خدماتی است که توسط ارائه‌دهندگان این خدمات دریافت می‌شود، بلکه اطلاعات و دسترسی به سایر خدمات سلامت در جامعه را دربرمی‌گیرد. هنگامی که سلامت افراد یک جامعه را در نظر می‌گیریم، باید به یاد داشته باشیم که مردم از ابعاد مختلف از جمله سن و نیازهای مرتبط با سلامت با یکدیگر متفاوت هستند. شهروندان ایالات متحده به‌طور قابل ملاحظه‌ای از نظر سن، جنس، نژاد، قومیت و عوامل دیگر متفاوتند. همانطور که سرشماری سال ۲۰۰۰ نشان داد، از کل جمعیت ۲۸۱,۴۰۰,۰۰۰ نفر، حدود ۳۵ میلیون بالاتر از سن ۶۵ بودند و حدود ۱۷ میلیون نفر از آنها کسانی بودند که بیش از ۷۵ سال سن داشتند (اداره سرشماری ایالات متحده، ۲۰۰۰). تا سال ۲۰۲۰، این اعداد به ترتیب به حدود ۵۵ میلیون و ۲۳ میلیون افزایش یافت (ایالات متحده ۲۰۰۴ DHHS). پیگیری سلامت این تغییرات جمعیتی، مهم است، زیرا سالمندان بیشتر از جوان‌ترها از خدمات بهداشتی- درمانی استفاده می‌کنند. همچنین افراد مسن خدمات طولانی مدت بهداشتی- درمانی که برای آنها در نظر گرفته شده است را در مقابله با محدودیت‌های مختلف در فعالیت‌های روزمره زندگی استفاده می‌نمایند. در سرشماری سال ۲۰۰۰، از کل جمعیت ایالات متحده از ۲۸۱,۴۰۰,۰۰۰ نفر، حدود ۳۴ میلیون آمریکایی-آفریقایی تبار و ۳۵ میلیون لاتین تبار بودند و هر گروه بیش از ۱۲ درصد از کل جمعیت را نشان دادند. هر دو گروه در حال حاضر به‌طور نامتناسبی از خدمات بهداشتی محروم بوده و در معرض تبعیض در حوزه سلامت هستند.^۴ سیاست‌های

اما در اجرا ضعف‌های جدی در این زمینه داشته باشند؛ از سوی دیگر، کشورهایی هستند که فاقد مواد حمایتی در قانون اساسی خود می‌باشند، اما عملکرد نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، بسیار عالی می‌باشد.

۲- سیاست سلامت در ایالت متحده آمریکا

سیاست‌های سلامت، تصمیمات متعددی را در بمی گیرند و اهمیت آن‌ها رو به افزایش است. بهداشت شخصی، یکی از اولویت‌های بسیاری از مردم است و دستیابی به سلامتی، اهمیتی روزافزون در موضوعات اقتصاد ملی و نظام عدالت اجتماعی دارد. بنابراین، بخشی از توجهات دولت‌ها به سیاست‌های سلامت معطوف می‌باشد. سلامت با موضوعات اجتماعی و اقتصادی در تمامی کشورهای صنعتی مرتبط است. سلامت نقش مستقیم و مهمی نه تنها در سلامت جسمی و روانی مردم، بلکه در اقتصاد کشورها 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 ملی، را دربرگرفته است. بنابراین، جای شگفتی نیست که دولت آمریکا در تمامی سطوح به سلامت و چگونگی پیگیری آن توجه کرده است. سلامت جنبه مهمی از زندگی انسان است. تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به این صورت است "حالت کامل رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت" (WHO ۱۹۴۸). نسخه امروزی‌تر این تعریف، با یک توسعه معنایی مهم، توسط دیوید بایرز (۲۰۰۴)، کمیسر سلامتی و حمایت از مصرف‌کننده اروپا ارائه شده که سلامت خوب را تحت عنوان "یک حالت سلامت جسمی و روانی لازم برای یک زندگی معنی‌دار، لذت‌بخش و سازنده" تعریف می‌کند. سلامت خوب همچنین، بخشی جدایی‌ناپذیر از جوامع مدرن سنگ بنای عملکرد خوب اقتصادی، و اصل مشترک مردم- سالاری اروپایی است که به آسانی می‌تواند به تمام دموکراسی‌ها بسط داده شود. درواقع، سلامت یک اولویت برای همه آنها می‌باشد، اگرچه منابع موجود برای دستیابی به سلامتی در میان ملت‌ها متفاوت است،^۲ اما هم برای یک فرد و یا گروهی از افراد، عوامل بهداشتی شامل محیطی که در آن مردم زندگی و کار می‌کنند و رفتار و زیست‌شناسی آنها؛ شامل ساختار ژنتیکی، سابقه خانوادگی، مشکلات سلامت جسمی و روانی، تعیین کننده وضعیت سلامتی می‌باشد.

خصوصی و عدم پوشش این بیمه‌ها برای افراد بالای ۶۵ سال و فقدان سازوکار مناسب بیمه‌ای، برای پناهندگان تازه وارد، باعث شد تا پیش از سال ۲۰۱۲ میلادی بیش از ۳۰ میلیون شهروند آمریکایی تحت پوشش هیچ یک از انواع بیمه‌های درمانی قرار نگیرند، اما پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا به صورت یک قانون توسط کنگره آمریکا، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی و پناهندگان (به‌رغم شکایت به دیوان عالی فدرال و مخالفت‌های بسیار اعضای حزب جمهوری خواه و فرمانداران برخی ایالات) فراهم شد، در این راستا دولت فدرال تصمیم گرفت که با ایجاد یک سامانه الکترونیک در چند مرحله، اقدام به ثبت نام در طرح‌های بیمه-

های درمانی دولتی نماید. طرح بیمه مدیکر (Medicare) که به‌طور معمول به‌منظور تحت پوشش قرار دادن اشخاص دارای ۶۵ سال به بالا (سالندان)، برخی افراد معلول و نیز افراد دارای نارسایی‌های کلیوی در چهار طرح صورت می‌گرفت در حال حاضر، افراد دارای کمتر از ۶۵ سال سن را نیز تحت پوشش خود قرار می‌دهد. استفاده از طرح‌های متعدد بیمه تکمیلی در مدیکر 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 آمریکا می‌باشد.^۶ بیمه مدیکر در آمریکا در زیرمجموعه خود دارای چهار طرح می‌باشد: ۱- طرح بیمه بیمارستانی (Hospital Plan): این طرح به پرداخت هزینه مراقبت‌های درمانی کمک می‌کند که در بیمارستان یا مراکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شود و برای برخی از افراد رایگان است. ۲- طرح بیمه پزشکی (Health Insurance Plan): به پرداخت دستمزد خدمات پزشکان و بسیاری از خدمات و ملزومات پزشکی کمک می‌کند که تحت پوشش بیمه درمانی قرار نمی‌گیرند. این طرح نیز برای برخی از افراد رایگان است.

۳- طرح مدیکر ادونتج (Medicare Advantage): این بیمه به اشخاصی که طرح بیمه بیمارستانی و بیمه مدیکر را دارند، اجازه می‌دهد که بتوانند تمام خدمات بهداشتی-درمانی خود را از طریق یکی از مراکز یا سازمان‌های بهداشتی-درمانی مزبور دریافت کنند. در طرح بیمه مدیکر ادونتج، کسانی که از خدمات بیمه درمانی مدیکر برخوردار هستند می‌توانند به یک طرح مزیت مدیکر بپیوندند. طرح‌های مزیت مدیکر، توسط شرکت‌های خصوصی ارائه و توسط مدیکر تایید می‌شوند. با استفاده از یکی از این طرح‌ها، دیگر به بیمه‌های مکمل

سلامت در قالب قوانین، مقررات، تصمیمات عملیاتی یا تصمیمات قضایی هستند و از طریق مجموعه فرآیند تصمیم‌گیری در حوزه‌های فدرال ایالتی و محلی شکل می‌گیرند. تمامی سیاست‌های عمومی از طریق یک فرآیند تصمیم‌گیری به نام سیاست‌گذاری اتخاذ می‌شود. قلمرو سیاست سلامت خیلی گسترده است؛ زیرا سلامت تابعی از عوامل تعیین‌کننده متعدد است، که عبارتند از: محیط فیزیکی، محیطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند و رفتار و زیست‌شناسی، عوامل اجتماعی و خدمات بهداشتی-درمانی که به آن دسترسی دارند. نه تنها دامنه سیاست‌های بهداشتی-درمانی گسترده است، بلکه ارتباطاتی میان حوزه سلامت و دیگر حوزه‌های سیاست وجود دارد. به‌عنوان مثال نمی‌توان سیاست‌های بهداشتی را جدای از سیاست‌های مالیاتی در نظر بگیریم. سیاست‌های بهداشتی-درمانی نمی‌توانند از این واقعیت که دولت باید تامین مالی را انجام دهد؛ جدا بمانند. تامین مالی این سیاست‌ها با توسل بر مالیات، خدمات بهداشتی-درمانی، پژوهش در آزمایشگاه زیست پزشکی و یا سایر خدمات تامین اجتماعی، تامین می‌شود. "حق بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت" به مجموعه‌ای از معیارهای اجتماعی که منجر به سلامت تمامی شهروندان می‌شود، نیاز دارد که از جمله دسترسی به خدمات سلامت، شرایط کاری ایمن، مسکن مناسب و غذاهای کامل. تحقق حق سلامت و سایر حق‌های بشر از قبیل حق دسترسی به غذا، مسکن، کار، آموزش، عدم تبعیض، حق دسترسی به اطلاعات و حق مشارکت مرتبط می‌باشد. حق بر سلامت نیز شامل مطالبه برخی حق‌ها و آزادی‌های شهروندان از دولت می‌شود. آزادی شامل؛ حق کنترل سلامتی و بدن (مانند حقوق جنسی و باروری) و به دور از دخالت دولت (مانند توسل به زور و معاینات پزشکی بدون رضایت و آزمایش) می‌باشد. حقوق قابل مطالبه از دولت، حق بر استفاده از نظام حفاظت از سلامت، که فرصت برابر برای بهره‌گیری از بالاترین سطح قابل حصول سلامت را دربر می‌گیرد، می‌باشد.^۵

۲-۲- نظام بیمه سلامت

در ایالات متحده آمریکا تا پیش از تصویب قانون جدید اصلاح نظام بهداشت و درمان و تغییرات سیاست‌های دولت در زمینه بیمه‌های درمانی، بیمه‌های خصوصی درمانی، نقش پررنگی در تحت پوشش قراردادن مردم داشتند و بیمه‌های درمانی دولتی، بیشتر برای تحت پوشش قراردادن گروه‌های هدف خاصی طراحی شده بودند. عدم وجود یک قانون با هدف اجباری نمودن بیمه‌های اجتماعی درمان پرهزینه بودن بیمه‌های درمانی

۳- قوانین سلامت در ایالت متحده آمریکا

قوانین دولت فدرال آمریکا در حوزه سلامت عبارتند 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، مدیریت، قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه، قانون سلامت آمریکا و منشور حقوق بیمار.

۱- قانون آمریکایی‌های معلول (ADA): Americans with Disabilities Act (Disabilities Act): این قانون که در سال ۱۹۹۰ برای رفع تبعیض معلولان تصویب شد، برخی محدودیت‌هایی را برای کارفرمایان و بیمه‌گران ایجاد می‌کند. در واقع، این قانون در راستای تحقق حقوق مدنی بوده که تبعیض علیه افراد معلول در همه امور زندگی عمومی از جمله مشاغل، آموزش و پرورش و حمل و نقل را ممنوع کرده است. هدف از این قانون این است که افراد دارای معلولیت، از حقوق و فرصت‌هایی برابر با سایر افراد برخوردار باشند.^۷

مدیکیر نیاز نیست. افرادی که از طرح ویژه "مدیکیر ادونتج" استفاده می‌کنند، باید هر ماه حق بیمه بپردازند و این به جهت مزایای اضافی است که دریافت می‌نمایند. ۴- طرح پوشش داروهای تجویزی (Pharmaceutica Health Insurance Coverage Plan): این طرح به پرداخت هزینه داروهای تجویز شده توسط پزشک کمک می‌کند. پیوستن به طرح داروهای تجویزی مدیکیر، داوطلبانه است و به منظور برخورداری از این طرح باید ماهانه حق بیمه بیشتری پرداخت شود. مدیکید (Medicaid)، برنامه بیمه سلامتی دولتی است که تمامی هزینه‌های خدمات درمانی را در خانه یا هر محلی غیر از آن می‌پردازد. بودجه مدیکیر از طریق بودجه دولت‌های فدرال و ایالتی حمایت می‌شود. مدیکید نیز در مورد شیوه ارائه خدمات درمانی از نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع استفاده می‌کند و بیمه‌شدگان مدیکیر دارای کارت مدیکیر هستند. در صورت تایید پزشک خانواده، این افراد می‌توانند به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه کرده و از خدمات مدیکیر بهره‌مند شوند.

هدف اصلی	سال تصویب	قانون/سیاست
جلوگیری از تبعیض علیه افراد دارای معلولیت	۱۹۹۰	Americans with Disabilities Act (ADA)
حفاظت از اطلاعات و حریم خصوصی بیماران	۱۹۹۶	HIPAA
تضمین ارائه خدمات اورژانسی بدون توجه به توانایی پرداخت	۱۹۸۶	EMTALA
پوشش بیمه‌ای سالمندان و برخی گروه‌های خاص	۱۹۶۵	Medicare
حمایت بیمه‌ای از افراد کم‌درآمد	۱۹۶۵	Medicaid
افزایش دسترسی و گسترش پوشش بیمه سلامت	۲۰۱۰	Affordable Care Act (ACA)

اطلاعات مربوط به سلامت مورد نیاز برای انجام تحقیقات می‌شود، هستند. از کارکردهای این قانون کاهش سوءاستفاده مالی و کلاهبرداری در خدمات مراقبتی سلامت است. همچنین، این قانون استانداردهایی را برای اطلاعات مربوط به خدمات بهداشتی-درمانی در صورت حساب الکترونیکی و فرآیندهای دیگر پیش‌بینی و از دسترسی به اطلاعات محرمانه سلامت جلوگیری و حفاظت می‌کند.^۸

۳-۲- قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران

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

۳-۱- قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه

سلامت

این قانون در سال ۱۹۹۶ جهت مقابله با تهدیدهای بالقوه برای حفظ حریم خصوصی بیمار و مدارک پزشکی وی و حفاظت از اطلاعات پزشکی، در تمامی ایالت‌های آمریکا تصویب شد. در اغلب موارد، این قانون مطابق با قانون حفظ حریم خصوصی مصوب آوریل سال ۲۰۰۳ است. با این حال سردرگمی و نگرانی قابل توجهی در مورد قانون حفظ حریم خصوصی و تغییرات خاص آن باقی می‌ماند که برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی، طرح‌های سلامت و سایر استفاده‌ها (نظیر حفظ و افشای اطلاعات سلامت) نیز مورد نیاز است. برخی کارشناسان نگران قانون حفظ حریم خصوصی که مانع دسترسی آنها به

قانون در زمان محرومیت از خدمات بهداشتی - درمانی از این کارمندان تحت پوشش، حمایت به عمل می‌آورند.

۳-۳- قانون کار و درمانهای اورژانسی

این قانون توسط کنگره در سال ۱۹۸۶، به‌عنوان بخشی از قانون اصلاح کلیات قانون بودجه سال ۱۹۸۵ به تصویب رسید. این قانون با هدف انطباق با مأموریت دانشکده پزشکان اورژانس آمریکا (American College of Emergency Physicians) و اعتماد عمومی، توسط پزشکان اورژانس وضع شده است. این قانون یک قانون فدرال است که نیاز هرکس به بخش اورژانس را صرف‌نظر از وضعیت بیمه و یا توانایی پرداخت آنها، تامین می‌کند، اما از آنجا که اجرای آن در سال ۱۹۸۶ متوقف شده است، بار مراقبت‌های جبران نشده آن نظیر تعطیلی بسیاری از بخش‌های اورژانس، کاهش منابع برای همگان و کاهش توانایی بخش اورژانس در ارائه خدمات مراقبت بیماران روبه افزایش است. همچنین این قانون برای جلوگیری بیمارستانها از انتقال بیماران بیمه نشده یا مدیکید (Medicaid) به بیمارستانهای عمومی طراحی شده است. در نتیجه، دولت‌های محلی و ایالتی، شروع به تغییر مسئولیت مراقبت خیریه به مسئولیت عمومی تمام مراکز درمانی کردند. قانون کار و درمان اورژانس پزشکی در عمل، به سیاست بهداشتی - درمانی ملی برای افراد بیمه نشده می‌پردازد. به مشارکت بیمارستانهایی که تحت پوشش مدیکید هستند و همین‌طور بخش اورژانس که در شرایط اضطراری پزشکی از بیماران در یک روش غیرتبعیض‌آمیز (صرف‌نظر از توانایی خود به پرداخت، وضعیت بیمه، ملیت، نژاد، عقیده یا رنگ) خدمات می‌دهد؛ نیز در این طرح‌ها نیاز می‌باشد.^۹

۴-۳- قانون بهبود و به‌روزرسانی تجویز دارویی

مدیکید

این قانون در سال ۲۰۰۳ به تصویب رسید. نام دیگر این قانون قانون اصلاح بیمه مدیکید است. این قانون امتیازی برای داروهای تجویزی مدیکید از راه معافیت‌های مالیاتی و یارانه را ایجاد کرد و برنامه جدید مدیکید را جایگزین نسخه قبلی آن نمود. براساس این قانون دینفعان و داوطلبان باید پس از ثبت‌نام، حق بیمه ماهانه پرداخت کنند و در مقابل از کارت تخفیف دارو، برای استفاده از تخفیف خرید دارو بهره‌مند می‌شوند.^{۱۰}

۵-۳- قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

این قانون در سال ۲۰۰۵ با ایجاد یک سامانه گزارش داوطلبانه برای افزایش اطلاعات در دسترس، به‌منظور ارزیابی ایمنی و خدمات بهداشتی - درمانی 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 نتیجه آن ایمنی بیشتر بیماران است. قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به وزارت بهداشت و خدمات انسانی (United States Department of Health and Human Services: HHS) اجازه اعمال مجازات مالی برای نقض محرمانه بودن ایمنی بیمار را می‌دهد. همچنین، این قانون به آژانس تحقیقات و کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی (AHRQ : Agency for Healthcare Research & Quality)، اجازه دسترسی به فهرست سازمان ایمنی بیمار را می‌دهد. آژانس فوق‌متشکل از کارشناسانی است که وظیفه جمع‌آوری و بررسی اطلاعات ایمنی بیمار را به عهده دارند. (AHRQ Agency for Healthcare Research & Quality)

۶-۳- قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه

قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه که طرح مراقبتی اوپاما نامیده می‌شود، این اطمینان را می‌دهد که تمامی شهروندان آمریکا به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی با کیفیت و مقرون به - صرفه دسترسی داشته باشند و در نظام مراقبت‌های بهداشتی ضروری هزینه بر، تحولی را ایجاد کرده است. این قانون شامل نه بخش می‌شود که عبارتند از: کیفیت، خدمات بهداشتی - درمانی مقرون به صرفه تمامی شهروندان آمریکایی، نقش برنامه - های عمومی، بهبود کیفیت و بهره‌وری از مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌های مزمن و بهبود بهداشت عمومی، سلامت کارکنان بهداشت، شفافیت و یکپارچگی برنامه، بهبود دسترسی به درمان‌های نوآورانه پزشکی، انجمن حمایت و خدمات مساعدت زندگی، مقررات درآمد.

۷-۳- صلاحیه قانون آموزش و بهداشت

این قانون مصوب سال ۲۰۱۰ است و ترکیبی از بخش تجدیدنظر شده قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه؛ با قانون مسئولیت مالی و کمک به دانش‌آموزان (SAFRA Student Aid and Fiscal Responsibility Act) که در اصل

۱- حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب، با کیفیت بالا و بدون هیچ گونه تبعیض ۲- حق برخورداری از اطلاعات بهداشتی-درمانی مربوط به وضعیت بیماری خود ۳- حق محرمانگی اطلاعات بهداشتی — درمانی بیمار ۴- حق اعلام رضایت آگاهانه به‌ویژه برای درمان‌های پرخطر ۵- حق استقلال رأی و تصمیم‌گیری در مورد 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.

درس‌آموخته‌ها برای نظام سلامت ایران

بررسی نظام سلامت ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که تحقق حق سلامت تنها وابسته به درج این حق در قوانین اساسی نیست، بلکه نیازمند مجموعه‌ای از سیاست‌های اجرایی، نظام‌های بیمه‌ای کارآمد و قوانین حمایتی مشخص است. تجربه آمریکا نشان می‌دهد که حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، حفاظت از اطلاعات سلامت، تضمین دسترسی برابر و تعیین مسئولیت نهادهای مختلف از عناصر اساسی در سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌شوند. این تجربیات می‌تواند در طراحی و اصلاح سیاست‌های سلامت در ایران مورد توجه قرار گیرد.

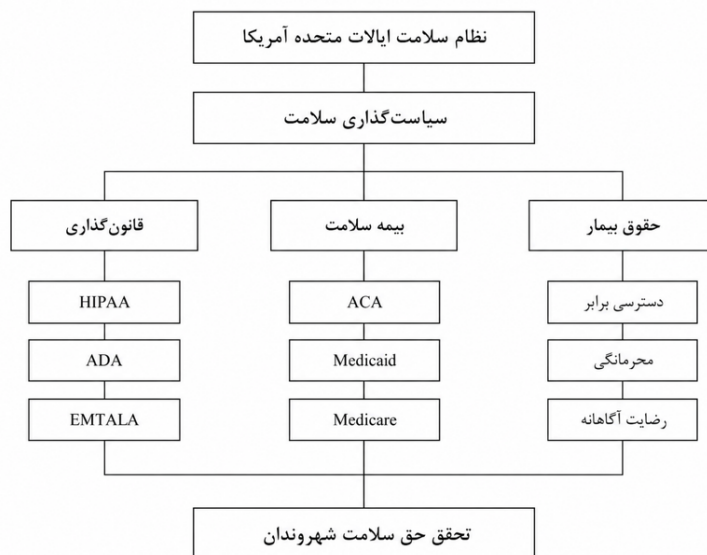
اصلاحیه ای بر قانون آموزش عالی (Higher HEA Education Act) مصوب ۱۹۶۵، می‌باشد.

۳-۸- قانون سلامت آمریکا

این قانون یک نظام با مزایای مالیاتی و کاهش حق بیمه را ایجاد می‌کند که برای هر آمریکایی، یک طرح خدمات بهداشتی - درمانی خصوصی با کیفیت بالا، مشابه آنچه اعضای کنگره در حال حاضر از آن بهره می‌برند را تضمین خواهد کرد. با این قانون مشکلات قبلی و فعلی سلامت، سن بعد اشتغال اطلاعات مربوط به ژنتیک، جنسیت و سن، تأثیری بر مقبولیت یا قیمت پرداخت شده برای بیمه، ندارد. در عوض، شرکت‌های بیمه موظفند تا هر فردی را که مایل به ثبت نام است، پوشش دهند و هنگامی که افراد بیمار هستند نمی‌توانند قیمت‌ها را افزایش داده و یا پوشش بیمه را انکار کنند.

۳-۹- منشور حق‌های بیمار

با توجه به نظر اتحادیه آزادی‌های مدنی آمریکا، منشور حقوق بیمار در ۲۲ ماده در سراسر ایالات متحده آمریکا به‌عنوان رویه واحد تصویب و اجرا می‌شود. به‌طور خلاصه، حقوق بیمار در منشور حقوق بیمار در آمریکا در نه بند به این شرح شده است:



آمریکا حق دسترسی برابر به‌طور ویژه‌ای مورد توجه و حمایت قانونگذار قرار گرفته لذا از افراد و گروه‌های خاص از طریق پوشش بیمه سلامت رایگان شامل مدیکر و مدیکید برای فقرا و سالمندان حمایت خاص به‌عمل آمده است. جدا از حق دسترسی به سایر حق‌های مرتبط با حق سلامت نظیر حق دسترسی به اطلاعات سلامت، حق انتخاب و اعلام رضایت، حق شکایت و

یافته‌ها

حق سلامت به‌عنوان یک حق اساسی بشر در قوانین ایالات متحده آمریکا مورد توجه قانونگذار قرار گرفته است. تحقق آن به برخی دیگر از حق‌های اساسی بشر از جمله حق پوشاک مسکن، غذای مناسب، اشتغال در ارتباط است و در عین حال به حق اساسی‌تری به‌نام حق حیات گره خورده است. در قوانین

حق جبران خسارت نیز در قوانین آمریکا به دقت مورد توجه قرار گرفته است.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت توصیفی - تحلیلی مطالعه و وابستگی آن به بررسی اسناد حقوقی، قوانین و منابع موجود اشاره کرد. همچنین، با توجه به تفاوت ساختارهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورها، تعمیم مستقیم تجربیات نظام سلامت ایالات متحده آمریکا به سایر کشورها، از جمله ایران نیازمند بررسی‌های تطبیقی و مطالعات تکمیلی است.

بحث و نتیجه‌گیری

"حق سلامت" شهروندان یک حق فراگیر، همگانی، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا از سوی دولت‌هاست. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز قوانین و مقررات موضوعه داخلی کشورها، در سطح جهان‌شناسایی و مورد پذیرش قرار گرفته 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 به‌عنوان یکی از اقدامات اصلی دولت‌ها تلقی می‌شود. در ایالات متحده آمریکا نیز به‌عنوان یکی از پیشگامان حوزه سلامت، سیاست‌ها و قوانینی در این خصوص به تصویب رسیده است. نظام سلامت آمریکا دارای قوانین و مقررات مشخصی بوده و همواره 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، و بهداشت و درمان اشاره‌ای نشده است، به هر حال صرف درج مستقیم این حق در قانون اساسی نشان‌دهنده توجه درست و عملکرد مطلوب دولت‌ها نیست. در ایالات متحده آمریکا تا پیش از تصویب قانون جدید اصلاح نظام بهداشت و درمان و تغییرات سیاست‌های دولت در زمینه بیمه‌های درمانی، بیمه‌های خصوصی درمانی، نقش پررنگی در تحت پوشش قرار دادن مردم داشتند و بیمه‌های درمانی دولتی، بیشتر برای تحت پوشش قرار دادن گروه‌های هدف خاصی طراحی شده بودند. عدم وجود قانونی به منظور اجباری نمودن بیمه‌های تامین اجتماعی درمان پرهزینه بودن بیمه‌های درمانی خصوصی و عدم پوشش این بیمه‌ها برای افراد بالای ۶۵ سال عدم وجود سازوکار مناسب بیمه‌ای برای

پناهندگان تازه وارد، باعث شد تا پیش از سال ۲۰۱۲ میلادی، بیش از سی میلیون شهروند آمریکایی تحت پوشش هیچ یک از انواع بیمه‌های درمانی قرار نگیرند، اما پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا، توسط کنگره، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی 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 راستا، دولت فدرال تصمیم گرفت که با ایجاد یک سامانه الکترونیک در چند مرحله اقدام به ثبت‌نام در طرح - های بیمه‌های درمانی دولتی نماید. در این کشور سیاست - گذاری‌های حوزه سلامت، حول طرح‌های بیمه عمومی نظیر مدیکر و مدیکید و غیره انجام شده است. با این حال حدود ۷ درصد از شهروندان آمریکا فاقد بیمه‌های درمانی هستند که بیشتر از قشر کم درآمد می‌باشند، این امر موجب مرگ دو نفر در هر ساعت می‌شود. قوانین سلامت دولت فدرال آمریکا عبارتند 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 مدیکر، قانون بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به‌صرفه، قانون سلامت آمریکا و منشور حق‌های بیمار. این قوانین با وجود تعداد اندک به‌طور جامع به مقوله سلامت و بهداشت شهروندان آمریکایی، بالاخص افراد معلول ناتوان فاقد بیمه، مسن و از کارافتاده پرداخته‌اند.

مسائل اخلاقی

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

به‌روز رسانی

قوانین و مقررات ایالات متحده آمریکا با توجه به شرایط روز به روزآوری می‌شود و حوزه مقررات بهداشت و درمان نیز با توجه به اهمیت موضوع نه تنها از این قاعده مستثنا نیست، بلکه بیش از سایر حوزه‌ها نیازمند اطلاعات و به‌روزآوری است، لذا در تهیه این مقاله از منابع جدید استفاده شده است، تا اطلاعات ارائه شده مطابق آخرین نسخه از قوانین و مقررات ایالات متحده آمریکا باشد. محققان این مقاله از به روزترین نسخه‌های قوانین و مقررات در تدوین مقاله استفاده کرده و ضمن تحقیقات میدانی و جمع‌آوری منابع و ترجمه و تالیف مطالب سعی در استفاده از جدیدترین منابع داشته و در نهایت تلاش

داشته‌اند تا به نتیجه‌گیری مطلوب و مطابق شرایط روز نیز 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.

References

1. Swendiman S, Kathleen. Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers. Congressional Research Service. July 9, 2012. 1.
2. Swendiman S, Kathleen. Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers. Congressional Research Service. July 9, 2012. 2.
3. Longest BB. Health Policymaking in the United States. 4th ed. 2006. 1.
4. Longest BB. Health Policymaking in the United States. 4th ed. 2006. 3.
5. Longest BB. Health Policymaking in the United States. 4th ed. 2006. 75.
6. شریفی سلطانی، محمد. بررسی نظام حقوقی بیمه های خدمات درمانی در ایران با مقایسه بیمه های درمانی در آمریکا. پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز؛ 1393.
7. Available at: <https://adata.org/learn-about-ada>.
8. Available at: <http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/hipaa/Pages/1.00WhatisHIPAA.aspx>.
9. Available at: <https://www.acep.org/news-media-top-banner/emtala>.
10. O'Sullivan J, Chaikind H, Sibyl T, Boulanger J, Morgan P. Overview of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003. 2004.

پیش‌اندیش

پیش‌اندیش