دانشگاه علوم پزشکی هوشمند
Smart University of Medical Sciences
JLHS
مجله مطالعات حقوق و سلامت | شاپا:۶۵۴۸-۳۰۹۲

Journal of Law & Health Studies
مقاله پژوهشی | مجله مطالعات حقوق و سلامت ۱۴۰۵, ۲, ۱۰۱-۱۲۴

بررسی حقوق سلامت الکترونیک فرانسه: الگویی کاربردی برای ایران

محمد رضا علی پور[۱*] ، مهدی سعیدیان[۲] ، نسترن کمیجانی[۳]
۱- گروه حقوق ، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۲- گروه حقوق سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: فرانسه مهد قانون و حقوق شناخته می‌شود. قوانین فرانسه در حوزه مراقبت سلامت براساس ارکان و عناصر حق سلامت معرفی شده از سوی نهادهای اصلی بین‌المللی حقوق بشر و سازمان بهداشت جهانی، متناسب با شرایط و امکانات روز تدوین و تصویب شده‌اند. این حوزه از قوانین نوین فرانسه با تأکید بر سلامت الکترونیک، می‌تواند الگوی مطلوبی برای جمهوری اسلامی ایران در تدوین قوانین و مقررات مزبور باشد.

روش‌ها: در این مقاله پس از بررسی حقوق سلامت الکترونیک فرانسه به عنوان یک کشور پیشرو در این زمینه، الگوی کاربردی برای ایران ارائه شده است

یافته‌ها: مبانی حقوق مراقبت سلامت در فرانسه مانند هر کشور دیگری شامل کنترل قانونی متخصصان مراقبت سلامت، رضایت آگاهانه به درمان، سهل‌انگاری، خطا و محرمانگی اطلاعات شخصی می‌باشد، که هرچند با روند کلی حاکم بر جهان شباهت‌های بسیار دارد، در نوع خود منحصر به فرد می‌باشد. نقش قانون سلامت عمومی فرانسه نیز در این خصوص حائز اهمیت است. از طرفی، با توجه به این که حق استقلال و آزادی فردی در فرانسه بسیار محترم شناخته می‌شود، قرارداد تلویحی یا تصریحی میان متخصصان مزبور و بیمار مراجعه‌کننده به آن‌ها، در قالب حقوق مدنی و حقوق قراردادهای کشور فرانسه به دقت مورد توجه قانون‌گذار قرار گرفته است. این قراردادها از ابتدا همراه با مسئولیت قانونی در ارتباط با سهل انگاری و قصور احتمالی خواهد بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به همکاری نزدیک کشورهای اروپایی در قالب پارلمان واحد اروپایی، مسائل حقوقی مهمی در قالب قوانین و مقررات فرانسه و اتحادیه اروپا در دوراپزشکی و دوراسلامت مطرح و حل و فصل شده است که از آن جمله، محرمانگی پرونده‌های سلامت الکترونیکی، با توجه به ماهیت این نوع پرونده‌ها است و دسترسی احتمالی افراد متفرقه به آن، حوزه فعالیت مجاز متخصصان و صدور پروانه، حوزه قضایی رسیدگی‌کننده به تخلفات احتمالی، مسئولیت سهل‌انگاری، خطا و نقص فنی تجهیزات دوراپزشکی می‌باشد، که در تمامی موضوعات با توجه به نیازها و شرایط روز، قانون‌گذاری شده است.

کلیدواژه‌ها: حقوق مراقبت سلامت، سلامت الکترونیک، رضایت آگاهانه، سهل‌انگاری و خطا، محرمانگی.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۵
انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۲۵

دسترسی سریع به مقاله الکترونیکی

اطلاعات نویسنده مسئول:
محمد رضا علی پور
گروه حقوق، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
ایمیل:

حیطه موضوعی:
حقوق و سلامت دیجیتال

کپی رایت: مجله بین‌المللی حقوق سلامت دسترسی آزاد؛ کپی برداری، توزیع و نشر برای استفاده غیر تجاری با ذکر منبع آزاد هست.

نحوه ارجاع:

علی پور، محمد رضا.، سعیدیان، مهدی.، کمیجانی، نسترن. مدیریت و قانون گذاری در نظام سلامت الکترونیک در فرانسه. مجله مطالعات حقوق و سلامت، ۱۴۰۵؛ (۲): ۱۰۱-۱۲۴.

JLHS

Journal of Law and Health Studies | ISSN: 3092-6548

Origimal Article | JLHS, 2026, 2, 101-124

E-Health Law in France: A Practical Model for Iran

Mohammadreza Alipour [1*], Mehdi Saeidian[2] Nastaran Komijani [3]

1. **Department of Law, Faculty of Law and Political Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.**
2. **Department of Health Law, Smart University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**

Abstract

Background and Objective: France is known as the birthplace of law and rights. French laws in the field of health care have been formulated and approved based on the pillars and elements of the right to health introduced by the main international human rights institutions and the World Health Organization, in alignment with the contemporary needs and possibilities. This area of modern French laws, with an emphasis on e-health, can be a suitable model for the Islamic Republic of Iran in formulating the aforementioned laws and regulations.

Methods: The article reviews the laws of France, a leading country in e-health, and presents a practical model for Iran.

Findings: The foundations of health care law in France, like in any other country, include legal oversight of health care professionals, informed consent to treatment, negligence, error, and confidentiality of personal information, which, although it has many similarities with the general trend prevailing in the world, is unique in its own way. The role of the French public health law is also significant in this regard. On the other hand, given that the right to individual independence and freedom is highly respected in France, implicit or explicit contracts between healthcare professionals and their patients have been carefully considered by the legislator in the form of civil law and contract law in France. These contracts will be accompanied by legal liability for negligence and possible errors from the outset.

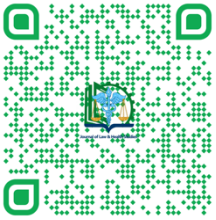
Conclusion: Given the close cooperation of European countries in the framework of the European Parliament, important legal issues have been raised and resolved in the framework of French and European Union laws and regulations in telemedicine and telehealth. These include the confidentiality of electronic health records, given the nature of these types of records and the possibility of access by unauthorized individuals, the scope of authorized activities of specialists and licensing, the jurisdiction dealing with possible violations, liability for negligence, errors and technical defects of telemedicine equipment, which have been legislated in all matters according to the needs and conditions of the day.

Keywords: Healthcare law, e-health, informed consent, negligence and errors, confidentiality.

Article Info

Received: 19 May 2026
Accepted: 27 August 2026
Published: 16 September 2026

Scan QR code and read the article online



Corresponding author:
Mohammadreza Alipour
Department of Law, Faculty of Law and Political Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

Email:

Scope:
Digital rights and health

Copyright: Open access; non-commercial copying, distribution, and reproduction permitted with proper attribution.

How to Cite This Article:

Alipour, M., SAEIDIAN, M., Komijani, N. Management and regulation of the e-health system in France. Journal of Law and Health Studies, 2026; (2): 101-124.

۱- مقدمه

قوانین فرانسه با ریشه‌های کهن رومی- ژرمنی و با تکیه بر منابع حقوق بین‌الملل، نظیر پارلمان اتحادیه اروپا و سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، در تمامی شاخه‌های حقوقی از جمله؛ حقوق مراقبت سلامت، به‌عنوان شاخه نوین میان رشته‌ای حقوق و سلامت و از زیرشاخه‌های حقوق حق‌های بشر، یکی از کارآمدترین قوانین و مقررات حاکم بر نظام‌های سلامت جهان است. حقوق مراقبت سلامت در فرانسه، همچون هر کشور دیگری از حق سلامت به‌عنوان یک حق اساسی بشر که در مقدمه فعلی قانون اساسی این کشور به آن اشاره شده و در قوانین و مقررات داخلی، از جمله قانون سلامت عمومی به آن پرداخته شده، منشأ گرفته است.[۱]

۲- پیشینه پژوهش

فرانسه مهد حقوق جهان شناخته می‌شود، بلکه در حوزه سلامت و پزشکی نیز در زمره کشورهای پیشرو به حساب می‌آید. بنابراین، بررسی مبانی حقوق مراقبت سلامت این کشور برای کشورهای در حال توسعه‌ای نظیر ایران می‌تواند دستاوردهای مثبتی در حوزه قانون‌گذاری به دنبال داشته باشد.[۱] جمهوری اسلامی ایران همواره از قوانین فرانسه استفاده کرده و با در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگ والای اسلامی خود، به موفقیت‌هایی خوبی نیز دست یافته است. به‌عنوان مثال، حقوق ایران تا حد زیادی از حقوق کشورهای اروپایی اقتباس شده است در این میان قانون تجارت ایران، اقتباسی کاملاً مشهود از قانون تجارت فرانسه می‌باشد. در ضمن، فرانسه پیش از جمهوری اسلامی ایران، طرح‌های توسعه پنج ساله و سند چشم انداز توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۲۰ ساله داشته که سند مادر طرح‌های سلامت محور بوده است. کشور فرانسه همواره سلامت را به‌عنوان رکن اصلی توسعه پایدار، در زمره حق‌های اجتماعی شهروندان خود دانسته و در قالب قوانین مصوب پارلمان مدنظر قرار داده است. در قالب این طرح‌ها و لوایح قانونی، سیاست‌ها و اولویت‌های بخش مراقبت سلامت تبیین و دنبال می‌شوند. به‌عنوان مثال، اولویت‌ها در طرح توسعه پنج ساله ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۸ فرانسه عبارت بودند از: پیشگیری از اعتیاد، پیشگیری از سرطان، پیشگیری از بیماری‌های مسری، ارتقای نظام تأمین اجتماعی، ارتقای فعالیت‌های جسمی، ارتقای سلامت دهان و دندان، ارتقای سلامت قلبی- عروقی، ارتقای آسایش و سلامت روانی، ارتقای سلامت کودکان و ارتقای سلامت محیط‌زیست؛ که در هر یک از این عناوین، بودجه و نحوه ارتقای این موارد، به تفصیل در قانون مربوط به آن، تدوین و در قالب مقررات سازمانی و وزارتخانه‌ای دنبال شده است. در فرانسه حتی اولویت‌های کوتاه‌مدت و میان مدت نیز براساس این طرح‌های توسعه پنج ساله تعریف می‌شوند. که به‌عنوان مثال برای سال ۲۰۰۶ این اولویت‌ها شامل پیشگیری از سرطان، ارتقای واکسیناسیون، پیشگیری از ایدز و عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی، مبارزه با سل، پیشگیری از تروما و ارتقای سلامت و کاهش مخاطرات قلبی- عروقی بوده‌اند. امروزه، مسائل نوین نظیر سلامت الکترونیک در فرانسه با جدیت دنبال می‌شوند. در این خصوص، قانون‌گذاری از سال ۱۹۹۰ آغاز شده و تا امروز ادامه داشته است. در ضمن، عضویت فرانسه در اتحادیه اروپا باعث شده تا قوانین پارلمان اتحادیه اروپا و کمیته‌ها و توافقنامه‌های این اتحادیه در قوانین و مقررات ملی فرانسه وارد شود که این ویژگی‌ها نیز، مطالعه قوانین فرانسه را برای کشورهای در حال توسعه‌نظیر ایران، مفید و کارآمد می‌سازد.[۱]

۳- توصیف و بررسی

حقوق سلامت الکترونیک (E-Health Law) یکی از شاخه‌های نوظهور در حقوق پزشکی و فناوری

اطلاعات است که در بسیاری از کشورها، از جمله فرانسه، چهارچوب‌های قانونی مشخصی برای آن تعریف شده است. با توجه به پیشرفت فناوری‌های دیجیتال و اهمیت تنظیم مقررات در این حوزه، ایران نیز می‌تواند با بومی‌سازی الگوی حقوق سلامت الکترونیک فرانسه، چهارچوبی مناسب برای سیاست‌گذاری در این زمینه تدوین کند. در این الگو، از مقالات و کتاب‌های معتبر بین‌المللی برای تطبیق اصول حقوقی استفاده شده است.

- تاریخچه علم حقوق و حقوق سلامت در فرانسه

حقوق در فرانسه از تاریخچه غنی برخوردار بوده و به‌عنوان بخشی از حقوق رومی- ژرمنی، طبقه‌بندی می‌شود زیرا از یک سو از حقوق رومی احیا شده در دانشگاه‌ها از قرن ۲۱ میلادی؛ و از سوی دیگر، در حقوق عرفی آلمانی ریشه دارد.[۱] مانند بسیاری از کشورها، قوانین فرانسه به دو بخش مدون و غیرمدون تقسیم می‌شوند که قوانین مدون به ترتیب اولویت شامل قانون اساسی، پیمان‌نامه‌ها و توافق‌نامه‌های بین‌المللی، مصوبات پارلمان و مقررات دولتی تقسیم‌بندی می‌شوند. البته، در خصوص نحوه اعمال و تفسیر قانون نیز، دستورالعمل‌هایی از سوی وزارتخانه‌های مربوط صادر می‌شود؛ البته باوجودی‌که منبع قانون‌گذاری رسمی در فرانسه محسوب نمی‌شوند، نقش روزافزونی در هدایت مسئولان دولتی و قضات به‌منظور اعمال و اجرای هر چه بهتر قوانین و مقررات داخلی ایفا می‌کنند.[۲] تدوین قوانین و مقررات در قالب حقوق داخلی فرانسه، به‌طور جدی از آغاز قرن ۱۹ با مجموعه قوانین یا کدهای ناپلئونی آغاز گردید. مجموعه قانون مدنی این کشور (مصوب ۱۸۴۰ میلادی)، بر بسیاری از نظام‌های حقوقی جهان تأثیر به سزایی گذاشت و پس از آن مجموعه قوانین آیین دادرسی مدنی (۱۸۰۶میلادی)، مجموعه قوانین تجاری (۱۸۰۸میلادی)، مجموعه قوانین کیفری و آیین دادرسی آن (۱۸۱۱میلادی)، به تصویب رسیدند که هرچند تا امروز چندین بار تحت اصلاحات قرار داشته‌اند، اما قالب اولیه خود را حفظ کرده‌اند.[۳] قوانین عرفی و رویه‌های قضایی نیز در این کشور به‌شکل بسیار پر رنگ دنبال می‌شود. امروزه با شکل‌گیری اتحادیه اروپا، مصوبات پارلمان اروپا به شکل قوانین و مقررات وارد تمامی سطوح قوانین کشور فرانسه می‌شوند؛ و به این جهت، قوانین اتحادیه اروپا یک منبع مستقل حقوق در فرانسه محسوب نشده و مصوبات پارلمان اروپا با پارلمان فرانسه ادغام می‌گردد. مضاف برآن، نباید دستورالعمل‌های سازمان توسعه اقتصادی و اجتماعی(OECD) که فرانسه نیز عضو آن است را نادیده گرفت، زیرا این سازمان، به‌ویژه در امور اقتصادی نظیر تنظیم قیمت دارو و خدمات درمانی، که تأثیر بسزایی بر حق سلامت دارد؛ مقرراتی وضع نموده است.[۴] به‌دلیل اهمیت حیاتی مقوله بهداشت و سلامت عمومی در فرانسه، حقوق سلامت نیز قدمتی طولانی دارد، که تاریخچه آن حتی به قبل از میلاد مسیح بازمی‌گردد. این رشته به‌تدریج شاخه شاخه شده که شاخه پزشکی جنایی آن در قرون وسطی و تقریبا از قرن۱۳ در اروپا و فرانسه آغاز شد. این رشته حقوقی نیز در حقوق رومی ریشه دارد، مضاف بر این که دکترین بقراطی (قسم‌نامه معروف بقراط در پزشکی)، پایه‌های اصلی اخلاقی و حقوقی آن را تشکیل داده است. نظرات ارسطو نیز در این میان مورد استفاده قرار گرفت، اما بعد از آن و در ادامه قرون وسطی، حقوقی موسوم به فرانکوژرمن و فقه مسیحی بیش از گذشته بر پزشکی قانونی(پزشکی جنایی)، تأثیر گذاشت. شواهد و مدارک مستدل تاریخی به‌ویژه از زمان شاه فیلیپ، بیانگر قصاوت و سنگدلی از جمله شکنجه رایج در آن زمان است که جراحان به دنبال تصویب قوانینی به‌منظور کاهش این تظلمات بودند، زیرا بدون وجود قانون، قدرت پایان دادن به این اقدامات ظالمانه را

نداشتند.[۵] از دیر باز، به‌طور قوی سنت پدرانه در طب قدیم رایج بود و پزشکان همچون پدری برای بیماران (به‌عنوان فرزندان صغیر خود)، تصمیمات مهم درمانی را اتخاذ می‌کردند. در این رویکرد که بر حس خیرخواهی پزشکان تأکید داشت، فرض بر این بود که پزشک بهتر از خود بیمار، مصلحت او را تشخیص می‌دهد. اگرچه رابطه پزشک و بیمار در این رویکرد تقویت می‌گشت، اما روز به روز از اهمیت رویکرد پدرانه کم می‌شد، تا این که سرانجام مراقبت سلامت پدرگونه، از دور خارج شد و جای خود را به الگوی بیمار محور داد، که بر استقلال و آزادی فردی و اختیار تصمیم‌گیری بیمار، تأکید داشت.[۶] امروزه، حق استقلال و آزادی فردی، یک اصل اخلاقی بسیار مهم در مرز مشترک پزشکی و حقوق می‌باشد. این حق اساسی بشر مبنای حقوقی حق اعلام رضایت افراد برای اقدامات مهم درمانی شناخته می‌شود.[۷] طی دهه‌های اخیر، در همه جای جهان از جمله فرانسه، انتظارات بیمار در خصوص مشارکت در تصمیمات مهم مربوط به خدمات مراقبت سلامت، افزایش چشمگیری داشته، لذا تصمیم‌گیری‌های پزشکی سایر افراد به جای بیمار در این امور قابل قبول نبوده و پزشکان به خود اجازه نمی‌دهند که بیمار را به درمان مورد نظر مجبور سازند، بلکه بیماران در خصوص گزینه‌های مختلف درمان خود، درخواست اطلاعات می‌کنند و براساس میل و سلیقه شخصی مناسب‌ترین گزینه را انتخاب می‌نمایند. رای و تصمیم دادگاه‌ها نیز بر همین واقعیت تأکید دارد.[۸]

۳-۱- مراکز نظارتی در زمینه سلامت در فرانسه

در فرانسه، نهادهای مستقل متعددی به‌منظور ارائه مشاوره تخصصی، وضع مقررات، نظارت و بازرسی در حوزه سلامت و مراقبت‌های پزشکی، فعال می‌باشند که در زیر به اختصار برخی از مهم‌ترین آنها را معرفی می‌کنیم:

۳-۱-۱- وزارت سلامت

این وزارتخانه در سال۱۹۲۰تشکیل شده و مسئول اصلی بهداشت و سلامت مردم در سطح کشور فرانسه می‌باشد و مقررات و طرح‌های سلامت را تنظیم می‌نماید. وزارتخانه مزبور که به‌عنوان بخش مهمی از دولت این وظایف را به‌طور معمول از بعد جنگ جهانی دوم به عهده گرفته، خود از بخش-های مختلفی از جمله کمیته‌ها، آژانس‌ها و سازمان‌های زیر تشکیل شده است:[۹]

۳-۱-۲- کمیته عالی سلامت عمومی

در سال ۱۹۹۱ درون وزارت سلامت تأسیس شد تا در خصوص مشکلات و کمک به تصمیم‌گیری در خصوص مسائل سلامت عمومی و مسائل مربوط به سازماندهی و مدیریت عرضه خدمات مراقبت سلامت، به این وزارت مشاوره تخصصی دهد.

۳-۱-۳- مؤسسه ملی حافظ سلامت عمومی

این مؤسسه مسئول کنترل سلامت عمومی به‌ویژه در رابطه با بیماری‌های مسری، سلامت زیست‌محیطی، سلامت شغلی و بیماری‌های مزمن می‌باشد.

۳-۱-۴- آژانس ایمنی پزشکی محصولات غذایی

این آژانس تحت سرپرستی وزارت سلامت، به‌منظور ارزیابی خطرات تغذیه‌ای و سلامت در حوزه محصولات غذایی و همچنین تحقیقات در این خصوص تأسیس گردید.

- آژانس ایمنی پزشکی محصولات سلامت فرانسه

این آژانس تحت سرپرستی وزارت سلامت، به‌عنوان مسئول نظارت بر ایمنی محصولات سلامت تأسیس شده است.

۳-۱-۵- آژانس ملی ارزیابی و صدور مجوز سلامت

این نهاد به منظور تدوین و نشر دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های مربوط، ارتقای سطح آموزش و توسعه حرفه‌های پزشکی (متخصصان مراقبت سلامت)، صدور پروانه برای مراکز درمانی، ارائه رهنمودها و دستورالعمل‌های لازم برای بازپرداخت هزینه‌ها از سوی صندوق‌های بیمه سلامت، تأسیس گردید.

۳-۱-۶- کمیته اقتصادی محصولات سلامت

این کمیته به‌عنوان رابط میان وزارتخانه‌های ذیربط و به‌منظور تنظیم قیمت دارو و محصولات پزشکی و کنترل روند هزینه‌کرد مربوط به صنعت دارویی، در چهارچوب اهداف بودجه سالانه کشور تأسیس گردید.[۱۰]

۳-۲- حق سلامت در قوانین فرانسه

رکن اصلی حق سلامت، دسترسی به مراقبت‌های سلامت می‌باشد. حق بر 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 می‌باشد.[۱۱] حق بر سلامت یا حق مراقبت بر سلامت به حق برخورداری از خدماتی اطلاق می‌شود که متخصصان مراقبت سلامت به افراد و جمعیت‌ها ارائه می‌دهند.[۱۲] حق بر سلامت در قوانین بین‌المللی به‌عنوان حق مسلم بشر گنجانده شده است. شاید مهم‌ترین منبع آن، پیمان یا کنوانسیون بین‌المللی حق‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد (مصوب ۱۹۷۶) باشد. در ماده ۱۲ کنوانسیون مزبور آمده است: حق هر فرد برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی، باید به رسمیت شناخته شود.[۱۳] اگر چه شاخص‌های منتشره به‌منظور ارزیابی میزان تحقق حق سلامت، از سوی نهادهای وابسته به سازمان ملل، شامل دفتر کمیساریای عالی حق‌های بشر (که وظیفه سازماندهی و پیگیری تحقق حق‌های اساسی بشر را در سراسر جهان به عهده دارد) و همین‌طور سازمان جهانی سلامت (که متولی و آژانس‌های اصلی سازمان ملل در پیگیری وظایف و تعهدات این سازمان در خصوص سلامت جهانی است)، امروزه کاملا شفاف بوده و قابل ارزشیابی هستند، اما بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت بیشتر یک ارزیابی نسبی است تا جهانی؛ و با توجه به ظرفیت قابل حصول سلامتی در یک کشور، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.[۱۴] به‌موجب نظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۲۰۰۰) و برگه اطلاعاتی سازمان بهداشت جهانی (WHO Fact Sheet, ۲۰۲۳) در توجیه کشورهای عضو، حق سلامت از چهار رکن تشکیل می‌شود: موجود و فراهم بودن (Availability)، قابلیت دسترسی (Accessibility)، قابل قبول بودن (Acceptability) و کیفیت (Quality).[۱۵،۱۶،۱۷]

۳-۲-۱- موجود و فراهم بودن

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

۳-۲-۲- قابلیت دسترسی

کالاها و خدمات سلامت باید بدون تبعیض در دسترس همگان باشند. این مهم شامل عدم تبعیض، دسترسی فیزیکی (به‌صورت ایمن)، دسترسی اقتصادی (قابل خرید و تهیه)، و دسترسی به اطلاعات (حق جستجو، دریافت و ارائه اطلاعات و ایده‌های مربوط به مسائل سلامت، با رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی سلامت) می‌شود. قابلیت دسترسی مستلزم آن است که به هیچ عنوان، جمعیت‌های آسیب‌پذیر و حاشیه نشین، مورد تبعیض قرار نگیرند. به‌عبارتی قابلیت دسترسی از چهار بعد تشکیل شده: ۱- عدم تبعیض ۲- دسترسی فیزیکی ۳- دسترسی مالی و ۴- دسترسی اطلاعاتی.

۳-۲-۳- قابل قبول بودن

کالاها، خدمات و مراکز سلامت، باید با توجه به اصول اخلاق پزشکی ارائه شوند و در این خصوص، الزامات فرهنگی و احترام به فرهنگ افراد جامعه هدف و به‌ویژه اقلیت‌ها و توجه به جنسیت و الزامات مربوط به شرایط سن و سال، ضمن رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی، باید مورد توجه قرار گیرد.

۳-۲-۴- کیفیت

کالاها، خدمات و مراکز سلامت باید از استانداردها و کیفیت مناسب برخوردار باشند.[۱۸] فرانسه از جمله کشورهای پیشرو در حق‌های بشر و از جمله حق سلامت است. بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت (منتشر شده در سال۲۰۰۰)، فرانسه در جایگاه اول ارائه خدمات مراقبت سلامت در سطح جهان قرار گرفته است. این ارزیابی بر پایه شاخص‌های مهمی نظیر امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان، خدمات درمانی رایگان برای‌بیماران‌و غیره‌صورت‌گرفته است. براساس گزارش منتشره در سال ۲۰۱۳ در خصوص بررسی وضعیت دسترسی به خدمات سلامت و با در نظر گرفتن برابری سلامت برای کودکان در بین ۱۷۶کشور، فرانسه در جایگاه اول قرار گرفته است. شایان ذکر است که در این تحقیقات مشخص شده است که بالا یا پایین بودن رتبه شاخص فوق، الزاماً به ثروتمند بودن کشورها بستگی نداشته، بلکه به میزان قابل توجهی، مدیون سایر عوامل از جمله مدیریت بوده است.[۱۹]

۳-۳- فرانسه در پیروی از مقررات بین‌المللی سلامت

کشور فرانسه در راستای تحقق حق سلامت مورد بحث، موفقیت‌های قابل توجهی داشته و این موضوع در آمارها و شاخص‌های متعدد سازمان جهانی سلامت نیز بازتاب داشته است. این مقررات دولت‌ها را موظف کرده تا اقدامات لازم را از جمله در حوزه قانون‌گذاری اتخاذ نمایند تا تمامی شهروندان به مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته باشند. اسناد بین‌المللی دستور مشخصی برای تحقق این حق مهم بشری ارائه نداده‌اند اما در بند ۲ (۱) پیمان بین‌المللی حق‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ذکر این نکته بسنده شده که تحقق کامل حقوق مندرج در پیمان باید از راه‌های مناسب، از جمله تصویب و اعمال قوانین لازم، عملی شود. کمیته حق‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بر این موضوع تأکید دارد که برای اطمینان از برخورداری تمامی افراد از حق سلامت، بر پایه اصول حقوق بشری، دولت‌ها حداقل باید یک استراتژی ملی که اهداف آن استراتژی را تعریف می‌کند، اتخاذ نمایند.[۲۰] فرانسه به‌عنوان مهد قانون، به حق‌های بشر و حق برخورداری از سلامت، حساسیت ویژه‌ای دارد و این امر را به دقت در قانون اساسی و قوانین داخلی خود مورد توجه قرار داده است، تا جایی که نیازهای شهروندان این کشور، به بهترین شکل ممکن و براساس حق انتخاب آن‌ها در زمینه مراقبت سلامت برطرف شود.[۲۱] از سال ۲۰۰۷ اصلاحات جدی و مؤثر در نظام مراقبت سلامت فرانسه صورت گرفته که در قوانین و مقررات مربوط به سلامت این کشور متبلور شده است، به نحوی که هیچ فردی در فرانسه وجود ندارد که از حق دسترسی به خدمات درمانی و دارویی برخوردار نباشد. به‌موجب قوانین فرانسه، تمامی ساکنین این کشور از جمله مهاجران غیر قانونی نیز از کمک‌های دولتی برای خدمات سلامت بهره‌مند می‌شوند.[۲۲] قوانین و مقررات مزبور از اصل قانون اساسی در حمایت از حق برخورداری تمامی افراد بشر از خدمات مراقبت سلامت ناشی شده که در قالب مصوبة ۲۷ ژوئیه۱۹۹۴، توسط شورای قانون اساسی در رابطه با حقوق اخلاق پزشکی تصویب شده است.[۲۳] در قوانین و مقررات کشور فرانسه، حق سلامت و عدم تبعیض در دسترسی به خدمات درمانی به‌دقت مورد توجه قرار گرفته است. به‌موجب ماده L.۳-۱۱۱۰ قانون

سلامت عمومی فرانسه (Code de la santé publique)، هیچ‌کس نباید در دسترسی به اقدامات پیشگیری و درمان مورد تبعیض واقع شود. این ماده مقرر می‌دارد که حرفه‌ایان سلامت نمی‌توانند از ارائه خدمات درمانی به شخصی به دلایل مندرج در ماده ۱-۲۲۵ قانون مجازات فرانسه (از جمله مذهب، عقاید، وضعیت اقتصادی و سایر موارد) امتناع ورزند. در صورت وقوع تبعیض، قربانی یا نماینده قانونی وی می‌تواند با مراجعه به مدیر سازمان محلی بیمه درمانی یا رئیس شورای حرفه‌ای مربوطه، شکایت خود را تسلیم نماید؛ این اقدام به‌منزله تسلیم شکایت رسمی تلقی شده و در نهایت می‌تواند به صورت انضباطی و در موارد مشخص، جنبه کیفری نیز بیابد.[۲۴،۲۵] امروزه، حق اساسی برخورداری از سلامت در برخی از کشورها چنان واضح و مشخص شده که در قوانین اساسی به‌طور مستقیم نیازی به بیان آن نمی‌باشد. به‌عنوان مثال، در قانون اساسی فرانسه (قانون اساسی مصوب ۱۹۵۸ فرانسه) اشاره مستقیمی به حق سلامت نشده است. به‌طور کلی، در کشورهای صنعتی چنین صراحتی مشاهده نمی‌شود. به‌عنوان مثال، در قانون اساسی جمهوری فدرال آلمان (بند دوم از اصل دوم) چنین آمده است: هر شخصی از حق حیات و استقلال و تمامیت بدن خود برخوردار می‌باشد.[۲۶] به‌منظور تحقق این حق اساسی بشر، و در راستای فراهم کردن ابعاد مختلف دسترسی به مراقبت‌های سلامت، دولت فرانسه به‌طور متوسط حدود ۱۰ درصد از درآمد ناخالص ملی را صرف سلامت می‌نماید که یکی از بالاترین ترازها در میان دولت‌های دنیاست. برای نمونه طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱، فرانسه ۱۱/۶ درصد از درآمد حاصل از ناخالص ملیِ خود را صرف نظام سلامت نمود که درصد قابل ملاحظه‌ای است. در حالی که میانگین آن در اروپا ۷/۷ درصد می‌باشد و در ایالات متحده آمریکا ۱۳/۴ می‌باشد.[۲۷] در ضمن، قانون‌گذار فرانسوی برای تحقق این حق اساسی بشر، علاوه بر بودجه دولتی، به موضوع مهم بیمه سلامت نیز توجه ویژه‌ای داشته است. در حالی که حجم خدمات نظام سلامت فرانسه بیش از کشورهایی نظیر ایالات متحده آمریکاست، قیمت‌ها در فرانسه پایین‌تر بوده و پوشش بیمه سلامت نیز کامل‌تر است.[۲۸] نظام بیمه سلامت فرانسه بر مدار مراقبت سلامت دولتی و چهارچوب بیمه تأمین اجتماعی براساس درآمدها استوار هست. نظام تأمین اجتماعی فرانسه پوشش فراگیر دارد و تقریبا 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 شده است.[۲۹]

۳-۴- نظارت بر متخصصان مراقبت سلامت

کنترل قانونی متخصصان مراقبت سلامت در فرانسه به‌موجب قانون سلامت عمومی صورت می‌گیرد، زیرا این موضوع بیش از هر چیز به سلامت عموم مردم مربوط می‌شود. این مسئولیت قانونی بر عهده وزیر سلامت فرانسه است، اما به‌موجب قانون، این وظیفه مهم به شورای پزشکی فرانسه (Ordre des Médecins) — که یک نهاد مستقل عمومی تحت سرپرستی وزارت سلامت است — تفویض شده است.

۳-۴-۱- مجوز /پروانه فعالیت

شورای پزشکی فرانسه از شوراهای ملی، منطقه‌ای و بخشی تشکیل شده که همچون سازمان نظام پزشکی ایران، گردانندگان آن با رأی متخصصان حرف سلامت انتخاب می‌شوند. در ضمن، این کنترل‌های قانونی به‌موجب مفاد ۱.L-۴۱۱۱ تا ۷.L-۴۱۱۱ قانون سلامت عمومی به شرح ذیل اعمال می‌شود: متقاضیانی که درخواست مجوز فعالیت در حرفه‌های پزشکی، دندانپزشکی و مامایی را دارند، باید حائز شرایط ذیل باشند: اولاً، دارای مدرک، گواهی یا عنوان تحصیلی مورد تأیید

باشند؛ ثانیاً، تبعه فرانسه، آندورا، یا یکی از کشورهای عضو اتحادیه اروپا، منطقه اقتصادی اروپا، مراکش یا تونس باشند؛ و ثالثاً، در جدول مربوط به شورای پزشکی (Ordre) ثبت‌نام شده باشند. علاوه بر این، ماده ۴۱۱۱-۲.L مقررات مربوط به صدور مجوز فردی برای اتباع خارجی دارای مدارک معادل را پیش‌بینی کرده است.[۳۰] شایان ذکر است که متخصصان کشورهای عضو اتحادیه اروپا، براساس دستورالعمل (۹۹۳/۱۶/EEC)، از حقوق متقابل برای فعالیت حرفه‌ای برخوردار می‌باشند، و کشورهایی که دارای قرارداد کاری دوجانبه هستند نیز پیرو مفاد قرارداد فی ما بین، از این حق برخوردار می‌باشند؛ اما سایر اتباع خارجی باید صلاحیت‌شان توسط کمیته ویژه‌ای زیرنظر وزیر سلامت فرانسه تأیید شود، که ارزیابی مزبور شامل مهارت‌های زبانی و حرفه‌ای می‌باشد. به‌موجب مفاد قانون سلامت عمومی مذکور، هر گونه تخطی از قوانین و مقررات فرانسه در انجام وظایف شغلی، مجازات‌ها و یا اخطارهایی به شرح زیر برای متخصصان مراقبت سلامت را به دنبال خواهد داشت: تذکر، اخطار کتبی، تعلیق موقت از شغل و مسئولیت حرفه‌ای (حداکثر برای سه سال)، انفصال از خدمت و خروج از فهرست متخصصان رسمی کشور (تحت شرایط- خاص، چنین افرادی ممکن است از انجام برخی حرفه‌های پزشکی یا حتی غیرپزشکی منع شوند). به هر حال، طبق قانون مزبور، متخصصان مراقبت سلامت باید حائز شرایط خاصی باشند تا به‌صورت قانونی بتوانند به حرفه پزشکی بپردازند و سازمان تعیین شد، مسئول بررسی و بازرسی شرایط و اعمال قانون در این خصوص می‌باشد. احکام صادر شده توسط دادگاه‌های بدوی، مانند احکام متهمان در سایر دادگاه‌ها، در سازمان مربوط قابل تجدیدنظرخواهی می‌باشد.[۳۱]

۳-۴-۲- رضایت به درمان

در قوانین فرانسه حق استقلال و آزادی فردی بسیار محترم شمرده شده و در اغلب موارد حتی با کودکان نیز همانند بزرگسالان رفتار می‌شود. چنانچه کودکی از قابلیت یا صلاحیت هوشی کافی (مطابق با آزمون گلیک) برای رضایت به درمان برخوردار باشد، حتما خود کودک باید به این کار رضایت دهد، نه نماینده قانونی او؛ امری که در بسیاری از کشورهای دموکراتیک که به آزادی‌های فردی بها می‌دهند (نظیر آلمان و سوئیس) رواج دارد. شایان ذکر است که برخی کشورها با پایین آوردن سن دستیابی به چنین صلاحیتی، این حق اساسی را به رسمیت شناخته‌اند (نظیر پرتغال که سن صلاحیت کودکان برای رضایت به درمان را ۱۴ و هلند که این سن را ۱۶ سال اعلام کرده‌اند). ناگفته نماند که در خصوص درمان‌های اورژانسی، قوانین فرانسه نیز همچون بسیاری از کشورها نظیر ایتالیا و پرتغال، نیازی به کسب اجازه و رضایت بیمار یا نماینده قانونی وی نمی‌بیند.[۳۲] از آنجا که رابطه درمانی میان بیمار و متخصص مراقبت سلامت ماهیت قراردادی دارد، قانون مدنی فرانسه در این خصوص نافذ می‌باشد. به‌موجب مواد ۱۱۰۱، ۱۱۰۲ و ۱۱۰۳ قانون مدنی فرانسه، قرارداد پزشکی (contrat médical) یک قرارداد توافقی است که با تبادل اراده طرفین (بیمار و پزشک) منعقد می‌گردد و متعهد کردن طرفین به انجام تعهدات مشخص می‌شود. این قرارداد به‌موجب ماده ۱۱۰۸ قانون مدنی باید دارای شرایط زیر باشد: رضایت متعهد (بیمار)، اهلیت طرفین، محتوای مشخص تعهدات، و علت مشروع. به‌موجب ماده ۱۱۰۹، رضایت باید آزادانه و آگاهانه باشد و ناشی از اشتباه، تقلب یا اکراه نباشد. برای عقد قرارداد درمانی، رضایت بیمار باید آگاهانه باشد؛ به‌موجب ماده ۱۱۱۱-۲.L قانون سلامت عمومی فرانسه، هر شخصی حق دارد از وضعیت سلامت خود آگاه شود. این اطلاعات باید شامل: تحقیقات، درمان‌ها یا اقدامات پیشگیری پیشنهادی،

سودمندی آن‌ها، فوریت احتمالی، پیامدها، مخاطرات شایع یا جدی قابل پیش‌بینی، سایر راه‌حل‌های ممکن و پیامدهای قابل پیش‌بینی در صورت امتناع باشد. همچنین به‌موجب ماده ۳۵ کد دئونتولوژی پزشکی (R.۴۱۲۷-۳۵)، پزشک موظف است اطلاعاتی وفادارانه، روشن و مناسب (loyale, claire et appropriée) درباره وضعیت بیمار، تحقیقات و درمان‌های پیشنهادی ارائه دهد. در صورت عدم ارائه اطلاعات یا سهل‌انگاری در این امر، مسئولیت قراردادی پزشک بر اساس ماده ۱-۱۲۳۱ (سابقاً ۱۱۴۷) قانون مدنی فرانسه و ماده ۱.L-۱۱۴۲ قانون سلامت عمومی (مسئولیت در قبال تقصیر) قابل مطالبه است.[۳۳]

۳-۴-۳- سهل‌انگاری و خطا

مفاد مختلفی از قانون مدنی و کیفری فرانسه به سهل‌انگاری و قصور و مسئولیت قانونی شخص خاطی اختصاص یافته که بیشتر به قوانین مدنی مربوط است. در ماده ۱۳۸۳ قانون مدنی فرانسه آمده است: هر شخصی نه تنها به‌علت اقدامات عمدی، بلکه به‌واسطه سهل‌انگاری در انجام وظیفه و یا اقدامات زشت و ناپسند خود، مسئول خسارت و آسیب وارده به دیگری می‌باشد. البته، این موضوع مهم در قانون سلامت عمومی فرانسه نیز به‌طور مشخص در رابطه با سهل‌انگاری و قصور متخصصان مراقبت سلامت به صراحت قید شده است. به‌موجب بند اول ماده ۵.L-۱۱۱۰، مسئول ارائه خدمات اورژانس و مراقبت سلامت، باید مناسب‌ترین درمان‌ها و مراقبت‌هایی که مطابق دانش پزشکی، سلامت بیمار را به بهترین شکل تضمین می‌کند، به کار گیرد. متخصصانی که مسئولیت مراقبت سلامت بیمار را بر عهده دارند، با کسب رضایت آگاهانه بیمار می‌توانند از تعهد و مسئولیت قانونی و احتمالی مبنی بر سهل‌انگاری و خطا در انجام وظیفه حرفه‌ای خود رهایی یابند. به هر حال، آنجا که سهل‌انگاری و خطای متخصصین مراقبت سلامت، موجب آسیب جدی بیمار می‌شود، قوانین شبه جرم (Tort) که در دل قوانین کیفری قرار دارند، با جدیت اعمال می‌شوند؛ اما به‌ندرت آیین دادرسی کیفری در مورد این متخصصان مراقبت سلامت، به اجرا در می‌آید. چنانچه سهل‌انگاری و قصور مسئول ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت موجب آسیب و خسارت به بیمار شود، مدعی برای دریافت خسارت باید وظیفه اثبات ادعا را بر عهده بگیرد.[۳۴]

۳-۴-۴- محرمانگی

تاریخچه محرمانگی در پزشکی، به سوگند بقراطی در یونان قدیم مربوط می‌شود و همان‌طور که گفته شد حقوق فرانسه نیز در حقوق رومی ریشه دارد. در سوگند مزبور آمده است: هر چیزی که در خصوص زندگی انسان‌ها در رابطه با بیماری و غیر آن می‌بینم و می‌شنوم، نباید برای دیگران بازگو کنم و آن را همچون رازی مقدس حفظ نمایم. موضوع محرمانگی در قوانین مربوط به حق‌های بشری و کدهای اخلاقی از جمله موضوعات مهم محسوب می‌شود و در فرانسه نیز، در زمره قوانین کیفری بوده و قانون‌گذار برای ناقضین آن، مجازات کیفری در نظر گرفته است.[۳۵] در حقوق فرانسه وظیفه احترام به محرمانگی به استثناء چند مورد خاص که مصلحت سلامت عمومی در میان است، یک مسئولیت و وظیفه مطلق محسوب می‌شود.[۳۶] امروزه با توجه به افزایش کمی دسترسی به این اطلاعات که از طریق پرونده‌های سلامت الکترونیکی میسر شده، اهمیت این موضوع دوچندان شده است. البته، مسائل دیگری چون رضایت، مسئولیت، حفظ حریم خصوصی و روش‌های آن در دوران معاصر بسیار پیچیده‌تر از قبل شده که این امر لزوم تدوین قوانین فنی و کیفری مناسب را جهت مبارزه با این گونه جرائم گوشزد می‌کند. در قوانین کشورهای پیشگام در حوزه سلامت الکترونیک نظیرکشورهای عضو

اتحادیه اروپا از جمله فرانسه، کانادا، استرالیا، آمریکا، مالزی و غیره این الزام به دقت لحاظ شده است. در متن قوانین داخلی فرانسه (به‌عنوان یک کشور مردم سالار که برای حق‌ها و آزادی‌های فردی، اهمیت زیادی قائل است) به محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات شخصی مطابق قوانین، بسیار احترام گذاشته می‌شود. در این خصوص، مراکز ارائه‌دهنده خدمات پرستاری و نگهداری از سالمندان (به‌عنوان مراکز رو به رشدی که به منابع فراوان اطلاعات شخصی افراد دسترسی دارند)، تنها در صورتی می‌توانند مجوز رسمی دریافت کنند که استانداردهای حریم خصوصی و محرمانگی را رعایت کرده و تأییدیه آژانس سیستم‌های اطلاعاتی مراقبت سلامت را دریافت کرده باشند. همچنین، به‌موجب ماده L.۸-۱۱۱۱ قانون سلامت عمومی فرانسه، متخصصان و مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت، تنها در صورتی می‌توانند اقدام به ارائه خدمات مراقبت سلامت و نگهداری از سالمندان کنند که داده‌های سلامت را تنها با هدف پیشگیری، تشخیص و مراقبت جمع‌آوری نماید. اهمیت موضوع محرمانگی و حریم خصوصی در حقوق فرانسه به حدی است که این مسئله در قانون کیفری نیز به دقت مورد توجه قانون‌گذاران قرار گرفته است و تمامی متخصصان مراقبت سلامت و پیمانکاران مزبور، در صورت عدم رعایت این موارد، با مجازات‌های کیفری مندرج در ماده ۲۲۳-۱۳ قانون کیفری فرانسه مواجه می‌شوند. فرانسه، به‌عنوان مهد قانون، نه تنها در خصوص حفاظت از حریم خصوصی و محرمانگی داده‌های شخصی، قوانین ویژه‌ای در قوانین داخلی خود وضع کرده‌است، بلکه تابع قوانین ویژه اتحادیه اروپا در حفاظت از داده‌های شخصی به‌ویژه در حوزه سلامت نیز می‌باشد. در بند اول از ماده هشتم آیین‌نامه شماره ۴۶/۹۵/EC اتحادیه اروپا چنین آمده است: پردازش داده‌های شخصی مربوط به ریشه‌های قومی- نژادی، اعتقادات سیاسی، دینی، فلسفی، داده‌های مربوط به سلامت و مسائل جنسی، در کشورهای عضو این اتحادیه غیرقانونی است؛ لذا پردازش داده‌های شخصی مربوط به سلامت، بدون اجازه قانونی یا جز در مواردی که قانون به‌صراحت اجازه آن را صادر کرده، جرم محسوب می‌شود؛ و متخلف با محکومیت‌های سنگین قانونی مواجه خواهد شد. به‌موجب بند ۹-۱ آیین‌نامه مزبور، فرد یا نهادی که داده‌های شخصی مذکور را در اختیار دارد، قانوناً موظف است اقدامات فنی و سازمانی مناسب را برای حفاظت از داده‌های شخصی در برابر تخریب، حذف، دسترسی، تغییر، انتقال یا هر نوع پردازش غیرمجاز به‌عمل آورد. شایان ذکر است که قصور درانجام این وظیفه می‌تواند مسئولیت قانونی سنگینی‌را برای فرد خاطی به دنبال داشته باشد. همچنین، در آیین‌نامه شماره R(۹۷) ۵ اتحادیه اروپا در ارتباط با حفاظت از داده‌های شخصی سلامت، بر احترام به حق‌ها و آزادی‌های فردی در امور جمع‌آوری و پردازش داده‌ها تاکیده شده است. این درحالی است که در قوانین کشورهای پیشگامی نظیر آمریکا، توجه کمتری به این حق‌اساسی بشر شده است. همچنین طبق بند ۴-۱ آیین‌نامه مذکور، داده‌های پزشکی باید به‌صورت عادلانه و قانونی و فقط برای اهداف ویژه و مشخص شده جمع‌آوری و پردازش شوند. نادیده گرفتن هریک از حق‌های فردی فوق، تخلف از قانون تلقی می‌شود و با متخلف، برخورد قانونی مقتضی به‌عمل خواهد آمد.[۳۷]

۳-۵- حقوق سلامت الکترونیک

به‌طور تاریخی، بخشی از مشکلات تحقق دسترسی برابر به خدمات مراقبت سلامت، به‌عنوان یکی از ارکان حق سلامت این بوده که ارائه‌دهنده خدمات (بیمارستان‌ها، پزشکان و سایر متخصصان) و دریافت‌کننده آن (بیماران)، باید در یک زمان و

مکان قرار داشته باشند و این امر با استفاده از فناوری ارتباطات الکترونیکی در حوزه سلامت محقق شده است.[۳۸] به هر حال، این شیوه نوین پزشکی نیز همچون سایر روش‌های جدید، مشکلات و مسائل حقوقی خاص خود را دارد که برای پرهیز از آن‌ها، قانون‌گذاران قبل از قانونی ساختن آن، باید چهارچوب مربوط را مشخص نمایند. در ضمن، از آنجا که این حوزه جزو جدیدترین حوزه‌های حقوق سلامت و از مبانی رو به رشد آن محسوب می‌شود، آشنایی با مفاهیم کلیدی این حوزه قبل از پرداختن به مسائل حقوقی، ضروری به نظر می‌رسد. عبارات مختلفی برای اشاره به کاربرد فناوری‌های ارتباط از راه دور و اینترنت برای ارائه خدمات و اطلاعات سلامت استفاده می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر می‌باشند:

۳-۵-۱- پرونده‌های الکترونیکی سلامت

پرونده‌های الکترونیکی سلامت یک سیستم ثبت سوابق رایانه‌ای هستند که شامل تمام اطلاعات سلامت بیماران از جمله داده‌های مربوط به پزشکی و پیراپزشکی می‌شوند. مزیت پرونده الکترونیکی سلامت این است که به اشتراک‌گذاری، بازیابی، دسترسی و انتقال اطلاعات برای کارکنان مختلف حوزه مراقبت سلامت (پزشکان، پرستاران، داروسازان، پرسنل اداری) را به آسانی امکان‌پذیر می‌سازد. البته، این سیستم‌ها مشکلاتی نیز به همراه دارند، که می‌توان به هزینه گزاف راه‌اندازی آن‌ها (تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری)، ارائه آموزش کافی و مناسب به متخصصان و کاربران سیستم و به‌کارگیری متخصصان فناوری اطلاعات به‌منظور نگهداری و محرمانگی این اطلاعات، اشاره کرد. به هر حال، طی سال‌های اخیر استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی برای کاهش هزینه خدمات مراقبت سلامت و ارتقای کارایی، کیفیت و امنیت خدمات سلامت افزایش یافته و سازمان‌های خصوصی و دولتی بر استفاده‌های مؤثر از فناوری اطلاعات در بخش سلامت و درمان تأکید دارند.[۳۹]

۳-۵-۲- دوراپزشکی

در صنعت مراقبت سلامت، نخستین شکل استفاده از فناوری‌های ارتباطی به شکل دوراپزشکی صورت گرفته است.[۴۰] این واژه نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ در بیمارستان عمومی ماساچوست آمریکا ابداع شد که طی آن یک ارتباط ویدئویی میان بیمارستان مربوط و ایستگاه مراقبت سلامت ماهواره‌ای برقرارگردید تا از این طریق تصاویر و اطلاعات پزشکی ارسال شوند.[۴۱] اما به تدریج علاوه بر انتقال اطلاعات، درمانی و حتی عمل‌های جراحی از راه دور نیز از این طریق فراهم شد و تعریف دوراپزشکی، درمان از فاصله دور یا پزشکی از راه دور را نیز در برگرفت.[۴۲] در واقع، دوراپزشکی بازتاب تلاقی پیشرفت‌های تکنولوژیکی در حوزه‌های پزشکی، ارتباط از راه دور، مهندسی رایانه، انفورماتیک، هوش مصنوعی، رباتیک، علم مواد و روانشناسی مفهومی می‌باشد.[۴۳]

۳-۵-۳- پزشکی مجازی

پزشکی مجازی را می‌توان بخشی از دوراپزشکی دانست که در آن خدمات بالینی از طریق اینترنت ارائه می‌شوند.[۴۴] برخی تفاوت میان پزشکی مجازی و دوراپزشکی را این‌گونه بیان می‌دارند: «دوراپزشکی در واقع ارتباط یک پزشک مشخص با سایر پزشکان است که در جهت منافع بیمار صورت می‌گیرد، در حالی که پزشکی مجازی مستلزم برپایی سایت‌های اینترنتی در دنیای مجازی است تا از این طریق به تشخیص و درمان بیماران ناشناخته بپردازند.»[۴۵] مهم‌ترین کاربرد پزشکی مجازی استفاده از اینترنت برای ارائه خدمات پزشکی مانند مشاوره‌های پزشکی و تجویز دارو به صورت آنلاین می‌باشد.[۴۶] این داروخانه‌های آنلاین یا اینترنتی، عموماً به سه نوع ذیل تقسیم‌بندی می‌شوند: نوع

اول خدمات رایج داروخانه‌های سنتی را ارائه می‌دهند که اشکال حقوقی چندانی بر آنها وارد نیست. نوع دوم سایت‌های مبتنی بر نسخه‌نویسی هستند که با به‌کارگرفتن پزشکان و ویزیت بیماران، اقدام به تجویز و عرضه دارو می‌کنند. این داروخانه‌ها به‌علت ویزیت غیرحضوری و استفاده از یک پرسشنامه آنلاین و یا ویدئو کنفرانس به جای معاینه حضوری، از سوی حقوقدانان و قانون‌گذاران مورد اعتراض قرار گرفته است.[۴۷] نوع سوم فروشگاه‌های دارویی آنلاین نامیده می‌شوند که کاملاً غیرقانونی و خطرناک به حساب می‌آیند زیرا علاوه بر فروش داروهای نیازمند نسخه، پتانسیل فروش مواد خطرناک و نیازمند کنترل و حتی مواد افیونی را بدون دریافت نسخه، دارند.[۴۸]

۳-۵-۴- سلامت از راه دور

از تعاریف بالا چنین برمی‌آید که حوزه دوراپزشکی در حال گسترش است. از این‌رو، عبارت دوراپزشکی کم‌کم جای خود را به سلامت از راه دور می‌دهد که دلیل آن تغییر ماهیت فعالیت‌های این حوزه است. تا اواسط دهه ۱۹۹۰، بیشتر فعالیت‌های دوراپزشکی شامل مشاوره پزشکی با استفاده از فناوری‌های ارتباط از راه دور بود، اما در این اواخر سایر متخصصان سلامت مانند روانشناسان و پرستاران نیز در این حوزه وارد شده‌اند و عبارت سلامت از راه دور برای اشاره به این حوزه توسعه یافته، ابداع گردید.[۴۹]

۳-۵-۵- سلامت الکترونیک

عبارت «سلامت الکترونیک» تقریبا از سال۲۰۰۰ و همگام با واژه‌هایی نظیر «تجارت الکترونیک»، «کسب و کار الکترونیک» وارد لغتنامه جهانی ارتباطات شد. «سلامت الکترونیک» گسترده‌ترین مفهوم در میان عبارات و مفاهیم مشروحه فوق است و شامل پزشکی مجازی، پزشکی از راه دور، سلامت از راه دور و مشاوره از راه دور می‌باشد.[۵۰]

۳-۶- حقوق سلامت الکترونیک در فرانسه

فرانسه از سال ۲۰۰۰ میلادی با یک پروژه ای به ارزش بیست میلیون یورو دوراپزشکی یا پزشکی از راه دور را آغاز کرد و همچون سایر کشورهایی که در آغاز راه استفاده از این فناوری جدید در پزشکی بودند، با چالش‌های قانونی جدی ناشی از ماهیت ارتباطی این روش که به‌صورت مجازی و از راه دور انجام می‌شد، مواجه گردید. با وجود آنکه پیشتر (در سال ۱۹۹۸) در خصوص انتقال اطلاعات پزشکی از طریق دوراپزشکی، پارلمان اروپا دستورالعمل CE/۳۴/۱۹۹۸ را با تأکید بر محرمانگی این اطلاعات تصویب کرده بود، باز هم مسائل و خلأهای قانونی بسیاری مانع از پیشرفت دوراسلامت و دوراپزشکی بودند. اگرچه در سال ۲۰۰۸ این دستورالعمل کامل‌تر شد و با تصویب دستورالعمل EU، /۲۴/۲۰۱۱چهارچوب قانونی ارائه خدمات دوراپزشکی به‌عنوان شیوه نوین و شکل خاصی از مراقبت سلامت تدوین گردید. این پیشرفت‌های قانون‌گذاری در پارلمان اروپا از دستورالعمل EU/۳۱/۲۰۰۰ در حوزه تجارت الکترونیک آغاز شد و به جزئیات چهارچوب قانونی دوراپزشکی انجامید؛ اما هنوز هم بحث و جدل‌های جدی در خصوص قوانین این حوزه جدید و رو به رشد پزشکی، ادامه دارد. به هر حال، فرانسه در سال ۲۰۰۹ با قانون دوراپزشکی ارائه خدمات بالینی را قانونی ساخت. در ماده ۷۸ این قانون و ماده ۶۳۱۶.۱.L قانون سلامت عمومی فرانسه، این روش نوین به‌عنوان شیوه‌پزشکی از راه دور تعریف شد و مطابق حکم دادگاه مربوط، به شماره ۲۰۱۰-۱۲۲۹ ضمن ارائه تعریف قانونی، پنج طریق انجام آن معرفی شدند. این حکم قضایی مجددا بر شرایط قانونی حاکم بر دوراپزشکی تأکید نمود؛ احترام به حق‌های بیمار در رابطه با اطلاعات پزشکی و شخصی وی، شرایط انتخاب آزاد مراقبت، رضایت و محرمانگی و نیاز دسترسی به پرونده پزشکی، به‌ویژه وقتی فرد

از بیماری‌های مزمن رنج می‌برد و امکان درخواست شخص ثالث واجد صلاحیت را ندارد. در ضمن، به‌دلیل تفاوت این نوع درمان، با رابطه رایج حضوری، دوراپزشکی در فرانسه در سال ۲۰۰۹، مشمول کدهای اخلاقی شورای پزشکی ملی فرانسه نیز شد.[۵۱] بسیاری از مسائل حقوقی برخاسته از دوراپزشکی از این باور ناشی می‌شوند که ارائه خدمات مزبور به لحاظ قانونی، هم‌ردیف ارائه خدمات پزشکی سنتی است. به هر حال، قوانین تعاریف و تفاسیر مختلفی از این موضوع ارائه می‌دهند، اما نمی‌توان گفت این فعالیت‌های تشخیص و درمان که به‌صورت الکترونیکی ارائه می‌شوند، در زمره خدمات پزشکی قرار نمی‌گیرند. در ضمن، بسیاری از کشورها هم‌اکنون فعالیت‌های دوراپزشکی را جزء فعالیت‌های پزشکی محسوب می‌کنند و قوانین خاصی در این زمینه وضع کرده‌اند.[۴۴] در آمریکا و اروپا، مسائل اخلاقی و حقوقی دوراپزشکی از اواسط دهه ۱۹۹۰ میلادی مورد توجه قرار گرفته‌اند. یکی از نخستین تلاش‌ها برای تعریف یک چهارچوب قانونی برای دوراپزشکی، توسط براهاماس در بریتانیا صورت گرفت که عقیده داشت "آثار حقوقی دوراپزشکی از طریق مسائل حقوقی ناشی از آن بروز خواهد کرد". وی از سه دسته مسائل اصلی حقوقی این حوزه نام برد؛ مسئولیت احتمالی متخصصان سلامت، وظیفه محرمانگی و حریم خصوصی پرونده‌های پزشکی و مسائل مربوط به قلمرو قضایی مرتبط با اقدامات و مشاوره‌های فرامرزی.[۵۲]

۳-۶-۱- صدور پروانه فعالیت

یکی از مسائل حقوقی سلامت از راه دور، به صدور پروانه پزشکی در قلمروهای مختلف قضایی مربوط می‌شود. پزشکان و سایر متخصصان دوراپزشکی برای این‌که بتوانند در این فعالیت‌ها شرکت کنند باید اقدام به کسب پروانه فعالیت نمایند و این در حالی است که این‌گونه پروانه‌ها، معمولاً در حوزه قضایی مشخص و محدودیت اعتبار دارند ولی قلمرو عملی دوراپزشکی می‌تواند بسیار گسترده باشد. حال، پرسش این است که آیا یک نظام مراقبت سلامت برای فعالیت در منطقه‌ای که در آن دارای تجهیزات «مجازی» است نیز نیاز به اخذ پروانه دارد یا خیر.[۴۵] به‌خصوص در مورد بیماران روانی، وجود یک نهاد نظارتی رابط میان بیماران و متخصصان، ممکن است باعث هراس کمتر بیمار و کنترل بیشتر وی بر وقایع شود. متخصص باتجربه و بامهارت قادر است از چنین شرایطی استفاده کند، اما این مهارت‌ها باید آموزش داده شود و صدور پروانه برای متخصصان باید بخشی از نظام حقوقی و اخلاقی این حرفه با استفاده از اینترنت باشد.[۵۳] در حال حاضر، معیار و دستورالعمل واحد و مشخصی برای دوراپزشکی در سطح بین‌المللی وجود ندارد.[۵۴] به‌طور کلی، پنج الگوی احتمالی به شرح زیر برای این منظور وجود دارد:[۵۵] الف) تأیید صدور پروانه از طریق اعطای پروانه به متخصصانی که پیشتر مجوز فعالیت را به شکل سنتی در کشورهای دیگر دریافت کرده‌اند. ب) پذیرش دوجانبه: پذیرش دوجانبه و متقابل مجوزها میان دو کشور. ج) موارد استثنا برای مشاوره: اقدام به فعالیت پزشکی در صورت معرفی و ارجاع از سوی یک متخصص دارای پروانه. د) ثبت رسمی پرسنل مراقبت سلامت: از طریق صدور مجوز فعالیت موقت. و) صدور پروانه بین‌المللی: مجوز مخصوص فعالیت در حوزه مشخصی از خدمات سلامت در سطح بین‌المللی.[۵۶] شایان ذکر است که کشورهای عضو اتحادیه اروپا در این خصوص دارای پیمان‌نامه مشترکی هستند که براساس آن، تمامی کشورهای عضو، همچون یک کشور واحد عمل می‌کنند.

۳-۶-۲- حوزه قضایی و قانون حاکم

یکی از مسائل حقوقی پرونده‌های مربوط به قصور پزشکی، این است که آیا به اتهاماتی که به یک پزشک یا مرکز درمانی وارد شده است، باید در حوزه قضایی فرد شاکی رسیدگی شود، یا حوزه قضایی مدعی علیه.[۵۷] در حال حاضر، به‌موجب پیمان‌ها و توافقنامه‌های میان کشورهای اتحادیه اروپا، این مسئله میان کشورهای عضو کاملا حل شده و این کشورها همچون یک کشور واحد و یکپارچه می‌باشند. به‌موجب ماده ۳۰۸ پیمان جامعه اروپایی (TEC: Treaty of European Union) تمامی کشورهای عضو اتحادیه اروپا موظفند همکاری لازم برای تسهیل ارتقای خدمات تکمیلی مراقبت سلامت برون‌مرزی، از جمله تبادلات لازم برای اجرای هر چه بهتر دوراپزشکی را به عمل آورند.

۳-۶-۳- مسئولیت نقص تجهیزات دوراپزشکی

علاوه بر استانداردهای حرفه‌ای دوراپزشکی، به‌منظور اطمینان از کیفیت، اطمینان‌پذیری، تلفیق‌پذیری و ارتباط میان تجهیزات ارتباط از راه دور، استانداردهایی نیز تعیین شده‌اند. البته، به دلیل پیچیده بودن حوزه اطلاعات سلامت و سرعت پیشرفت فناوری، استاندارد جامعی در این حوزه وجود ندارد، بلکه شاهد استانداردهای فنی مختلفی میان سیستم‌ها و شبکه‌ها، برای ثبت و به اشتراک- گذاری اطلاعات بیماران و حفاظت از امنیت، تمامیت و صحت داده‌های ذخیره‌شده و انتقال‌یافته هستیم.[۵۰] اگرچه متخصصان و مراکز درمانی ممکن است به‌دلیل سهل‌انگاری و خطا در نگهداری یا استفاده از تجهیزات فنی مقصر شناخته شوند، در قبال نقص فنی در تجهیزات ساخته شده مسئول نخواهند بود. در این شرایط فردی که به‌دلیل نقص فنی دستگاه‌ها متحمل ضرر و یا آسیب شده ممکن است علیه سازندگان یا فروشندگان این محصولات، براساس مسئولیت مطلق، اعلام شکایت کند. به‌موجب بخشنامه۱۹۸۹/ ۳۷۴/ EECدر فرانسه نیز همچون هر کشور عضو اتحادیه اروپا، مسئولیت نقص فنی تجهیزات دوراپزشکی بر عهده تولید کننده است تا از مصرف‌کننده احتمالی حمایت به‌عمل آورده شود.

۳-۶-۴- بازپرداخت هزینه‌ها از طریق بیمه سلامت

نظام مراقبت سلامت هر کشور تفاوت‌های قابل‌توجهی با کشورهای دیگر دارد؛ و از این‌رو، آثار سیاست‌های مربوط به باز پرداخت هزینه‌ها و تأمین مالی خدمات از راه دور، در هر کشور متفاوت می‌باشند. در این فضای متلاطم و بی‌ثبات قانونی، آینده خدمات درمانی که از طریق فناوری‌های جدید ارائه می‌شوند؛ و همین‌طور ارتقای ایمنی، کیفیت و دسترسی به آن‌ها، به‌ویژه در حوزه فعالیت بین‌المللی با چالش جدی مواجه است.[۵۸] بازپرداخت هزینه‌ها از طریق بیمه سلامت، یکی از موانع پیش رو در رشد دوراپزشکی می‌باشد که دشواری‌هایی را در راه دریافت حق‌الزحمه متخصصان مراقبت سلامت ایجاد می‌کند؛ همچنین، شیوه بازپرداخت خدمات دوراپزشکی در برخی کشورها نیز مشخص نیست، به همین دلیل کشورهای عضو اتحادیه اروپا از جمله فرانسه از طریق قانون‌گذاری، این مسائل را حل و فصل کرده اند. به‌عنوان مثال، به‌موجب بخشنامه EU/۲۴/۲۰۱۱ پارلمان اتحادیه اروپا، هر شخصی که در کشورهای عضو اتحادیه اروپا زندگی می‌کند، به محض درخواست باید به تمامی اطلاعات مربوط به قیمت و استانداردهای درمانی و نظارت و ارزیابی پزشکان و پیراپزشکان دسترسی یابد.[۵۹] در ماده ۷(۶) از فصل دوم همین قانون اتحادیه اروپا، به زمان و نحوه بازپرداخت هزینه درمانی در مراقبت‌های درمانی برون مرزی (از جمله خدمات مراقبت از راه دور) مطابق مقررات مربوط به حقوق بیمار مندرج در EC No ۲۰۰۴/۸۸۳ پرداخته شده است.

۳-۶-۵- رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه به فرآیند ارتباط میان یک بیمار و یک پزشک اشاره دارد که منجر به اعطای اجازه از سوی بیمار یا اعلام موافقت وی برای انجام یک عمل پزشکی مشخص می‌باشد.[۶۰] در قوانین به‌صراحت اعلام می‌دارند که چنین رضایتی باید از بیماری که تحت مراقبت از راه دور قرار می‌گیرد، نیز کسب شود. برخلاف موارد سنتی و یا کم‌خطر که معمولاً پزشک به رضایت تلویحی یا شفاهی بیمار بسنده می‌کند، در اینجا با توجه به خطرات درمان از طریق دوراپزشکی، و ایرادات احتمالی در انتقال داده‌های الکترونیک، پزشکان اغلب موظفند رضایت کتبی بیمار را کسب کنند.[۶۱] دوراپزشکی مسائل جدیدی را در خصوص رضایت آگاهانه مطرح می‌سازد و ممکن است کسب بیش از یک نوع رضایت لازم باشد. دوراپزشک باید برای مخاطرات عمومی مرتبط با روند درمان، یک نوع رضایت و برای خطرات خاص مرتبط با استفاده از فناوری‌های ارتباط از راه دور، رضایت دیگری از بیمار کسب نماید. با توجه به این که استفاده از فناوری‌های نوین دوراپزشکی تجربه جدیدی برای بیشتر بیماران محسوب می‌شود، پزشک یا متخصص معالج باید بیمار را نسبت به خطرات و مزایای مرتبط با مراقبت و درمان ناشی از طریق فناوری‌های دوراپزشکی آگاه سازد. محرمانگی اطلاعات شخصی بیمار، ارتباط نزدیکی با کسب رضایت آگاهانه دارد. بیمار حداقل باید بداند که در یک مشاوره پزشکی از راه دور، ممکن است سه عمل زیر اتفاق بیفتد:

اطلاعات پزشکی بیمار از طریق فناوری‌های ارتباطی انتقال داده شود. کادر غیردرمانی که تجهیزات و دستگاه‌ها را به کار می‌گیرند، (در محل حضور بیمار محلی که دوراپزشک قرار دارد)، در جریان فرآیند مشاوره قرار گیرند. ممکن است صدا یا تصویر بیماران ضبط شود. همچنین بیمار باید بداند که سیستم‌های ارتباطی در معرض نفوذ و دسترسی غیرمجاز قرار دارند.

از این‌رو، بیماران باید از کاربردهای فناوری که می‌تواند به مراقبت از آن‌ها کمک کند، آگاه باشند. همچنین بیمار باید از تمامی حقوق خود در خصوص حفظ حریم خصوصی و اعلام رضایت آگاهانه مطلع شود.[۶۲] یکی از مسائل مهم در زمینه کسب رضایت بیمار، امضای الکترونیکی و اصل شناسایی آن می‌باشد. در فرانسه، امضای الکترونیکی (دیجیتالی) برای تأیید اسناد الکترونیکی از جمله مراقبت سلامت و کسب رضایت آگاهانه بیمار از راه دور ۳۰ دسامبر ۱۹۹۷ در قانون لحاظ شده است؛ گرچه پیشتر، مقررات ارتباطات از راه دور به شماره۹۶-۶۵۰ در بیست و ششم جولای ۱۹۹۶، در مورد فناوری کدگذاری اصل شناسی این اسناد، به تصویب رسیده بودند.[۶۳]

۳-۶-۶- حریم خصوصی و محرمانگی

یکی از نگرانی‌های ناشی از استفاده از اینترنت و سیستم‌های دوراپزشکی به حفظ حریم خصوصی آن‌ها مربوط می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات که از پرونده‌های الکترونیکی سلامت استفاده می‌کنند، به‌منظور حفاظت از محرمانگی و ممانعت از دسترسی غیرمجاز به پرونده‌های سلامت بیماران که به‌صورت الکترونیکی ذخیره شده‌اند، باید استانداردهایی را به‌منظور حفاظت از اطلاعات شخصی بیماران یا محرمانگی این اطلاعات، تدوین و به اجرا درآورند. مهم‌ترین قانون مربوط به محرمانگی اطلاعات شخصی، قانون آمریکایی هیپا (HIPAA) نام دارد، که در بررسی محرمانگی به‌ویژه در حوزه سلامت الکترونیک مطالعه آن خالی از لطف نیست. این قانون، به‌طور خاص به موضوع حریم خصوصی و محرمانگی پرونده‌های الکترونیکی سلامت می‌پردازد و شامل پنج الزام اصلی است: ۱- دسترسی به اطلاعات سلامت الکترونیکی باید محدود به عده‌ای باشد که مجوز لازم برای دسترسی به داده‌ها دارند، ۲- ارائه‌دهندگان

خدمات، پیش از این که اجازه دسترسی یا افشای اطلاعات را بدهند، باید رضایت بیمار را کسب کنند، ۳- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید از صحت و تمامیت داده‌ها اطمینان حاصل کنند (به‌عنوان مثال، با ملزم ساختن امضای دیجیتالی توسط پزشک معالج)۴- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید از هویت کسانی که با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند مطمئن شوند و ۵- اطلاعات سلامت ارسال شده از طریق شبکه‌های آزاد، باید در برابر سرقت محافظت شوند. اتحادیه اروپا نیز در بخشنامه‌های۲۰۰۲/۵۸/EC و همین‌طور EC/۴۶/۱۹۹۵ به‌طور اختصاصی به حریم خصوصی و محرمانگی، به‌عنوان یکی از حق‌های اساسی بشر، پرداخته و متخصصان و مراکز مراقبت سلامت را ملزم به رعایت آن نموده است.

۳-۷- تحلیل حقوق سلامت الکترونیک در فرانسه و بررسی چالش‌های ایران

حقوق سلامت الکترونیک در فرانسه به‌عنوان یکی از پیشروترین نظام‌های حقوقی در حوزه سلامت دیجیتال شناخته می‌شود. این کشور با تدوین قوانین جامع و به‌روز، تلاش کرده است تا از حقوق بیماران در فضای دیجیتال حمایت کند. در مقابل، ایران با چالش‌های متعددی در این حوزه مواجه است که نیازمند بررسی و ارائه راهکارهای مناسب است. فرانسه با درک اهمیت فناوری‌های نوین در حوزه سلامت، قوانین متعددی را برای حمایت از حقوق بیماران در فضای دیجیتال تصویب کرده است. این قوانین شامل کنترل قانونی متخصصان مراقبت سلامت، رضایت آگاهانه به درمان، پیشگیری از سهل‌انگاری و خطا و حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی می‌باشد. قانون سلامت عمومی فرانسه نیز نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کند.[۶۴]

چالش‌های ایران در حوزه حقوق سلامت الکترونیک:

- حفاظت از داده‌های شخصی: با گسترش استفاده از سامانه‌های الکترونیکی در حوزه سلامت، نگرانی‌هایی درباره امنیت و محرمانگی اطلاعات بیماران وجود دارد. عدم وجود قوانین جامع در این زمینه می‌تواند منجر به سوءاستفاده از داده‌های حساس شود.[۶۵]
- زیرساخت‌های فناوری: برای پیاده‌سازی مؤثر سلامت الکترونیک، وجود زیرساخت‌های مناسب فناوری اطلاعات ضروری است. در برخی مناطق ایران، کمبود این زیرساخت‌ها مانعی جدی محسوب می‌شود.[۶۶]
- آموزش و فرهنگ‌سازی: عدم آگاهی کافی کادر پزشکی و بیماران نسبت به مزایا و نحوه استفاده از سامانه‌های الکترونیکی می‌تواند به مقاومت در پذیرش این فناوری‌ها منجر شود.[۶۷]
- قوانین و مقررات: نبود قوانین مشخص و به‌روز در حوزه سلامت الکترونیک می‌تواند مشکلات حقوقی متعددی را به همراه داشته باشد. تدوین و اجرای قوانین جامع در این زمینه ضروری است.[۶۸]

با توجه به تجربیات موفق فرانسه در حوزه حقوق سلامت الکترونیک، ایران می‌تواند با تدوین قوانین جامع، بهبود زیرساخت‌های فناوری، آموزش و فرهنگ‌سازی، و حفاظت از داده‌های شخصی، چالش‌های موجود را مرتفع کرده و به سمت پیاده‌سازی مؤثر سلامت الکترونیک حرکت کند.

۳-۸- یافته‌ها

تحلیل درست مشکلات موجود و درک صحیح نیازها در کنار نگاه به آینده، با هدف دسترسی بیشتر همه مردم به خدمات سلامت، از مهم‌ترین ویژگی‌های نظام سلامت فرانسه می‌باشد. همچنین شاهد رشد سریع و چشمگیر سلامت الکترونیک در فرانسه هستیم که یافته‌های این کشور در مسیر اجرایی نمودن آن، برای دیگر کشورها قابل استفاده خواهد بود. عدم موازی‌کاری آژانس‌های مسئول در حوزه

سلامت، مانند آژانس ارزیابی و صدور مجوز، نقش مهمی در تسریع امور و تحقق عدالت سلامت خواهد داشت. توجه بسیار بالا به قوانین همه جانبه و سخت‌گیرانه جهت دسترسی همگانی به خدمات مراقبت سلامت و عدم تبعیض، حتی بر اساس باورها و اعتقادات، مسئله بسیار مهمی می‌باشد. حمایت‌های حقوقی و قضایی نسبت به آنان که حقشان تضییع شده و برخورد سرسختانه با متخلفین، همیشه ضامن تحقق عدالت در سلامت می‌باشد که در فضای عمومی فرانسه به خوبی دیده می‌شود. کشور فرانسه از اولین کشورهایی می‌باشد که سلامت الکترونیک را راه اندازه نموده و دارای تجارب فراوان در این زمینه می‌باشد، بنابراین به‌منظور جلوگیری از هرگونه آزمون و خطا و بهره مندی از تجارب کشورهای توسعه یافته، می‌بایست از دستاوردهای موجود استفاده نمود.

- الگوی کاربردی حقوق سلامت الکترونیک در ایران با بررسی مدل فرانسه:

فرانسه یکی از کشورهای پیشرو در توسعه سلامت الکترونیک (e-Health) است که با اجرای قوانین جامع، از فناوری‌های دیجیتال برای بهبود خدمات پزشکی، حفاظت از داده‌های بیماران و تضمین کیفیت خدمات سلامت استفاده کرده است. در این الگو، از چهارچوب قانونی فرانسه برای تدوین یک مدل مناسب برای ایران بهره گرفته می‌شود.

۱. چهارچوب حقوقی و قانونی سلامت الکترونیک در فرانسه: فرانسه از قانون مدرن‌سازی سلامت و مقررات عمومی حفاظت از داده‌ها برای تنظیم سلامت الکترونیک استفاده می‌کند. عناصر کلیدی این چهارچوب شامل موارد زیر است:

- پرونده الکترونیکی سلامت: یک سیستم ملی یکپارچه برای ذخیره و به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات پزشکی.
- پلتفرم‌های تأییدشده برای تله‌مدیسین: الزام پزشکان به استفاده از سامانه‌های ثبت‌شده در وزارت بهداشت.
- حریم خصوصی و حفاظت از داده‌ها: کنترل دقیق روی ذخیره، پردازش و انتقال اطلاعات پزشکی.
- بیمه سلامت دیجیتال: پوشش هزینه‌های پزشکی آنلاین تحت سیستم بیمه عمومی.

۲. الگوی پیشنهادی برای ارائه خدمات سلامت الکترونیک در ایران

- ایجاد پرونده الکترونیکی سلامت ملی (EHR)

الگو از فرانسه: پرونده پزشکی مشترک (DMP) که در فرانسه اجرا شده است.

راهکارهای اجرای آن در ایران:

- ایجاد سامانه ملی پرونده الکترونیکی سلامت که تمامی مراکز درمانی دولتی و خصوصی را به هم متصل کند.
- الزام پزشکان و بیمارستان‌ها به استفاده از یک سیستم واحد برای ثبت و دسترسی به سوابق بیماران.

تعیین سطوح دسترسی برای پزشکان، بیماران و بیمه‌ها جهت حفظ امنیت داده‌ها.

- مقررات‌گذاری برای پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین)

الگو از فرانسه: سامانه‌های تأییدشده توسط دولت که پزشکان از طریق آن خدمات آنلاین ارائه می‌دهند.

اجرای آن در ایران:

- تدوین مقرراتی که پلتفرم‌های سلامت دیجیتال را موظف به اخذ مجوز از وزارت بهداشت کند.
- تعیین تعرفه مشخص برای خدمات پزشکی آنلاین و ایجاد مکانیزم بیمه برای پوشش هزینه‌های مشاوره‌های دیجیتال.

- الزام پزشکان به ثبت و ضبط جلسات مشاوره آنلاین برای رسیدگی به اختلافات حقوقی.

- قوانین سخت‌گیرانه در حفاظت از داده‌های بیماران
الگو از فرانسه: قوانین سختگیرانه GDPRبرای حفاظت از داده‌های شخصی.

راهکارهای اجرای آن در ایران:
- تدوین قانون حفاظت از داده‌های سلامت که ذخیره و انتقال اطلاعات بیماران را تحت نظارت شدید قرار دهد.
- الزام بیمارستان‌ها و پلتفرم‌های سلامت دیجیتال به رمزگذاری داده‌ها و استفاده از سرورهای داخلی امن.
- تعیین مجازات‌های کیفری برای سوءاستفاده از اطلاعات بیماران توسط شرکت‌ها یا سازمان‌ها.

- نظام بیمه سلامت دیجیتال
الگو از فرانسه: پوشش هزینه‌های تله‌مدیسین از طریق بیمه تأمین اجتماعی.

راهکارهای اجرای آن در ایران:
- الحاق خدمات پزشکی آنلاین به سیستم بیمه سلامت ایران.
- تعیین تعرفه‌های بیمه‌ای برای مشاوره‌های پزشکی آنلاین، نسخه‌نویسی دیجیتال و پیگیری‌های درمانی از راه دور.

- استانداردسازی پلتفرم‌های سلامت دیجیتال
الگو از فرانسه: استفاده از سامانه‌های دارای مجوز دولتی.

راهکارهای اجرای آن در ایران:
- الزام شرکت‌های فناوری سلامت به اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی.
- ایجاد مرکز اعتبارسنجی نرم‌افزارهای پزشکی برای بررسی امنیت و کیفیت خدمات آنلاین.
- تدوین استانداردهای استفاده از هوش مصنوعی در پزشکی دیجیتال برای اطمینان از صحت تشخیص‌ها.

نمودار ۱ نمای کلی از الگوی پیشنهادی حقوق سلامت الکترونیک در ایران را ارائه می‌دهد. این نمودار به صورت سلسله‌مراتبی طراحی شده و پنج بخش کلیدی را نشان می‌دهد که از مدل فرانسه برای ایران استخراج شده است.

حقوق سلامت الکترونیک در ایران

۱. پرونده الکترونیکی سلامت (EHR)

- ایجاد سامانه ملی پرونده سلامت
- اتصال تمامی مراکز درمانی به یک سیستم یکپارچه
- تعیین سطوح دسترسی برای بیماران، پزشکان و بیمه‌ها

۲. قوانین پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین)
- الزام دریافت مجوز برای پلتفرم‌های پزشکی آنلاین
- تدوین تعرفه مشخص برای مشاوره‌های پزشکی دیجیتال
- ثبت و ضبط جلسات پزشکی آنلاین برای حل اختلافات

۳. حفاظت از داده‌های بیماران
- تصویب قانون حفاظت از اطلاعات سلامت
- استفاده از رمزگذاری و سرورهای داخلی امن
- تعیین مجازات‌های کیفری برای سوءاستفاده از داده‌ها

۴. نظام بیمه سلامت دیجیتال
-تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات پزشکی آنلاین
-تعیین تعرفه بیمه‌ای برای نسخه‌نویسی دیجیتال

-مشارکت بیمه‌ها در پرداخت هزینه‌های مشاوره آنلاین

۵. استانداردسازی پلتفرم‌های سلامت دیجیتال

- الزام اخذ مجوز برای نرم‌افزارهای پزشکی
- ایجاد مرکز اعتبارسنجی خدمات سلامت دیجیتال
- تدوین استانداردهای استفاده از هوش مصنوعی در پزشکی

همچنین سیستم نظارت و پایش آنلاین نیز در ارتقای سطح کیفی این فرآیندها مؤثر می‌باشد.

۴- نتیجه‌گیری

مطالعه قوانین و مقررات نظام سلامت فرانسه الگوی مناسبی را می‌تواند برای سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران، ایجاد نماید. با توجه به اهمیت موضوع محرمانگی و حریم خصوصی و ریشه‌ای بودن آن، در این روش نوین پزشکی، قوانین اتحادیه اروپا و قوانین ملی فرانسه به‌طور کامل به این مقوله پرداخته‌اند و طی سال‌های اخیر، بسیاری از موانع قانونی سلامت الکترونیکی و دوراپزشکی در فرانسه، در قالب قوانین اتحادیه اروپا و قوانین ملی حل و فصل شده‌اند، که می‌تواند نمونه خوبی برای کشورهای در حال توسعه نظیر ایران باشد، زیرا هنوز در آغاز راه قانون‌گذاری در این حوزه نوین قرار دارند. جمهوری اسلامی ایران تنها در خصوص تشکیل پرونده‌های الکترونیک سلامت، سیاست‌گذاری و خط‌مشی کلی مشخص نموده است و افق بلندی در پیش روی خود دارد. کشور فرانسه از قوانین و مقررات نسبتا مطلوبی در حوزه مراقبت سلامت برخوردار می‌باشد که این امر با توسل بر حق‌ها و آزادی‌های فردی، به‌ویژه با تأکید بر حق استقلال و آزادی فردی میسر شده که سابقه نسبتا طولانی آن به بعد از انقلاب فرانسه باز می‌گردد. فرانسه نیز همچون بسیاری از کشورها بر اساس سیر تغییر و تحولات کلی حاکم بر جهان، از رویکرد سنتی که پزشک همچون پدری برای بیماران تصمیم می‌گرفت، به رویکرد بیمار محور، که براساس آن خود بیمار محور اصلی تصمیمات مربوط به مراقبت سلامت خود است، تغییر جهت داده است. امروزه، بیمار یا نماینده قانونی او (در مورد افراد فاقد صلاحیت قانونی برای تصمیم‌گیری)، به‌تنهایی و با تکیه بر اطلاعات مشخص و معینی، در خصوص عمل‌های جراحی و اقدامات مهم درمانی تصمیم‌گیری می‌کند. اطلاعات قابل ارائه را قوانین کشور فرانسه مشخص نموده تا متخصصان مراقبت سلامت، برای رضایت آگاهانه و آزادانه، به بیمار ارائه دهند. در راستای تحقق حق سلامت (به‌عنوان یک حق اساسی بشری)، قوانین تخصصی انحصاری در حمایت از آن، تصویب و به مورد اجرا گذاشته شده‌اند. این قوانین، همچون قانون سلامت عمومی، ریشه در قانون اساسی این کشور دارد. در خصوص سهل‌انگاری و خطا، اولین موضوع، قبول تعهد وظیفه مراقبت از بیمار است که براساس حقوق قراردادی در قوانین فرانسه دنبال می‌شود. در ضمن، کنترل قانونی دقیق بر کار حرفه‌ای متخصصان مراقبت سلامت از طریق مدیریت و نظارت بر مهارت حرفه‌ای و استانداردهای مراقبتی، کنترل روند صدور پروانه به‌منظور اهرمی برای کنترل قانونی متخصصان این حوزه، و همین‌طور مقابله با سهل‌انگاری و خطا و رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی و قابل شناسایی بیماران، جملگی در راستای حمایت از بیمار و با توجه به حق سلامت شهروندان صورت می‌گیرند که در مورد رضایت به درمان و محرمانگی، این روند با تکیه بر حق استقلال و آزادی فردی، با جدیت دنبال می‌شود. از آنجا که صحبت از حق‌های مراقبت سلامت نوین، بدون قوانین مربوط به سلامت الکترونیکی بی‌معناست، مرور کلی قوانین مزبور، در حوزه ملی و بین‌المللی فرانسه، بیانگر رفع خلأهای قانونی، از جمله در موضوعات سهل‌انگاری و خطا، صدور پروانه، انتخاب حوزه قضایی، تقسیم مسئولیت میان

متخصصان درگیر در این امر، بیمه و بازپرداخت هزینه‌ها, کسب رضایت آگاهانه و غیره بوده و نشان می‌دهد که علی‌رغم این که دوراپزشکی در سطح جهانی با چالش‌های مهم حقوقی مواجه است، در فرانسه با توسل به آیین‌نامه‌های اتحادیه اروپا و قوانین داخلی این کشور، این مهم تقریبا به‌طور کامل حل و فصل شده است. با الگوگیری از فرانسه، ایران می‌تواند با ایجاد چهارچوب حقوقی جامع در حوزه سلامت الکترونیک، از مزایای فناوری‌های دیجیتال بهره‌مند شود. پیشنهادات کلیدی شامل: ایجاد سامانه ملی پرونده الکترونیکی سلامت برای یکپارچه‌سازی داده‌های بیماران، تنظیم مقررات پزشکی آنلاین و بیمه سلامت دیجیتال، تدوین قوانین سختگیرانه برای حفاظت از اطلاعات سلامت و استانداردسازی پلتفرم‌های سلامت دیجیتال و نظارت بر کیفیت خدمات است. اجرای این مدل باعث افزایش کیفیت خدمات پزشکی، کاهش هزینه‌ها و ارتقای امنیت اطلاعات سلامت در ایران خواهد شد. بنابراین بهره‌مندی از این قوانین برای کشورهای در حال توسعه باارزش و مهم است، چرا که آینده درمان در حول محور پزشکی و سلامت از راه دور و هوش مصنوعی خواهد بود. عدم توجه به این موضوع سبب عقب افتادگی جامعه به جهت دسترسی به روش‌های نوین سلامت خواهد بود با توجه به رشد کند این حوزه در کشورهای در حال توسعه(به دلیل کمبود زیرساخت) الگوبرداری مناسب از قوانین موجود در کشورهای پیشرو به ویژه فرانسه و توسعه زیرساخت‌ها و تدوین قوانین می‌تواند راهکاری مناسب جهت تقویت پایه‌های قانونی، تسریع پیشرفت و توسعه علوم نوین در حوزه سلامت باشد.

3. Bouche N. Intellectual Property Law in France. Kluwer Law International; 2010:26.
4. Grandfils N. Drug Price Setting and Regulation in France. IRDES Working Paper; 2008:1.

۵- شفافیت

۵-۱- تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد..

۵-۲- تعارض منافع

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

۵-۳- منابع مالی

این پژوهش بدون تأمین مالی خاصی انجام گرفته است.

۵-۴- ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

۵-۵- سهم نویسندگان

نویسندگان پژوهش، معیارهای استاندارد نویسندگی مجلات نظام سلامت را رعایت نموده اند. همهٔ نویسندگان به‌طور برابر در نوشتن مقاله نقش داشتند.

۵-۶- استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی

در تولید محتوای این مقاله از هیچ گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Germain CM. French Law Guide. Cornell University Unit Name; 1.
2. Steiner E. French Law: A Comparative Approach. Oxford University Press; 2010:4.

5. Barendrecht JM. Principles of European Law. Sellier European Law Publication; 2007:5.
6. Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice; 2009:3.
7. McLean S. Autonomy, Consent and the Law; 2010:3-4. https://doi.org/10.4324/9780203873199.
8. Hardman JG, Moppett IK, Aitkenhead AR. Consent, Benefit, & Risk in Anaesthetic Practice; 2009.
9. Schwartz B. French Administrative Law and the Common-Law World. The Law Book Exchange; 2011:81.
10. Sorenson C, et al. Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of Health Technology Assessment in the European Union. World Health Organization, MPG Books; 2008:86.
11. Belanger M. Global Health Law: An Introduction. Cambridge Scientific Publishers; 2011:89.
12. Buchanan A. Justice and Health Care: Selected Essays. 2009:203-206.
13. Weisstub DN, Díaz Pintos G. Autonomy and Human Rights in Health Care: An International Perspective. 2008:311-312. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5841-7.
14. Tobin J. The Right to Health in International Law. Oxford University Press; 2012:173.
15. World Health Organization. Human rights and health [Fact sheet]. Geneva: WHO; 2023 Dec 1. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health
16. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant). Geneva: United Nations; 2000 [cited 2026 Jul 4]. Available from: https://hrlibrary.umn.edu/gencomm/escgencom14.htm
17. Binagwaho A, Mathewos K. The right to health: Looking beyond health facilities. Health and Human Rights. 2023 Jun;25(1):133.
18. Haracoglou I. Competition Law and Patents: A Follow-on Innovation Perspective in the Biopharmaceutical Industry. Edward Elgar Publishing, Inc; 2007:78. https://doi.org/10.4337/9781848440111.
19. Finland. Number 5 in The World for Health Equality for Children-2014. www.goodnewsfinland.com & www.worldvision.org.
20. United Nations. Report on Indicators for Monitoring Compliance with International Human Rights Instruments (HRI/MC/2006/7). Available at: http://www.ohchr.org. [Accessed 2007-2008].
21. Sanchez-Serrano IB. The World's Health Care Crisis. Elsevier Inc.; 2011:30. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-391875-8.00001-9.
22. Descriptions of Health Care System: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. The Commonwealth Fund; 2008.
23. RDSS. L'accès aux soins, entre promesse et réalité. 2008;4:713.
24. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. BMC public health. 2020 Jan 9;20(1):31.
25. French Business Law. Article L1110-3 of the French Public Health Code [Internet]. 2023. Available from: https://french-business-law.com/french-legislation-art/article-l1110-3-of-the-french-public-health-code/
26. Belanger M. Global Health Law: An Introduction. Cambridge Scientific Publishers; 2011:27.
27. Rodwin VG, Sandier S. Health Affairs. 2014. Available at: content.healthaffairs.org. p. 112.
28. Rodwin VG, Sandier S. Health Affairs. 2014. Available at: content.healthaffairs.org. p. 114

29. Fierlbeck K. Health Care in Canada: A Citizen's Guide to Policy and Politics. University of Toronto Press Incorporated; 2011:255.
30. Legifrance. Code de la santé publique — Titre Ier: Exercice des professions médicales, Chapitre Ier: Conditions générales d'exercice (Articles L.4111-1 à L.4111-7) [Internet]. Paris: Legifrance; [cited 2026 Jul 4]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006125348/
31. Rowe A, Garcia-Barbero M. Regulation and Licensing of Physicians in the WHO European Region. WHO (Division of Country Support, WHO Regional Office for Europe); 2005:58-59.
32. Barendrecht JM. Principles of European Law. Sellier European Law Publication; 2007:870.
33. Laplaud A. Le consentement et responsabilité médicale [Thèse de doctorat]. Limoges: Université de Limoges; 2019. Available from: https://theses.hal.science/tel-02474356/file/2019LIMO0041.pdf
34. Barendrecht JM. Principles of European Law. Sellier European Law Publication; 2007:101.
35. Hervey TK, McHale JV. Health Law and the European Union. Cambridge University Press; 2004:161-162.
36. Kuhse H, Singer P. A Companion to Bioethics. Wiley-Blackwell; 2nd ed:47. . Act n 2002-303, dated March 2002.
37. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (97)5 on the Protection of Medical Data. 13 Feb 1997. Available at: www.unmn.edu. [Accessed 10/2014].
38. Anvari M. Remote telepresence surgery. Laparoscopy Today; 2005:5-7. [Persian].
39. Health Information Technology. June 2008. Available at: http://www.kaiseredu.org/print.asp?fbc=0&newid=0&print=0&ct=0&cl=0&refid=0&tuid=0&imid=0&ref1=0&ref2=0&ref3=0&ref4=0&ref5=0&im1=656&im2=0&im3=0&im4=0&im5=0&reftitle=0&imtitle=655&step=0&isSubForm=0.
40. Wootton R. Telemedicine: A cautious welcome. BMJ. 1996;313:1375-1377. https://doi.org/10.1136/bmj.313.7069.1375.
41. Nestor ML. Telemedicine and the Internet: A Collaboration and History of Communication Technologies. ML Nestor. 2001;19(2):379-385. https://doi.org/10.1016/S0733-8635(05)70275-8.
42. Wootton R. Telemedicine: A cautious welcome. BMJ. 1996;313:1375-1377. https://doi.org/10.1136/bmj.313.7069.1375.
43. Garmire E, Pearson G. Tech Tally: Approaches to Assessing Technological Literacy. Island Press; 2006.
44. Silverman RD. Regulating medical practice in the cyber age: Issues and challenges for state medical boards. Am J Law Med. 2000;26(2-3):255-276. https://doi.org/10.1017/S0098858800011084.
45. Wiesemann RV. On-line or on-call? Legal and ethical challenges emerging in cybermedicine. St Louis Univ Law J. 1999;43(3):1119-1155.
46. Longe JL. The Gale Encyclopedia of Nursing and Allied Health. Detroit, Mich.: Thomson Gale; 2006.
47. Gallagher JC, Colaizzi JL. Issues in Internet pharmacy practice. Ann Pharmacother. 2000;34:1483-1485. https://doi.org/10.1345/aph.10130.
48. Cybermedicine: The Benefits and Risks of. 25 December 2009. Available at: http://grove.ufl.edu/~techlaw/vol5/issue2/medicine.html.
49. Mitchell J. Fragmentation to Integration: National Scoping Study for the Telemedicine Industry in Australia. Dept of Science & Industry, Canberra; 1998:1-100.
50. Wyatt JC, Sullivan F. eHealth and the future: promise or peril? BMJ. 2005;331:1391-1393. https://doi.org/10.1136/bmj.331.7529.1391. PMid:16339252 PMCid:PMC1309655.

51. Simon P, Lucas J. Telemedicine is not e-commerce. ANTEL: Association Nationale de Telemedecine; p. 2-3.
52. Brahams D. The medico-legal implications of teleconsulting in the UK. Journal of Telemedicine and Telecare. 1995;1:196-201. https://doi.org/10.1177/1357633X9500100402. PMid:9375143.
53. Norris AC. Essentials of Telemedicine and Telecare. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd; 2002.
54. Gobis L. An overview of state laws and approaches to minimize licensure barriers. Telemedicine Today Magazine. 2002;5.
55. Daly HL. Telemedicine: The Invisible Legal Barriers to the Health Care of the Future. Annals of Health Law. 2000;50(12):73-106.
56. The Western Governors' Association Telemedicine Action Report. Retrieved December 2010;5.
57. Stanberry B. Legal and ethical aspects of telemedicine. In: Wootton R, et al, editors. Introduction to Telemedicine. London: Royal Society of Medicine Press; 2006. https://doi.org/10.1258/135763306777488825. PMid:16774696.
58. Terry NP. Improving the legal and regulatory climate for telemedicine and e-health. International Congress Series. 2003;279-284. https://doi.org/10.1016/S0531-5131(03)00484-9.
59. 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).
60. American Medical Association. Informed consent. Last updated Sept. 17, 2003. Available at: http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/patient-physician-relationship-topics/informed-consent.shtml. [Accessed 1 Dec 2010].
61. Scott RL. Cybermedicine and Virtual Pharmacies. West Virginia Law Review. 2001;103:407-502.
62. Fleisher LD, Dechene C. Telemedicine: Legal and Regulatory Issues. New York: Law Journal Press; 2004.
63. Rienhoff O, et al. A legal framework for security in European health care telematics. IOS Press; 2000:66-67.
64. Williatte L. Legal focus on the notions of telemedicine and e-health. The Digital Revolution in Health. 2021;2:191-209.
65. Ramezani T, Rafie AR, Hammadi MJ, Ataei Sh, Topal F. Examining Legal Challenges in Electronic Patient Records: A Systematic Review. Second International Congress on Health Law. 2021. Available at: https://civilica.com/doc/2010650. [Persian].
66. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpour Y, Rahmani AR, Salehi Tali Sh. Driving Factors and Challenges Facing e-Health. Nursing and Midwifery Journal. 2011;9(3):195-204. Available at: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-382-fa.html. [Persian].
67. Salehnia N, Nasrharandi MM. Identifying the challenges of developing e-health businesses: A qualitative study. Hakim Health System Research (Hakim). 2021;24(4(95)):335-346. Available at: https://sid.ir/paper/1132983/fa. [Persian].
68. Abbasi M, Dehghani Gh, Rezaei R. Legal requirements of international documents regarding public health and the challenges facing it: A review article. Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran. 2015;33(2):138-146. Available at: https://sid.ir/paper/501593/fa. [Persian].