

ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۳

سمیرا متقی*

آناهیتا سیفی**

مجید درودیان***

چکیده

حق بر سلامت، یکی از مفاهیم بنیادین توسعه است که در کنار سایر حقوق بشری که همه از زیربناهای توسعه هستند مطرح می‌شود؛ چرا که از یک سو، سلامتی وابسته به پیش‌شرط‌های فراوانی برای حفظ و تداوم است و وضعیتی است که همواره در معرض آسیب بوده و این مسئله خود مستلزم جلوگیری یا کاستن از عوامل تهدیدکننده می‌باشد. از سوی دیگر، بازگرداندن سلامتی پس از ابتلا به عوامل تهدیدکننده و وجود امکانات و مراقبت‌های پزشکی در این راستا، لازم می‌باشد. به عبارتی، علاوه بر اینکه احقاق حقوق سلامتی عمومی و خصوصی در جوامع، از زیربناهای دستیابی به جامعه‌ای توسعه یافته می‌باشد، توسعه‌یافتگی نیز از اصول اولیه احقاق حقوق سلامتی است و همین امر حضور دولت‌ها در این فرآیند را، به دلایل تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت فردی و عمومی، عدالت در ایجاد شرایط مناسب سلامتی برای افراد، جلوگیری از افتادن افراد در ورطه فقر به خاطر هزینه‌های سلامتی و ... بسیار پررنگ می‌کند. بنابراین، در این تحقیق، ضمن بررسی حق بر سلامت و ارتباط این مقوله با فرآیند توسعه، قصد پاسخ به این پرسش را داریم که دولت‌ها، چه اقداماتی را در راستای احقاق حقوق سلامتی (که از زیربناهای توسعه محسوب می‌شود) انجام می‌دهند؟ و آیا عملکرد حکومت جمهوری اسلامی ایران، در راستای احقاق این حق بشری موفق بوده است؟

samira.motaghi@pnu.ac.ir

a.seifi@atu.ac.ir

majid_doroudian@yahoo.com

* استادیار گروه اقتصاد دانشگاه پیام نور، (نویسنده مسئول)

** استادیار گروه مطالعات زنان دانشگاه علامه طباطبائی

*** استادیار گروه حقوق دانشگاه پیام نور

نتایج تحقیق حاکی از عملکرد مثبت حکومت جمهوری اسلامی ایران در احقاق حقوق سلامتی عمومی و خصوصی افراد می‌باشد.

واژگان کلیدی: حق بر سلامت، توسعه، جمهوری اسلامی ایران، دولت.

مقدمه

توسعه، گذار جامعه از مرحله‌ای به مرحله بالاتر را شامل می‌شود که مستلزم تغییرات اساسی در ساخت اجتماعی، طرز تلقی عامه مردم و نهادهای ملی، تسریع رشد اقتصادی، کاهش نابرابری و ریشه‌کن کردن فقر مطلق و... است (تودارو، ۱۳۶۶، ص ۱۳۵) و بر این اساس، توسعه‌نیافتگی، وضعیتی است که به دلیل عدم هماهنگی بین عوامل مختلف در جوامع، امکان استفاده از عوامل مناسب را با مشکل روبرو می‌کند (Furtado, 1969, p.141).

به عبارتی، توسعه مفهومی چندبعدی و کلی است که جنبه‌های مختلف یک جامعه را در بر می‌گیرد؛ اما، آنچه به شدت مورد توجه قرار گرفته، نقش انسان به عنوان محور و مبدأ توسعه، در نظریه‌های نوین رشد و توسعه، می‌باشد زیرا منابع انسانی، عناصر اساسی و عمده‌ترین محرک رشد و توسعه و تغییر و تکامل جامعه و به عنوان کلیدی‌ترین عامل تولید تلقی شده و توسعه ملی بر محور منابع انسانی تحقق می‌یابد. اما، انسانی می‌تواند مولد توسعه باشد که در فرآیند توسعه به مثابه سرمایه انسانی، نگریسته شود و سرمایه انسانی چیزی نیست جز انسان سالم (دارای سلامت کامل) و با مهارت (آموزش دیده).

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از جوامع است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود، از سلامت مفهوم خاصی را در نظر دارد. تعریف اولیه سلامت، عبارت است از بیمار نبودن. اما بعدها این تعریف دچار تغییراتی شد به صورتی که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کنند (WHO, 1946, p.100).

در سطح بین‌الملل تا زمانی که پس از جنگ جهانی اول اساسنامه جامعه ملل تهیه می‌شد، سلامت از یاد رفته بود و تنها در واپسین روزها، تهیه کنندگان پیش‌نویس

اساسنامه به یاد بهداشت جهان افتادند. در کنفرانس ملل متحد در شهر سانفرانسیسکو در سال ۱۹۴۵، موضوع بهداشت به عنوان یک موضوع ویژه مطرح شد. با وجود این، در چند دهه گذشته جنبش تازه‌ای پدید آمده و سلامت به عنوان یک حق بشری (حق بر سلامت)، و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسانها در دسترس باشد.

بر اساس این حق (حق بر سلامت)، هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در بر می‌گیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند (عباسی و دیگران، ۱۳۹۴، ص ۱۸۳-۱۸۵).

این اقدامات برای تمامی دولت‌ها و ملت‌ها، ضروری بوده و سیاست‌گذارانشان را به بحث و بررسی در این باب، فرا می‌خواند. در همین راستا، کشور ایران نیز، با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی، این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است که به نظر می‌رسد جایگاه این حق در نظام حقوقی ایران با بررسی این قوانین و مقررات تبیین شده؛ اما اینکه آیا فقط تبیین مقررات، در این راستا کافی است یا خیر؟ جای بحث دارد.

حق بر سلامت عمومی، جزئی از حقوق بنیادین در هر جامعه سیاسی است. هر فردی به مثابه عضوی از جامعه صرف‌نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره‌مندی از این حق می‌باشد. این دسته از حقوق، که به طور معمول از آنها در امتداد صیانت و حمایت از حق حیات افراد سخن به میان می‌آید، دارای ارتباط معناداری با دیگر حقوق بشر می‌باشد. از این‌رو است که توجه لازم و بایسته به حق بر سلامت از سوی دولت‌ها فارغ از ساختار نظام سیاسی آنها امری ضروری به نظر می‌رسد. تهیه، تدوین و تصویب حجم وسیعی از اسناد و معاهدات بین‌المللی مرتبط با

حق بر سلامت و نیز وضع قوانین و مقررات موضوعه داخلی در این زمینه خود دلیلی بر این مدعا است. با این وجود، پیشینه فعالیت و اقدامات دولت‌ها و نیز اشخاص تنظیم‌کننده مقررات سلامت حاکی از عدم وجود شناخت لازم و جامع از سوی اشخاص و نهادهای مسئول در حوزه سلامت و نیز عدم توجه کافی به چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت می‌باشد.

بنابراین و بر اساس مطالب پیش گفته، در این مقاله، ضمن تلاش برای ارائه بررسی حق بر سلامت عمومی به مثابه حقی ذیل حقوق بشر، کوشش شده است تا چالش‌های دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت مورد تحلیل قرار گرفته و الزامات لازم‌الرعایه از سوی دولت‌ها در این زمینه بیان گردد. از این رو است که توجه لازم و بایسته به حق بر سلامت از سوی دولت‌ها و حتی در صحنه‌های بین‌المللی، در راستای بهبود امر توسعه کشورها، امری ضروری به نظر می‌رسد.

بر این اساس می‌توان سؤال اصلی پژوهش را این‌گونه عنوان کرد که حق بر سلامت چه جایگاه و ابعاد حقوقی دارد و چه رابطه‌ای میان حق بر سلامتی و نقش دولت و فرایند توسعه وجود دارد و موانع اجرایی حق بر سلامت چیست؟

از آنجایی که، حقوق سلامتی، به عنوان یکی از مهم‌ترین حقوق بشری که در اسناد بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته است، مطرح شده، پژوهش حاضر می‌تواند ما را در شناختی بهتر و فراگیر از حق بر سلامتی یاری نموده و در آگاهی بیشتر از مصادیق و گستره این حق و تأثیر آن بر فرایند توسعه سودمند باشد.

۱. حق سلامت

سلامتی در لغت فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی بدون بیماری یا ناهنجاری است اما با توجه به تعریف سلامتی که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است، سلامتی نه صرفاً به معنای فقدان بیماری، بلکه در مفهوم سلامتی کامل جسمی و روانی قلمداد شده است و هدف سازمان بهداشت جهانی و همه دولت‌ها را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی و همان طور که می‌دانیم سلامتی جنبه نسبی داشته و تعریف آن نسبت به افراد، محیط زندگی و کار آنان می‌تواند متفاوت باشد.

سلامتی انسان یکی از لوازم اولیه برخورداری از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین اینکه برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصر دیگری است.

برخورداری از یک استاندارد مناسب زندگی، متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط زیست پاک، بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی و به طور کلی، دستیابی به مفاهیم ابتدایی و اولیه سلامتی می‌باشد و بر این اساس، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دو سویه و متقابل با اولین حق بشری (حق نسل اول)، یعنی حق حیات، قرار دارد و می‌توان آن را حلقه ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قرار داد.

به واقع این حق در پیوندی ناگسسته، با حق حیات و حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوم» و حتی حق برخورداری از محیط زیست سالم، حق نسل سوم حقوق بشر، گره خورده و از این رو، این حق را می‌توان به عنوان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق سایر حقوق ضرورت دارد (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۴۸).

در تحلیل نهایی تمامی حق‌ها به یک قاعده بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند. در واقع تمام حق‌ها و آزادی‌ها مقوم ذات حق بر حیات هستند. به همان اندازه که حقوق مدنی و سیاسی در این زمینه اهمیت دارند، حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز دارای اهمیت هستند، چرا که برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌روند. به عبارت دیگر، عدم برخورداری از این حداقل‌ها به منزله انکار والاترین ارزش‌های انسانی بوده و حقی بنیادین، که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، قلمداد می‌شود.

در رابطه با این مفهوم، باید میان دو مفهوم «حق بر سلامتی» و «حق بر سالم بودن» تفکیک قائل شد. چرا که، سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند.

سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و «حق بر بهره‌مندی از

عالی‌ترین استاندارد سلامتی»، مجموعه‌ای از پیش‌شرط‌ها و استلزامات را در خود نهفته دارد که لازمه تحقق آن می‌باشند.

سلامتی به عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شد. مقدمه اساسنامه، حق بر سلامتی را نیل به «حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» توصیف کرده است. همچنین ماده یک آن «تحقق عالی‌ترین سطح ممکن بهداشت برای همه افراد» را به عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می‌کند. قابل توجه است که مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برنامه و دستورکار «سلامتی برای همه افراد در قرن بیست و یکم» را تدوین کرد. (WHO, "Health-For-All Policy For the Twenty-First Century", WHA Res.51/7, 16 May 1998).

در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر، سلامتی را به عنوان بخشی از استاندارد مناسب زندگی تلقی کرده و در بند ۱ ماده ۲۵ خود «مراقبت‌های بهداشتی»، را در کنار خوراک، پوشاک، مسکن و خدمات اجتماعی ضروری را، جزو شرایط حداقلی اقتصادی و اجتماعی برای استاندارد مناسب زندگی و رفاه و سلامتی هر فرد دانسته است.

اما مهمترین سند بین‌المللی در این زمینه، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که در ماده ۱۲ خود به موضوع حق بر سلامتی می‌پردازد و اشعار می‌دارد که:

۱- کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.

۲- اقداماتی که دولت‌های عضو این میثاق باید برای حصول کامل این حق اتخاذ کنند، شامل اقدامات ضروری برای تأمین امور ذیل خواهد بود (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۴۹-۵۰):

الف. تقلیل میزان مرده متولد شدن نوزادان و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛

ب. بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛

ج. پیشگیری، معالجه و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی، شغلی و دیگر بیماری‌ها؛

د. ایجاد شرایط مناسب برای تأمین خدمات پزشکی در مواقع ابتلای به بیماری.

همچنین اسناد و معاهدات بین‌المللی و منطقه‌ای دیگری نیز به فراخور موضوع خود به مقوله حق بر سلامتی پرداخته‌اند. در کنار این مسئله باید اشاره داشت که کمیته حقوق

اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی به عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر میثاق، در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود را در موضوع «حق بر عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی» صادر نمود.

قابل توجه است که در برخی موارد مفاهیم به کار رفته در اسناد بین‌المللی حقوق بشری، هم به لحاظ مفهومی و هم به لحاظ قلمرو و حوزه شمول، از شفافیت کافی برخوردار نیستند. همین مسئله می‌تواند در عمل باعث بروز مشکل و اختلاف نظر در اجرا و تفسیر در میان دولت‌های عضو شود. از این رو، تفاسیری که از سوی نهادهای نظارتی این اسناد در قالب تفاسیر عمومی^۱ یا ملاحظات نهایی^۲ صادر می‌شوند، می‌توانند به روشن شدن مفهوم هر حق و دامنه شمول تعهدات دولت‌ها در قبال آن کمک نمایند.

۱-۱. مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی اگر بخواهیم مؤلفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، باید به چهار مؤلفه اساسی اشاره کرد:

الف) حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام‌الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مراکز درمانی است. بدون شک مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری و بهداشتی و درمانی است. در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند، اما در کنار آنها عناصر دیگری نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که از آن تحت عنوان «بنیادهای تعیین‌کننده سلامتی» یاد می‌شود (CESCR, 2000, para; Bettcher, Yach & Guindon, 2000, p.522-24). از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوی، محیط زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد.

ب) حق بر سلامتی متضمن یکسری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم، آزادی به این معناست که هیچ‌کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد (CESCR, 2000, para; Bettcher, Yach & Guindon, 2000, p.522-24).

پیشرفت‌های علمی که در زمینه بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد،

در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به ویژه آنگاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود و بر این اساس، هیچ‌کس نباید به شکنجه و رفتارها مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود (استناد به ماده ۷ میثاق حقوق مدنی). در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی‌توان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری همچون حیات و سلامتی انسان را که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند، نادیده گرفت.

ج) حق بر سلامتی شامل استحقاق فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه‌ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه رشد بالنده انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۵۱-۵۲)، تا شهروندان آنها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند و از فرصت‌های برابر جهت بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت‌های قبل و بعد از آن و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد.

د) رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می‌باشند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۵۳).

۲. نقش دولت‌ها در احقاق حق سلامت

دولت، از مهمترین نهادهای بشری است که نقش و اهمیت آن در طول تاریخ زندگی اجتماعی انسان بر همگان روشن و مبرهن است. سال‌ها است که انسان برای تحقق نظم

عمومی و سهولت زندگی شهروندان و بهره‌مندی از امنیت داخلی و دفاع در برابر دشمنان خارجی و مواردی نظیر این، نهاد دولت را سامان داده است، اگرچه در دوران‌های مختلف زمانی جنبش‌های اجتماعی گوناگونی برای تغییر ساختار و حدود اختیارات و تکالیف دولت‌ها در مقابل شهروندان جوامع سیاسی شکل گرفته است، با این حال، هیچ دیدگاه و رویکرد جامعه محوری نبوده که دولت را در باور خود راه نداده باشد.

در اندیشه حقوق عمومی، حفظ بهداشت عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان به مثابه حتی بشری از جمله تکالیف غیرقابل انکار دولت‌ها در مقابل شهروندان می‌باشد. اساساً تأمین سلامت عمومی شهروندان در حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی جوامع معنا و مفهوم می‌یابد و از سوی اشخاص ذیصلاح حقوق عمومی اعمال می‌گردد. تأمین سلامت عمومی شهروندان توسط دولت که خود طیف وسیعی از اعمال و اقدامات در حوزه سلامت را شامل می‌گردد، نوعی از مداخله دولت در سطح جامعه می‌باشد.

این اقدام به منظور حفظ و گسترش سلامت عمومی شهروندان و نیز ارتقای سطح سلامت آنها از طریق تنظیم مقررات و نظارت بر آن و جهت اجرای سیاست‌ها و فرآیندهای خط‌مشی‌ساز در حوزه سلامت به کار می‌رود.

این مسئله ظهور انواع نظریات حقوقی درباره میزان و نحوه دخالت دولت در عرصه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی در دوران معاصر، لزوم روشن ساختن جایگاه دولت در قالب نظام‌های حقوقی را امری ضروری ساخته است. با این وجود، با توجه به سابقه تاریخی موضوع و تجربه کشورهای مختلف جهان، به نظر می‌رسد که لازم است همواره میزان بهینه‌ای از مداخله دولت در هر حوزه، حفظ شود تا جامعه نه از افراط حداکثری و نه از تفریط حداقلی مداخله دولت متضرر نشود و در این مسیر منافع عمومی شهروندان نیز تضمین گردد. دولت خواه به عنوان کارفرما، تنظیم‌کننده مقررات، یا ناظر و سیاست‌گذار ناگزیر از دخالت در حوزه سلامت می‌باشد.

از این رو است که حفظ بهداشت عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان بدون مداخله و اعمال نظارت دولت با دشواری‌های بسیاری در مقام عمل مواجه خواهد بود.

رشد و توسعه مفاهیم و ادبیات تنظیم مقررات در دو دهه اخیر در بسیاری از کشورهای جهان، سبب گردیده است تا دولت‌ها ضمن سیاست‌گذاری و متعاقباً تنظیم مقررات و اعمال نظارت بر اجرای مقررات وضع شده، تلاش نمایند با توسل به ابزارهای

تنظیم مقررات در جهت تحقق و تضمین منافع عمومی شهروندان و جامعه و همچنین انجام وظایف حاکمیتی خود، عمل نمایند. امروزه مراد از تنظیم مقررات، مجموعه‌ای از دستورات (بایدها و نبایدها) و اقدامات اثرگذار و آگاهانه دولت است که به وسیله آن، دولت با ابزارهای اداری خاص به ویژه با وضع مقررات اداری در حوزه‌های خاص مداخله می‌نماید تا برخی تعاملات و روابط مورد نظر خود را تحت کنترل قرار دهند و تنظیم نماید.

۲-۱. چرایی حضور دولت‌ها در احقاق حقوق سلامتی

سلامتی افراد یک ذخیره سرمایه است که به مرور زمان و با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن شده و سرمایه‌گذاری در درمان و سلامت این استهلاک را جبران می‌کند (اسکندری، ۱۳۹۰). سلامت ارزنده‌ترین دارایی انسان و هدف و شاخص مهم در توسعه انسانی و در نتیجه توسعه و رشد اقتصادی است، از این رو داشتن سرمایه انسانی سالم، بخشی مهم و بنیادی در ساختار اجتماعی و رفاهی کشورهای خواستار پیشرفت و توسعه به شمار می‌رود.

تحقق حق بر سلامت با دیگر حقوق بشر، نظیر حق بر الزامات اولیه زندگی مانند حق بر غذا و آشامیدنی مناسب، حق بر برخورداری از مسکن و کار مناسب و... ارتباط مستقیم دارد. این مهم ضرورت اتخاذ رویکردی جامع و همکاری منسجم، مستمر و نظام‌مند بین کلیه مقامات، نهادهای ذی‌صلاح دولتی و بازیگران خصوصی را طلب می‌کند.

اما در این میان حضور دولت بالاخص در راستای ایجاد این حق، نسبت به سایر حقوق، بیشتر به چشم می‌آید چرا که اولاً، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای تأمین رفاه اجتماعی در راستای تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت فردی و عمومی، در راستای احقاق حقوق سلامتی افراد، از پیش‌نیازهای بنیادی به منظور ایجاد حق سلامت برای فرد و جامعه بوده و بدین‌گونه است که دولت‌ها باید با اجرای برنامه‌های مناسب و همچنین به منظور کاستن از بی‌عدالتی و جلوگیری از افتادن افراد در ورطه فقر ناشی از هزینه‌های اسفبار درمان، برنامه‌های مذکور را در جامعه پیاده و عملیاتی سازند؛

دوماً؛ به دلیل شکست بازار در تأمین مالی و تدارک خدمات درمانی توسط بخش خصوصی (مانند عدم تقارن اطلاعات)، مداخله دولت‌ها در امر درمان و سلامت جامعه

امری ضروری است (Cortina, 2014).

سوما؛ هزینه‌های اندک بهداشتی، در افراد بی‌بضاعت، نرخ مرگ و میر را افزایش داده و نرخ بازده سرمایه‌گذاری بر نیروی انسانی را خواهد کاست. این اثر منفی ابتدا بر سودآوری سرمایه‌گذاری در بهداشت و در مرحله بعدی، در کل اقتصاد آشکار شده و مدار بسته عدم رشد سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی شکل خواهد گرفت (آل کجیاف، ۱۳۹۲) و از مهمترین راهکارهای برون رفت از این مشکل، دخالت دولت در امر همکاری در جهت احقاق حقوق سلامتی افراد می‌باشد.

از سوی دیگر، می‌توان نقش دولت‌ها در احقاق حق بر سلامت را بر اساس مسائل امنیتی و سیاسی سنجید و بر این اساس به مواردی مانند بیماری‌های مسری و تهدیدکننده، نبود آب آشامیدنی سالم، عدم دسترسی به تسهیلات و مراقبت‌های سلامتی، سوءتغذیه، تأمین ناکافی دارو و... و آزادی‌های امنیتی مربوطه، اشاره کرد.

این نوع از امنیت، به آزادی افراد از انواع بیماری‌ها و دسترسی آنان به مراقبت‌های سلامتی اشاره دارد.

۲-۲. تعهدات دولت‌ها و ارتقای حق سلامت

بهداشت و سلامت یکی از ارکان اساسی در نظام حقوق بشر است و برخورداری از سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی که باید برای همه در دسترس باشد حق تمام افراد بشر است.

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد. بر اساس موازین بین‌المللی حقوق بشر، همه موجودات انسانی از ارزش یکسانی برخوردارند و بنابراین باید از حمایت‌های یکسانی بهره‌مند شوند و به شأن و کرامت انسانی و تمامیت جسمانی آنها احترام گذاشته شود. حق‌های بشری به یک قاعده بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند و برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌روند و عدم برخورداری از این حداقل‌های انسانی به منزله انکار والاترین ارزش‌های انسانی است. پس حق بر داشتن بهداشت و سلامتی را می‌توان حقی بنیادین قلمداد کرد. حق بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر به حقی اطلاق می‌شود که برای تحقق و

بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها، ضرورت دارد. چگونه می‌توان از حداقل بهداشت محروم بود و از کرامت انسانی و حیثیت انسانی صحبت کرد. بنابراین لازم است اسناد موجود در این زمینه و الزامات حقوقی مطرح شده در آنها در قبال بهداشت و سلامت عمومی بررسی شده و مکانیزم‌های پیش‌بینی شده برای نظارت بر عملکرد دولت نیز بیان گردد.

حق سلامت دربرگیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن می‌باشند. حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاهی ویژه دارد و از جمله اصول پذیرفته شده در همه کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران است.

در اصول مختلف قانون اساسی ایران، از جمله اصل ۲۳، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی برای همگان به رسمیت شناخته شده است. همچنین، انعکاس‌های دیگر حق سلامت در قوانین ایران را می‌توان در سند چشم‌انداز بیست ساله مشاهده کرد که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت می‌پردازد. بعلاوه، فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بخش مربوط به سلامت قانون پنجم توسعه به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد و در آخر قوانین مربوط به بیمه به تبیین و شناسایی این حق در کشور ایران پرداخته است (عباسی و دیگران، ۱۳۹۴، ص ۱۸۴).

یکی از باورهای غلط رایج این است که دولت باید سلامتی را تضمین کند. این در حالیست که چندین عامل دیگر که خارج از کنترل مستقیم دولت‌ها است، مانند ساختمان بیولوژیک هر فرد و شرایط اجتماعی، بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارد. در نتیجه دولت‌ها باید تعهدات خود را طوری تنظیم کنند که این حق را محترم شمرده و شرایطی را «حق فردی یا شخصی» فراهم کنند که خود افراد بتوانند با توجه به شرایط، به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی دست یابند. تعهدات دولت در قبال ارتقای حق بر سلامت نظیر هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است:

تعهد به احترام:^۳ یعنی دولت به شیوه‌ای عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود در رابطه با حق بر سلامتی این امر از طریق قوانین و سیاست‌های حکومتی

اعمال می‌شود.

تعهد به حمایت:^۴ که طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند بلکه باید از مداخله اشخاص ثالث هم جلوگیری به عمل آورد این تعهد یعنی دولت‌ها باید تلاش کنند خطرات تهدیدکننده سلامتی را به حداقل رسانده و اقدامات ضروری برای حمایت از حق بر سلامت مردم در برابر مداخله اشخاص ثالث را انجام دهند.

تعهد به ایفاء:^۵ که طبق این تعهد، دولت‌ها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت می‌کند از جمله این اقدامات، اقدامات تقنینی، اداری، بودجه‌ای و قضایی است.

ایران به کنوانسیون‌هایی از قبیل میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون بین‌المللی محو همه اشکال تبعیض نژادی و کنوانسیون حقوق کودک که حق بر سلامت را به رسمیت شناخته‌اند پیوسته است و علاوه بر تصویب قوانین و مقررات بسیاری در رابطه با سلامت، اقداماتی در جهت بهبود سلامت مردم انجام داده است (عباسی و دیگران، ۱۳۹۴، ص ۱۸۶).

تحقق حق بر سلامت خود فی نفسه با دیگر حقوق بشر، نظیر حق بر آشنامدنی سالم، حق بر غذا، حق بر برخورداری از مسکن مناسب، حق بهره‌مندی از حریم خصوصی و حق آزادی اطلاعات ارتباط وثیق دارد. اساساً تحقق برخی از حقوق چون حق بر کار، حق بر آموزش و... در گرو برخورداری از وضعیت سلامت مطلوب بوده و از دیگر سورهایی از تبعیض و بهره‌مندی از مسکن و کار مناسب، آموزش و... حق بر سلامت را به نحو اکمل، تحقق و عینیت می‌بخشد. این مهم ضرورت اتخاذ رویکردی جامع و همکاری منسجم، مستمر و نظام‌مند بین کلیه مقامات نهادهای ذیصلاح دولتی و بازیگران خصوصی را طلب می‌کند. حق بر سلامت از منظر هر دو رویکرد حقوق بشری و حقوق شهروندی حقی فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا از سوی دولت‌ها است به نحوی که انجام اقدامات خاصی را از سوی دولت‌ها طلب می‌نماید. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز قوانین و مقررات موضوعه داخلی کشورها در سطح جهان شناسایی و مورد پذیرش قرار گرفته

است، تعهدات و تکالیف حقوقی ویژه‌ای را برای قوای مجریه و دولت‌ها در سطح ملی و فراملی به وجود می‌آورد (جان قربان و دیگران، ۱۳۹۳، ص ۱۷-۲۱).

۳. دولت‌ها و تنظیم مقررات در حوزه سلامت

با توجه به ویژگی‌های حقوقی و نیز اصولی که در ارتباط با حق بر سلامت عمومی مطرح می‌شود، اشاره به چالش‌های تنظیم مقررات در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد.

۳-۱. عدم وجود اجماع در خصوص معنا و مفهوم سلامت و میزان گستردگی حوزه شمول آن

سلامت، عبارت از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان است و بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت، تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست، بلکه، نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و...، برای هر فرد و جامعه می‌باشد.

بنابراین، سلامت، مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. به علاوه، سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. بر این اساس، مفهوم سلامتی از یک دیدگاه، مطلق نبوده و نسبی است و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ممکن است متفاوت باشد و از دیدگاهی دیگر، یک مسئله چندبعدی است که قابلیت تقسیم به ابعاد جسمانی و بدنی و ذهنی و روانی را دارد و همین عوامل (نامشخص بودن مفهوم سلامتی)، باعث شده که دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت و به تبع آن وضع حقوق مربوط بدان، با چالش مواجه شوند (عباسی و دیگران، ۱۳۹۴).

۳-۲. تنوع موضوعات و مسائل مربوط به حوزه سلامت عمومی

امروزه اهمیت توسعه بهداشت و سلامت عمومی برای برقراری عدالت اجتماعی در حوزه سلامت و توانمندسازی افراد به منظور برخورداری از شرایط مناسب ادامه حیات و فعالیت در مسیر رشد و تکامل انسانی بر هیچ کس پنهان نیست. با این توضیح شناخت

حوزه‌های مربوط به سلامتی به منظور برنامه‌ریزی و انجام اقدامات لازم جهت توسعه، بهبود شرایط بهره‌مندی افراد از آن و ارتقای میزان آن در سطح جامعه امری ضروری و لازم به نظر می‌رسد. امری که در عین قابل فهم بودن، به دلیل تنوع و فراوانی موضوعات آن به آسانی دست یافتنی نیست، به طوری که همین امر، تنظیم مقررات در حوزه سلامت را با مشکل مواجه می‌سازد. طیف وسیعی از اقدامات مورد انتظار از دولت‌ها شامل تنظیم مقررات در حوزه بهداشت عمومی، بهداشت محیط کار و زندگی، بهداشت مادر و کودک، بهداشت سالمندان و اقشار آسیب‌پذیر، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار نظیر ایدز و کنترل بیماری‌های غیرواگیردار، مانند سرطان‌ها و بیماری‌های نادر، امور مرتبط با جمعیت و تنظیم خانواده، نظارت بر وضعیت تولید و توزیع مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی و دارو، پیشگیری از شیوع فراگیر بیماری‌های دام و طیور و انجام اقدامات لازم به منظور کنترل و درمان آن، اجرای طرح‌های واکسیناسیون سراسری در سطح ملی در ارتباط با دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه، سرخک و فلج اطفال، ایجاد قرنطینه در مواقع اضطراری و مبارزه با شیوع بیماری‌هایی مانند مالاریا، آبله، حصبه و هاری، جلوگیری از گسترش آلودگی‌های مختلف زیست محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی و آلودگی‌های ناشی از زائدات جامد و زباله‌های صنعتی و انسانی و کاهش آن، اثرات سوء مواد مخدر و قرص‌ها و مواد اعتیادآور در اقسام مختلف آن تنوع و تعدد موضوعات قابل پرداختن در این حوزه را به روشنی بیان می‌نماید که به عنوان دومین چالش دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت قابل شناسایی و بررسی می‌باشد (کوکی، ۱۳۹۵).

۳-۳. گوناگونی عوامل مؤثر و تعیین‌کننده بر سلامت افراد

اساساً تعیین‌کننده‌های سلامتی بسیار گسترده و متنوع می‌باشند، به طوری که مهم‌ترین آنها عبارتند عوامل ژنتیکی و فردی نظیر سن، جنسیت، شغل، طبقه اجتماعی، وضع تغذیه. عوامل محیطی مانند آب و هوا، مسکن، تراکم جمعیت آب، خاک و شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، جغرافیایی. شیوه‌های زندگی مردم مثل عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک، نوع تفریحات و سرگرمی‌ها، نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه. وسعت و کیفیت ارائه خدمات نظیر سیاست‌های بهداشتی جامعه و نحوه ارائه خدمات، افزایش پوشش واکسیناسیون، بهسازی محیط، تأمین آب آشامیدنی سالم، مراقبت گروه‌های آسیب‌پذیر

جامعه، مانند مادران و کودکان و نظایر آن و نیز توزیع عادلانه خدمات. عوامل دیگری نظیر سطح سواد، وضعیت تغذیه، سیستم ارتباطات و وسایل ارتباط جمعی، وضعیت جاده‌ها و شرایط اقتصادی اجتماعی، میزان درآمد سرانه، تفریحات و سرگرمی‌های سالم، امید به زندگی، مشارکت مردم در برنامه‌های ارتقای سلامت. بی‌گمان این گوناگونی عوامل مؤثر و تعیین‌کننده بر سلامتی شهروندان می‌تواند خود به عنوان سومین چالش در فرآیند تنظیم مقررات از سوی دولت‌ها در حوزه سلامت عمومی تلقی گردد.

۳-۴. عدم وجود ضمانت اجرای کافی و مؤثر در حمایت از حق بر سلامت

اساساً برای اطمینان از اجرای قاعده حقوقی، تدابیری نیاز است که بر اساس آن، عکس‌العمل متناسبی در مورد تخلف از اجرای قواعد مزبور در نظر گرفته شود. هر تخلفی نیز اساساً ضمانت اجرا و عکس‌العمل خاص خود را اقتضا می‌نماید. اصطلاح حقوقی ضمانت اجرا به معنای حمایت مراجع ذیصلاح در اعمال قانون مبین همین ضرورت اجتماعی است. از این‌رو است که قواعد و مقررات حقوقی همواره نیازمند ضمانت‌های اجرایی می‌باشند. چنانچه در عمل ملاحظه می‌گردد عدم وجود ضمانت اجرای کافی و مؤثر در حوزه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های تنظیم مقررات در حوزه سلامت مستلزم بررسی و چاره‌اندیشی حقوقی است (اصغرnia، ۱۳۹۵، ص ۵۰).

۳-۴-۱. هزینه‌بر بودن و زمان‌بر بودن ارائه خدمات به شهروندان در حوزه سلامت (محدودیت‌های زمانی و بودجه‌ای)

چنانکه تجربه تاریخی دولت‌ها در سطح جهان نشان داده است، صرف‌نظر از دولت‌های اقتدارگرایی که توجه چندان مطلوبی به وضعیت حقوق و آزادی‌های شهروندان نداشته‌اند، آن دسته از دولت‌هایی که برای حقوق و آزادی‌های شهروندان خود ارزش و احترام قائل بوده و در جهت تحقق آن حقوق از طریق سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، قانون‌گذاری و تنظیم مقررات حمایتی کوشیده‌اند، در تمامی اقدامات خود با دو مقوله هزینه‌بر بودن و زمان‌بر بودن ارائه خدمات به شهروندان در حوزه سلامت مواجه بوده‌اند. بدیهی است این دو امر به عنوان محدودیت‌های بنیادین خارج از اراده دولت‌ها در تحقق حق بر سلامت عمومی شهروندان همواره وجود داشته است. از این‌رو دولت‌ها ناگزیر به لحاظ نمودن آن

دو در ارتباط با سیاست‌گذاری‌های در حال انجام در حوزه سلامت و برنامه‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و قانون‌گذاری و تنظیم مقررات در حوزه سلامت عمومی می‌باشند. این امر، به روشنی در ارتباط با وضعیت تخصیص بودجه به حوزه سلامت به طور عام و موارد مختلف قابل طرح ذیل آن به صورت خاص نیز قابل ملاحظه می‌باشد (اصغر نیا، ۱۳۹۵، ص ۴۵-۴۶).

مشکل اصلی و عمده‌ای که دولت‌ها در اجرای تعهدات ناشی از میثاق با آن دست به گریبان هستند، محدودیت منابع در دسترس دولت‌ها یا فقدان آن است. با توجه به این واقعیت که اجرا و تحقق یافتن استانداردهای مورد نظر میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی نیازمند استفاده حداکثری از منابع تحت اختیار دولت‌هاست، زمانی که دولت‌ها با عدم کفایت منابع داخلی مواجه هستند، باید تلاش کنند تا از طریق همکاری‌های بین‌المللی با سایر کشورها، از توانایی‌ها و استعدادها این دولت‌ها در جهت برطرف ساختن نقاط ضعف خود بهره بگیرند. در واقع میثاق تعهد به همکاری و مساعدت بین‌المللی را به عنوان راهکاری تکمیلی در اجرا و محقق ساختن حقوق مندرج در آن مقرر داشته است. اشاره به این تعهد این مسئله را به ذهن متبادر می‌سازد که ارائه همکاری و مساعدت بین‌المللی از سوی کشورهای ثروتمند و توسعه یافته به کشورهای ضعیف و ناتوان، به منزله اجرای فراسرزمینی تعهدات ناشی از میثاق باشد.

اشاره میثاق به مساعدت و همکاری بین‌المللی مهر تأییدی بر قابلیت اجرای فراسرزمینی مقررات آن است. در چارچوب انجام تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی، اقدامات دولت‌ها در سه قالب قرار می‌گیرد. در گام اول دولت‌ها ملزم هستند که از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در تحقق تدریجی حقوق اقتصادی اجتماعی و به ویژه حق بر سلامتی در کشورهای دیگر اجتناب کنند و از تحمیل اقدامات علیه دولت‌های دیگر که احتمال می‌رود مانع تحقق این حق شوند، خودداری نمایند این بدان معناست که دولت‌ها باید از ایجاد اختلال در حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در ورای مرزهای ملی خود اجتناب کنند. در گام بعدی برای اجرای تعهد به همکاری و مساعدت بین‌المللی، دولت‌ها موظفند که از مداخله طرفین ثالث از جمله افراد، گروه‌ها و نهادهای واقع در تحت صلاحیت دولت و نیز کارگزارانی که تحت اقتدار این دولت عمل می‌کنند، در بهره‌مندی از این حق در کشورهای دیگر جلوگیری کنند. در واقع دولت‌ها متعهدند که

مراقبت‌های مقتضی و لازم را به عمل آورند که هم حقوق بشر را در دیگر کشورها نقض نکنند و هم به نهادهای غیردولتی تحت صلاحیت خود اجازه ندهند که حقوق بشر را با اقدامات خود در آن سوی مرزهای ملی متأثر سازند از جمله انجام فعالیت‌هایی که باعث ایجاد آلودگی‌های فرامرزی می‌شوند.

در گام آخر، اجرای این تعهد متضمن فراهم ساختن کمک‌های فنی و اقتصادی بین‌المللی و دیگر اشکال مساعدت‌های بین‌المللی به منظور محقق ساختن عالی‌ترین استاندارد سلامتی در کشورهایی است که نیازمند این کمک‌ها می‌باشند. این همکاری و کمک‌های فنی و اقتصادی بین‌المللی در واقع مشخصه اصلی میثاق است، اما آنچه مبهم است، این است که دولت‌ها تا چه حدی قانوناً متعهدند که این مساعدت‌ها را برای تحقق حق بر سلامتی و سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کل به کشورهای نیازمند و خواهان کمک همکاری اعطا نمایند (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۶۱-۶۲).

اما اینکه دولت‌های توسعه یافته عضو میثاق تا چه حد خود را مقید به این همکاری بین‌المللی می‌دانند، مشخص نیست. به نظر می‌رسد که انجام این همکاری در چارچوبی نهادینه مثل سازمان ملل می‌تواند کارآیی بیشتری داشته باشد؛ به ویژه آنگاه که در سرزمین یک کشور عضو میثاق مخاصمه‌ای مسلحانه در جریان باشد یا حوادثی طبیعی مثل زلزله و سیل و رخ دهد و وضعیت بهداشتی و معیشتی شهروندان آن را با بحران مواجه سازد و حیات انسان‌های بی‌شماری به خطر افتد. در این وضعیت بحرانی که دولت ملی هم قادر به کنترل اوضاع نیست، باید از کمک‌های بین‌المللی استقبال نماید (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲، ص ۶۶).

عدم توجه به حق بر سلامت، تضييع اصول اولیه اعلامیه حقوق بشر و میثاقین شامل کرامت و شأن انسان‌ها است. وقتی دولت‌ها میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را بدون هیچ پیش شرطی می‌پذیرند، بایستی پروتکل الحاقی به این میثاق را پذیرفته و نظام نامه ملی خود برای ارتقای بهره‌مندی مردم از این حقوق از جمله حق بر سلامت را تدوین و کلیه ابزارهای قانونی، اداری، بودجه‌ای و قضایی لازم برای تحقق این حقوق را اتخاذ کنند.

به علاوه رویکرد حقوق بشر بایستی در همه برنامه‌های دولت وجود داشته و دولت

پاسخگویی مردم در این زمینه باشد (کوکبی، ۱۳۹۵، ص ۲۸). بنابراین، همکاری بین‌المللی عنصری مهم در تحقق و استقرار حق بر سلامتی و بهداشت در نظام بین‌المللی حقوق بشر به شمار می‌آید، هر چند که برخی مشکلات عملی بر سر راه اجرای آن وجود دارد که می‌تواند از تأثیر و کارایی آن بکاهد.

۴. نقش حکومت جمهوری اسلامی ایران در احقاق حق سلامت

حق بر سلامت به چهار مؤلفه به صورت حق فراگیر و عام‌الشمول، آزادی، استحقاقات فردی و اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات تقسیم می‌شود؛ که شاخص‌های آنها قبلاً مورد بررسی قرار گرفته و در جدول شماره (۱)، برای کشور ایران، عنوان شده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های مربوط به احقاق حق بر سلامت در کشور ایران

شاخص‌ها	۱۳۶۸-۷۲	۱۳۷۴-۷۸	۱۳۷۹-۸۳	۱۳۸۴-۸۸	۱۳۹۰-۹۴
شیوع بیماری ایدز در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال	۰.۱	۰.۱	۰.۱	۰.۱	۰.۱
پرداخت از جیب (درصد از کل هزینه)	-	۵۱.۹۳	۵۲.۵۶	۵۲.۸۴	۵۱.۶۳
امید به زندگی	۶۶	۶۸.۹	۷۰.۴	۷۲.۲	۷۴.۵
دسترسی به آب آشامیدنی مناسب (درصد از کل جمعیت)	۹۲.۳	۹۳.۴	۹۴.۵	۹۵.۳	۹۶
هزینه انجام شده در بخش آموزش توسط دولت (درصد از gdp)	۳.۴۲	۳.۵۷	۴.۲۹	۴.۳۳	۳.۲۲
نرخ باروری نوجوانان (در هر ۱۰۰۰ نفر)	۷۹	۴۹	۳۴	۳۰	۲۷
نرخ مرگ و میر نوزادان (در هر ۱۰۰۰ نفر)	۶	۵.۳	۵.۱	۵	۴.۶

شاخص‌ها	۱۳۶۸-۷۲	۱۳۷۴-۷۸	۱۳۷۹-۸۳	۱۳۸۴-۸۸	۱۳۹۰-۹۴
۱۰۰۰ نوزاد زنده)					
نرخ باروری	۴.۳	۲.۷	۲.۰۲	۱.۷۹	۱.۷۱
ضریب جینی (درصد)	۴۳.۶	۴۴.۱	۳۸.۳۵	۴۲.۰۲	۳۷.۳۵
زنان باسواد از کل زنان (درصد)	۵۶.۵	۶۶.۰۶	۷۰.۴	۷۷.۲۴	۸۰.۴۴
شکاف فقر	۵.۵۸	۳.۰۴	۲.۷۸	۰.۵۴	۰.۱۲
بیکاری زنان	۲۱.۲۹	۱۹.۶۶	۱۸.۲۲	۱۷.۱	۱۸.۲۴
کل بیکاری	۱۱.۴۵	۱۱.۹	۱۱.۸۷	۱۱.۲۸	۱۱.۳۰

مأخذ: بانک جهانی

بر اساس آمار مربوط به جدول (۱)، مؤلفه‌های حق بر سلامتی در کشور ایران، در دوره زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۴ (آخرین سالی که داده‌ها موجود بودند)، به صورت زیر مطرح می‌شوند:

الف) حق استحقاقات فردی در سلامت: در دوره مورد بررسی، نرخ باروری نوجوانان به صورت تزايدی، کاهش یافته است و از ۷۹ نفر در دوره ۶۸ تا ۷۲، به ۲۷ نفر در هر ۱۰۰۰ نوجوان، تا سال ۱۳۹۴، کاهش یافته است همچنین نرخ مرگ و میر نوزادان زنده متولد شده به ۴.۶ کاهش پیدا کرده است که این آمارها، بهداشت جنسی و بارداری و مراقبت‌های مناسب ناشی از آموزش را نشان می‌دهد.

البته، درست است که هزینه‌های پرداخت از جیبی که افراد به صورت مستقیم برای هزینه‌های بهداشتی‌شان لحاظ می‌کنند در دوره ۶۸ تا ۹۴، تغییر محسوسی نکرده است (تقریباً ۵۲ درصد gdp)، متتها هزینه‌کرد مناسب دولت‌ها در امر آموزش (تقریباً ۳.۵ درصد از gdp) و افزایش زنان باسواد از ۵۶ به ۸۹ درصد از کل زنان، در بهداشت باروری و پیشگیری‌های مناسب آنها مؤثر بوده، به صورتی که نرخ باروری را از ۴.۳ به ۱.۷ کاهش داده است. بعلاوه کنترل بیماری‌هایی مانند ایدز (که با وجود تغییر شرایط جامعه و ناامنی‌های مطرح در زمینه شیوع این بیماری) از دیگر نقاط قوت این بعد از حق سلامتی می‌باشد که به خوبی مورد توجه قرار گرفته است.

ب) حق رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه: بر اساس

مستندات مربوط به این بعد از حق سلامتی، علاوه بر شاخص‌های صرف سلامتی، شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی دیگری در باب توزیع مناسب و عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی دخیل هستند. بر این اساس، درست است که شاخص پرداخت از جیب در این دوره کاهشی پیدا نکرده اما کاهش شاخص‌هایی مانند شکاف فقر (به ۰.۱۲) و ضریب جینی (از ۴۳ به ۳۷) نشان‌دهنده، حرکت به سمت عدالت‌گستری بهتر دولت‌ها و توزیع مناسب‌تر درآمدها می‌باشد که قطعاً روی امکانات بهداشتی نیز، اثرگذار خواهد بود.

ج) حق فراگیر و عام‌الشمول سلامتی: بر اساس بنیادهای این شاخص، در دوره‌های مربوط به برنامه‌های توسعه پس از انقلاب، در سال‌های ۶۸ تا ۷۲، به صورت میانگین، حدود ۹۳ درصد از مردم از آب آشامیدنی و سالم برخوردار بوده‌اند که این رقم در دوره ۹۰ تا ۹۴ به ۹۶ درصد افزایش یافته است.

د) حق آزادی در سلامت: در کشور ایران، هیچ فردی به اجبار، مورد بررسی‌های سلامتی قرار نمی‌گیرد و تحت آزمایشات بالینی، واقع نمی‌شود که این، آزادی کامل افراد و تحقق این حق را در کشور نشان می‌دهد.

بر اساس کل آمار مطرح شده مربوط به ابعاد حق بر سلامتی در کشور ایران و بهبود شاخص‌های نماینده سلامتی (امید به زندگی از ۶۶ سال به ۷۴ و نرخ مرگ و میر نوزادان از ۶ به ۴.۶)، به خوبی واضح است، که در دوره زمانی ۶۸ تا ۷۴، از روند رو به رشد بهداشتی برخوردار بوده‌ایم و به لحاظ حقوق سلامتی، این حق برای آحاد جامعه (حداقل بر اساس آمار و ارقام)، احقاق شده است.

چنانکه در این پژوهش بیان گردید، حق بر سلامت از منظر هر دو رویکرد حقوق بشری و حقوق شهروندی حقی فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا از سوی دولت‌ها است به نحوی که انجام اقدامات خاصی را از سوی دولت‌ها طلب می‌نماید. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز قوانین و مقررات موضوعه داخلی کشورها در سطح جهان شناسایی و مورد پذیرش قرار گرفته است، تعهدات و تکالیف حقوقی ویژه‌ای را برای قوای مجریه و دولت‌ها در سطح ملی و فراملی به وجود می‌آورد. با این اوصاف، به نظر می‌رسد شناسایی حق بر سلامت در ذیل حقوق شهروندی، با توجه به وجود ضمانت‌اجراهای عینی و

دست‌یافتنی حقوق داخلی منطبق بر قوانین و مقررات موضوعه در چارچوب محدوده سرزمینی معین، زمینه لازم را برای ظهور و بروز این حق به نحو اکمل و احسن فراهم می‌کند و شهروندان جوامع سیاسی را به نحو مطلوب‌تری قادر خواهد ساخت تا به حقوق قانونی خویش دست یازند، لذا اگرچه ممکن است هر دولت کشوری با توجه به شرایط و مقتضیات مالی و بودجه‌ای خود و نیز سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و قوانین بالادستی خویش ارائه خدمات در حوزه سلامت را در مرتبه‌ای خاص از اولویت‌بندی از پیش تعیین شده قرار دهد، لیکن نفس لزوم ارائه خدمات مستمر در حوزه سلامت از سوی دولت‌ها با کیفیت بالاتر و هزینه پایین‌تر به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر افزایش میزان مطلوبیت و رضایت شهروندان امری خدشه‌ناپذیر می‌باشد، امری که دولت‌های پیشرو در اجرای حکمرانی خوب در سطح جهان، به نیکی به دنبال عینیت بخشیدن به آن می‌باشند. از این‌رو است که اشخاص حقوق عمومی به منظور شناسایی به هنگام نیازهای جدید و اقدامات خاص نظام‌مند در حوزه سلامت و نیز تنظیم روابط میان حاکمیت و اشخاص ثالث با شهروندان و یا همان استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت در جامعه، ناگزیر از تنظیم مقررات و متعاقباً اعمال نظارت لازم جهت حصول اطمینان از تحقق مفاد مقررات وضع شده در این حوزه می‌باشند. تنظیم مقررات در حوزه سلامت به دلیل وجود ابعاد و جوانب مختلف حقوقی، سیاسی و اجتماعی دارای اهمیت، چالش‌ها و الزامات خاصی است که به تفصیل در این مقاله بدان پرداخته شد. از این‌رو پیشنهاد می‌گردد تا اشخاص و نهادهای ذیصلاح تنظیم‌کننده مقررات در حوزه سلامت، ضمن رعایت نمودن و مدنظر قرار دادن این ملاحظات در تنظیم مقررات در حوزه سلامت با نگاهی جامع، منسجم، کل‌نگر و هدفمند به منظور تأمین هر چه مطلوب‌تر سلامت عمومی شهروندان و در نتیجه بالا رفتن سطح رضایت آنان و اهداف مدنظر از ارتقای سلامت عمومی شهروندان به تنظیم مقررات در حوزه سلامت بپردازند. همچنین با توجه به لزوم احتراز از هر گونه تصمیم‌گیری متعارض و بر خلاف اصول در مقاطع مختلف زمانی، پیشنهاد می‌گردد در کشورهایی که از یکسو خواهان تضمین حق بر سلامت عمومی شهروندان خویش هستند و از دیگر سو از عدم انتظام امور در حوزه سلامت آسیب دیده‌اند، از طریق تصویب لایحه و یا طرحی در قوه مقننه و مجالس قانونگذاری اقدام به ایجاد و تأسیس نهاد تنظیم‌کننده مقررات بخشی در حوزه سلامت نمایند. بدیهی است این امر در نظام سلامت جمهوری اسلامی

ایران نیز قابل انجام بوده و این اقدام می‌تواند آثار حقوقی بسیار مثبتی را برای شهروندان در حوزه سلامت در برداشته باشد (اصغرینیا، ۱۳۹۵، ص ۵۴-۵۵).

نتیجه‌گیری

همان‌طور که بر اساس تعریف تودارو مطرح شد، توسعه، گذار جامعه از مرحله‌ای به مرحله بالاتر را شامل می‌شود که مستلزم تغییرات اساسی در ساخت اجتماعی، طرز تلقی عامه مردم و نهادهای ملی، تسریع رشد اقتصادی، کاهش نابرابری و ریشه‌کن کردن فقر مطلق و... است. بیشترین دید و اولین رویکردی که از این تعریف برمی‌آید، بعد اقتصادی‌ای است که برای توسعه، لحاظ می‌شود که خود دو مفهوم کمی و کیفی دارد. بعد کمی توسعه، همان است که تحت عنوان رشد اقتصادی، یاد می‌شود و بعد کیفی آن، سایر ویژگی‌های مطرح شده را در برمی‌گیرد؛ بر این اساس، سایر ابعاد توسعه (توسعه اجتماعی، سیاسی و...) در بعد کیفی می‌گنجد که این عامل، همپوشانی این ابعاد را نشان می‌دهد.

از دیدگاه دیگر، تعریف مذکور به صورت متفاوتی بررسی می‌شود و آن این است که درست است که، سطح درآمد بالا، نشان‌دهنده استعداد بالقوه برای توسعه می‌باشد، اما اگر همگان در این درآمد سهیم نباشند، توسعه به وقوع نپیوسته است (این دیدگاه بر اصول بسیاری در توسعه مانند آزادی‌های کامل، از جمله آزادی از فقر، تکیه دارد).

بر اساس این دیدگاه، توسعه نه تنها به عنوان فرآیند بلکه به عنوان نتیجه هم تلقی می‌شود و بنابراین، استاندارد مناسبی از زندگی، مراقبت بهداشتی متناسب، برابری جنسیتی، آموزش متناسب و...، نه تنها هدف توسعه بلکه، جزئی از نیازهای اولیه ایجاد برای افراد تلقی می‌شوند و این همان چیزی است که از آن، تحت عنوان حق، یاد می‌شود (حق بر اشتغال، حق بر محیط زیست سالم، حق بر سلامت و...).

در این میان حق سلامتی، از اهمیت‌های بالاتری برخوردار است، چرا که در وهله نخست، سلامتی وابسته به پیش‌شرط‌های فراوانی برای حفظ و تداوم است. مانند محیط زیست سالم، آب آشامیدنی سالم، تغذیه سالم و کافی، شرایط کار و حرفه‌ای سالم، نظافت و بهداشت و

بنابراین حق بر سلامت با حق‌های بشری دیگری ارتباط پیدا می‌کند همانند حق حیات، حق غذا، حق مسکن و پوشاک، حق آزادی بیان، حق دسترسی به اطلاعات، حق

شغل و حق آموزش و پرورش (که از تمامی این شرایط مناسب به توسعه و توسعه یافتگی و بر اساس بیانیه سازمان ملل به حق بر توسعه تعبیر می‌شود).

دوم اینکه سلامتی، وضعیتی بسیار شکننده است که همواره در معرض آسیب و تهدید است. این مسئله خود مستلزم جلوگیری یا کاستن از عوامل تهدیدکننده همانند آلودگی زیست محیطی است. از سوی دیگر نیاز به بازگرداندن سلامتی پس از ابتلا به عوامل تهدیدکننده و وجود امکانات و مراقبت‌های پزشکی را ضروری می‌سازد. از این رو تعریف حق سلامتی به گونه‌ای که از حق‌های همجوار و مرتبط متمایز شود و حوزه‌هایی را که مستقیم به سلامتی مربوط شود دربرگیرد، مشکل‌تر خواهد کرد.

به عبارتی، علاوه بر اینکه احقاق حقوق سلامتی عمومی و خصوصی در جوامع، از زیربنای دستیابی به جامعه‌ای توسعه یافته می‌باشد، توسعه یافتگی نیز از اصول اولیه احقاق حقوق سلامتی است؛ به صورتی که اگر جامعه‌ای از بنیادهای اولیه توسعه (وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، زیست محیطی و...) برخوردار نباشد، قطعاً در احقاق این حق نیز با مشکل مواجه خواهد شد.

بنابراین از آنجایی که، احقاق حق بر سلامت زیربنای توسعه جوامع محسوب می‌شود، به نظر می‌رسد که جوامعی که در احقاق این حق، به درستی گام بردارند، قدمی بزرگ به سمت توسعه خواهند برداشت و از آنجایی که، حکومت جمهوری اسلامی ایران، ابعاد این حق را، که شامل حق فراگیر و عام‌الشمول، آزادی، استحقاقات فردی و اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات می‌باشند، به خوبی مورد توجه قرار داده و نسبت به سایر کشورهای منطقه در وضعیت مناسب‌تری از جایگاه احقاق حق بر سلامت برخوردار می‌باشد، به نظر می‌رسد که گام بزرگتری را در مسیر فرآیند توسعه برداشته است.

اما در مسیر بهبود این فرآیند، و از آنجایی که، در کشور ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی حق سلامت را به عنوان یک حق بنیادین، رسمی کرده و آن را در نظام حقوقی خود شناسایی کرده است، دولت‌ها موظف‌اند که یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق آن در نظر بگیرند و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی تلاش کنند و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت کیفری از این حقوق پردازند.

یادداشت‌ها

1. General Comment
2. Concluding Observations
3. Obligation to respect
4. Obligation to protect
5. Obligation to Fulfill

کتابنامه

- آل کجباف، حسین (۱۳۹۲)، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۴.
- اسکندری، معصومه (۱۳۹۰)، تأثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور.
- اصغرنیا، مرتضی (۱۳۹۵)، چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، شماره ۳۷، تابستان ۱۳۹۵.
- تودارو، مایکل (۱۳۶۶)، ترجمه مصطفی سرمدی و پروین ریسی فرد، مهاجرت داخلی در کشورهای در حال توسعه، بررسی نظریه‌ها، مدارک، روش‌ها و اولویت‌های تحقیق، تهران: نشر مؤسسه کار و تأمین اجتماعی.
- جان قربان، رکسانا، لطیف‌نژاد رودسری، رباب، تقی‌پور، علی، عباسی، محمود (۱۳۹۳)، مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌الملل حقوق بشر، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۷، شماره ۱۰۰.
- عباسی، محمود (۱۳۹۳)، «مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۷، شماره ۱۰۰.
- عباسی، محمود؛ دهقانی، غزاله و رضایی، راحله (۱۳۹۴)، «الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فرآروی آن»، مجله علمی سازمان پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲.
- کوکبی، فاطمه (۱۳۹۵)، «قابلیت دادخواهی حق بر سلامت در نظام حقوق بین‌الملل»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، شماره ۳۷.
- نیاورانی، صابر و جاوید، احسان (۱۳۹۲)، «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، شماره ۴۱.

- Bettcher, Douglas W, Yach, Dreck & Guindon, G. Emmanuel , (2000), "Global Trade and Health: Key Linkage and Future Challenges" *Bulletin of The World Health Organization*, Vol, 78, No.4.
- CESCR (2000). "The right to the highest Attainable standard of Health" *General Comment*, No.14.
- Cortina, Jeronimo, Taran, Patrick, Raphael, Alison (2014), Migration and Youth: challenges and opportunities, key Messages and Policy Recommendedations, This Chapter is Part of

۱۴۸ پژوهشنامه حقوق اسلامی، سال هجدهم، شماره دوم (پیاپی ۴۶)، پائیز و زمستان ۱۳۹۶

the book” Migration and Youth: Challenges and Opportunities, Editor by Cortina, Jeronimo, Taran, Patrick, Raphael, Alison on behalf of the Global Migration Group 2014, Unicef.

Furtado, C. (1969), Economic Development of Latin America. Cambridge University Press, Cambridge.

WHO, ”Health-For-All Policy For the Twenty-First Century”, what Res.51/7, 16 May 1998, (WWW.WHO.int)

WWW.WHO.int

Archive of SID

پژوهشنامه حقوق اسلامی، سال هجدهم، شماره دوم (پیاپی ۴۶)، پاییز و زمستان ۱۳۹۶، صص ۱۴۹-۱۷۰

Archive of SID