

رویکردی بر نظریه: «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»

میرسجاد سید موسوی*

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۵

چکیده

بارزترین نمود و شاخص‌ترین بیان از تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامتی را می‌توان در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشاهده نمود که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد؛ اصطلاح «حق بر سلامت» را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض نمود، اما به تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات اطلاق می‌گردد که دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی، بدان متعهد و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری داشته و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته‌اند. شایان توجه است، کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل در نگارش ماده ۱۲ میثاق، تعریف سلامت مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی را به «وضعیت بهروزی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» نپذیرفت. با وجود این، اشاره بند اول ماده ۱۲ میثاق به «بالاترین سطح قابل وصول سلامت جسمی و روانی، محدود به حق بر مراقبت سلامتی نیست. برعکس، تاریخچه تدوین و عبارات صریح بند دوم ماده مزبور به این نکته اذعان دارد که حق بر سلامت، دربرگیرنده طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی است که شرایط و وضعیتی را پیش‌بینی و ارتقا می‌دهد که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی مؤثر بر سلامتی، نظیر آب سالم، تغذیه کافی، مسکن مناسب و بهداشت عمومی و حرفه‌ای دسترسی داشته باشند. بدین‌سان، مصادیق غیر حصری مندرج در این ماده، در تعریف اقدامی که دولت‌ها باید اتخاذ کنند،

* استادیار گروه علوم پایه دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

mosavi_saied@yahoo.com

رهنمودهایی ارائه می‌دهد. این مقاله تلاش دارد تا فهرستی از نمونه‌های فراگیر و مشخصی از اقدامات لازم و بایسته را عرضه نماید که از تعریف موسع حق بر سلامتی مندرج در بند ۱ ماده مزبور سرچشمه می‌گیرد و بدین سان محتوای این حق را به نحو مندرج در این نوشتار روشن و تحلیلی مفهومی، هنجارین، راهبردی و بلکه کاربردی از آن بدست دهد.

کلید واژگان:

تعهدات دولت، حق بر سلامت، میثاق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱ به عنوان عالی‌ترین مرجعیت سازمان بخش بر سلامت جامعه جهانی، در یک رویکرد توسعه‌گرایانه و فراخ‌اندیش، هدف خویش را دستیابی مردم به بیشترین سطح سلامت ممکن بیان داشته، در مقدمه اساسنامه خود تندرستی یا سلامت را عبارت از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان قلمداد می‌نماید. به زعم برخی صاحب‌نظران سلامت، هرچند تعریف مزبور از سلامتی، یک تعریف آرمان‌گرایانه و عملاً دست‌نیافتنی است، گویی این تعریف همانند قله مرتفعی است که صعود و فتح آن بسیار مشکل می‌نماید. با وجود این، تلاش همه افراد به سمت و سوی آن و هدف همگان در راستای رسیدن بدان است. این یک مفهوم پویایی است که به ما کمک می‌کند تا خوب زندگی کنیم، خوب کار و فعالیت نماییم و خوب از زندگیمان لذت ببریم و همواره امیدوار بمانیم.

مؤلفه‌هایی که همواره سازمان بهداشت جهانی برای زندگی سالم مورد توجه و تأکید قرار داده‌است، عبارت‌اند از: عوامل ژنتیکی، تغذیه سالم، هوای پاک، آب پاکیزه، خاک نیالوده، نور کافی، محیط امن برای تن، خواب آرام و داشتن زمان کافی برای استراحت و آسایش، داشتن رابطه خوب با افراد پیرامون، نبود ترس و فشار مزمن در محل کار، عشق ورزیدن و توانایی دوست داشتن و محبوب کسی بودن، داشتن شریک زندگی خوب، فرزند شایسته، خانواده و اطرافیان مهربان، مردم‌داری، مهارت‌های اجتماعی، توجه به خویشتن، داشتن اعتماد به نفس، حق موفقیت و به رسمیت شناخته شدن از سوی دیگران، حس امنیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، آزادی بیان، آزادی عقیده، خلاقیت و فعالیت‌های آفرینش‌گرانه، تجربه عشق و خاطره‌های باارزش و ...

اما آنچه از بیان عباراتی که در قالب حق‌ها و آزادی‌های فوق به ذهن متبادر می‌شود، این است که عوامل مؤثر و تعیین‌کننده سلامت از منظر سازمان بهداشت جهانی از سطح عناصر صرفاً جسمانی و روانی به سطوح اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی معنوی ارتقا یافته است. از این حیث، طرح نظریه «دسترسی به بالاترین سطح قابل حصول سلامت» و رسیدن به دغدغه‌های حداکثری انسان در جوامعی که از نظر فرم و محتوا واجد خصوصیات توسعه انسانی و

1. World Health Organization

توجه به کرامت و سعادت انسان، احترام به افکار و اندیشه‌های خلاق و جستجوگر علمی است، هرگز خواست ناروا و مطالبه‌ای غیر من وجه نبوده و نخواهد بود. در این مقاله بیشتر به این موضوع می‌پردازیم.

۱. تحلیل مفهومی حق بر سلامت

تحلیل مفهومی حق بر سلامت بر این هدف تمرکز دارد تا مفاهیم اصلی و بنیادین این حق بشری را بر اساس نص صریح اسناد بین‌المللی و تفاسیر مبتنی بر آن که از سوی مراجع تخصصی ذیصلاح در این خصوص ارائه گردیده است، تبیین و تحلیل نماید.

۱. حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی به رسمیت شناخته شده است: حق بر سلامت به عنوان حقی بشری است که در اسناد متعدد بین‌المللی و منطقه‌ای به رسمیت شناخته شده است. از آن جمله می‌توان به بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸^۱، مبنی بر حق هر کس بر سطح زندگی کافی برای سلامتی خود و خانواده‌اش، بند ۱ و ۲ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص حق بر بالاترین سطح قابل وصول سلامتی به همراه مصادیق و اقدامات عملی دولت‌ها در تحقق کامل این حق بشری، ماده ۵ کنوانسیون بین‌المللی محو کلیه اشکال تبعیض نژادی^۲، مبنی بر تضمین حق هر فرد انسانی فارغ از هرگونه تبعیض نسبت به سلامتی عمومی، مواد ۱۱ و ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان^۳ در خصوص تکلیف دولت‌های عضو، به اتخاذ اقدامات مقتضی، به منظور تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامت و ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک^۴ مبنی بر حق هر کودک در برخورداری از بالاترین معیارهای بهداشتی و تسهیلات قابل حصول درمانی، اشاره نمود. همچنین چندین سند منطقه‌ای حقوق بشری حق بر سلامت را باز می‌شناسد؛ نظیر ماده ۱۱ (اصلاحی) منشور اجتماعی اروپا^۵، ماده

1. The Universal Declaration of Human Rights (1948).
2. The International Convention on the Elimination of All forms of Racial Discrimination. (1965).
3. The Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women.(1979).
4. The Convention on the Rights of the Child . (1989).
5. The European Social charter. (1961).

۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها،^۱ ماده ۱۰ از پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.^۲ همچنین حق بر سلامت توسط کمیسیون حقوق بشر و نیز اعلامیه و برنامه عمل وین^۳ و بطور اختصاصی‌تر، توسط سایر اسناد و مستندات بین‌المللی ابراز گردیده است.

۲. تعاریف و مصادیق حق بر سلامت، تمثیلی و غیرحصری است: بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد، تعریفی از سلامتی به دست می‌دهد و بند ۲ آن به بیان تمثیلی و غیر حصری مصادیق تعهدات دولت‌های عضو می‌پردازد.

۳. حق بر سلامت، به معنای حق بر سالم بودن نیست: حق بر سلامت را نباید معادل حق بر سالم بودن دانست؛ چرا که حق بر سلامت هم حاوی آزادی‌ها و هم دربرگیرنده استحقاق‌هاست. آزادی‌ها شامل حق کنترل سلامت و جسم خود، از جمله آزادی جنسی و تولید مثل و حق آزاد بودن از مداخله، نظیر حق آزاد بودن از شکنجه، مداوا و آزمایش پزشکی غیررضایی است. در مقابل، استحقاق‌های مربوط به این حق، شامل حق بر بهره‌مندی از سیستم حمایت سلامتی است که برابری فرصت‌های مساوی، برای مردم، در بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت را به ارمغان می‌آورد.^۴

۳. حق بر سلامت حقی فراگیر است: براساس بند اول و دوم از ماده ۱۲ میثاق که به بیان تمثیلی و غیرحصری مصادیق مربوط به اقدامات دولت‌ها، به منظور تحقق حق بر سلامت می‌پردازد. کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل، حق بر سلامت را حقی فراگیر تفسیر نموده است که نه فقط شامل مراقبت‌های سلامت به موقع و مناسب، بلکه دربردارنده عوامل اساسی تأثیرگذار بر سلامتی، نظیر دسترسی به آب سالم و آشامیدنی و نظافت عمومی، عرضه کافی و مناسب غذای سالم، مسکن مناسب، شرایط ایمن شغلی و بهداشت حرفه‌ای، محیط زیست و دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامت، از جمله سلامتی جنسی و تولید مثل است.^۵ همچنین یکی دیگر از ابعاد مهم حق بر سلامت، در قالب سطوح محلی، ملی،

1. The African Charter on Human and Peoples Rights. (1981).

2. The Protocol to American convention on Human Rights. (1988).

3. Vienna Declaration and Progame of Action (1993) .

۴. تفسیر عمومی شماره ۱۴ میثاق، پیشین، صص ۵۵۱ و ۵۵۲.

۵. تفسیر عمومی شماره ۱۴ میثاق، پیشین، ص ۵۵۲.

منطقه‌ای و بین‌المللی است که می‌تواند نقش بسیار مؤثری در تحقق اهداف و آرمان‌های این حق بشری به‌شمار آید.

۴. تحقق «بالاترین سطح قابل حصول سلامتی» مستلزم پیش‌شرط‌هایی است: مفهوم «بالاترین سطح قابل حصول سلامتی» مندرج در بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هم مستلزم پیش‌شرط‌های زیستی، اجتماعی و اقتصادی فرد و هم نیازمند منابع در اختیار دولت است؛ به طوری که بسیاری از ابعاد وجود انسان، خارج از چهارچوب رابطه میان دولت و فرد قرار می‌گیرد. از همین رو، سلامت کامل، قابل تضمین توسط دولت نیست و دولت‌ها نمی‌توانند در مقابل هر علت محتمل بیماری یا عوامل مخاطره‌ساز سلامت انسان، اقدامات حمایتی به عمل آورند.^۱ به عنوان مثال، عوامل ژنتیکی، حساسیت فرد نسبت به عوامل سلامت و عادت‌های نادرست و سبک‌های ناسالم و پرخطر زندگی و محیط کار، ممکن است نقش مهمی در سلامت فرد ایفا نماید. در نتیجه، حق بر سلامت را باید حق بر بهره‌مندی از تنوعی از تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط ضروری، برای تحقق بالاترین سطح سلامت تعبیر نمود.^۲ بدین‌سان تحقق کامل مفهوم «بالاترین سطح قابل حصول سلامت» بدون وجود بسترهای زیست‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی، از یک طرف و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت، مقدور و میسر نمی‌گردد.

۲. تحلیل هنجارین حق بر سلامت

تحلیل هنجارین حق بر سلامت بر آن است تا نرم‌ها و قواعد پذیرفته شده رفتاری مستند به اسناد مهم بین‌المللی در خصوص موضوع را که بصورت نسبتاً گسترده‌ای در چهارچوب هنجارهای حقوق بشر پیش‌بینی و مورد پذیرش قرار گرفته است، تبیین و تحلیل نماید.

۱. سلامتی یک حق بشری بنیادین است: سلامتی از جمله مهم‌ترین و اساسی‌ترین حق‌های بشری است که برای اعمال سایر حق‌های بشری ضروری و بلکه اجتناب‌ناپذیر است. هر انسانی فارغ از تفاوت‌های جنسیتی و ملیتی، استحقاق برخورداری از بالاترین سطح قابل

۱. پیشین، ص ۵۵۲.

۲. همان.

وصول سلامتی را دارد تا در نتیجه آن بتواند به یک زندگی سالم همراه با کرامت انسانی نایل آید.

۲. سلامت مفهومی در حال تغییر است: از زمان تصویب دو میثاق بین‌المللی در سال ۱۹۶۶، وضعیت سلامت جهانی شدیداً در معرض تغییر و تحول قرار گرفته و مفهوم سلامت، تغییراتی بنیادین به خود دیده است. به طوری که قلمرو این بخش از دانش بشری به شدت توسعه یافته و حوزه‌های جدید و نوینی بدان افزوده شده است. هم‌اینک عوامل مؤثر بر سلامت، نظیر توزیع منابع و تفاوت‌های جنسیتی مورد توجه قرار گرفته است. تعریف موسع‌تر از سلامت، دغدغه‌ها و نگرانی‌های اجتماعی، همانند انواع خشونت و مخاصمات مسلحانه را مدنظر قرار داده است.^۱ همچنین بروز و ظهور بسیاری از بیماری‌های نوپدید همچون ویروس اچ‌آی‌وی و بیماری‌های دیگری با قدرت شیوع و دامنه بیشتر، نظیر انواع سرطان، از یک طرف و نیز رشد سریع جمعیت جهان و تمهیدات بهداشتی و انواع آلودگی، موانع تازه‌ای فراروی تحقق حق بر سلامت نهاده است.

۳. حق بر سلامت در پیوند با سایر حق‌های بشری است: حق بر سلامت، پیوند نزدیک و تنگاتنگی با تحقق سایر حق‌های بشری مندرج در منشور بین‌المللی حقوق دارد. این پیوستگی و وابستگی تا به جایی است که هرگونه برخورداری و استیفای از سایر حقوق بشری موقوف و موقوف به بهره‌مندی از سطحی قابل قبول از سلامت دارد. از آن جمله می‌توان به حق حیات، غذا، مسکن، کار، آموزش، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات، آزادی تشکل، اجتماعات و جابجایی، برابری و عدم تبعیض اشاره نمود.^۲ شایان ذکر است، این حق‌ها و آزادی‌ها به نحو لازم و ضروری به حق بر سلامت وابسته و پیوسته است و جزء لاینفک و لایتجزای امکان برخورداری از یک زندگی سالم را نوید می‌دهد.

۴. بهره‌مندی کامل از حق بر سلامت هدفی دوردست است: با عنایت به فاصله موجود میان اقشار مختلف جامعه، از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و شکاف روبه رشد این طبقات،

۱. نک: ماده مشترک کنوانسیون‌های ژنو برای حمایت از قربانیان جنگ (۱۹۴۹). ماده ۷۵ پروتکل اول الحاقی (۱۹۷۷) درخصوص حمایت از قربانیان مخاصمات مسلحانه بین‌المللی و ماده ۴ پروتکل دوم الحاقی (۱۹۷۷) راجع به حمایت از قربانیان مخاصمات مسلحانه غیربین‌المللی.

۲. تفسیر عمومی شماره ۱۴، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، درخصوص حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامتی، ص ۵۵۱.

به‌ویژه افزایش رو به رشد ثروت طبقه مرفه و کاهش غیرقابل مهار قدرت خرید طبقه متوسط و پایین جامعه، از یک طرف و نیز محدودیت منابع دولت‌ها، در تأمین و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی، بهره‌مندی کامل از حق بر سلامت، برای میلیون‌ها انسان در سراسر جهان، هنوز هدفی دور دست به شمار می‌آید. همچنین در بسیاری از موارد، به ویژه برای آنان که در فقر اقتصادی به سر می‌برند، این هدف روز به روز دست نیافتنی‌تر می‌شود. کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل، از موانع سرسخت ساختاری و غیرساختاری ناشی از عوامل بین‌المللی و سایر عوامل خارج از کنترل دولت‌ها که تحقق کامل حق بر سلامت را در بسیاری از کشورهای عضو، دشوار می‌سازد، اظهار آگاهی می‌نماید.^۱ با وجود این، به نظر می‌رسد هرگونه استناد به مواردی از این دست، مسئولیت و تعهد دولت‌ها را در راستای تلاش به تحقق حق بر سلامت زایل نمی‌نماید.

۳. تحلیل راهبردی حق بر سلامت

حق بر سلامتی، در تمامی سطوح و در همه اشکال و نمودها حاوی اصول به هم پیوسته و مرتبطی است که نقش اساسی و تأثیرگذاری در تحقق کامل این حق دارد. با وجود این، کاربرد دقیق و مناسب آنها بستگی به شرایط و مقتضیات حاکم بر هر کشور خواهد داشت، ولی اصول راهبردی حاکم بر این حق، همانند محتوای اصلی حق بر سلامت، به اندازه کافی دارای انعطاف است که پذیرش جهانی را به ارمغان آورد.

۳.۱. در اختیار بودن

امکانات، تسهیلات، کالاها و خدمات سلامت، بر اساس برنامه‌های سلامت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید به مقدار کافی در درون دولت عضو، در اختیار و موجود باشد. تنوع و میزان دقیق این تسهیلات و خدمات، برحسب عوامل متعددی از جمله سطح توسعه‌یافتگی کشور عضو، تفاوت خواهد داشت. با وجود این، ضروری است، تسهیلات مزبور دربرگیرنده عوامل اساسی سلامت، نظیر آب سالم و آشامیدنی، تأسیسات کافی، نظافت عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی و سایر اماکن مرتبط با سلامت، کادر مجرب و آموزش‌دیده پزشکی و

۱. تفسیر عمومی شماره ۱۴، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ص ۵۵۱.

پیراپزشکی با دریافت حقوق قابل رقابت داخلی و داروهای اساسی براساس تعاریف و استانداردهای مورد عمل سازمان بهداشت جهانی خواهد بود. بدینسان برقراری کامل خدمات بهداشتی و درمانی و تحقق حق بر سلامت، مستلزم پیش‌بینی و تأمین امکانات، تسهیلات، کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی به اندازه‌ی تمامی جمعیت یا همه گروه‌های هدف در نظام سلامت است.

۳.۲. قابل دسترس بودن

لازم است امکانات، کالاها و خدمات سلامت در محدوده‌ی صلاحیت کشورهای عضو، برای همه، بدون تبعیض و قابل دسترسی باشد. شایان ذکر است، قابلیت دسترسی دارای چهار بعد همپوش، به قرار ذیل است:

۱. عدم تبعیض: به گونه‌ای که امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید در دسترس همه، به‌ویژه برای آسیب‌پذیرترین یا به‌حاشیه‌رانده‌ترین بخش‌های جمعیت باشد. به طوری که این دسترسی هم به لحاظ قانونی و هم به لحاظ اجرایی و عملی، بدون تبعیض باشد.^۱
۲. قابلیت دسترسی فیزیکی: به طوری که امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید برای همه بخش‌های جمعیتی به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر یا در حاشیه، نظیر اقلیت‌های قومی و جمعیت‌های بومی، زنان، کودکان، نوجوانان، سالمندان، اشخاص دارای معلولیت و اشخاص مبتلا به اچ آی وی (ایدز) به طور ایمن، در دسترس فیزیکی باشد. قابلیت دسترسی فیزیکی، همچنین بدان معنی است که خدمات پزشکی و عوامل اساسی سلامت نظیر آب سالم و آشامیدنی و امکانات کافی نظافت، به‌ویژه در مناطق روستایی، در دسترس باشد.^۲ همچنین دسترس‌پذیری ممکن است شامل دسترسی کافی به اماکن و تسهیلات سلامت، برای اشخاص دارای معلولیت جسمانی و روانی باشد.

۱. مستفاد از بند ۱۸ و ۱۹ تفسیر عمومی ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مبنی بر دسترسی برابر و به موقع به خدمات سلامت و عدم تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و عوامل اساسی سلامتی فارغ از هرگونه تفاوت‌های جنسیتی، ملیتی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی.

۲. تفسیر عمومی ماده ۱۲ میثاق، پیشین، ص ۵۵۳.

۳. قابلیت دسترسی اقتصادی: به ترتیبی که امکانات، کالاها و خدمات سلامتی باید از نظر هزینه برای همه، به ویژه اقشار متوسط و پایین جامعه قابل تحمل باشد.^۱ پرداخت هزینه خدمات مراقبت سلامت و نیز خدمات مرتبط با عوامل اساسی سلامت، باید مبتنی بر اصل انصاف باشد و اطمینان حاصل شود که هزینه این خدمات اعم از اینکه توسط بخش خصوصی یا عمومی ارائه شود، برای همه، از جمله برای گروه‌های محروم اجتماعی، قابل تحمل‌پذیر باشد. به طوری که اصل انصاف اقتضا می‌کند، خانوارهای فقیرتر نباید در مقایسه با خانوارهای ثروتمندتر، به صورتی نامتناسب متحمل هزینه‌های سلامتی گردند.

۴. قابلیت دسترسی به اطلاعات: این قابلیت دسترسی شامل حق جستجو، دریافت و انتقال اطلاعات و اندیشه‌هایی^۲ است که مرتبط با مسائل و موضوعات سلامت است. شایان توجه است، قابلیت دسترسی به اطلاعات نباید به حق محرمانه نگاه داشتن داده‌های شخصی سلامت لطمه وارد سازد.

۳.۳. قابل پذیرش بودن

قابلیت پذیرش یا قابل پذیرش بودن، بدین معنی است که کلیه امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید اصول و موازین اخلاق پزشکی را محترم شمارد و از نظر هنجارهای فرهنگی متناسب باشد؛ به طوری که به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی جامعه و باورهای ارزشی افراد، اقلیت‌ها و گروه‌های مذهبی، سیاسی و اجتماعی احترام بگذارد، نسبت به الزامات جنسیتی و چرخه حیات زیستی حساس باشد و همچنین طوری طراحی و اجرا گردد که موازین رازداری را مراعات نماید^۳ تا بتواند در راستای بهبود وضعیت سلامت اشخاص و گروه‌های ذی‌ربط، تأثیرات مثبت و قابل قبولی بر جای گذارد.

۳.۴. کیفیت خدمات سلامت

کیفیت، امکانات، کالاها و خدمات سلامت، علاوه بر قابل پذیرش بودن به لحاظ فرهنگی و اجتماعی، باید از نظر علمی و تخصصی نیز مناسب و دارای کیفیت مطلوب باشد. این موضوع

۱. همان.

۲. نک بند دوم از ماده ۱۹ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی.

۳. بند ۱۲ (ج) تفسیر عمومی شماره ۱۴ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی، پیشین، ص ۵۵۴.

مستلزم کادر مجرب و کارآموده پزشکی و پیراپزشکی، داروهای مورد تأیید، مراجع ذیصلاح و تجهیزات بیمارستانی، تأسیسات بهداشت عمومی و حرفه‌ای است.^۱ به این ترتیب، کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در یک نظام سلامت باید از استانداردها و نرم‌های لازم برخوردار باشد. در عین حال، این امکانات، کالاها و خدمات، باید با شرایط خاص مربوط به هر کشور عضو نیز تناسب و تطابق داشته باشد.

شایان توجه است که براساس گزارش نهادهای وابسته به سازمان ملل متحد، کشورهای فراوانی وجود دارد که هزینه‌های بهداشتی و درمانی در آنها غالباً به بیمارستان‌های بزرگ مناطق شهری و توسعه‌یافته اختصاص دارد تا اجتماعات حاشیه‌ای که نیاز به بهبود دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی مفید دارند.^۲ به این ترتیب، مشخص می‌گردد چنین شیوه‌ای ناقص حق بر سلامت و مغایر اصول و معیارهای حاکم بر این حق بشری از جمله توزیع جغرافیایی عادلانه است.

۳.۵. رفتار برابر و عدم تبعیض

هر چند میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به موجب بند ۲ ماده ۲ و ماده ۳، هرگونه تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و عوامل اساسی سلامتی و نیز ابزار و استحقاق‌های تحصیل آنها به دلایل نژاد، رنگ، جنس، زبان، دین، عقیده سیاسی یا غیرسیاسی، خاستگاه ملی یا اجتماعی، مالکیت، تولد، ناتوانی جسمی یا روانی، وضعیت سلامتی (از جمله اچ.آی.وی)، گرایش جنسی و وضعیت مدنی، سیاسی، اجتماعی یا غیره را که هدف یا اثر آن از میان بردن یا لطمه زدن به بهره‌مندی یا اعمال برابر حق بر سلامتی است، ممنوع می‌سازد، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأکید دارد که بسیاری از اقدامات، مانند اکثر راهبردها و برنامه‌های طراحی شده برای محو تبعیض مرتبط با سلامتی، می‌تواند با کمترین آثار مالی از طریق تصویب، اصلاح یا لغو قوانین یا توزیع اطلاعات پیگیری شود. کمیته مزبور، بند ۱۲ تفسیر عمومی شماره ۳ خود را یادآور می‌شود که اشعار می‌دارد: حتی به هنگام محدودیت‌های شدید منابع، اعضای

۱. همان.

2. Gillespie, S, How Nutrition Improves a report based on an ACC/SCN Workshop held on 25–27 September 1993 at the 15th IUNS International Congress on Nutrition, Adelaide, Australia, 1996, p 47.

آسیب‌پذیر جامعه باید با اتخاذ برنامه‌های نسبتاً کم‌هزینه و هدفمند مورد حمایت قرار گیرند.^۱ بدین‌سان روشن می‌گردد که با وجود جهت‌گیری اصلی اسناد بین‌المللی حقوق بشری به سمت برابری و عدم تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت، گروه‌های خاص و اعضای آسیب‌پذیر جامعه به لحاظ وضعیت ویژه خود دارای اولویت و ارجحیت قابل ملاحظه‌ای نسبت به سایر اقشار مرفه و دارای جامعه هستند و از این حیث در مرتبه اول از این هرم قرار می‌گیرند.

بنابراین، درخصوص حق بر سلامتی، برابری دسترسی به مراقبت‌ها و خدمات سلامتی باید مورد تأکید قرار گیرد. دولت‌ها تعهدی ویژه دارند تا بیمه ضروری سلامتی و تسهیلات مراقبت سلامتی را در اختیار کسانی قرار دهند که ابزار کافی در دست ندارند و در ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامتی از هر تبعیض بر اساس دلایل ممنوع شده بین‌المللی، به‌خصوص در زمینه تعهدات کلیدی مربوط به حق بر سلامتی جلوگیری کنند.^۲ تخصیص نادرست منابع سلامتی ممکن است منجر به تبعیضی شود که آشکار نیست. مثلاً سرمایه‌گذاری‌ها نباید به صورت نامتناسبی به سمت خدمات پرهزینه درمان سلامتی که اغلب فقط برای قشر دارا و برخوردار جامعه قابل دسترس است، هدایت شود، به جای آنکه صرف مراقبت اولیه و پیشگیرانه سلامتی شود که بخش بزرگ‌تری از جمعیت از آن بهره‌مند گردند.^۳

۴. تحلیل محتوایی حق بر سلامت

از آنجا که درک کامل از تعهدات دولت‌ها و فهم دقیق مفاهیم تعهدات درخصوص حق بر سلامت، مستلزم تحلیل محتوای اسناد مبتنی بر حق بر سلامت است، به بررسی و تحلیل محتوایی حق بر سلامت می‌پردازیم.

۴.۱. حق بر سلامتی مادران، کودکان و تولید مثل

به موجب بند اول از ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد، در

1. See : General Comment No.14, op-cit, para 18.

۲. در مورد تعهدات محوری یا اصلی به توضیحات مندرج در گفتار اول از فصل دوم این پژوهش مراجعه فرمایید.

3. See : General Comment No.14, op-cit, para 19.

بند دوم این ماده، اقداماتی را که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق بر سلامت اتخاذ نمایند، برمی‌شمرد. این موارد شامل عناوین ذیل است:^۱

(الف) پیش‌بینی کاهش نرخ مرده‌زایی و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛

(ب) بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی؛

(ج) پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها؛

(د) ایجاد شرایط تأمین‌کننده خدمات پزشکی و مراقبت پزشکی برای همگان در صورت ابتلا به بیماری.

۴.۲. حق بر محیط سالم طبیعی و محل کار

میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جزء (ب) بند ۲ ماده ۱۲ تحت عنوان بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی، عبارتی کلی و عام را مورد استفاده قرار داده است که دولت‌های طرف میثاق را به دستیابی کامل حق، در قالب اقدامات لازم برای تأمین آن متعهد می‌سازد. این تعهدات که متضمن حق بر محیط سالم طبیعی و بهداشت کار و بهداشت حرفه‌ای است، توسط کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تفسیر قرار گرفته است.

«بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی» شامل موارد ذیل می‌شود: اقدامات پیشگیرانه درخصوص سوانح و بیماری‌های شغلی؛ الزام به تأمین عرضه کافی آب سالم و آشامیدنی و نظافت اساسی؛ پیشگیری و کاهش قرار گرفتن جمعیت در معرض مواد زیان‌بار مانند تشعشعات و مواد شیمیایی مضر یا دیگر شرایط زیست محیطی مخرب که مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامتی انسان تأثیر می‌نهند. بعلاوه، بهداشت صنعتی به معنای به حداقل رساندن موجبات خطرات سلامتی نهفته در محیط کاری تا حدی که به طور معقول عملی باشد، تلقی می‌شود.^۲ ماده ۱۲(ب) همچنین دربرگیرنده مسکن کافی و شرایط ایمن و بهداشتی کار، عرضه کافی خوراک و تغذیه درست است و با مصرف نادرست الکل و استعمال دخانیات و مواد مخدر و سایر مواد مضر مخالفت می‌کند.

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2200A(XXI) of 16 December 1966. Entry into force: 3 January 1976, in accordance with article 27.

۲. مقاله نامه شماره ۱۵۵ سازمان بین‌المللی کار ماده ۴ (۲).

شایان توجه است، موارد اخیر جزء شاخص‌های اجتماعی مورد نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بوده که در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نیز در تعریف سلامتی نهفته است. همچنین، کمیته در این زمینه به اصل ۱ اعلامیه ۱۹۷۲ استکهلم توجه دارد که اشعار می‌دارد: «انسان حق بنیادی نسبت به آزادی، برابری و شرایط کافی زندگی در محیط زیستی دارد که دارای چنان کیفیتی باشد که به وی امکان زندگی توأم با کرامت و رفاه را بدهد» و نیز به تحولات اخیر در حقوق بین‌الملل، از جمله قطعنامه ۴۵/۹۴ مجمع عمومی درباره لزوم تأمین محیط زیست سالم برای رفاه و بهروزی افراد؛ اصل ۱ اعلامیه ریو و اسناد منطقه‌ای حقوق بشر مانده ماده ۱۰ پروتکل سان سالوادور به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر اشاره دارد.^۱

۴.۳. حق بر پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری‌ها

قسمت (ج) از بند ۲ ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که متضمن حق بر پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری‌هاست، شامل این موارد می‌شود: «پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری‌های واگیر، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها» که نیازمند ایجاد برنامه‌های پیشگیری و آموزش نگرانی‌های مرتبط با سلامتی همانند بیماری‌های قابل انتقال مقاربتی، به‌خصوص اچ.آی.وی و بیماری‌های دارای اثر سوء بر سلامتی جنسی و تولیدمثل و ارتقای عوامل اجتماعی تندرستی، نظیر ایمنی محیط زیست، آموزش، توسعه اقتصادی و برابری جنسیتی است. حق بر مداوا، شامل ایجاد نظامی از مراقبت‌های اضطراری پزشکی در سوانح، بیماری‌های واگیر و خطرات مشابه برای سلامتی و ارائه امداد و کمک انسان‌دوستانه در وضعیت‌های وقوع بلاها و بروز حالت‌های اضطراری است. کنترل بیماری‌ها به معنای تلاش انفرادی و مشترک دولت‌ها، از جمله برای در اختیار نهادن و فراهم آوردن فناوری‌های ذی‌ربط، استفاده و بهبود نظارت بر بیماری‌های واگیر و جمع‌آوری داده‌ها بر مبنای روش‌های تفکیک شده، اجرا یا گسترش برنامه‌های ایمن‌سازی و دیگر راهبردهای کنترل بیماری مسری است.^۲

بدین‌سان، هر چند مقوله سلامت در نگاه اول، موضوعی فردی می‌نماید، قطعاً مستلزم مسئولیت و تعهدات دولت‌هاست که از طریق همکاری‌های بین‌المللی و تلاش سازمان‌های

۱. کریون میتوسی، آر. چشم‌اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، پیشین، ص ۵۵۵.
2. See : General Comment No.14, *op-cit*, para 16 .

تخصصی جهانی محقق می‌گردد. بیانیه «بهداشت برای همه» در راستای گسترش و توسعه سلامت و ارتقای بهداشت و مبارزه با بیماری‌ها در سطح جهانی و برای تمامی گروه‌های انسانی، طراحی و تدوین گردیده است و بسیجی عمومی برای ریشه‌کن نمودن بیماری‌ها و گسترش فرهنگ سلامت قلمداد می‌گردد.

۴.۴. حق بر تسهیلات، کالاها و خدمات سلامت

همچنین قسمت (د) از بند ۲ ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اختصاص به حق بر تسهیلات، کالاها و خدمات سلامتی دارد که به موجب آن «ایجاد شرایطی که خدمات پزشکی و توجهات طبی در صورت ابتلا به بیماری «اعم از جسمی و روانی» را برای همه تضمین می‌کند». این ماده شامل تأمین دسترسی برابر و به موقع به خدمات و آموزش سلامتی پیشگیرانه، معالجه و بازپروری؛ برنامه‌های مرتب غربالگری؛ مداوای مناسب بیماری‌ها، امراض، جراحات و ناتوانی‌های شایع، ترجیحاً در سطح جمعی؛ تأمین داروهای اساسی و معالجه و مراقبت مناسب سلامتی روانی است.

۵. تحلیل کاربردی حق بر سلامت

گروه‌های خاص که توسط سازمان بهداشت جهانی و سایر مراجع تخصصی بین‌المللی معرفی گردیده است و به عنوان گروه‌های هدف از آن یاد می‌شود، مشتمل بر گروه‌های در معرض خطری است که با شاخص‌های تعریف شده معین و از طریق اقدامات مستقیم و مناسب توسط مراجع تخصصی و مؤسسات ذی‌ربط مورد شناسایی قرار می‌گیرد و عبارت است از: «انجام اقداماتی برای عموم، ولی برای کسانی که نیاز بیشتری دارند». این گروه‌ها شامل زنان، کودکان، سالمندان، معلولان و بیماران خاص است که به لحاظ وضعیت خاص و در معرض خطر، بیشترین نیاز و استحقاق را برای دریافت و برخورداری از تسهیلات و خدمات سلامت دارند.

۵.۱. سلامت زنان

به موجب این رویکرد و برای محو تبعیض علیه زنان، لازم است یک راهبرد ملی جامع برای پیشبرد حق بر سلامتی زنان، طراحی و به مرحله اجرا درآید. این راهبرد باید دربرگیرنده مداخلاتی با هدف پیشگیری و معالجه بیماری‌های متأثرکننده زنان و نیز خط‌مشی‌هایی برای

تأمین دسترسی به طیف کاملی از مراقبت سلامتی با کیفیت بالا و هزینه قابل تحمل، از جمله خدمات جنسی و تولید مثل باشد. یکی از اهداف اصلی این راهبرد باید کاهش خطرات سلامتی زنان، به خصوص پایین آوردن نرخ مرگ و میر مادران و حمایت از زنان در برابر خشونت خانگی باشد. تحقق حق بر سلامتی زنان، نیازمند برطرف ساختن همه موانعی است که بر سر راه دسترسی به خدمات، آموزش و اطلاعات سلامتی، از جمله در حوزه سلامت جنسی و تولیدمثل قرار دارد. همچنین اتخاذ اقدامات پیشگیرانه، ترویجی و ترمیمی برای محافظت زنان در برابر رویه‌ها و هنجارهای سنتی و فرهنگی زیان‌بار که آنان را از حقوق کامل مربوط به تولیدمثل محروم می‌سازد،^۱ دارای اهمیت و توجه ویژه‌ای است.

۵.۲. حقوق کودکان و نوجوانان

به موجب ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک، کشورهای عضو حق کودک را برای برخورداری از بالاترین معیارهای بهداشتی و تسهیلات قابل حصول برای درمان بیماری و بازیابی سلامت به رسمیت می‌شناسد و دولت‌های عضو را به تلاش در راستای تضمین اینکه هیچ کودکی از حق دسترسی به چنین خدمات بهداشتی محروم نماند، متعهد می‌نماید. همچنین، کشورهای عضو را به اعمال کامل این حق و انجام اقدامات مقتضی در زمینه‌های کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان، تضمین ارائه کمک‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی لازم برای همه کودکان با تأکید بر گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مبارزه علیه بیماری‌ها و سوءتغذیه در چهارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق به کار بستن فناوری موجود و فراهم نمودن مواد غذایی مقوی و کافی و آب آشامیدنی سالم با توجه به خطرات آلودگی محیط زیست مکلف می‌سازد. شایان توجه است، در همه خطامشی‌ها و برنامه‌های مربوط به تضمین حق بر سلامتی کودکان و نوجوانان باید مصالح عالی آنان در درجه اول مورد توجه قرار گیرد.

کنوانسیون حقوق کودک دولت‌ها را به تأمین دسترسی کودک و خانواده او به خدمات اساسی سلامتی از جمله مراقبت پیش و بعد از تولد برای مادران هدایت می‌کند. کنوانسیون این اهداف را به تأمین دسترسی به اطلاعات متناسب برای کودکان در زمینه رفتار پیشگیرانه و ارتقادهنده سلامتی و پشتیبانی از خانواده‌ها و جوامع در اجرای این رویه‌ها پیوند می‌زند. اجرای اصل عدم

1. See : General Comment No.14, *op-cit*, para 21.

تبعیض، مستلزم آن است که دختران و نیز پسران به تغذیه کافی، محیط زیست سالم و خدمات سلامتی جسمی و نیز روانی دسترسی برابر داشته باشند. لازم است اقدامات مؤثر و مناسبی برای از میان بردن رویه‌های سنتی زیان‌بار متأثرکننده سلامتی کودکان، به‌خصوص دختران، از جمله ازدواج زودهنگام، ختنه دختران، تغذیه و مراقبت ترجیحی کودکان مذکر اتخاذ شود.^۱ کودکان دارای معلولیت باید فرصت بهره‌مندی از زندگی رضایت‌بخش و آبرومند و مشارکت در اجتماع خود را داشته باشند.^۲

همچنین دولت‌های عضو باید محیط ایمن و حمایت‌گرایانه برای نوجوانان فراهم آورند؛ محیطی که فرصت مشارکت در تصمیمات اثرگذار بر سلامتی آنان، کسب مهارت‌های زندگی و تحصیل اطلاعات مناسب، دریافت مشاوره و مذاکره در مورد انتخاب‌های مربوط به رفتار سلامتی را تضمین کند. تحقق حق بر سلامتی نوجوانان، وابسته به توسعه مراقبت سلامتی متناسب با جوانی است که رازداری و حریم خصوصی را محترم شمارد و دربرگیرنده خدمات مناسب سلامتی جنسی و تولیدمثل باشد.^۳

۵.۳. مراقبت از سالمندان

هر چند میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حاوی هیچ اشاره صریحی به حقوق سالمندان نیست، ماده ۹ میثاق در مورد «حق همگان به تأمین اجتماعی، از جمله بیمه اجتماعی» به طور ضمنی حق بهره‌مندی از مزایای پیری را باز می‌شناسد. با وجود این، نظر به اینکه مقررات میثاق به طور کامل نسبت به همه اعضای جامعه اعمال می‌شود، بدیهی است که سالمندان نیز حق دارند از طیف کامل حقوق شناخته شده در میثاق بهره‌مند شوند. همچنین از آنجایی که احترام به حقوق سالمندان نیازمند اتخاذ تدابیر و اقدامات ویژه‌ای است، دولت‌های عضو به موجب میثاق ملزم‌اند تا حداکثر منابع در اختیار خود را به این امر اختصاص دهند.^۴

۱. نک: قطعنامه 47.10, 1994 مجمع سازمان بهداشت جهانی با عنوان «سلامتی مادران و کودکان و تنظیم خانواده: رویه‌های سنتی مضر برای سلامتی زنان و کودکان».

2. See: General Comment No.14, *op-cit*, para 22.

3. *Ibid*, para 23.

۴. تفسیر عمومی شماره ۶ حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سالمندان، نشست سیزدهم، ۱۹۹۵، پاراگراف ۱۰.

در خصوص تحقق حق بر سلامتی سالمندان، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مطابق بندهای ۳۴ و ۳۵ تفسیر عمومی شماره ۶ (۱۹۹۶) بر اهمیت رویکردی یکپارچه که عناصر رفتار پیشگیرانه، درمانی و بازپروری سلامتی را شامل گردد، تأکید می‌ورزد. این اقدامات باید مبتنی بر موارد ذیل باشد: بازبینی (چک-آپ) های ادواری برای هر دو جنس؛ اقدامات بازپروری جسمی و نیز روانشناختی با هدف حفظ کارکرد و استقلال سالمندان و توجه و مراقبت از اشخاص مبتلا به بیماری لاعلاج و رها ساختن آنان از درد اجتناب‌ناپذیر و قادر ساختن آنان به مردن با کرامت.^۱ شایان توجه است که برخلاف سایر گروه‌های سنی و جنسیتی همچون زنان و کودکان، هنوز هیچ کنوانسیون بین‌المللی جامعی در خصوص حقوق سالمندان وجود ندارد و هیچ ترتیبات الزام‌آور نظارتی در این حوزه پدید نیامده است.

۵.۴. حمایت از اشخاص دارای معلولیت

هنوز در سطح بین‌المللی تعریف پذیرفته‌شده‌ای از اصطلاح معلولیت وجود ندارد، ولی تفسیر عمومی کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی براساس رویکرد مورد پذیرش در قواعد استاندارد، اصطلاح «اشخاص دارای معلولیت»^۲ و نه «اشخاص معلول»^۳ را به کار می‌برد. هرچند میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به طور صریحی به اشخاص دارای معلولیت اشاره‌ای نمی‌کند، اعلامیه جهانی حقوق بشر بر این نکته اذعان دارد که همه انسان‌ها آزاد و برابر در کرامت و حقوق زاده می‌شوند. بدین‌سان اشخاص دارای معلولیت نیز به وضوح مستحق طیف کامل حق‌های شناخته شده بشری‌اند. همچنین بند ۲ ماده ۲ میثاق، دایر بر اینکه حق‌های برشمرده شده بدون هیچ گونه تبعیضی اعمال خواهد شد، به وضوح در مورد تبعیض بر مبنای معلولیت هم جاری می‌گردد.^۴

مطابق این رویکرد، جامعه بین‌الملل تعهد و التزام خود را به تأمین طیف کامل حق‌های بشری برای اشخاص دارای معلولیت پیش‌بینی نموده است. براساس قواعد استاندارد، دولت‌ها باید اطمینان دهند که اشخاص دارای معلولیت، به‌ویژه اطفال و کودکان، از همان سطح از مراقبت

۱. همان.

2. Persons with disabilities.

3. Disabled Persons .

۴. تفسیر عمومی شماره ۵ در خصوص اشخاص دارای معلولیت، بند ۵ و ۶.

بهداشتی و در همان نظام متعلق به سایر اعضای جامعه برخوردار خواهند بود.^۱ همچنین حق بر سلامتی جسمانی و روانی متضمن حق دسترسی و انتفاع از آن دسته از خدمات پزشکی و اجتماعی، از جمله وسایل ارتوپدی است که اشخاص دارای معلولیت را قادر می‌سازد به‌طور مستقل زندگی مثمرتری داشته باشند. همچنین باید خدمات بازپروری در اختیار این اشخاص قرار گیرد تا بتوانند به سطح بهینه استقلال و کارکرد مناسب خود دست یابند و آن را حفظ نمایند.^۲

شایان توجه است، این قبیل خدمات باید به گونه‌ای در اختیارشان قرار گیرد که احترام کامل به حقوق و کرامت آنان را حفظ نماید. بدین‌سان کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۳۴ تفسیر عمومی شماره ۵ خود که به مسئله حق بر سلامتی جسمی و روانی اشخاص دارای معلولیت می‌پردازد، تأکید دارد. همچنین، کمیته بر لزوم اطمینان از این امر تأکید می‌ورزد که نه فقط بخش عمومی سلامت، بلکه عرضه‌کنندگان خصوصی خدمات و امکانات سلامتی از اصل عدم تبعیض اشخاص دارای معلولیت تبعیت نمایند. متأسفانه در ایران به دلایل ازدواج‌های فامیلی و ناآگاهی و مراقبت‌های پیش، حین و بعد از ازدواج معلولیت‌های ناشی از اینگونه ازدواج‌ها، به‌ویژه در خانواده‌های سنتی زیاد به چشم می‌خورد که این آمار تا میزان ده درصد گزارش گردیده است.^۳

۵.۵. توجه جدی به بیماران خاص

بیماران خاص به لحاظ وضعیت غیرعادی جسمی یا روحی از طریق انحراف از وضعیت طبیعی مشخص، دریافت خدمات درمانی ضروری را می‌طلبند^۴ و بیماری‌های خاص به آن عده از بیماری‌های صعب‌العلاج اطلاق می‌شود که تحت پوشش و حمایت‌های دولتی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد و شامل بیماران تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، پیوند اعضا و

1. Standard Rules (See : note 6 above) .

2. See : The Declaration on the Rights of Disabled Persons, General Assembly resolution 3447(xxx) of 9 December 1975. para 6.

۳. اسماعیلی، ایرج، پژوهشگر در زمینه علوم پزشکی و علوم تربیتی، اظهارات مربوط به جلسه دفاع از رساله حاضر به تاریخ ۹۲/۳/۱۳ - دانشکده حقوق، دانشگاه شهیدبهبشتی.

۴. نورسعادت، سیما، تعاریف و مفاهیم استاندارد شده سلامت، پیشین، ص ۴۰.

MS است. شایان توجه است، این لیست ثابت نیست و بر حسب پدیداری بیماری‌ها از طریق انجمن‌های بیماران خاص در مراجع ذیصلاح مورد بازنگری و تجدید نظر قرار می‌گیرد.^۱ یکی از فعالیت‌های مهم سازمان بهداشت جهانی (WHO) مراقبت همه‌گیر شناختی بیماری‌های واگیر است. این سازمان، اطلاعات اپیدمیولوژیک درباره بیماری‌های مشمول مقررات بین‌المللی بهداشت را ثبت می‌کند و ارائه می‌دهد. این سازمان موظف است شرح مفصل‌تر بیماری‌ها و خلاصه‌ای از بررسی بیماری‌های واگیردار دارای اهمیت بین‌المللی را در اختیار دولت‌ها قرار دهد که تحت عنوان «برنامه فوریت همه‌گیری‌ها»^۲ از آن یاد می‌شود. هدف از تدوین این مقررات بین‌المللی و اجرای برنامه‌های مزبور، تضمین حداکثر ایمنی در برابر انتشار بیماری‌های واگیر در سطح بین‌المللی با حداقل عوارض و آسیب‌های بین‌المللی است.^۳ هم‌اینک یکی از اولویت‌های مهم سازمان بهداشت جهانی مبارزه جهانی علیه بیماری ایدز در سراسر دنیاست.

کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل در قطعنامه خود اعلام می‌نماید که اعمال تبعیض براساس وضعیت ابتلا به ایدز، چه درباره بیماران قطعی و چه مشکوک به ابتلا به ایدز به موجب استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر ممنوع است.^۴ از این گذشته، باید به این حقیقت اذعان داشت که برخی از این نوع بیماری‌ها، پیامدهای ناگواری همچون برچسب‌های اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی را به دنبال خواهد داشت که علاوه بر بار سنگین درد و رنج بیماری، تحمل برخوردهای ناروا و دور از شأن و منزلت انسانی به مراتب گران‌تر و تحمل‌ناپذیرتر خواهد بود.

۱. برگرفته از توضیحات کارشناس بیماری‌های خاص معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۹۱/۷/۱۹.

2. Emergency Scheme Epidemic.

۳. شجاعی تهرانی، حسین و حسین ملک افصلی، *کلیات خدمات بهداشتی*، پیشین، صص ۲۶۵ و ۲۶۶.

نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه گذشت، نتیجه‌گیری می‌شود که «سلامت» فقدان بیماری نیست، بلکه بهزیستی و رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و «حق بر سلامت» حق بر سالم بودن نیست، بلکه هم در برگیرنده آزادی‌ها و هم متضمن استحقاق‌هاست که از یک سو، افراد انسانی را نسبت به مطالبه آن، صاحب حق می‌سازد و از سوی دیگر، دولت‌ها را در قبال تعهدات ناشی از آن، عهده‌دار تکلیف می‌نماید و «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت» حق - ادعایی است که هر چند در اسناد مهم بین‌المللی مورد تصریح قرار می‌گیرد و تفسیر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، بر شناسایی و معرفی آن حکایت دارد، همچنان هدفی دوردست تلقی می‌گردد که مستلزم پیش‌شرط‌های زیستی، اجتماعی، اقتصادی و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت و نیازمند اعمال مکانیسم‌های تقنینی، قضایی و اجرایی است.

مطابق این نوع از تحلیل جامع‌نگرانه و فراخ‌اندیش، خدمات سلامت، مفهومی عام و گسترده است که شامل عوامل متعددی نظیر غذای کافی، مسکن مناسب، بهسازی اساسی، شیوه زندگی سالم، حفاظت در برابر خطرهای زیست محیطی و بهداشت حرفه‌ای و بیماری‌های واگیر و غیرواگیر است. به طوری که مرزهای سلامت به مراتب فراتر از محدوده تنگ و محدود مراقبت‌های پزشکی است و به این ترتیب آشکار می‌گردد که حتی مراقبت‌های بهداشتی، چیزی بیش از «مراقبت‌های پزشکی» است. به طوری که مراقبت‌های بهداشتی دربرگیرنده گروهی از خدماتی است که به افراد و گروه‌های اجتماعی از طریق متخصصان یا کارکنان خدمات بهداشتی ارائه می‌شود و مقصود از آن ارتقا، حفظ، پایش و بازگرداندن سلامتی است.^۱ بنابراین اصطلاح «مراقبت‌های پزشکی» مترادف «مراقبت بهداشتی» نیست، بلکه به‌طور عمده به آن دسته از خدمات شخصی اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم به وسیله پزشکان ارائه می‌شود یا در نتیجه دستور پزشکان صورت می‌گیرد. دامنه «مراقبت‌های پزشکی» از مراقبت در خانه تا بستری کردن در بیمارستان گسترده است.^۲ به این ترتیب، «مراقبت‌های پزشکی» مکمل «مراقبت‌های

۱. شجاعی تهرانی، حسین و حسین ملک افولی، کلیات خدمات، پیشین، ص ۲۴۱.

۲. همان.

بهداشتی» قلمداد می‌شود و هر دو نوع از این مراقبت زیرمجموعه‌ای از نظام خدمات سلامت را تشکیل می‌دهد.

همچنین، عبارت «خدمات سلامت» به هر نحوی به دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز خدماتی که پیش شرط استقرار نظام سلامت به شمار می‌رود، اطلاق می‌گردد. خدمات و تسهیلاتی که دسترسی به آب سالم، بهداشت عمومی کافی و تغذیه مناسب به همراه طیف وسیعی از خدمات بهداشتی و درمانی را به ارمغان می‌آورد. امید است، حاصل تلاش حاضر بتواند در راستای تبیین و معرفی یکی از حق‌های بنیادین بشری و انعکاس آلام و سختی‌های انسان‌های رنج کشیده و دردمند سودمند واقع شود و رضای حضرت حق را جلب نماید.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

کتاب

۱. سید موسوی، میر سجاده، *حق بر خورنداری از سلامت*، تبریز: انتشارات شروین، چاپ دوم، ۱۳۹۶.
۲. شجاعی تهرانی، حسین و فرید عبادی فرد آذر، *اصول خدمات بهداشتی*، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۸۴.
۳. شجاعی تهرانی، حسین و حسین ملک افزلی، *کلیات خدمات بهداشتی*، جلد ۲، ویرایش هفدهم، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۸۷.
۴. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، *حقوق بشر در جهان معاصر، جستارهای تحلیلی از حق ها و آزادی ها، دفتر دوم*، تهران: انتشارات شهردانش، ۱۳۸۹.
۵. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، *حقوق بشر در جهان معاصر: دفتر یکم*، تهران: انتشارات شهر دانش، ۱۳۹۰.
۶. کریون، میتوسی. آر، *چشم اندازی به توسعه ميثاق بين المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی*، ترجمه: محمد حبیبی مجنده. قم: دانشگاه مفید، ۱۳۸۷.
۷. نوریسعادت، سیما، *تعاریف و مفاهیم استاندارد تسده سلامت*، مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.

پایان نامه و رساله

۸. سید موسوی، میر سجاده، «حق بر سلامت و الزامات دولت‌ها: بررسی تطبیقی نظام حقوقی ایران با اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، رساله دکتری، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۲.

ب) منابع انگلیسی

Articles

9. S.Gillespie, "How Nutrition Improves A report based on an ACC/SCN" Workshop held on 25–27 September 1993 at the 15th IUNS International Congress on Nutrition, Adelaide, Australia, 1996.

Documents

10. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, UN Doc, GA, res. 34/180, 18 Dec, 1979.
11. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2200.
12. The African Charter on Human and Peoples Rights. (1981).
13. The Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women. (1979).
14. The Convention on the Rights of the Child. (1989).
15. The Declaration on the Rights of Disabled Persons, General Assembly resolution 1975.
16. The European Social charter. (1961).
17. The International Convention on the Elimination of All forms of Racial Discrimination. (1965).
18. The Protocol to American convention on Human Rights. (1988).
19. The Universal Declaration of Human Rights (1948).
20. Vienna Declaration and Program of Action (1993).

Reports

21. Alma – Ata Declaration, Report of the International Conference on Primary Health Care, in: World Health Organization, "Health for All" Series, NO. 1, WHO, Geneva, 1978.
22. General comment No.14, the right to the highest standard of health, committee on economic, social and cultural rights, 2000.
23. ILO Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155) and Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161).
24. Report of the International Conference on Population and Development, (United Nations Publication), 1994.