



مبانی حقوقی و تعهدات دولت‌ها در تضمین حق بشر بر سلامتی

اسماعیل باغبان

دانش‌آموخته دکتری تخصصی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

Es.baghban@gmail.com

فاطمه قبادی

سرپرستار بیمارستان امیرالمؤمنین شهرستان مراغه
ghobadifatemeh1982@gmail.com

چکیده

حقوق بشر به روابط بین افراد به‌عنوان دارندگان حقوق و دولت به‌عنوان مسئول اصلی مربوط می‌شود. ایده زیربنایی پشت چنین حق بشری برای سلامتی این است که دولت از به خطر انداختن سلامت مردم خودداری نموده و از آن‌ها در برابر مداخله محافظت کند و اقداماتی را انجام دهد تا اطمینان حاصل شود که شرایط زندگی و کار سالم برای مردم و بالاتر از همه چیزهایی که دارند، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مناسب در دسترس است. این حق به‌عنوان حقی بنیادین در اسناد بین‌المللی حقوق بشری و به‌طور خاص در «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» مورد تأکید قرار گرفته است. پژوهش پیش‌رو با یاری جستن از روش توصیفی-تحلیلی در راستای آن است که مبانی این حق در میان حقوق بشری کدام بوده و در میان آن چه جایگاهی می‌توان بر این حق متصور دانست و در مقام اجرایی و اثباتی دولت‌ها چه تضمینی در حمایت و اجرای آن دارند.

کلیدواژه‌ها: حقوق بشر، حق بر سلامتی، حقوق بنیادین، هنجار بین‌المللی، حقوق اجتماعی و اقتصادی



مقدمه

حق بر سلامتی، جزئی از حقوق بنیادین شهروندان در هر جامعه سیاسی است. هر شهروندی به مثابه عضوی از جامعه صرف نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی صرفاً به واسطه وجود رابطه شهروندی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره‌مندی از این حق می‌باشند. حق بر سلامت تمام خدمات پزشکی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط‌زیست پاک و ... را در برمی‌گیرد. عوامل متنوع و تأثیرگذار بر سلامتی موجب دشواری تعریف حق مذکور شده است و کشورها برای تأمین این امکانات ملزم به اتخاذ تصمیمات اساسی هستند که ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات در زمینه‌ی سلامت در قانون اساسی این حق را به رسمیت شناخته است (اللهیسی و گرجی اندرزیانی، ۱۳۹۷: ۱). با تلاش‌های جامعه بین‌المللی برای حمایت از حقوق بشر، قلمروها و عوامل تأثیرگذاری در تحقق حقوق بشر مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامتی یا حق بر سلامتی یکی از حق‌های بشری است که در اسناد حقوق بشری بر اهمیت آن تأکید شده است. سلامت فردی، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. از این روی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. حوزه‌های مربوط به سلامتی متنوع بوده و دارای ابعاد گوناگونی است و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مزبور شده است. در اسناد حقوق بشری عمده‌تأ از سلامت جسمی و روانی و بعضاً از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است. دولت‌ها نیز به‌طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق دارای مسئولیت‌های معینی می‌باشند (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۳۹). واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به سلامتی برای افراد ممکن گردد. حق بر سلامت جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی دارد و می‌توان آن را در شمار اصول کلی پذیرفته شده نظام‌های حقوقی توسعه‌یافته دانست. این حق در شمار حقوق نسل دوم حقوق بشری برشمرده شده است. با در نظر داشتن این موضوعات مقاله حاضر با یاری جستن از روش توصیفی-تحلیلی به بررسی این حق و مبانی آن پرداخته و همچنین وظایف و تعهدات دولت‌ها در حفظ آن را مورد تدقیق قرار خواهد داد.

۱. احراز حق بر سلامتی در حقوق بین‌الملل بشر

نقطه شروع این موضوع نیمه دوم دهه ۱۹۴۰ است که پس از جنگ جهانی دوم، با تکیه بر پیشروهای تاریخی مربوطه و کارهای مقدماتی معاصر، حمایت از حقوق بشر امروزی به وجود آمد و حقوق بشر برای سلامتی در چارچوب سازمان ملل متحد گنجانده شد.

سازمان بهداشت جهانی^۱ قبلاً در مقدمه اساسنامه خود تصریح کرده است که هر فرد دارای حق اساسی برای «برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت» است. با انجام این کار، این سازمان سلامت را به شیوه‌ای جامع و بلندپروازانه به عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی» تعریف کرد.^۲ به این ترتیب سازمان مذکور خود را از درک صرف زیست پزشکی (و اغلب مفاهیم روزمره) سلامت به عنوان رهایی از بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی جدا کرد (Franke, 2006: 32) و بحث‌های کارشناسانه‌ای را به راه انداخت و مفهوم سلامت به عنوان رفاه کامل به شدت مورد مناقشه قرار گرفت که این رفاه دقیقاً شامل چه چیزی است (Dodge et al, 2012).

¹ World Health Organization (WHO)

² Constitution of the World Health Organization: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf



اگرچه مقدمه سند مذکور به دلیل ماهیت غیر الزام‌آور آن، به طور دقیق منبعی حقوقی برای حق سلامت نیست، اما مفهوم ارائه‌شده در آن اغلب در گفتمان حقوق بشر استفاده می‌شود (Freeman et al, 2012:315). در این مفهوم مسائل جالب نه تنها به این دلیل به وجود می‌آیند که این رویکرد بر ارتباط متقابل جنبه‌های جسمی، روانی-روانی و اجتماعی سلامت تأکید دارد. همچنین بر مؤلفه‌های ذهنی سلامتی که ذاتی «به‌زیستی» است تأکید می‌شود. به این ترتیب، تعریف سلامت به عنوان رفاه، دیگر فقط یک موضوع برای متخصصان نیست. با این وجود، هر فردی که احساس خوبی دارد، از نظر پزشکی سالم نیست، و هرکسی که احساس ناخوشی دارد، بیمار نیست. به این ترتیب، این خطر وجود دارد که مشخصات زیست پزشکی سلامت، که برای مراقبت‌های بهداشتی به معنای دقیق آن ضروری است کمتر مورد توجه قرار گیرد.

سند دیگر در این زمینه «اعلامیه جهانی حقوق بشر» است. این اعلامیه که در طول زمان به بیش از ۳۰۰ زبان ترجمه شده است، اهمیت اخلاقی، سیاسی و حداقل به طور غیرمستقیم حقوقی زیادی پیدا کرده است. اثر حقوقی آن به این دلیل است که شامل اصول کلی حقوقی و هنجارهای حقوق بشر شناخته شده توسط حقوق بین‌الملل عرفی همچنین این باور است که اعلامیه مذکور هدف منشور ملل متحد را - که برای همه کشورهای عضو سازمان ملل متحد الزام‌آور است - مبنی بر ترویج و تقویت احترام و رعایت حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه مردم بدون تبعیض، توجیه می‌کند. در این اعلامیه حق بر سلامتی به عنوان بخشی از حق برخورداری از استانداردهای مناسب زندگی، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری) که سلامت و رفاه همه را تضمین می‌کند، گنجانده شده است؛ اما در آن حق بر سلامت، به وضوح از سایر مؤلفه‌های حق برخورداری از استانداردهای مناسب زندگی متمایز نشده است.

حق بر سلامتی بعداً به طور جداگانه و با اثر الزام‌آور در حقوق بین‌الملل (معاهده) در «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» مورد تأیید و تأکید قرار گرفت. این کنوانسیون - با ۱۶۵ کشور عضو - حق هر کس را برای برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسد (ماده ۱۲، بند ۱). در اینجا باید دو جنبه مورد تأکید قرار گیرد. اولاً، این میثاق از مفهوم «حق بر سالم بودن»^۱ فاصله می‌گیرد. هر چند به نظر می‌رسد که این حق همان‌گونه که در مقدمه سند تأسیس «سازمان بهداشت جهانی» آمده است مورد اقبال بین‌المللی باشد. ثانیاً، در بالاترین استاندارد قابل‌دستیابی فقط به سلامت جسمی و روانی اشاره دارد، اما به «به‌زیستی اجتماعی»^۲ (همانطور که در پیش‌نویس اولیه کمیسیون در نظر گرفته شده بود) یا حتی به «به‌زیستی اخلاقی»^۳ هیچ اشاره‌ای ندارد (Saul et al, 2014).

کنوانسیون‌های حقوق بشر سازمان ملل متحد همچنین حق بر سلامت یا جنبه‌های فردی آن را در رابطه با مناطق مشکل‌دار خاص یا به‌ویژه گروه‌های جمعیتی محروم یا نیازمند در برمی‌گیرد. «کنوانسیون بین‌المللی رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی»^۴ از

¹ Universal Declaration of Human Rights (UDHR)

² International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)

³ Right To Be Healthy

⁴ See E/C.12/2000/4, 11th August 2000, paras. 4 and 8

⁵ Social Wellbeing

⁶ Moral Wellbeing

⁷ Elimination of All Forms of Racial Discrimination (ICERD)



سال ۱۹۶۶ (از سال ۱۹۶۹ لازم‌الاجرا است) حق غیر تبعیض‌آمیز بهداشت عمومی، مراقبت‌های پزشکی، امنیت اجتماعی و خدمات اجتماعی را تأیید می‌کند (ماده ۵).

«کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان»^۱ (از سال ۱۹۸۱ لازم‌الاجرا است) - که تا به امروز ۱۸۹ کشور آن را تصویب کرده‌اند در بخش‌های مختلف کنوانسیون اقدامات متعددی را برای تحقق حق بر سلامت نه تنها در حوزه مراقبت‌های بهداشتی (ماده ۱۲)، بلکه در زمینه آموزش‌های مرتبط با سلامت، در محیط کار، در رابطه با تنظیم خانواده، در مناطق روستایی و در دوران بارداری، هنگام زایمان و در دوران شیردهی، بدون تبعیض ارائه می‌کند. کنوانسیون با اشاره به ابعاد جنسیتی سلامت، موارد نقض حقوق بشر را که شاید در غیر این صورت کشف نشده باقی می‌ماند شناسایی کرده و خواستار اقدامات سیاست‌گذاری حقوق بشری شده که احتمالاً در غیر این صورت هرگز (به طور جامع) اتخاذ نمی‌شدند؛ که نمونه بارز آن اقدامات مربوط به سلامت باروری و جنسی است (Freeman et al, 2012: 320-323).

۲. جنبه‌های اساسی حق بر سلامتی

با توجه به منابع متعدد حقوقی، تفسیر کلی از حق بر سلامتی کار آسانی نیست. نقطه شروع مناسب برای ثبت مبانی این حق، «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» است که سند اساسی حقوق بشر سازمان ملل متحد در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است و از این رو نقطه کانونی این مقاله است. در این زمینه نظرات کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل که در سال ۱۹۸۸ تأسیس شد و بر اجرای آن نظارت دارد، مفید است. در سال ۲۰۰۰، کمیته «نظر عمومی»^۲ در مورد حق بر سلامت منتشر کرد ((E/C.12/2000/4, 11th August 2000)) و به‌طور منظم نظرات خود را در مورد تحقق حقوق بشر اجتماعی توسط کشورهای عضو امضاکننده در چارچوب رویه‌های گزارش دهی دولتی ارائه می‌نماید. نظرات و توصیه‌های کمیته البته از نظر قانونی الزام‌آور نیستند؛ با این حال، آن‌ها راهنمایی‌های شناخته‌شده‌ای را در مورد تفسیر به‌روز حقوق فردی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ارائه می‌دهند. همچنین سایر نهادهای معاهده حقوق بشر سازمان ملل و همچنین گزارشگران ویژه سازمان ملل به آن‌ها مراجعه می‌کنند.^۳

حق انسان بر سلامت همانطور که در میثاق مذکور ذکر شده است به هر فرد این حق را می‌دهد که از بالاترین استانداردهای قابل‌دستیابی سلامت جسمی و روانی برخوردار باشد تا بتواند زندگی با کرامت انسانی داشته باشد. همانطور که قبلاً ذکر شد، این به سادگی به عنوان یک تضمین قانونی برای سالم بودن درک نمی‌شود. هیچ دولتی نمی‌تواند چنین تضمینی را صرفاً به این دلیل ارائه دهد که سلامت به عواملی بستگی دارد که دولت قادر به کنترل آنها نیست یا به دلایل حقوق بشری نباید آنها را کنترل کند. یک مثال در اینجا ممکن است استعداد ژنتیکی افراد باشد. اگرچه امکانات فنی در حال حاضر برای فعال کردن اصلاح ژنتیکی پیشگیری از بیماری در دسترس است، دست‌کاری (وضعیت) مواد ژنتیکی تاکنون تابو بوده است. حتی یک سبک زندگی سالم را نمی‌توان به مردم تحمیل کرد، حداقل به گونه‌ای که کرامت انسانی و در نتیجه آزادی‌ها را در نظر بگیرد. با این وجود، دولت امکاناتی برای شکل دادن به شرایط سیاسی، اجتماعی-اقتصادی و اکولوژیکی سلامت دارد. از این نظر، حق بشر بر

¹ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)

² General Comment

³ See: The corresponding documents are all available in the human rights portal of the UN High Commission for Human Rights: cf. www.ohchr.org



سلامت تاکید می‌کند که سلامت افراد تحت تأثیر نامطلوب قرار نمی‌گیرد؛ از سوی دیگر، پیش‌شرط‌هایی شامل اطلاعات و آموزش در مورد مسائل مربوط به سلامت باید ایجاد شود تا به همه امکان دسترسی به سطح مناسبی از مراقبت‌های بهداشتی و توانایی زندگی مستقل و کار سالم را بدهد.

حق بر سلامتی اول‌ازهمه شامل آزادی تصمیم‌گیری در رابطه با سلامتی و بدن خود و همچنین حق عاری بودن از مداخله در سلامتی خود است. در اینجا همپوشانی‌های آشکار، از جمله حق حیات و همچنین با ممنوعیت شکنجه و رفتار یا مجازات غیرانسانی یا تحقیرآمیز به وجود می‌آید ((Kälin & Künzli, 2008: 437-439)). در عین حال، تعدادی از حوزه‌های مشکل‌ساز در مراقبت‌های بهداشتی برجسته می‌شوند: به عنوان مثال، وضعیت درمان اجباری ضروری برخلاف میل بیمار - از نظر پزشکی یا دولتی - چگونه است؟ یا در صورت لزوم، بر رضایت فرد در درمان وضعیت افرادی که از زوال عقل رنج می‌برند، چه می‌تواند باشد؟ (Bielefeldt, 2016)

حق بر سلامتی مستلزم ایجاد یا حفظ شرایطی است که افراد بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. به گفته کمیته حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سازمان ملل، این حق برای مثال، شامل دسترسی به آب سالم و آشامیدنی و بهداشت کافی، عرضه کافی غذای سالم، تغذیه و مسکن، شرایط شغلی و محیطی سالم، و دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامت می‌شود.^۱ در حالی که در این زمینه، از جمله با حقوق غذا و تغذیه کافی، آب سالم و آشامیدنی و شرایط کاری مناسب، همپوشانی وجود دارد، حق سلامت علاوه بر این، شامل حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکینی نیز می‌شود.^۲

بر اساس استانداردهای ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت همه باید از چندین جنبه به امکانات پزشکی و درمان دسترسی داشته باشند:

۱. بدون تبعیض، به‌ویژه در مورد گروه‌های جمعیتی که به‌ویژه نیازمند حمایت و به حاشیه رانده‌شده‌اند.
 ۲. از نظر فیزیکی، یعنی در دسترس و در دسترس - به‌ویژه برای زنان، کودکان، افراد مسن و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا معلولیت؛
 ۳. از نظر اقتصادی - به گونه‌ای که امکانات و درمان‌های پزشکی دولتی یا خصوصی برای همه، از جمله افراد فقیر و آسیب‌دیده اجتماعی، مقرون به‌صرفه باشد.
 ۴. آگاهانه - به این معنا که مردم حق دارند اطلاعات مربوط به سلامت را جست‌وجو، دریافت و انتقال دهند، تا زمانی که در انجام این کار، حفاظت شخصی از انتظارات مشروع تحت تأثیر قرار نگیرد.
- مقبولیت استانداردهای مذکور به این معناست که امکانات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی باید مطابق با اصول اخلاق پزشکی، به صورت محرمانه و باهدف ارتقای سلامت افراد ذینفع ارائه شود. پیشینه فرهنگی افراد، همچنین اقلیت‌ها و جوامع باید مورد احترام قرار گیرد و ویژگی‌های جنسیتی یا سنی باید به طور خاص در نظر گرفته شود. همچنین لازم است که امکانات پزشکی

¹ See: E/C.12/2000/4, 11th August 2000, para. 11.

² See: E/C.12/2000/4, 11th August 2000, para. 34



و مراقبت‌های پزشکی از نظر علمی و پزشکی مناسب و با کیفیت مناسب باشد. مراقبت‌های پزشکی باید توسط پرسنل آموزش دیده و مطابق با استانداردهای پزشکی برای داروها، تجهیزات، امکانات و بهداشت انجام شود.

۳. تعهدات دولت‌ها

از منظر حقوق بین‌الملل، مسئولیت اصلی تحقق حقوق بشر بر عهده دولت‌هاست. بر اساس کنوانسیون‌های بین‌المللی حقوق بشر، دولت‌ها موظف‌اند به حقوق بشر افراد تحت صلاحیت خود احترام بگذارند، از آن‌ها حمایت کنند و به آن‌ها عمل کنند. از منظر حقوق بین‌الملل، حقوق بشر برای تمام قدرت‌ها، ارگان‌ها و نهادهای دولتی الزام‌آور است، صرف نظر از اینکه این قدرت‌ها در سطح ایالتی، منطقه‌ای یا محلی باشند یا مقامات مافوق یا تابع باشند. تعهد دولت‌ها شامل این دسته از بازیگران خصوصی نیز می‌شود که وظیفه انجام وظایف عمومی را بر عهده داشته‌اند یا به نمایندگی، به دستور یا تحت کنترل دولت عمل می‌کنند. در نتیجه تحولات جزئی اخیر حقوق بین‌الملل بشر، تعهداتی را برای احترام، حمایت و اجرا ایجاد می‌کند.

۳-۱. تعهد دولت‌ها بر احترام

تعهدات به احترام هسته اصلی یک نظریه حقوق بشر لیبرال را تشکیل می‌دهد که از آزادی افراد در برابر مداخله دولت محافظت می‌کند و در انجام این کار ماهیت دفاعی حقوق بشر را در خط مقدم قرار می‌دهد. آن‌ها دولت‌ها را موظف می‌کنند که افراد را چه به طور مستقیم و چه غیرمستقیم در اعمال حقوق بشر خود - و درجایی که این کار را انجام می‌دهند برای رفع چنین مداخلاتی - مانع نشوند.

کمیته سازمان ملل در اظهار نظر عمومی خود به عنوان مثالی کلیدی، انکار درمان پزشکی را معرفی می‌کند و از این رو بر دسترسی آزاد و بدون تبعیض به مراقبت‌های بهداشتی تمرکز می‌کند. در اینجا باید بررسی شود که آیا قوانین، مقررات یا صرفاً رویه در مراکز بهداشتی عمومی دسترسی آزاد به گروه‌ها یا افراد جمعیتی خاص را رد می‌کند یا مانع آن می‌شود. این می‌تواند برای مثال گروه‌های قومی یا اقلیت‌های ملی، افراد دارای معلولیت، بیماران روانی یا زنان، اتباع خارجی، پناهندگان، مهاجران «غیرقانونی» یا زندانیان باشند. همچنین گاهی اوقات سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی برای لژیون‌ها، همجنس‌گرایان، دو، ترنس‌ها و بین‌جنس‌ها (افراد دگرباش جنسی) به‌ویژه در مواردی که آن‌ها باید از مجازات‌های کیفری بترسند، همانطور که در بسیاری از کشورها وجود دارد، مشکل‌ساز است.

با این حال، نحوه رفتار با مردم در مراکز بهداشتی دولتی نیز با توجه به تعهدات احترام مرتبط است. نه تنها انکار، بلکه رفتارهای نادرست یا توهین‌آمیز نیز می‌تواند منجر به نقض حق سلامتی شود. از این نظر ما در اینجا با مناسب بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی سروکار داریم. برای مثال باید بررسی شود که آیا امکانات درمانی موجود در حال اتمام است و استانداردهای پزشکی رعایت می‌شود. (Jaichand & O'Donnell, 2010)

در حقوق ایران نیز اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۹، حق خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. حق مراقبت از سلامت مردم در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نیز منعکس شده است. این سند ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی که در ادامه بیان خواهد شد، به ذکر موارد مربوط به سلامت پرداخته است.



اصل ۲۹ قانون اساسی، مهم‌ترین اصل حمایتی سلامت در جامعه است که حق برخورداری از خدمات بهداشت و سلامت همگانی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همه قائل می‌شود. طبق این اصل قانونی داریم:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بی‌کاری و پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و... حق همگانی است». دولت باید به عنوان نماینده جامعه، برای کاهش اختلاف در سطح سلامت مردم در طبقات مختلف و کاهش اختلاف سطح سلامت بین مناطق مختلف کشور بکوشد و دسترسی به خدمات پیشگیرانه را برای همه فراهم کند. در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، جامعه سالم ایرانی به عنوان جامعه برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، بدون فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط‌زیست مطلوب توصیف شده و بر ابعاد مختلف اقتصادی-اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند، تأکید شده است.

۲-۳. تعهد دولت‌ها بر حمایت

تعهدات حمایت شامل تعهد دولت برای محافظت از افراد در برابر نقض واقعی یا قریب‌الوقوع حقوق بشر آن‌ها توسط شخص ثالث، معمولاً بازیگران خصوصی است. الزام به حمایت نهی از عمل نیست بلکه الزامات عمل است. با این حال، تصمیم‌گیرندگان، در مورد شکل چنین اقداماتی، دارای حاشیه وسیعی از اختیار و آزادی هستند. به این ترتیب، تعیین نقض احتمالی تعهدات دولت برای حمایت همیشه آسان نیست. این می‌تواند، برای مثال، از طریق کوتاهی یک دولت در اقدام درجایی ایجاد شود که:

۱. مقامات دولتی از خطر فعلی یا قریب‌الوقوع اطلاع دارند یا اگر مراقبت‌های لازم را انجام می‌دادند، خطر ایجاد نمی‌شد.
 ۲. علیرغم داشتن چنین دانشی، آن‌ها از اتخاذ تدابیر حفاظتی مناسب در محدوده ابزاری که در اختیار دارند خودداری کرده‌اند.
- (Kälin & Künzli, 2008:126) در مورد مراقبت‌های بهداشتی، چنین تخلفاتی می‌تواند رخ دهد، برای مثال، زمانی که دولت به مراکز خصوصی مراقبت‌های بهداشتی اجازه می‌دهد استانداردهای پزشکی را نقض کنند یا زمانی که کاری برای جلوگیری از در گردش داروهای مضر یا غیر مؤثر انجام نمی‌دهد. از نظر تعهدات حفاظتی، دولت باید به اندازه کافی امکانات، خدمات و محصولات مراقبت‌های بهداشتی خصوصی را تنظیم و کنترل کند تا اطمینان حاصل شود که مردم واقعاً از کمک‌های پزشکی برخوردار می‌شوند و به سلامت آنها آسیب نمی‌رسد. در اینجا، اصولاً می‌توان همان نقص‌هایی را ایجاد کرد که در مورد تأسیسات مراقبت‌های بهداشتی دولتی، با این تفاوت که در اینجا آسیب از عوامل خصوصی سرچشمه می‌گیرد. تعهد دولت به حفاظت به‌ویژه زمانی آشکار می‌شود که مرگ‌های قابل اجتناب در مراکز مراقبت‌های بهداشتی خصوصی رخ دهد و در عین حال دولت به تعهدات نظارتی و کنترلی خود عمل نکرده باشد. در این رابطه یک سری تصمیمات مربوطه توسط دیوان آمریکایی حقوق بشر وجود دارد (Nolan, 2009).

۳-۳. تعهد دولت‌ها بر اجرا

تعهداتی که باید انجام شوند، دقیقاً «حقوق مثبت» هستند. آن‌ها دولت‌ها را موظف می‌کنند تا از طریق اقدام فعال دولت، جامع‌ترین اعمال حقوق بشر را ممکن سازند. ایجاد پیش‌نیازهای تحقق حق سلامت از طریق قوانین، نهادها و رویه‌های مربوطه و نیز از طریق مقررات دولتی در قالب پول، کالا یا خدمات است.



کنوانسیون‌های مربوط به حقوق بشر در حال حاضر مراحل مختلفی را برای تحقق حق بر سلامتی پیش‌بینی کرده‌اند. بر این اساس، تعهدات انجام‌شده در حوزه سلامت متنوع است. آن‌ها در ابتدا شامل ایجاد و نگهداری زیرساخت‌های پزشکی و مرتبط با سلامت هستند که به موجب آن دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که مؤسسات، خدمات و برنامه‌های پزشکی لازم با کارکنان آموزش‌دیده در دسترس، در دسترس همه هستند و مردم به غذا و تغذیه کافی، اسکان، سرویس بهداشتی، آب آشامیدنی و داروهای ضروری دسترسی دارند. علاوه بر این، کنوانسیون‌های حقوق بشر گام‌های خاصی را برای بهبود وضعیت سلامت جمعیت به طور کلی و افراد، به‌ویژه گروه‌های نیازمند یا آسیب‌پذیر، به عنوان مثال کودکان، مادران، سالمندان یا افراد دارای معلولیت، توسط دولت‌ها پیش‌بینی می‌کنند. از این نظر معمولاً تنها تضمین دسترسی به تجهیزات پزشکی کافی نیست و باید شرایط اجتماعی-اقتصادی و اجتماعی-فرهنگی که وضعیت سلامت را تعیین می‌کند، تغییر نماید. (Hunt & Backman, 2013)

خدمات و مراقبت‌های درمانی بخشی از نظام بهداشت و سلامت عمومی هر کشور را تشکیل می‌دهد. این خدمات باید در دسترس، موجود و به لحاظ اقتصادی قابل تهیه باشند. علاوه بر این، حمایت و ارتقاء سلامت و تعمیم خدمات درمانی منوط به تحقق پیش شرط‌های بنیادین و سازنده سلامتی از جمله آموزش، مسکن، غذا و اشتغال است. دولت‌ها طبق حقوق بین‌الملل متعهد می‌باشند با به‌کارگیری حداکثر امکانات موجود خود، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را توسعه داده و پوشش‌های لازم را برای همه اقشار جامعه بدون توجه به شغل و درآمد آن‌ها فراهم آورند. تصویب و اجرای طرح تحول در نظام سلامت ایران نیز گامی در راستای تحقق پوشش همگانی خدمات سلامت و نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت به شمار می‌رود (جاوید و نیاورانی، ۱۴۰۱: ۳۴۳).

بحث و نتیجه‌گیری

در جمع‌بندی بحث باید گفت که اگر قرار است حقوق بشر تأثیر داشته باشد، باید فعالانه ادعا شود. به همین دلیل، توانمندسازی حقوق بشر ضروری است. این به فرآیندی اشاره می‌کند که در طی آن صاحبان حق این توانایی را به دست می‌آورند که به طور مؤثر حقوق بشر را برای خود و دیگران مطالبه کنند. دریافت‌کننده اصلی ادعاهای حقوق بشر، دولت‌های مربوطه هستند که وظیفه اصلی را دارند و آمادگی و توانایی آن‌ها برای احقاق حقوق بشر باید تقویت شود. حق بشر برای سلامتی باید از طریق ابزارهای سیاسی، به عنوان مثال از طریق اعتراضات و کمپین‌ها یا از طریق لابی‌گری و فعالیتهای حمایتی، مطالبه و تأکید شود. بدون دست کم گرفتن اهمیت قضاوت‌های شاخص تأثیرگذار، اصلاحات بنیادی و ساختاری باهدف دستیابی به احترام، حمایت و تضمین بهتر و همه‌جانبه‌تر برای حقوق بشر اجتماعی مانند حق بر سلامتی در درجه اول قرار دارد. اینکه تا چه اندازه از امکانات مطالبه‌گری و مطالبه‌ی سلامتی استفاده شود، به توان سازمانی و ظرفیت عمل گروه‌های مدنی و جنبش‌های اجتماعی بستگی دارد، اما ساختارهای قانون اساسی و آزادی‌های مدنی نیز ضروری است. بسیاری از دولت‌ها دامنه فعالیت جامعه مدنی را محدود می‌کنند و تلاش می‌کنند تا حقوق بشر را سرکوب کنند. طیف در اینجا از سرکوب کامل تا ناقص متغیر است. حق بر سلامتی نیز به عنوان نمونه بارزی از حقوق اساسی بشر که در اسناد مهم بین‌المللی احراز و مورد حمایت قرار گرفته است، جایگاهی هنجاری در میان حقوق بنیادین بشر دارد و لذا دولت‌ها باید در مقابل این مطالبه‌گری‌ها و حتی فارغ از آن در زمینه احترام به این حق، حمایت از آن و اجرای آن تمامی مساعی خود را بکار ببندند.



منابع و مأخذ

۱. آل کجیاف، حسین (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، *فصلنامه مجله حقوق پزشکی*، ۷ (۲۴): ۱۳۹-۱۷۰
۲. جاوید، احسان و نیاورانی، صابر (۱۴۰۱)، تعهد دولتها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبتهای درمانی در حقوق بین‌الملل در پرتو طرح تحول نظام سلامت، *فصلنامه تحقیقات حقوقی*، ۲۵ (۹۷): ۳۴۸-۳۶۳
۳. اللهویسی، سمن و گرجی اندرزبانی، علی‌اکبر (۱۳۹۸)، حق بر سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، *پژوهشنامه تطبیقی دادپیشگان*، ۱ (۸)
4. Bielefeldt, Heiner (2016), Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen. Einige Grundsatzüberlegungen, Frewer/Bielefeldt (2016), 19-56.
5. Dodge, Rachel/Daly, Annette P./Huyton, Jan/Sanders, Lalage D. (2012), The challenge of defining wellbeing, *International Journal of Wellbeing* 2, 3 (2012), 222-235
6. Franke, Alexa (2006), *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, Bern: Huber
7. Freeman, Marsha A./Chinkin, Christine/Rudolf, Beate (Eds.) (2012), *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. A Commentary*, Oxford: Oxford University Press
8. Hunt, Paul/Backman, Gunilla (2013), *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, in: Grodin et al. (2013), 62-76
9. Jaichand, Vinodh/O'Donnell, Ciara (2010), Bringing it home: The Inter- American System and State Obligations Using a Gender Approach Regionally to Address Women's Rights, *Inter-American and European Human Rights Journal* 3, 1-2 (2010), 49-69.
10. Kälin, Walter/Künzli, Jörg (2008), *Universeller Menschenrechtsschutz*, Aufl., Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag
11. Nolan, Aife (2009), Addressing Economic and Social Rights Violations by Non-State-Actors through the State: A Comparison of Regional Approaches to the Obligation to Protect, *Human Rights Law Review*, 9(2), (2009), 225-255
12. Saul, Ben/Kinley, David/Mowbray, Jacqueline (2014), *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Commentary*, Cases and Materials, Oxford: Oxford University Press



Legal Foundations & Obligations of States in Guaranteeing the Human Right to Health

Esmail Baghban

Ph.D in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(Corresponding Author)
Es.baghban@gmail.com

Fatemeh Gobadi

Head nurse of Amir al-Momenin hospital in Maragheh city
ghobadifatemeh1982@gmail.com

Abstract

Human rights are concerned with the relationship between individuals as rights holders and the state as the primary authority. The underlying idea behind such a human right to health is that the government refrains from endangering the health of the people and protects them from interference and takes measures to ensure that people have healthy living and working conditions and above all that have access to appropriate health care. This right is emphasized as a fundamental right in international human rights documents and specifically in the "International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights". What is the right among human rights and what place can be considered for this right among them and what guarantee do the governments have in supporting and implementing it.

Keywords: Human Rights, Right to Health, Fundamental Rights, International Norms, Social & Economic Rights