

Study on the Legal Status of Traditional and Complementary Medicine and the Challenges Ahead in Iran

Gholamreza Zakersalehi¹

Abstract

In recent years, traditional and complementary medicine has received a great interest from the public; however, the provided legal support to this field and the legal evolution and progress have not been aligned with its increasing popularity. We have experienced a ban on the practice of traditional medicine several times. Some branches of complementary medicine have also faced similar problems. In the last decade, due to the development and launch of WHO traditional medicine strategy, there has been a more positive environment for continuing the practice of traditional medicine in Iran. All these fluctuations intensify the necessity of raising fundamental legal issues in this area. This article aims to explain the main legal issues and challenges raised to the current order prevailing in Iran. The research method is documentary study based on legal analysis. The findings of this study have recognized four major challenges: rejection or acceptance of public order and Good morals, dual interpretation of the right to health, lack of coding for all aspects of indigenous knowledge of traditional and complementary medicine, and finally, the weakness of trade unions identity.

Special attention to addressing the four challenges, has been considered by almost other authors. The first two challenges are intellectual and theoretical, and the third and fourth ones are practical. The contribution of this branch of medicine to providing people access to medical services and right to health has to be considered. The issue of expanding accessibility and diversity of medical services is more consistent with the idea of right to health, because expanding some branches such as traditional and complementary medicine will automatically lead to more access to medical services and fosters their diversity. Then, the question of service quality arises. Concerning quality assurance, better participation of traditional medicine experts in monitoring boards and taking advantage of integrated supervision model may help to mitigate the existing problems.

1. Associate Professor, Institute for Research & Planning in Higher Education, Tehran, Iran. Email: Rsalehi514@gmail.com

Keywords

Traditional and Complementary Medicine, Legal Challenges, Right to Health, Contractual Freedom, Trade Union System

Please cite this article as: Zakersalehi G. Study on the Legal Status of Traditional and Complementary Medicine and the Challenges Ahead in Iran. Iran J Med Law 2017; 10(39): 101-120.

بررسی جایگاه حقوقی طب سنتی و مکمل و چالش‌های پیش روی آن در ایران

غلامرضا ذاکر صالحی^۱

چکیده

در سال‌های اخیر طب سنتی و مکمل از سوی جامعه با اقبال زیادی مواجه بوده است، اما متناسب با این گسترش شاهد حمایت قانونی و بسط و تکامل حقوقی در این حوزه نبوده‌ایم. در گذشته چند بار شاهد ممنوعیت طبابت در حوزه طب سنتی بوده‌ایم. برخی از شاخه‌های طب مکمل نیز با مشکلات مشابهی رو به رو بوده است. در دهه اخیر پس از انتشار راهبرد توسعه طب سنتی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در ایران نیز فضا برای ادامه فعالیت طب سنتی مساعد گردید. این فراز و فرودهای بسیار، ضرورت طرح بحث‌های بنیادین حقوقی را در این زمینه مضاعف می‌کند. هدف مقاله حاضر تبیین جایگاه حقوقی طب سنتی و مکمل و اصلی‌ترین چالش‌های حقوقی است که در نظم کنونی ایران در این زمینه به منصفه ظهور رسیده است. روش این مطالعه اسنادی و متکی به تحلیل حقوقی است. این مطالعه چهار چالش عمده را بازشناسی کرده است که عبارتند از: چالش مخالفت یا موافقت با نظم عمومی و اخلاق حسنه، چالش تفسیر دوگانه از حق بر سلامتی، کدگذاری‌نشدن همه دانش‌های بومی طب سنتی و مکمل و در نهایت ضعف هویت صنفی. توجه ویژه به رفع چالش‌های چهارگانه، کم و بیش مورد توجه سایر نویسندگان نیز بوده است. دو چالش نخست جنبه فکری و نظری و چالش سوم و چهارم جنبه عملی دارند. کمکی که این شاخه‌های طب به تأمین دسترسی به خدمات پزشکی و توسعه حق انتخاب مردم می‌کنند باید مورد توجه قرار گیرد. موضوع گسترش دسترسی به خدمات پزشکی و توسعه دسترسی با ایده حق بر سلامتی سازگارتر است، زیرا گسترش شاخه‌هایی چون طب سنتی و مکمل خود به خود موجب توسعه دسترسی به خدمات پزشکی و تنوع بیشتر آن‌ها می‌شود، پس از آن، مسأله کیفیت خدمات مطرح می‌شود. در زمینه تضمین کیفیت، مشارکت بیشتر متخصصان طب سنتی و مکمل در ترکیب هیأت‌های نظارتی و بهره‌گیری از الگوی تلفیقی نظارت می‌تواند به کاهش مشکلات موجود کمک کند.

واژگان کلیدی

طب سنتی و مکمل، چالش حقوقی، حق بر سلامت، آزادی قراردادی، نظام صنفی

۱. دانشیار، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، تهران، ایران.

Email: Rsalehi514@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۷/۲

مقدمه

حقوق پزشکی شاخه‌ای از رشته حقوق است که مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر مسائل پزشکی و دارویی را مورد مطالعه قرار می‌دهد. امروزه نیاز طب سنتی به پشتوانه حقوق پزشکی و حمایت قانونی از آن به دلیل مواجهه‌بودن با چالش‌های متعدد ضروری است. برخی از شاخه‌های طب مکمل نیز که فرآیند رسمیت‌یافتگی را کاملاً طی نکرده‌اند با مشکلات متعدد ناشی از توسعه‌نیافتگی حقوقی مواجه هستند.

نخستین موضوع، پذیرش و رسمیت‌یافتن طب سنتی به عنوان شاخه‌ای پذیرفته‌شده از علوم پزشکی است. در صورت فقدان قوانین مدون، تأسیس دانشکده طب سنتی یا معاونت طب سنتی در وزارت بهداشت به تنهایی موجب پ شدن خلأهای قانونی نمی‌شود. این چالش هم اکنون نیز در کشورهای اروپایی علیه طب سنتی و مکمل در جریان است و دعاوی متعددی به عنوان مداخله غیر مجاز در امور پزشکی علیه کلینیک‌های طب مکمل از سوی بیماران و یا اتحادیه‌های صنفی پزشکان و یا کارتل‌های دارویی مطرح می‌شود. بنابراین تمهید مبانی نظری حقوقی برای دفاع از طب سنتی همچنین طب مکمل ضروری است. در کشور ایران چند دفعه فعالیت‌های طب سنتی و شیوه‌های تجربی درمان با بحران مواجه شد. بار نخست در اواخر دوره قاجار و بار دوم در عصر پهلوی اول، بار سوم ممنوعیت حجامت در سال‌های ۱۳۳۴ و ۱۳۷۷ بوده است.

در سال ۱۲۹۰ به موجب قانون طبابت کلیه فعالیت‌های طب سنتی و تجربی ممنوع گردید و ادامه اشتغال در فنون طبابت و دندانسازی به اخذ اجازه‌نامه از وزارت معارف و طی شدن مراحل ثبت در وزارت داخله منوط گردید. در ماده ۵ این قانون مقرر گردید «برای افرادی که از مدارس طبی دولتی تصدیق‌نامه ندارند، در کمیسیون مخصوصی در وزارت معارف امتحان دهند یا آنکه گواهی تلمذ در مطب یکی از اطباء معروف یا در مریض‌خانه دولتی یا آمریکایی را ارائه نمایند» (۱).

مجدداً در سال ۱۳۳۴ با تصویب قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، انجام حجامت و برخی دیگر از خدمات طب سنتی ممنوع شد. با وجود این، حجامت همچنان به طور غیر قانونی ادامه داشت. در دهه ۶۰ مجدداً حجامت رایج شد و آن‌قدر پرطرفدار شد که در سال ۱۳۶۹ مؤسسه تحقیقات حجامت ایران رسماً به ثبت رسید.

تنها هشت سال پس از این تاریخ، معاونت درمانی وزارت بهداشت طی دو مصوبه جداگانه، حجامت را ممنوع اعلام کرد، اما این مصوبه‌ها نیز در سال ۱۳۸۰ توسط دیوان عدالت اداری باطل شد و این کار، موضع‌گیری رییس وقت سازمان انتقال خون را برانگیخت تا جایی که او اعلام کرد: «شورای نگهبان بدون استفاده از نظر کارشناسان، دو بخشنامه علمی وزارت بهداشت را درباره حجامت غیر شرعی تشخیص داده است.» موضوع از این قرار بود که بر طبق ماده ۲۵ قانون دیوان عدالت اداری، در اجرای اصل ۱۷۰ قانون اساسی، دیوان عدالت اداری موظف است چنانچه شکایتی مبنی بر مخالفت بعضی از تصویب‌نامه‌ها یا آیین‌نامه‌های دولتی با مقررات اسلامی مطرح گردد، شکایت را به شورای نگهبان ارجاع کند و چنانچه شورای نگهبان طبق اصل چهارم، آن را خلاف شرع تشخیص داد، دیوان، حکم ابطال آن را صادر نماید.

به جز ایران، فضای ممنوعیت در بیشتر کشورها تا سال ۲۰۰۲ تداوم داشت تا این‌که سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ چهار راهبرد و الزام مشخص را در جهت توسعه طب سنتی تدوین و منتشر کرد که عبارتند از:

- ادغام مناسب طب سنتی با سیستم بهداشتی - درمانی کشورها به وسیله توسعه سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های لازم. این راهبرد شامل دو بخش است: بازشناسی طب سنتی و صیانت از دانش بومی طب سنتی.

- افزایش دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی به ویژه برای مردم کم‌درآمد. دو راهبرد زیرمجموعه آن عبارتند از: شناسایی جایگاه کارکنان طب سنتی در سیستم بهداشتی - درمانی کشورها و تشویق گفتگو بین آن‌ها و کارکنان طب جدید.

- تعیین و تضمین ایمنی، کارایی و کیفیت طب سنتی، فرآورده‌ها و روش‌های درمانی آن. سه راهبرد فرعی آن عبارتند از: مستندسازی طب سنتی، ساماندهی داروهای گیاهی، وضع قوانین برای اثربخشی و حمایت از محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی.

- ترویج استفاده منطقی توسط پزشک و مصرف‌کننده و صیانت از آثار و منابع طب سنتی

(۲).

در ایران در سال‌های اخیر توسط دولت در حوزه نخست، یعنی سیاستگذاری برای هماهنگ‌سازی و انسجام طب سنتی و طب رایج تلاش‌هایی صورت گرفته است (مانند تصویب بند ه ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه و یا تدوین سند توسعه طب سنتی ابلاغی ۱۳۹۲/۲/۲۸ هیأت محترم

دولت، همچنین تصویب سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب سال ۱۳۹۲ شورای عالی انقلاب فرهنگی) در قلمرو افزایش دسترسی نیز توسط مردم و بخش خصوصی اقدامات خوبی انجام شده است، مانند تأسیس ده‌ها کلینیک طب سنتی توسط دولت و بخش خصوصی، اما در زمینه راهبرد سوم و چهارم نیازمند تدوین برنامه‌های عملیاتی و نقشه راه و تدوین قوانین و مقررات هستیم.

پس از وقوع انقلاب اسلامی در ایران به ویژه از زمان انتشار این راهبرد به صورت جسته و گریخته و با عباراتی کلی مجوزهایی برای ترویج طب سنتی در قوانین درج شده و فضای ممنوعیت شکسته شد.

مطابق بند ۱۸ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این وزارت موظف به انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی می‌باشد (۳).

همچنین بر اساس ماده ۵ قانون تشکیل وزارت بهداشت مصوب ۱۳۶۴ این وزارت موظف است در اجرای بند ۴ اصل سوم قانون اساسی به منظور تقویت روح بررسی، تنوع و ابتکار در زمینه‌های علمی و فنی پزشکی و انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در «جمعیت رشته‌های پزشکی» و بالابردن سطح علم پزشکی و نظارت بر پژوهش‌های علمی و هماهنگ‌ساختن واحدهای تحقیقاتی پزشکی، مؤسسات و واحدهای پژوهشی طب سنتی را توسعه داده و تقویت نماید (۴).

علاوه بر این در بند ۷ وظایف این وزارت به مسؤولیت همگانی خدمات درمانی اشاره شده است. این امر مستلزم توسعه شاخه‌های مختلف طب مکمل نیز خواهد بود. در بند هـ ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه، وزارت بهداشت موظف شد نسبت به توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی زمینه‌سازی کند (۵).

این مجوزهای کلی در همین حد متوقف شده است و بسط و تکامل حقوقی نیافته است. دلیل آن می‌تواند ضعف ضمانت اجرا، موکول شدن اجرا به تصویب آیین‌نامه اجرایی، تعارض دو حوزه علمی متفاوت با استانداردهای متفاوت و فقدان نگاه سیستمی به فرآیند قانونگذاری باشد. از سویی سیستم‌های نظارتی بر طب سنتی و مکمل از قبیل قانون نظام پزشکی و سازمان آن با

همان معیارهای طب رایج با این حوزه برخورد می‌کنند. همین مسأله موجب بروز تعارض و تنش بین دو سیستم می‌شود. سیستم‌هایی که بعضاً نگاه آن‌ها به مفهوم و تعریف سلامت متفاوت بوده و پارادایم‌ها و سرمشق‌های متمایزی تلقی می‌شوند.

روش مطالعه

روش این مطالعه اسنادی و متکی به تحلیل حقوقی (Legal Analysis) است. تحلیل حقوقی عمدتاً از تفسیر و استنباط بهره می‌جوید.

یافته‌های مطالعه

پرسش اصلی این مطالعه در زمینه چالش‌های اصلی حقوقی مرتبط با فعالیت طب مکمل و سنتی در نظم حقوقی کنونی ایران است. بررسی نگارنده چهار چالش عمده را شناسایی و برجسته می‌کند:

۱- مخالفت / عدم مخالفت طب سنتی و مکمل با نظم عمومی و اخلاق حسنه

انطباق این دو مفهوم بر فعالیت‌های طب سنتی و مکمل می‌تواند بحث‌برانگیز (Problematic) باشد. برای تبیین موضوع نخست یادآور می‌شوم که ارائه خدمات پزشکی چنانچه با توافق طرفین انجام شود (که غالباً چنین است) نوعی قرارداد بین پزشک و بیمار است. طبق ماده ۱۹۰ قانون مدنی ایران شرایط صحت هر معامله عبارتند از: قصد طرفین و رضای آن‌ها، اهلیت طرفین، موضوع معین که مورد معامله باشد، مشروعیت جهت معامله (۶).

به نظر می‌رسد در این بخش مشکلی وجود ندارد و خدمات طب سنتی و مکمل هر چهار شرط یادشده را دارا هستند. منظور از جهت معامله، هدف و انگیزه طرفین از واقع‌ساختن معامله است. موضوع شیادی و فریب بیمار، مشمول فقدان شرط چهارم است، اما این‌گونه فعالیت‌های فریب‌کارانه ربطی با خدمات سالم و مشروع این حرفه‌ها نداشته و موضوعاً خارج از بحث ما هستند. در هر معامله و قراردادی احتمال شیادی و فریب وجود دارد.

جوهره اصل حاکمیت اراده عبارت از این است که اراده فرد هم در ایجاد عقد و آثار مترتب بر آن و هم در تمامی روابط حقوقی حاکمیت دارد. بدین ترتیب که اراده آزاد و مختار افراد، مصدر و منبع هر نظم حقوقی و منشأ همه التزامات است. بنابراین تمام تعهدات ناشی از عقد، از

قصد و اراده متعاملین حاصل می‌شود و اراده فقط در حد شکل‌دهی به التزامات باقی نمی‌ماند، بلکه مرجع نهایی و عمده برای ترتب آثار متعدد برای آن التزامات هم خواهد بود. بر مبنای این اصل هر عقدی با توافق دو اراده مستقل، تمام و کامل می‌شود تنها با این شرط که با قوانین آمره، نظم عمومی و اخلاق حسنه در تعارض نباشد (۷)، در مورد خدمات پزشکی و از جمله طب سنتی و مکمل، اذن در تصرف محصول برخوردار دو اراده است: اراده طبیب و اراده بیمار. اصل توافقی است که بین بیمار و درمانگر وجود دارد. اراده‌ای که قانون آن را در قالب عقود معین یا نامعین به رسمیت شناخته است. بقیه موارد به مقررات صنفی - حرفه‌ای و مقررات حکومتی برمی‌گردد.

ماده ۱۰ قانون مدنی ایران مقرر می‌دارد: «قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد نموده‌اند، در صورتی که مخالف صریح قانون نباشد نافذ است.» از این ماده نفوذ و جواز قراردادهای نامعین (Uncertain Contracts) استفاده شده است.

بدیهی است برخی خدمات پزشکی در حوزه طب سنتی و مکمل یک قرارداد بی‌نام و نامعین تلقی می‌شوند. علت نخست این‌که برخی از این خدمات قبلاً رواج نداشته و یا چنانچه رواج هم داشته‌اند، قانون ایران نسبت به آن ساکت است. حالت دوم زمانی است که یک خدمت پزشکی مرکب از چند قرارداد باشد و همین مرکب بودن موجب نامعین شدن آن می‌شود. برای مثال یک خدمت در عرصه طب سنتی ممکن است مشتمل بر چند قرارداد هم‌زمان باشد. قرارداد مشاوره درمانی (ویزیت) مشاوره تغذیه، فروش داروی گیاهی (عقد بیع)، خدمات بستری، اعمال یدای مانند حجامت، فصد، ماساژ و ...

در این صورت این قرارداد مرکب، مشمول ماده ۱۰ قانون مدنی است. هر گاه در نظام حقوقی کشور نامی از این خدمات برده نشده باشد، اما آن‌ها قرارداد خصوصی تلقی شده و نافذ هستند. خواه به اعتبار جدید بودن و خواه به اعتبار مرکب بودن. تنها شرط مشروعیت آن‌ها همان سه موردی است که قبلاً بیان شد، پس تا زمانی که در قوانین آمره کشور این خدمات منع نشده باشند و شکل ارائه آن‌ها به صورتی باشد که مخالف نظم عمومی و اخلاق حسنه نباشند، مبنای قانونی آن‌ها فراهم است. حال ممکن است افرادی با استناد به برخی قوانین عادی یا مقررات پزشکی این‌گونه خدمات را مخالف نظم عمومی تلقی کنند. بنابراین شایسته است نگاهی گذرا به این دو مفهوم داشته باشیم.

نظم عمومی «عبارت از مجموع ضوابط و مقرراتی است که قوام و بقا ذات و حیثیت ملت و تمدن و فرهنگ جامعه را تأمین می‌کند و تخلف از آن جایز نیست» (۸) عدم مراعات نظم عمومی موجب تشنج و اختلال در جامعه می‌شود. حال چنانچه ادعا شود خدمات طب سنتی موجب به خطر افتادن بنیان‌های سلامت جامعه می‌شود، می‌توان از این مفهوم بهره جست. ممنوعیت‌هایی که در چند مرحله تاریخی در ایران صورت گرفت، هرچند از این واژه به صورت صریح استفاده نکردند، اما روح کلی آن‌ها احساس مخاطره در نظم عمومی (و مصداقی از آن یعنی اختلال در سلامت عمومی جامعه) بوده است. صفایی (۹) معتقد است که «در قلمرو قراردادهای، قوانین امری و نظم عمومی استثنایی هستند و اصولاً اراده افراد حاکم و نافذ است.» بدین ترتیب اگر مصداق مشتبهی در نظم عمومی پیش آید (مانند برخی خدمات طب سنتی و مکمل)، عملاً نباید آثار نظم عمومی را بر آن بار نمود. از سویی باید دانست که مقوله نظم عمومی یک موضوع فرعی نیست، بلکه یک رکن است، پس شامل اقدامات طرف مقابل در ایجاد محدودیت هم می‌شود.

اما اخلاق حسنه «اموری است که افراد جامعه رعایت آن را لازم بدانند و رفتار برخلاف آن را سرزنش کنند» (۱۰) به نوعی اخلاق حسنه را می‌توان وجدان عمومی تلقی کرد. جامعه معمولاً این وجدان عمومی را مراعات کرده و محترم می‌شمارد. موارد نقض آن استثنا بوده و نیازمند دلیل است. علاوه بر این، بر فرض وجود برخی مقررات محدودکننده برای طب سنتی و مکمل، آن مقررات با ماده ۱۰ ق.م و اصل آزادی قراردادی در تعارض قرار می‌گیرند. از سویی همان مقررات نیز می‌بایست خود را با دو رکن نظم عمومی و اخلاق حسنه تطبیق دهند. این مقررات محدودکننده نباید با مفاد قانون اساسی و میثاق‌ها و کنوانسیون‌های بین‌المللی مبنی بر گسترش دسترسی مردم به انواع خدمات بهداشت و سلامت معارض باشند.

در برخی کشورهای غربی این موضوع به چالش‌هایی دامن زده است. به گزارش هاریسون (۲۰۰۵ م.) دخالت‌های اخیر دولت‌های غربی برای ایجاد محدودیت در مشاغل و فعالیت‌های تجاری که از نظر آن‌ها محل نظم عمومی و اخلاق حسنه است، با واکنش‌هایی از سوی سازمان‌های غیر دولتی مواجه بوده است و همین واکنش‌ها، مجموعه‌ای از مناقشات حقوقی را که عمدتاً طرفدار اعطای آزادی بیشتر در قلمرو قراردادهای خصوصی است، دامن زده است. برخی از موارد در گزارش هاریسون عبارتند از:

- جلوگیری از محدودیت برای تأسیسات هسته‌ای مولد برق.
- مسائل مربوط به درمانگاه‌های سقط جنین.
- استفاده از کارشناسان تجربی فاقد مدرک برای ارائه خدمات فنی.
- مسأله پرداخت حداقل دستمزد به کارگران و یا تحمیل شرایط مصنوعی در توافقات بین کارگر و کارفرما.
- مسأله ممانعت دولت و انجمن‌های پزشکی از توسعه طب سوزنی و استفاده از گیاهان دارویی (۱۱).

خوشبختانه اغلب موارد این‌چنینی با پیروزی صاحبان حرفه و کسب و کار بر محدودیت‌های ساختگی به سرانجام می‌رسد، زیرا امروزه مفهوم نظم عمومی وسیع‌تر از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. «نظم عمومی عبارت از ضوابط و مقرراتی است که قوام و بقای ذات و حیثیت ملت و تمدن و فرهنگ جامعه را تأمین می‌کند» (۱۲). بنابراین هر گونه فعالیت و خدمتی که چنین قوام و بقایی را به مخاطره نیافکند مجاز و منطبق بر نظم عمومی است.

تجربه دهه اخیر در توسعه طب سنتی و مکمل در ایران نشان می‌دهد خدمات ارزشمند این حوزه نه تنها سلامت و بقای جامعه را به مخاطره نیافکنده است، بلکه به عنوان نیرویی مکمل و حیات‌بخش در کنار طب رایج به پیشبرد و ارتقای اهداف سلامت در کشور مساعدت نموده است. طرف مقابل برای اثبات عدم انطباق این خدمات با نظم عمومی یا اخلاق حسنه باید دلیل موجه اقامه کند و با ذکر یک مفهوم کلی نمی‌توان یک فعالیت مشروع مبتنی بر اصل آزادی قراردادی را منع یا محدود نمود.

۲- چالش در انطباق برخی از فعالیت‌های طب مکمل با حق بر سلامت (تفسیر دوگانه)

اصطلاحات متفاوت و متعددی در مورد سلامتی به عنوان حقی بشری به کار گرفته شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به «حق بر مراقبت سلامتی (Right To Health Care)»، «حق بر حمایت از سلامتی (Right To Health Protection)»، «حق بر مراقبت پزشکی (Right To Medical Care)» و حتی در مفهومی گسترده‌تر با عنوان «حقوق سلامت (Health Rights)» اشاره نمود، اما در سطح ملل متحد اغلب از اصطلاح گسترده‌تری با عنوان «حق بر سلامتی» استفاده می‌شود. بنابراین با وجود شناسایی حق بر سلامتی، معنی و مفهوم محتوای این حق به طور کامل روشن نبوده و تبیین حق مزبور امری دشوار و پیچیده است، زیرا تعبیر «حق بر

سلامتی»، تعبیری نارسا بوده و از طرفی مسأله سلامتی نیز امری نسبی و اضافی است که نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار متفاوت می‌شود. سلامتی را در معنای مضیق می‌توان به کارکرد متعارف و صحیح یک عضو به دور از بیماری یا ناهنجاری اطلاق نمود، در حالی که در معنای موسع، سلامتی به معنای داشتن وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می‌گردد.

حوزه‌های مربوط به سلامتی نیز متنوع بوده و دارای ابعاد گوناگونی است و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مزبور شده است. در اسناد حقوق بشری عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و بعضاً از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است. از طرفی حوزه‌های بسیار متنوع و متعددی در تحقق و تداوم وضعیت سلامتی و توانایی و متأثر ساختن و تهدید آن دخیلند نظیر محیط زیست سالم، آب سالم، تغذیه سالم، شرایط کاری و حرفه‌ای، نظافت، بهداشت و... که چنین امری موجب ارتباط تنگاتنگ حق سلامتی با سایر حقوق بشری نظیر حق حیات، حق بر غذا، مسکن و حق بر محیط زیست سالم و... می‌باشد. این وضعیت، حق مزبور را بسیار شکننده و لرزان نموده که به دلیل پیوستگی آن با سایر حقوق پیچیده بودن، همواره در معرض تهدید و آسیب است و این امور نیز به دشواری تعریف سلامتی و حق مزبور دامن زده است. بنابراین از نظر بریگیت اصطلاح «حق بر سلامتی» به عنوان حقی بشری را نمی‌توان دقیقاً به معنای سلامتی معمول و متعارف در نظر گرفت (۱۳).

تعداد قابل توجهی از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی حقوق بشری، حق بر سلامتی را به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به رسمیت شناخته‌اند. اولین تجلی ضمنی حق بر سلامتی را در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد (۱۹۴۵ م.) می‌توان مشاهده نمود. ماده مزبور سازمان را الزام به ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی و یافتن راه‌کارهای مسائل بین‌المللی در ارتباط با سلامتی نموده است. همچنین در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶ م.)، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردید که سلامتی ملت‌ها، جهت دستیابی به صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م.) نیز به گونه‌ای دیگر حق بر سلامتی را مورد شناسایی قرار داده است. در این ماده آمده: «هر کس بر چنان سطحی از زندگی حق دارد که برای سلامتی

و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد...».

شفاف‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی را در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶ م.) می‌توان مشاهده نمود که در بند اول آن آمده: «دولت‌های عضو میثاق حاضر، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند» و در بند ۲ هم اقداماتی را که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ نمایند، مطرح نموده است. به ویژه ایجاد شرایطی برای تأمین تمام خدمات و مراقبت‌های پزشکی در دوران بیماری (بند ۲-د).

به نظر بریگیت تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، نظیر هر حق بشری، دارای سه بعد است: تعهد به احترام (Obligation to Respect)، تعهد به حمایت (Obligation to Protect) و تعهد به ایفا (Obligation to Fulfill). تعهد به احترام، در حقیقت بعد سلبی تعهدات حقوق بشری بوده که در حقیقت تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل‌ها است. این خودداری‌ها چه بسا متضمن اعمال ایجابی نیز می‌باشند.

تعهد به احترام در خصوص حق بر سلامتی بدان معناست که دول‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا گروه‌هایی از افراد ایجاد نمایند یا آنکه موانع موجود و محدودیت‌های جاری را مرتفع سازند (۱۳). بدیهی است که برخی از موارد بعد سلبی می‌تواند متضمن هزینه‌هایی برای دولت‌ها باشد و حتی از نگاهی به عنوان مصداقی از تعهد به ایفاء نیز به شمار آید.

تعهد به حمایت هم در واقع ناظر به تعهدات دولت‌ها به حفظ و حمایت از حق بر سلامتی در برابر تعرض و نقض این حق توسط ارکان یا مؤسسات دولتی یا اشخاص خصوصی است. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است.

تعهد به ایفای حق بر سلامتی نیز به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده‌ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی است. دولت‌ها موظف‌اند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین نمایند (۱۳). از سویی قلمرو تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی مشتمل است بر: تعهد به مساعدت و همکاری (با سایر دولت‌ها)؛ تعهد به احترام آن (حتی در سایر سرزمین‌ها)؛ تعهد به شناسایی (۱۴).

کمیته تفسیر میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تحلیل و تبیین این تعهد برخی از مصادیق این سنخ از تعهد را چنین بر شمرده است: تضمین ارائه مراقبت سلامتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های مسری و همه‌گیر، تضمین دسترسی برابر همگان به معیارهای اصلی سلامتی نظیر غذای کافی و مناسب مطابق اصول تغذیه، آب سالم آشامیدنی، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی، داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی، تضمین آموزش و تربیت پزشکان و سایر نسل مربوطه، تأمین تعداد کافی بیمارستان‌ها و...، تدارک نظام بیمه عمومی، خصوصی یا مختلط، ارتقا و گسترش تحقیقات پزشکی و آموزش سلامتی و اطلاع‌رسانی درباره ایدز، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، سیگار، داروها و... (۱۵).

از جنبه بین‌المللی از آنجا که دولت ایران، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در سال ۱۳۵۴ به تصویب مجلسین (مجلس شورای ملی و مجلس سنا) رسانده و برخی دیگر از اسناد بین‌المللی مهم نظیر کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹ م.) را نیز مورد تصویب قرار داده است، لذا ضمن آنکه حق مزبور از این جهت مورد شناسایی دولت ایران قرار گرفته، متعهد به ایفای تعهدات مندرج در این اسناد در راستای تحقق حق مزبور است. به صورت ویژه در حوزه دارو نیز باید اضافه کرد که حقوق مصرف‌کنندگان فرآورده‌های دارویی شامل حق انتخاب محصول، حق برخورداری از اطلاعات و حمایت دولت و حق برخورداری از معامله خوب باید مراعات شود (۱۶).

بر این اساس که به کدام فقره از مواد و بندهای اسناد یادشده تأکید شده باشد دو تفسیر متمایز از حق بر سلامت و مصداق آن، یعنی طب سنتی و مکمل قابل ارائه است. مطابق تفسیر نخست ترویج و توسعه طب سنتی و مکمل از این حیث که به خدمات بهداشت و درمان تنوع و افزایش دسترسی می‌بخشد، در جهت اهداف حق بر سلامتی و تحقق بخش ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر است، اما برخی از رقبای این حوزه با تمسک به این موضوع که بعضی از خدمات این حوزه استاندارد نبوده یا از کیفیت لازم برخوردار نیست، تلاش می‌کنند آن را ناقض حق بر سلامتی معرفی کنند. عبارت «کلیه خدمات سلامت باید دارای بالاترین استاندارد باشند»، مستمسک خوبی برای تفسیر دوم است. در حقیقت این چالش ناشی از تفسیر دوگانه این حق بنیادین بشری است.

در اینجا باید متذکر شد که اولاً باید با رویکرد سیستمی همه مفاد اسناد را در کنار هم تبیین و تفسیر نمود؛ ثانیاً دولت بر اساس تعهد به حمایت و تعهد به ایفا مکلف به ارتقای کیفی خدمات پزشکی از جمله طب مکمل و سنتی بوده و باید به این امر اهتمام کند. از این تفسیر نمی‌توان ممنوعیت طب مکمل وی سنتی را نتیجه گرفت. در صورتی که چنین برداشتی صورت گیرد، مانند این است که گفته شود سطح سواد و کیفیت دانش و خدمات پزشکان عمومی در ایران پایین است، لذا اشتغال به طبابت آن‌ها باید ممنوع شود! حق این است که گفته شود همه عناصر نظام سلامت باید دست به دست هم دهند تا کمبودها را جبران و کیفیت این خدمات پزشکی را روز به روز ارتقا بخشند.

۳- ضعف هویت صنفی

نخست باید واژه صنف را تعریف کنیم. طبق ماده ۲ قانون اصلاح قانون نظام صنفی کشور، «فرد صنفی هر شخصی حقیقی یا حقوقی است که در یکی از فعالیت‌های صنفی اعم از تولید، تبدیل، خرید، فروش، توزیع، «خدمات» و خدمات فنی سرمایه‌گذاری کند و به عنوان پیشه‌ور و صاحب حرفه و شغل آزاد، خواه به شخصه یا با مشارکت دیگران محل کسبی دایر یا وسیله کسبی فراهم آورد و تمام یا قسمتی از کالا، محصول یا خدمات خود را به طور مستقیم یا غیر مستقیم و به صورت کلی یا جزئی به مصرف‌کننده عرضه دارد» (۱۷). از آنجا که بخش خدمات یکی از مظاهر صنف است، بخش مهمی از فعالیت‌های طب مکمل و سنتی می‌تواند در قالب فعالیت‌های صنفی مطرح شود.

به نظر می‌رسد قانون نظام صنفی کشور دارای پتانسیل‌های حمایتی خوبی است که اشخاص حقیقی و حقوقی شاغل در شاخه‌های مختلف طب مکمل می‌توانند از این ظرفیت‌ها بهره‌برداری کنند، برای مثال در شهر تهران با حد نصاب ۳۰۰ واحد صنفی و در شهرستان‌های با کم‌تر از ۵۰۰ هزار نفر جمعیت با دارا بودن ۵۰ واحد صنفی می‌توانند اتحادیه تشکیل دهند. از مجموعه این اتحادیه‌ها در سراسر کشور مجمع امور صنفی شکل می‌گیرد. در این صورت به تدریج بسیاری از مقررات نظارت و بازرسی و کنترل کیفیت و قیمت‌گذاری و... از طریق اتحادیه‌ها و مجامع صنفی (و نه یک سازمان بزرگ دولتی به نام وزارت بهداشت) صورت خواهد گرفت. در همه کشورهای پیشرفته غربی اتحادیه‌های صنفی نقش و جایگاه اصلی در ارتقا و توسعه همچنین سیستم‌های نظارتی و کنترلی بر صنوف را بر عهده دارند و نقش دولت عمدتاً سیاست‌گذاری و

حمایت است. دولت می‌بایست در تفویض بخشی از اختیارات نظارتی خود به صنوف و اتحادیه‌ها و انجمن‌های علمی پیش‌قدم شود. از سوی دیگر می‌بایست با تقویت مجامع صنفی جریانی از مطالبه جدی شکل بگیرد و پیشنهادات و خواسته‌های خود را به دولت (در اینجا وزارت بهداشت) منعکس کنند. در این راستا شایسته است ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت مصوب ۱۳۶۴ و ماده یک قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴ به گونه‌ای تعدیل شود تا در امر نظارت و کنترل، تقسیم کار ملی بین وزارت و اتحادیه‌ها و انجمن‌های علمی پزشکی صورت پذیرد (۱۸).

اکنون ضعف هویت صنفی موجب شده تا شاغلان بخش طب مکمل و سنتی از مزایا و حمایت‌های بسیاری محروم شوند. هم‌اکنون این شاغلان نه یک قانون نظام پزشکی جداگانه و مستقل دارند و نه در ترکیب هیأت‌هایی که در نظام پزشکی پیش‌بینی شده است، حضور مؤثر دارند. به استثنای کسانی که واژه «پزشک» به آن‌ها اطلاق می‌شود. برای مثال در ترکیب هیأت مدیره نظام پزشکی شهرستان‌های دارای پانصد نفر عضو، ۶ پزشک، یک نفر دندان‌پزشک، یک نفر داروساز، یک نفر دکتر علوم آزمایشگاهی، یک نفر لیسانسیه مامایی و یک نفر لیسانسیه پروانه‌دار در گروه پزشکی عضویت دارند (ماده ۱۱ قانون سازمان نظام پزشکی) (۱۹). در این ترکیب شاغلان حوزه طب مکمل و سنتی حضور چندانی ندارند، مگر این‌که صرفاً در قالب پزشک مشغول خدمت باشند.

در ترکیب شورای عالی نظام پزشکی و همچنین هیأت‌های بدوی و تجدید نظر انتظامی نیز، ماماها و لیسانسیه‌ها و حتی یک پرستار حضور دارند، اما نماینده‌ای از حوزه وسیع طب مکمل و سنتی مشارکت ندارند. در چنین شرایطی یا می‌بایست نسبت به اصلاح رویکرد این قانون اقدام نمود و یا این‌که شاغلان این بخش‌ها با تدوین لایحه‌ای نسبت به تأسیس یک سازمان نظام پزشکی مستقل مبادرت نمایند که این امر در شرایط فعلی مناسب نیست. تداوم وضع موجود و تلاش ناموفق برای انطباق همه فعالیت‌های طب مکمل با قانون نظام پزشکی موجود باعث تعریف این قلمرو به عنوان یک زیر نظام حاشیه‌ای و به دنبال آن، استمرار چالش‌های حقوقی می‌شود.

۴- کدگذاری نشدن همه دانش‌های بومی مرتبط با طب سنتی و مکمل

بخش عمده‌ای از دانش‌ها و تجارب عملی درمانی طب سنتی و مکمل هنوز کدگذاری (مستندسازی و تبدیل از دانش شفاهی و ضمنی به دانش آشکار) نشده است، لذا فرآیند شناسایی و رسمیت‌یافتگی آن طی نشده است. این مرحله پیش‌نیاز تکامل حقوقی است. چنانچه مرحله تدوین سپری نشود، حفظ و حراست از مالکیت معنوی آن مشکل‌تر است، هرچند سازمان یونسکو هم‌اکنون دانش سنتی و فولکلور میراث معنوی را با شرایطی ثبت می‌کند، اما این امر نیز خود مستلزم تهیه گزارشات مکتوب و مستندسازی است، البته مکتوب‌نشدن بخشی از دانش پزشکی بشر چیزی از اهمیت آن نمی‌کاهد. برای تبیین جایگاه این دانش‌ها و معارف ابتدا به تعریف دانش بومی می‌پردازیم.

در گزارش یونسکو از دانش سنتی Traditional Knowledge به عنوان مجموع دانش فنی، تمرین‌ها و مصداق‌های حفظ‌شده و توسعه‌یافته توسط افراد در طول تاریخ که نتیجه تعامل با محیط طبیعی است، یاد شده است (۲۰). در همین گزارش از دانش عامه Folk Knowledge و دانش قومی نیز سخن گفته شده است. در تعریف آمده است: علم بومی به دانش علمی بلند مدتی اطلاق می‌شود که معمولاً به صورت شفاهی در فرهنگ افراد وجود دارد. دانش بومی، همچنین دانش علمی تمامی افراد به عنوان مشارکت‌کنندگان یک فرهنگ است که تحت تأثیر دیدگاه جهانی و علائق نسبی جوامع بومی خود هستند (۲۱)، اکثر محققان دیگر نیز علم بومی را مترادف تجارب زیسته مردم محلی در زمینه‌های مختلف زندگی می‌دانند و از آن به عنوان روشی برای درک جهان یاد کرده‌اند که کل‌نگر است (۲۲).

پژوهشگری دیگر در پایان‌نامه دکتری خود تحت عنوان «روش‌های دانستن: علم بومی» به شناسایی مسؤولیت‌های اساسی افراد در برابر حفظ و ارتقای دانش‌های بومی که هویت آن‌ها را می‌سازد، پرداخته است. وی تلاش دارد با طرح مسأله استعمارزدایی (استعماری که سعی در انهدام و فراموشی دانش‌های محلی و قومی دارد) به بازسازی روش‌های رسیدن به دانش از طریق تلفیق دانش‌های مدرن و بومی بپردازد (۲۳).

در فرآیند تبدیل دانش بومی و شفاهی به دانش آشکار، روند رسمیت‌یافتگی طی می‌شود. به رسمیت‌شناخته‌شدن شاخه‌های مختلف طب سنتی و مکمل و ارتقای جایگاه آن‌ها مقدمه‌ای ضروری است. فوستر در این باره می‌نویسد: «در کشورهایی که دارای سنت و پیشینه تاریخی از نظام‌های پزشکی متفاوت با نظام پزشکی غرب هستند، معمولاً سعی می‌شود تا پزشکی سنتی

به صورت جداگانه، اما در جایگاهی مساوی با پزشکی غربی حفظ گردد. این وضع به ویژه در هندوستان و چین و کشورهای همسایه با آن‌ها مانند نپال و کشورهای جنوب شرق آسیا، صادق است. «اوپلر گزارشی را نقل می‌کند که توسط کمیته‌ای منصوب از طرف دولت هند برای استفاده از پزشکی بومی، به ویژه طب آیورودیک Ayurvedic هندوها و طب یونانی و طب مسلمانها، تهیه و ارائه شده است (۲۴). در سایر نقاط جهان مانند امریکای لاتین نیز تلاش‌های مشابه برای احیای دانش بومی پزشکی در جریان است. اسناد سازمان علمی فرهنگی و آموزشی ملل متحد بیانگر الزام دولت‌ها به حفظ و بالندگی علم بومی، ترمیم و بازشناسی آن‌ها و معرفی این تجارب زیسته به نسل جوان است. کنوانسیون حفظ میراث ناملموس (معنوی) با این هدف تصویب شده است.

در کشور ما خوشبختانه در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای تدوین و انتشار این میراث گران‌قدر به عمل آمده است، اما بخش تجربی و شفاهی آن هنوز در معرض فراموشی است. درمانگران پیشکسوت شاخه‌های مهم طب سنتی و مکمل گنجینه اصلی این میراث هستند. بر هر میزان دانش ضمنی به دانش آشکار و کدگذاری شده تبدیل شود، تدوین نظام حقوقی حمایتگر نیز تسهیل می‌گردد. نهایتاً باید گفت بخشی از ضعف حمایت حقوقی به ضعف در کدگذاری دانسته‌های پیشین طب سنتی و تجارب عملی طب مکمل برمی‌گردد. این مسأله چنانچه با کم‌کاری و اهمال مواجه شود، در این مدت به یک چالش تبدیل می‌گردد. بدین منظور ثبت ابداعات و اختراعات دارویی (هم داروهای متعارف و هم سنتی) می‌بایست تسهیل شود.

مطالعه عباسی و همکاران (۲۵) نشان می‌دهد که مقررات موضوعه در ایران در ارتباط با حمایت از ابداعات دارویی در قیاس با مقررات بین‌المللی، کامل و جامع نیست. برخی نویسندگان طراحی نظامی خاص برای حمایت از طب سنتی را پیشنهاد می‌کنند که متفاوت از مکانیزم جاری نظام حقوق مالکیت فکری باشد. این مسأله در سازمان جهانی مالکیت فکری و کمیته بین‌الدولی مالکیت فکری، منابع ژنتیک، دانش سنتی و فولکلور نیز مورد بحث و بررسی قرار گرفته و پیش‌نویس موادی در خصوص حمایت از آن آماده شده است (۲۶).

به علاوه، ایده گسترش و تسهیل ثبت در موافقت‌نامه تریپس نیز آمده است. بر اساس ماده ۲۷ آن دولت‌های عضو نمی‌توانند هیچ یک از رشته‌های تکنولوژی را از قابلیت ثبت به طور کلی مستثنی نمایند و نمی‌توانند از لحاظ زمینه‌های تکنولوژی محل اختراع و این که آیا محصولات

وارداتی هستند یا تولید محلی، تبعیض قائل شوند. گزارش کشورهای در حال توسعه در خصوص موافقت‌نامه تریپس که برای اعلامیه دوحه تهیه شد، اشعار می‌دارد که حمایت از حق اختراع در محصولات دارویی و توسعه و انتقال تکنولوژی نباید به گونه‌ای دسترسی به دارو را محدود نماید (۲۵)، این موضوع داروهای طب سنتی و مکمل را نیز شامل می‌شود.

نتیجه‌گیری

تأکید نسل جدید حقوق بشر بر «حق بر سلامت» راه را بر هر گونه انحصارطلبی در تأمین حق سلامت مردم در نواحی مختلف جهان می‌بندد. از سویی به کارگیری سنت‌ها، آداب و دانش‌های بومی گوناگون برای بهداشت و درمان خود امری است که بهتر می‌تواند این حق را استیفا نماید. انحصار روش‌ها و تکنیک‌ها و داروها به منزله محدودکردن بلاموجه حق سلامتی است. در این مقاله چالش‌های متعددی مطرح و مورد بحث واقع شد که حل و فصل آن‌ها ذیل پارادایم طب رایج و با چارچوب‌های حقوقی آن قدری مشکل است. به نظر می‌رسد با تدوین مقررات صنفی و حرفه‌ای مستقل برای طب سنتی و مکمل در بخش‌های مختلف آموزش، پیشگیری، درمان و دارو می‌توان قوانین و مقررات هم‌سنگ با فضای خاص طب سنتی و مکمل را وضع نمود و به تدریج به سوی شکل‌گیری یک نظام پزشکی خاص این رشته‌ها یا هم‌سوسازی آن از طریق اصلاح قوانین موجود حرکت نمود. به منظور عدم انفکاک این رشته‌ها از حوزه‌های نظارتی می‌توان یک فصل از قانون نظام پزشکی را در اصلاحات آتی به سیستم نظارت بر این رشته‌ها اختصاص داد، در غیر این صورت بخشی از فعالیت‌های این شاخه با در نظر گرفتن حقوق پزشکی حاکم بر کشور تخلف و جرم محسوب می‌شود. اکنون الگوی نظارت بر خدمات طب سنتی و مکمل عمدتاً برون‌گروهی است. شایسته است با بهره‌گیری از یک الگوی تلفیقی (۲۷) در بخش‌های تخصصی بر مبنای اصل تخصص‌گرایی، نظارت به صاحب‌نظران همین رشته‌ها سپرده شود، اما در بخش خدمات عمومی، این نظارت توسط خبرگان و تیم‌های مستقل بیرونی اعزامی وزارت بهداشت یا مراکز مشابه انجام شود. در پایان یادآور می‌شود که مجوزهای مقطعی و آیین‌نامه‌های وزارتی یا مماشات و چشم‌پوشی مسؤولین نمی‌تواند خلأ یک نظام حقوقی جامع و حمایتگر را برای طب سنتی و مکمل در کشور پر کند. از سویی وجود تعدادی عناصر شاید نباید مردم را از خدمات اصیل شاخه‌های طب سنتی و مکمل محروم کند.

References

1. Iranian medicine act. 1911. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/90145>. Accessed March 21, 2016. [Persian]
2. WHO Traditional medicine strategy 2002-2005. Geneva; 2002. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2297e/>. Accessed March 21, 2016. p.1-3, 43-47.
3. The act to organization and mission of ministry of health. 1988. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91555>. Accessed March 21, 2016. [Persian]
4. The Act to Establish Ministry of Health. 1975. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91112>. Accessed. March 21, 2016. [Persian]
5. 5th development plan act. 2011-2016. Iranian management and planning organization. [Persian]
6. Iranian Civil Code. Edited by Jahangir Mansoor, 32th ed. Tehran: Duran Publications; 2010.
7. Zakersalehi GH. Principles of Uncertain Contracts. Tehran: Mizan Publication; 2009. p.52. [Persian]
8. Emami A. Role of will in contracts. Haq Journal 1985; 4: 21-29.
9. Safaee H. Civil law (2). Tehran: Tehran University; 2003.
10. Emami H. Civil Code. Tehran: Eslamiyeh pub; 1987.
11. Harrison RT. All have a right to contract freedom. 2005. Available at: <http://deailybea.com.utk.deu/issues>. Accessed May 23, 2015.
12. Emami A .The Role of Determination in Contracts. Haq Quarterly Journal 1985; 4(1): 65. [Persian]
13. Ebrahimi M. The Right to Health. Qom: Bagherololoom Research Institute; 2013. Available at: <http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=44648>. Accessed May 23, 2015. [Persian]
14. Ale Kajbaf H. The Concept and Status of the Right to Health in International Human Rights Instruments. Medical Law Quarterly Journal 2013; 24: 139-170. [Persian]
15. Craven MCR. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Oxford: Clarendon Press; 1995.

16. Hosseini M. The Rights of Consumers of Pharmaceutical and Healthcare Products in the Mirror of Law. *Medical Law Quarterly Journal* 2012; 23: 97-123. [Persian]
17. Iranian Union system act. 2003. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94011>. Accessed March 21, 2016. [Persian]
18. The Act regarding Medical and Pharmaceutical Regulatory Affairs. 1955.
19. The Medical Council Act of 2004. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/97949>. Accessed March 21, 2016. [Persian]
20. Icsu, Unesco, Science and traditional knowledge. Report from the Icsu study group on science and traditional knowledge. 2002.
21. Snively G, Corsiglia J. Discovering indigenous science: implication for science education. *Science Education* 2001; 85: 6.
22. Michie M. Why indigenous science should be included in the school science curriculum? *Australian science Teachers Journal* 2002; 48(2): 36-40.
23. Bastien BJ. Blackfoot ways of knowing: Indigenous science. California: Institute of integral studies; 1999. p.37.
24. Foster GM. *Traditional Societies and Technological Change*. New York: Harper & Row; 2000.
25. Abbassi M, Khakpour M, Foroughi M. Legal Support to Pharmaceutical Innovations in International Instruments and Covenants. *Medical Law Quarterly Journal* 2012; 23: 13-41. [Persian]
26. Gholamdokht S, Zahedi M. Examining the Possibility of Developing an Appropriate Context to Provide Support to Traditional Medicine in the Intellectual Property Rights System. *Medical Law Quarterly Journal* 2013; 24: 101-138. [Persian]
27. Abbassi M. Monitoring the Medical Institutions and Ensuring the Patients' Rights through a Comparative Study. *Medical Law Quarterly Journal* 2009; 9: 11-32. [Persian]