

## مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران

محمود عباسی<sup>۱</sup>

راحله رضایی<sup>۲</sup>

غزاله دهقانی<sup>۳</sup>

### چکیده

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمی‌گیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است که به نظر می‌رسد جایگاه این حق در نظام حقوقی ایران با بررسی این قوانین و مقررات تبیین می‌گردد؛ در این مقاله ضمن بررسی قوانین و مقرراتی که این حق را به رسمیت شناخته‌اند به بیان مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران پرداخته‌ایم؛ یافته‌های ما نشان می‌دهد که وجود برخی قوانین و مقررات در این زمینه موجب افزایش برخورداری افراد از این حق شده اما حمایت کیفری از آن مورد غفلت قرار گرفته است.

### واژگان کلیدی:

حق بر سلامت، حق ذاتی بشر، نظام حقوقی ایران

۱- دانشیار و رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، کارشناس ارشد حقوق بین‌الملل. (نویسنده مسؤول)

Email: rezairahelah@yahoo.com

۳- پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
نوع مقاله: مروری تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۳/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۶/۱۳

## مقدمه

سلامتی در لغت فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی (دهخدا، ۱۳۷۸ش.) یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی بدون بیماری یا ناهنجاری است (عباسی، رضایی ۱۳۸۹ش.). اما با توجه به تعریف سلامتی که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است، سلامتی را نه صرفاً به معنای فقدان بیماری بلکه در مفهوم سلامتی کامل جسمی و روانی قلمداد کرده است و هدف سازمان و همه دولت‌ها را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی نموده است (اساسنامه سازمان بهداشت جهانی).

البته همان‌طور که می‌دانیم سلامتی جنبه نسبی داشته و تعریف آن نسبت به افراد، محیط زندگی و کار آنان می‌تواند متفاوت باشد.

موارد فوق و دلایلی از قبیل وجود ابعاد مختلف برای سلامتی و حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن باعث دشواری تعریف جامعی از حق بر سلامت شده است.

اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۹، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. دومین انعکاس حق بر سلامت در قوانین ایران، سند چشم‌انداز بیست ساله است که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت می‌پردازد. همچنین فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بخش مربوط به سلامت قانون برنامه پنجم توسعه به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد و در آخر قوانین مربوط به بیمه به تبیین و شناسایی این حق می‌پردازد.

حق بر سلامت در بر گیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن می‌باشند. حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاهی ویژه دارد (هاشمی، ۱۳۸۲ش.) و از جمله اصول پذیرفته شده در همه کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران است.

یکی از باورهای غلط رایج این است که دولت باید سلامتی را تضمین کند. این در حالیست که چندین عامل دیگر که خارج از کنترل مستقیم دولتی است؛ مانند ساختمان بیولوژیک هر فرد و شرایط اجتماعی، بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارد. در نتیجه دولت‌ها باید تعهدات خود را طوری تنظیم کنند که این حق به معنی «حق فردی یا شخصی» (کاتوزیان، ۱۳۸۲ش.) را محترم شمرده و شرایطی را فراهم کنند که خود افراد بتوانند با توجه به شرایط، به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی دست یابند (Lawrence, 1997).

تعهدات دولت در قبال ارتقای حق بر سلامت نظیر هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است:

تعهد به احترام (Obligation to Respect) یعنی دولت به شیوه‌ای عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود (Carven, 1995) در رابطه با حق بر سلامت این امر از طریق قوانین و سیاست‌های حکومتی اعمال می‌شود، Asher (2004).

تعهد به حمایت (Obligation to Protect) که طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند بلکه باید از مداخله‌ی اشخاص ثالث هم جلوگیری به عمل آورد (Carven, 1995) این تعهد یعنی دولت‌ها باید تلاش

کنند خطرات تهدید کننده سلامتی را به حداقل رسانده و اقدامات ضروری برای حمایت از حق بر سلامت مردم در برابر مداخله اشخاص ثالث را انجام دهند. تعهد به ایفاء (Obligation to Fulfill) که طبق این تعهد، دولت‌ها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت می‌کند از جمله این اقدامات، اقدامات تقنینی، اداری، بودجه‌ای و قضایی است (ضیائی بیگدلی، ۱۳۸۵ش).

ایران به کنوانسیون‌هایی از قبیل میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون بین‌المللی محو همه‌ی اشکال تبعیض نژادی و کنوانسیون حقوق کودک که حق بر سلامت را به رسمیت شناخته‌اند پیوسته است (امیر ارجمند، ۱۳۸۵ش). و علاوه بر تصویب قوانین و مقررات بسیاری در رابطه با سلامت، اقداماتی در جهت بهبود سلامت مردم انجام داده است.

با توجه به اهمیت موضوع و به دلیل اهمیت جایگاه سلامت به عنوان حیاتی‌ترین سرمایه اجتماعی جوامع، در این مقاله برآنیم تا به مطالعه قوانین و مقررات موجود در این حوزه بپردازیم. بدین منظور در ادامه به بررسی قانون اساسی، سند چشم‌انداز بیست ساله، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، قوانین مربوط به بیمه و قانون برنامه پنجم توسعه پرداخته می‌شود.

### الف) حق بر سلامت در قانون اساسی

اصل ۲۹ قانون اساسی، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد و مقرر می‌دارد: «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 ... حقی است همگانی».

طبق این اصل، دولت باید از دو طریق خدمات فوق را برای آحاد مردم کشور فراهم سازد. این دو طریق عبارتند از: درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم.

علاوه بر اصل ۲۹، اصول دیگری نیز با سلامت مرتبطند. طبق بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، «پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت است.»

به موجب این اصل، دولت مکلف است حقوق همه جانبه‌ی افراد، اعم از زن یا مرد و تساوی عموم در برابر قانون را تأمین نماید و بر رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای زن و مرد در تمام زمینه‌های مادی و معنوی تأکید دارد. در اصل سوم به مشارکت زنان در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش اشاره شده است و آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان برای همه در تمام سطوح و تسهیل و تعمیم آموزش عالی را از وظایف دولت شمرده است.

همچنین اصل ۲۰، حمایت یکسان قانونی را برای همه افراد ملت اعم از زن و مرد و برخورداری از همه‌ی حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را با رعایت موازین اسلامی بیان می‌دارد.

اصل ۲۱، مربوط به حقوق زنان است و دولت را موظف به تضمین حقوق زنان در تمام ابعاد با رعایت موازین اسلامی نموده است. دولت باید برای رشد

شخصیت زنان و احیای حقوق مادی و معنوی او زمینه‌های مساعد ایجاد کند و از مادران به خصوص در دوران بارداری حمایت کند.

بند ۱ اصل ۴۳، تأمین نیازهای اساسی یعنی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه را یکی از ضوابطی می‌داند که اقتصاد جمهوری اسلامی ایران باید بر اساس آن استوار گردد.

### ب) حق بر سلامت در سند چشم‌انداز بیست ساله

از اهداف یک اقتصاد مردم‌سالار این است که مردم عمر طولانی‌تر و زندگی سالم‌تری داشته باشند که دولت با اتخاذ اقداماتی، سعی در پیشگیری و حل مشکلات سلامت می‌کند.

دولت به عنوان نماینده‌ی جامعه، سه هدف عمده را در این زمینه تعقیب می‌کند که عبارتند از: طولانی‌تر کردن دوره‌ی یک زندگی توأم با سلامت، کاهش اختلافات سلامت بین مردم و مناطق کشور و دسترسی به خدمات پیشگیرانه برای همه (رشیدی، علی، ۱۳۸۱ش).

با توجه به اینکه کیفیت سلامت برای همه یکسان نیست و اینکه بیماری باعث استهلاک سلامتی، که یک سرمایه انسانی است می‌شود، باید چشم‌انداز بیست ساله با اعمال سیاست‌های مناسب در جهت کاهش این مشکلات حرکت و در تعیین اهداف این چشم‌انداز در زمینه‌ی سلامت توجه کند.

سند چشم‌انداز بیست ساله، ضمن توصیف مشخصات جامعه‌ی سالم ایرانی به عنوان جامعه‌ی برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، بدون فقر، فساد،

تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب، بر ابعاد مختلف اقتصادی- اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند، تأکید کرده است.

در سند چشم‌انداز موارد و تأکیدات مربوط به بخش سلامت عبارتند از: ایجاد جامعه‌ای سالم، اخلاقی، مبتنی بر ارزش‌های اسلامی، فرهنگ‌مدار و شهروندانی آگاه، عزت‌مند و برخوردار از ملاک‌های درستکاری و احساس رضایتمندی.

تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای سطح شاخص‌های آموزش، سلامت، امنیت غذایی، فرهنگ و تربیت اسلامی و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی.

آمایش سرزمینی مبتنی بر اصول ملاحظات امنیتی و دفاعی، کارایی و بازدهی اقتصادی، وحدت و یکپارچگی سرزمین، گسترش عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای، حفاظت محیط زیست و احیای منابع طبیعی و توجه به توسعه متکی بر منابع داخلی و رفع محرومیت‌ها خصوصاً در مناطق روستایی کشور.

تأمین امنیت غذایی کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی و خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی.

ایجاد فرصت‌های برابر، مهار تورم و افزایش قدرت خرید گروه‌های متوسط، کم‌درآمد و اقشار آسیب‌پذیر و کاهش فاصله بین دهک‌های بالا و پایین درآمدی جامعه.

ارتقای سطح درآمد و زندگی روستاییان و کشاورزان، توسعه‌ی پایدار روستاها و رفع فقر با تقویت زیرساخت‌های مناسب تولید و تنوع بخشی و گسترش فعالیت‌های مکمل و اقتصادی به ویژه صنایع تبدیلی و کوچک و خدمات نوین.

**ج) حق بر سلامت در قانون برنامه چهارم توسعه**

فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد. در این بخش از شاخص‌های کیفیت زندگی مادی و شاخص‌های توسعه‌ی انسانی استفاده شده است.

البته چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم عبارت است از: تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم و مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی. وزارت بهداشت به نمایندگی از سوی دولت مسئولیت تولید سلامت را بر عهده دارد و مسئولیت اجرایی و نظارت آن در سطح استان‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی واگذار شده است. در بخش سلامت مانند سایر بخش‌ها، بخش دولتی، تعاونی و خصوصی، هر کدام سهم خاصی را در ارائه و تأمین خدمات ایفاء می‌کنند و خدمات بهداشتی که باید در کشور ارائه شود مشتملند بر: خدمات بهداشتی و پیشگیری، خدمات درمانی و خدمات توانبخشی.

وزارت بهداشت با توجه به سند چشم‌انداز و بند دوازدهم سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه مکلف است در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا و افزایش درآمد سرانه از طرق مختلف از جمله تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، اصلاح ساختار نظام سلامت جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی، عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه، پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت، ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت



تغذیه‌ای، حمایت از برنامه‌ی ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ سلامت مادر و کودک به آحاد جامعه تلاش کند که در این راستا دولت استراتژی‌هایی در جهت حمایت از این حق تدوین نمود. به طور مثال، وزارت بهداشت مکلف گردید که تا پایان سال اول برنامه اقدامات لازم جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول را داشته و به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی انظام ارائه خدمات استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی و سطح بندی خدمات را طراحی کند. همچنین دولت مکلف شد به منظور پیش‌گیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اقدام نماید و مقابله و کاهش اثرات حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده از زمره وظایف حاکمیتی دولت شمرده شد.

علاوه بر موارد یاد شده درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و تأمین غذای سالم و کافی و توانمند کردن مردم و موضع نیازهای اساسی توسعه در قوانین مورد توجه قرار گرفته و دولت مکلف شده به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقداماتی انجام دهد که به موجب بند الف یکی از این اقدامات تشکیل (شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) است. هیأت وزیران بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد این ماده، آئین‌نامه‌ی تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را در تاریخ سیزدهم آبان ماه ۱۳۸۵ تصویب کرد.

بر اساس این آئین نامه به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری و ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به ریاست رئیس جمهور، دبیری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و عضویت رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، وزیر آموزش و پرورش، وزیر جهاد کشاورزی، وزیر بازرگانی، وزیر صنایع و معادن، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی وزیر کشور، وزیر دادگستری، وزیر نیرو، وزیر ذیربط حسب مورد، رئیس سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، رئیس سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان تربیت بدنی و رئیس سازمان نظام پزشکی کشور برای گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی در موارد یاد شده تشکیل می‌شود و مصوبات آن پس از تأیید هیأت وزیران لازم‌الاجرا می‌باشد. طبق ماده ۴ این آیین‌نامه، وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی عبارتند از: ایجاد هماهنگی و سیاست‌گذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت غذایی و تغذیه، بررسی پیشنهادهای برنامه‌های راهبردی ارائه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط در خصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی، بررسی آئین‌نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاری‌های بین بخشی در امر سلامت، امنیت غذایی و تغذیه و بررسی گزارش نظارت بر حسن اجرای سیاست‌های اعلام شده و آئین‌نامه‌های مصوب و ارائه گزارش سالانه به منظور پیشبرد اهداف دو کمیته تخصصی اصلی تحت عناوین «سلامت» و «امنیت غذایی» در دبیرخانه تشکیل می‌گردد. همچنین در کلیه استان‌های کشور شورای سلامت و امنیت غذایی استان به ریاست استاندار تشکیل

می‌شود که وظایفش عبارتند از: اجرای مصوبات شورای عالی، جمع‌آوری اطلاعات و الویت‌بندی مشکلات استانی و انعکاس پیشنهادات در رابطه با سلامت و امنیت غذا و بررسی و تصویب پیشنهادات و برنامه‌ریزی راهبردی ارائه شده در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی استان در زمینه سلامتی و امنیت غذایی.

#### د) حق بر سلامت در قوانین مربوط به بیمه

در اصل ۲۹ قانون اساسی و در مواردی از قانون برنامه چهارم توسعه، بر توسعه بیمه‌ی خدمات درمانی در کشور تأکید شده است. زمانی که لایحه‌ی تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی مطرح شده ماده‌ای به آن اضافه شد که دولت را مکلف کرد تا لایحه‌ی بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی را تقدیم مجلس کند. مجلس شورای اسلامی در آبان ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را به تصویب رساند. متعاقب تصویب قانون، سازمان بیمه خدمات درمانی بنابر صراحت قانون و آیین‌نامه‌های هیأت دولت تشکیل شد و از اوایل مهر ماه ۱۳۷۴ اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی را رسماً آغاز نمود. بر مبنای قانون، تکلیف بیمه درمانی اقشار مختلف جامعه نظیر کارکنان دولت، روستاییان، عشایر، خویش‌فرمایان، خانواده‌های شهداء، آزادگان، جانبازان، روحانیون، طلاب حوزه‌های علمیه و دانشجویان به سازمان بیمه خدمات درمانی محول شد. در ماده ۵ قانون هدف از تشکیل سازمان را تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی بیان می‌کند و طبق م ۴ قانون بیمه

همگانی، دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نمایند. قانون مرتبط دیگر «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» است که با تصویب این قانون در سال ۱۳۸۳، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تأسیس شد و سازمان تأمین اجتماعی از آن زمان از وزارت بهداشت منفک و زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفت. سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است (بادینی، ۱۳۸۷، ش.۰).

#### ه) حق بر سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه

مواد ۳۲ تا ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه به سلامت اختصاص یافته که از آن قبیل تهیه برنامه نظام درمانی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. همچنین به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید.

در بخش بیمه سلامت به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه صورت گرفته و به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. این تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده شده و کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.

**بحث:** با توجه به بررسی اسنادی که سلامت را به عنوان حق شناسایی کرده‌اند به نظر می‌رسد نظام حقوقی ایران برای این حق شرایطی را در نظر گرفته که امکان یک زندگی سالم را برای افراد فراهم می‌کند و طبق اسناد بین‌المللی در رابطه با حق بر سلامت، دولت متعهد به تأمین شرایط لازم برای حمایت از سلامتی افراد می‌باشد و باید تلاش کند خطرات تهدید کننده‌ی سلامتی را به حداقل رسانده و اقدامات ضروری برای حمایت از حق بر سلامت مردم در برابر مداخله‌ی اشخاص ثالث انجام دهد در صورتی که بررسی‌ها نشان می‌دهد نظام حقوقی ایران به حمایت کیفری از این حق نپرداخته و پرداختن به حق بر سلامت در سیاست‌های کلی نظام و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری‌های حمایتی به ویژه حمایت کیفری از آن در قوانین داخلی یکی از ضرورت‌های اساسی است که باید مورد توجه قانون‌گذار قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

تبیین مفهوم و محتوای حق بر سلامت با توجه صرف به معنای لغوی به دلایلی از قبیل وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن کفایت نمی‌کند و باید به اسنادی که سلامت را به عنوان حق شناسایی کرده‌اند رجوع کنیم. به عبارت دیگر با توجه به عدم قطعیت موجود در تعریف سلامت و تأثیرگذاری عوامل متعدد بر آن، این حق شرایطی را در بر می‌گیرد که امکان یک زندگی سالم را برای افراد فراهم می‌کند و تعهدات دولت در رابطه با حق بر سلامت که برخی مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان تحقق می‌یابند در سه حوزه صورت می‌گیرد.

در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی این حق را به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند و آن را در نظام حقوقی خود شناسایی کرده‌اند. در این راستا دولت موظف است که یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق آن در نظر بگیرد و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت کیفی از این حقوق بپردازد و به نظر می‌رسد با توجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به این حق و به رسمیت شناختن آن به عنوان حقوقی بنیادین که قانون اساسی را از این حیث به عنوان یک قانون اساسی پیشرو در جایگاه ممتازی قرار داده است پرداختن به حق بر سلامت در سیاست‌های کلی نظام و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری‌های حمایتی به ویژه حمایت کیفی از آن در قوانین داخلی یکی از ضرورت‌های اساسی است که باید مورد توجه قانون‌گذار قرار گیرد.

## فهرست منابع

امیر ارجمند، اردشیر. (۱۳۸۵ش.). *مجموعه اسناد بین المللی حقوق بشر*، جلد دوم، انتشارات جنگل. بادینی، حسن. (۱۳۸۷ش.). *جستارهای نقادانه در نظام حقوقی تأمین اجتماعی ایران*، فصلنامه حقوق، دوره ۳۸، شماره ۴.

راسخ، محمد. (۱۳۸۱ش.). *حق و مصلحت*، انتشارات طرح نور. ضیائی بیگدلی، محمدرضا. *حقوق بین الملل عمومی*، نشر میزان. عباسی محمود، رضایی راحله. (۱۳۸۹ش.). *حق بر سلامت از منظر اخلاق زیستی و حقوق بشر*، چکیده مقالات همایش ملی حقوق و اخلاق در زیست فناوری.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲ش.). *مبانی حقوق عمومی*، نشر میزان، چاپ اول. هاشمی، سید محمد. (۱۳۸۲ش.). *حقوق بشر و آزادی های اساسی*، نشر میزان، چاپ اول.

## قوانین و مقررات

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران  
قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران  
قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۷۳.  
سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی.  
سیاست ها و راهبردهای ارتقاء سلامت زنان، شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۸۶.  
قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.

## منابع انگلیسی

## Articles:

- Asher, Judith, *The right to health: a resource manual for NGOs, common wealth medical trust, 2004*
- Carven, Matthew C.R, *The International covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A perspective on its Development, Oxford University Press, 1995*
- Gostin, Lawrence. O. and Lazzarini zita, *human rights and public health in the Aids pandemic, Oxford University press, 1997*
- Hamidian, Khadijeh, *The Right to Health in Iran, University of Aberdeen, Available at: <http://www.abdn.ac.uk/law/hhr/shtml>*

## Selected Websites:

- [http://www.iatp.org/files/CallToAction\\_WWF\\_final.pdf](http://www.iatp.org/files/CallToAction_WWF_final.pdf)
- <http://www.who.int>

<http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=12961&newsview>  
<http://rc.majlis.ir/fa/law>

#### یادداشت شناسه مؤلفان

**محمود عباسی:** دانشیار و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

**راحله رضایی:** پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و کارشناس ارشد حقوق بین الملل (نویسنده مسؤل).

نشانی الکترونیک: rezairahelah@yahoo.com

**غزاله دهقانی:** پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.



**Concept and situation of the right to health in Iran legal system***M.Abbasi**R.Rezaee**Gh.Deighani***Abstract**

The right to health as an inherent right means that everyone has the right to have access to the highest standard of physical and mental health concluding medical care, public health, adequate food, adequate housing, clean environment and healthy workplace. Different aspects of health and health-related fields of various factors affecting on it cause it difficult to define. States are required to take measures in a wide area for providing the possibility of a healthy lifestyle that some of these obligations require immediate action and some take more times. Iranian legislation and regulations in health, as well as Adhering to international conventions is recognized and supported this right that seems explaining this regulation illustrates the place of this right in Iran legal system. In this article investigating the rules and regulations recognized this right we described the Concept and situation of the right to health in Iran legal system. Our findings show that existing some rules and regulations in this area cause to increasing the enjoyment of this right but to a criminal support is neglected.

**Keywords:**

The Right to Health, Inherent Human Right, Iran Legal System.