

# MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



مقاله پژوهشی

## تحولات حق بر سلامت در ایران و بین الملل (با تأکید بر حقوق شهروندی و کووید ۱۹)

سارا رستمی\*<sup>۱</sup>، افشین جعفری<sup>۲</sup>، سودابه رستمی<sup>۳</sup>

۱. استادیار و عضو هیأت علمی گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه حقوق دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد فقه و حقوق اسلامی.

### چکیده

**زمینه و هدف:** حق بر سلامت یکی از مصادیق حقوق طبیعی است که اسلام نیز بر آن تأکید دارد و از عوامل اصلی در ارزیابی توسعه یافتگی جوامع محسوب می‌شود و در ذیل نسل دوم حقوق بشر قرار می‌گیرد. بر اساس بند ب ماده ۵۵ منشور ملل متحد، دولت‌ها متعهد به ارائه راه‌حلی برای غلبه بر مشکلات حوزه سلامت و حمایت از نهادهای تأمین اجتماعی، درمانی و بهداشتی می‌باشند. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران و جهان با تأکید بر حقوق شهروندی و پاندمی کووید ۱۹ می‌باشد.

**روش پژوهش:** این پژوهش با روش توصیفی - تحلیلی تهیه شده و جمع‌آوری اطلاعات آن نیز با ابزار اسنادی - کتابخانه‌ای صورت گرفته است.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حکایت از آن دارد که دولت‌ها برای تأمین یک زندگی سالم ملزم به اقداماتی فوری (تهیه دارو) می‌باشند. دولت ایران نیز در اصل ۲۹ قانون اساسی این مسئله را مورد تأیید قرار داده است. همچنین دولت ایران به موجب ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی حق دسترسی به داروهای درمانی را به رسمیت شناخته است. **ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

**نتیجه‌گیری:** در نظام حقوق بین‌الملل حق بر استحقاق، جزئی از اهداف و تعهد نسبت به آن و یک تعهد سیاسی محسوب می‌شود. بهتر است این حق به مثابه یکی از مصادیق حقوق بشر در نظر گرفته شود. در ایران علی‌رغم وجود برخی قوانین خاص در این زمینه که موجب افزایش برخورداری افراد می‌شود، اما در عمل نتیجه مطلوب حاصل نشده است.

### اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۰۷  
تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۷  
تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶

### واژگان کلیدی:

حقوق ایران  
کووید ۱۹  
بین‌الملل  
حق دسترسی  
حق بر سلامت

### \* نویسنده مسؤؤل:

سارا رستمی  
آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه  
پیام نور، گروه حقوق.  
تلفن: ۰۹۳۵۳۹۱۹۴۳۷  
کد پستی: ۴۴۱۹۷-۳۱۶۳۸  
پست الکترونیک:  
[mpj.rostami@yahoo.com](mailto:mpj.rostami@yahoo.com)

## ۱. مقدمه

این حق نباید ما را دچار این برداشت غلط کند که دولت ضامن سلامتی ملت است، چرا که ساختار ایمنی و بیولوژیکی هر فرد و محیط اجتماعی نیز بر سلامتی افراد دخیل است که کنترل همه اینها از قدرت حاکمیت خارج است، بلکه رسالت دولت‌ها این است که در راستای رعایت حق بر سلامتی اشخاص جامعه (۸)، با بهبود محیط و شرایط و امکانات، اشخاص را در حفظ و مراقبت از خود یاری دهند و هر آنچه

لازمه ساختن زندگی سالم و مطلوب است فراهم کنند. این رسالت و تعهد دولت، سه وجه متفاوت دارد که لازمه تحقق هر حقی است و آن عبارت است از: تعهد به احترام؛ بدین معنا که محترم شمردن هر حقی اولین قدم برای ایفا و رعایت آن است و در این خصوص با نحوه عملکرد دولت برای حفظ آزادی و کرامت افراد، معنا پیدا می‌کند (۹) که ابزار این امر در قوانین و سیاست‌های حاکمیتی ظهور دارد. وجه ثانویه این حق تعهد به حمایت است و بیانگر این امر است که دولت‌ها نه تنها خود باید متعرض و ناقض حقوق (سلامتی) افراد نشوند، بلکه باید از این حقوق در برابر تجاوز و مزاحمت دیگران نیز ممانعت کنند (۹). این حمایت دوسویه وقتی نمود خارجی پیدا می‌کند که دولت در برابر مسائلی که مخاطرات سلامتی محسوب می‌شود، از جامعه حمایت کافی به عمل آورد. سومین وجه از حق مداری عبارت است از تعهد به ایفاء که همان اقدامات اجرایی دولت در حوزه‌های تقنین و اجرا و نظارت است که لازمه اجرای هر حقی است (۱۰).

نظام حقوقی ایران از حیث وجوه فوق‌الذکر و تحقق بخشیدن به حق بر سلامتی جامعه، قوانین زیادی را مقرر و اقدامات قابل توجهی را انجام داده است. از جنبه بین‌المللی نیز می‌توان به کنوانسیون‌های مهمی از جمله میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون بین‌المللی محو همه اشکال تبعیض نژادی و کنوانسیون حقوق کودک اشاره کرد (۱۱).

از لحاظ لغوی سلامتی عبارت است از عافیت، تندرستی و نداشتن بیماری مستمر (۱) یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی هنجار و فقدان بیماری (۲). در تعریف اصطلاحی سلامتی می‌توان به بیان آنچه که سازمان جهانی بهداشت (۳) در اساسنامه خود مد نظر دارد پرداخت؛ بدین توضیح که سلامتی ابعاد جسمی و روانی انسان را دربر می‌گیرد و مقصود این سازمان و اعضای آن را رشد و تعالی سطح سلامتی همه اشخاص تا بالاترین سطح ممکن می‌داند.

پرواضح است که سلامتی نیز همچون سایر مفاهیم، نسبی است و معنای واحد و مشخصی ندارد و بسته به عواملی همچون محیط، اشتغال، فرهنگ و زمان متفاوت است. این تأثیرپذیری مفهوم سلامتی از عوامل فوق و همچنین چندبعدی بودن آن و وابستگی آن به علوم مختلف باعث می‌شود که نتوان تعریف جامع و مانعی از آن ارائه داد. اگر در بررسی این پدیده از منظر حقوقی، به قانون اساسی (۴) که از مهم‌ترین اسناد نظام حقوقی ماست مراجعه کنیم، اصل ۲۹ را خواهیم دید که بر حق برخورداری عموم از خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی تأکید می‌ورزد. از دیگر قوانین می‌توان به سند چشم‌انداز بیست‌ساله (۵) مراجعه کرد که تعریفی از جامعه سالم ایرانی را همراه با اشاره به ابعاد و بخش‌های سلامتی ارائه می‌دهد. پس از آن توصیفاتی را از ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی در قوانین مختلفی همچون؛ فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۶)، بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه و قوانین بیمه شاهد هستیم.

از منظری کلی‌تر می‌توان گفت که حق جامعه در برخورداری از سلامتی که حتی در اسناد بین‌المللی (۷) نیز به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری شناخته شده و کشورها من جمله ایران بدان متعهداند، در وهله نخست متوجه دولت‌هاست که باید با ابتیاء و انتفاع از امکاناتی که در اختیار دارند، شرایط مناسب و سالمی را برای زندگی اجتماعی فراهم کنند. صرافت

۱. Obligation to Respect

۲. Obligation to Protect

۳. Obligation to Fulfill

## ۵. بحث

### ۵-۱. حق بر سلامت در اسلام و ایران

یکی از مقوله‌های اساسی که اسلام بدان اهتمام ورزیده، بهداشت، سلامت و رفاه فردی و اجتماعی است که از برترین نعمت‌های خداوند مهربان به شمار آمده و از انسان خواسته شده است که شکر و سپاس آن را به جای آورد تا دامنه شکر و دوام آن افزون‌تر گردد. از این روست که در اسلام مقام سلامت در مرتبه بعد از ایمان و باور به خداوند مهربان قرار داده شده است. پیامبر (ص) نیز در روایت‌های مختلفی به این مهم اشاره داشته و فرموده‌اند: «پس از نعمت باور به خداوند مهربان و ایمان به او، نعمتی هم‌تا و همسنگ سلامتی به انسان ارزانی نشده است» و «ایمان و سلامت را از خداوند بخواهید چرا که چیزی ارزشمندتر از آنها نیست» و نیز می‌فرمایند: «اگر کسی از شما در حالی صبح را آغاز کند که از جان خویش ایمن بوده و تندرست باشد و آنچه را که برای مصرف روزانه کفایت می‌کند داشته باشد، گویی چنان است که دنیا با تمام جوانبش برای او جمع شده است» (۱۳). اسلام توجه مردمان را به سوی این نعمت والا می‌کشد و می‌گوید: «دو نعمت است که بسیاری از مردمان از توجه به آن غافلند: یکی سلامتی و دیگری فراغت» و از همین رو انسان‌ها را تشویق می‌کند که آن را غنیمت شمارند و از آن استفاده بهینه کنند. همچنین می‌فرمایند: «پنج چیز را پیش از فرا رسیدن پنج چیز دیگر غنیمت بشمارید: ... سلامتی را پیش از بیماری و ...» (۱۴) ابن‌قیم جوزی می‌گوید: «کسی که به درستی آموزه‌های اسلام را مورد کنکاش قرار دهد، به این نتیجه می‌رسد که اسلام عنایت ویژه‌ای به بهداشت، سلامت جسمی و روانی و روحی و محیط زندگی داشته و بهترین آموزه‌ها را در این زمینه داشته است. پیامبر (ص) می‌فرماید: «هر کس از جسمی سالم و آرامش خانوادگی برخوردار باشد و غذای شبانه‌روزش فراهم گردد، انگار که همه دنیا از آن او باشد» و نیز فرمودند: «نخستین چیزی که روز قیامت از انسان سؤال می‌شود این است که مگر تو را جسمی سالم ندادیم و آبی

مقصود ما از نگارش این مقاله پرداختن به مقوله سلامتی با توجه به اهمیت و جایگاه این نهاد به طور کلی و به طور خاص در شرایط فعلی است تا با تحلیل و تفسیر حق بر سلامت در اسلام، ایران و جهان و حقوق مرتبط با بیمارهای واگیردار و تلاش‌هایی که در این زمینه شده است به موضوع بپردازیم. همچنین تلاش کرده‌ایم تا رویکردها را نیز به رشته تحریر درآورده و با توجه به ماده ۲۹ ق.ا. (۴) و حقوق شهروندی دولت ایران در قبال پاندمی کووید ۱۹ و مراقبت‌های پزشکی و درمانی به صورت بیمه که حقی است همگانی و نیز تعهد دولت‌ها در قالب ماده ۱۲ میثاق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۲) و در مقابله با بیماری‌های واگیردار مانند کووید ۱۹ حق بر سلامت را بیشتر مورد بحث و بررسی قرار دهیم.

### ۲. ملاحظات اخلاقی

در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

### ۳. مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی به موضوع حق بر سلامت در ایران و جهان با تأکید بر حقوق شهروندی و پاندمی کووید ۱۹ پرداخته و در اثنای مطالعه تحقیق میدانی افراد مبتلا و مشکلات به وجود آمده در حوزه درمان و دارو توسط این ویروس را مد نظر دارد، مضاف بر اینکه در جمع‌آوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای و سایت‌های اینترنتی با توجه به جدید بودن موضوع استفاده شده است.

### ۴. یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که حق بر سلامت در ایران و جهان با تطبیق قوانین و مقررات و چگونگی مواجهه با کووید ۱۹ و کنترل آن در کشورها حائز اهمیت فراوانی است که به صورت ذیل تحلیل و مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

مورد تخفیف قرار داده است. برخی از نویسندگان مسلمان به پاره‌ای از حقوق و تکالیف بیماران و پزشکان در دولت اسلامی پرداخته‌اند که به صورت گذرا به آنها اشاره می‌شود (۱۶).

۱. از حقوق بیمار این است که پزشک باید آنچه را که در رابطه با درمان مهم و ضروری است، به واسطه خویشان بیمار با وی در میان بگذارد تا درمانی به‌موقع و با اطلاع کافی از عوارض و خطرات صورت پذیرد و این حق در تمام مراحل از تشخیص بیماری تا درمان و پس از آن، برای بیمار محفوظ می‌باشد. درمان بیماری باید در نزدیک‌ترین زمان و در شرایط مناسب و صحیح با مراقبت‌های اصولی و پیگیری‌های لازمه انجام شود و عواملی همچون تابعیت یا نژاد یا ظواهر فردی و موقعیت اجتماعی نباید در فرآیند درمان و در حقوق وی دخیل باشد.

۲. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری درخصوص عوارض احتمالی یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت کند و رضایت‌مندی خود را از خاتمه درمان اعلام یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه کند.

۳. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری کند و نیز باید از تعرفه‌ها و پوشش‌های بیمه‌های خدمات درمانی مطلع و آگاه باشد.

بنابراین بیمار باید از روش‌های درمانی و عوارض دارویی که در طول دوره درمان استفاده می‌شود آگاه باشد. در بیماری کرونا پزشکان گاهی از داروهایی که در درمان ایدز و هیپاتیت استفاده می‌شود و عوارض خاص خود را به همراه دارد استفاده می‌کنند که در بسیاری موارد عوارض خطرناک آن تا سال‌های طولانی با بیمار خواهد بود، اما آنچه در این بیماری همچون سایر بیماری‌ها حائز اهمیت است، نجات جان بیمار است که کادر پزشکی و درمان از آن دریغ نخواهند کرد.

گوارا در اختیارت ننهادیم؟» در یافته‌های علمی نیز نشان داده شده است که اکثر ممنوعیت‌ها و محدودیت‌هایی که اسلام بر خوردن و آشامیدن و انجام برخی امور وضع کرده است، به طور مستقیم بر سلامتی انسان تأثیرگذار بوده‌اند. از جمله این ممنوعیت‌ها می‌توان به خوردن مردار و خون و گوشت خوک (۱۵) و سایر حرام گوشت‌ها و مشروبات سکرآور اشاره داشت که مناسب این مجال نمی‌باشد.

نتیجه اینکه اسلام تمام راه‌هایی که منجر به خدشه‌دار شدن سلامت انسان شود را نامشروع اعلام کرده و دستور لازم، صریح و اکید برای پرهیز از آن وضع کرده است و از طرف دیگر نه تنها به پیشگیری اکتفا نکرده بلکه هر آنچه را که موجب سلامت و تقویت بنیه فکری، جسمی، اخلاقی و معنوی انسان گردد، در دستورات و قوانین گنجانده است.

#### ۱-۵. وجوب درمان و مراجعه به پزشک: سیاست اسلام

در قبال سلامت و تندرستی بر پیشگیری است تا درمان و این مهم در سیاستگذاری بسیاری از احکام اسلامی جلوه‌گر شده است و دانشمندان مسلمان بنا به اقتضای مباحث خود به آن پرداخته‌اند. پیامبر رحمت (ص) می‌فرماید: «خداوند هیچ دردی را بدون درمان قرار نداده است» و «هر دردی را درمانی است و هرگاه داروی آن تشخیص داده شود بر اساس سنت و اراده خداوند بهبود می‌یابد». انسان مسلمانی که از دین خود آگاهی دارد، برای رویارویی با مقدرات الهی به تقدیر دیگری از تقدیرهای او متوسل می‌شود و همچنان که علامه محمد اقبال لاهوری می‌گوید: «انسان ضعیف و سست عنصر تقدیر خداوند را بهانه سستی و تنبلی خود قرار می‌دهد، اما انسان مؤمن و مجاهد خود را تقدیر شکست‌ناپذیر خداوند و قضای حتمی‌الوقوع او به شمار می‌آورد». بر این اساس به گروه‌های زیر توجه بیشتری نموده است: (۱) سالمندان، (۲) زنان، (۳) کودکان، (۴) یتیمان، (۵) بیماران که مورد بحث این پژوهش است. از احکام شریعت مقدس اسلام می‌توان حقوق و تکالیفی را در مورد بیماران استخراج نمود. از جمله اینکه خداوند در قرآن انجام برخی از واجبات مانند روزه و نماز را در مورد بیماران

برای همه را یکی از ضوابطی می‌داند که اقتصاد جمهوری اسلامی ایران باید بر اساس آن استوار گردد (۱۷). در اینجا این سؤال مطرح می‌شود که در ایران برای مواجهه با بیماری‌های واگیردار همچون کووید ۱۹ با چه شیوه‌ای می‌توان سرعت شیوع و میزان زیان آن را به اشخاص کاهش داد؟ باید بیان کرد که دو نظر متصور است: اولاً، به علت سرایت از طریق انسان، برای قطع زنجیره ارتباط، قرنطینه کامل اجرا شود و لذا نیازمند اجرایی شدن آن در سطح کشور، الزام و اجبار و ایجاد شدید محدودیت‌ها در حقوق و آزادی‌های مردم (با توجه به مصلحت جامعه) می‌باشیم. ثانیاً، آزادسازی روابط اجتماعی و ارتباطات فیزیکی تا روند شیوع بیماری طی و در نهایت منجر به مصونیت جمعی شود. بر این اساس جمعیت انسانی بسیاری به این بیماری مبتلا می‌شوند و در نتیجه مصونیت جمعی به وجود آمده و بیماری کم‌کم از میان می‌رود (۱۸). همچنین بسیاری از مردم جان خود را از دست می‌دهند و این جریان طبیعی بیماری واگیردار و اجتناب‌ناپذیر است. در مورد قرنطینه کامل نیز امور اجتماع با اختلال جدی مواجه می‌شود و لذا هر دو نظریه مشکلات خاص خود را دارد.

**۳-۱-۵. حق بر سلامت در قوانین مربوط بیمه‌ای:** مقنن بر توسعه بیمه خدمات درمانی در اصل ۲۹ قانون اساسی و در مواردی از قانون برنامه چهارم توسعه کشور تأکید کرده است (۱۷). مجلس شورای اسلامی در آبان ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را به تصویب رساند و به هنگام بررسی و تصویب لایحه تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در مجلس، ماده‌ای به آن ملحق شد که دولت را ملزم به تدوین لایحه بیمه همگانی خدمات درمانی نمود. به دنبال این مصوبه و آیین‌نامه‌های هیأت دولت، سازمان بیمه خدمات درمانی از مهر ماه ۱۳۷۴ تشکیل شد و شروع به کار نمود (۱۹).

این قانون اشعار می‌دارد که بیمه نمودن گروه‌های مختلف جامعه همچون کارکنان دولت، روستانشینان، کوچ‌نشینان، خانواده‌های شهدا، ایثارگران و جانبازان، طلاب علوم دینی،

**۲-۱-۵. حق بر سلامت در قانون اساسی:** از مهم‌ترین مقررات در حوزه سلامتی می‌توان به اصل بیست‌ونهم قانون اساسی اشاره کرد که به موجب آن همه افراد جامعه حق دارند تا در راستای حفظ سلامتی در حوادث و سوانح، بیکاری، بی‌سرپرستی، بازنشستگی، پیری و ازکارافتادگی به طور کامل از خدمات درمانی و بهداشتی و مراقبت‌های پزشکی برخوردار شوند و دولت در قبال این حق مکلف است که شرایط لازمه را از دو طریق درآمدهای عمومی و دولتی و درآمدهای ناشی از مشارکت بخش خصوصی فراهم نماید (۱۷). به علاوه مقنن در چند اصل دیگر نیز به این موضوع پرداخته است.

ایجاد ساختار درست اقتصادی برای ترویج امکانات و فرصت‌های برابر در راستای عدالت با رعایت قوانین اسلامی و با هدف گسترش و توسعه رفاه اجتماعی و فقرزدایی و حذف هرگونه محرومیت و محدودیت خصوصاً در زمینه نیازهای اساسی انسان من جمله در خوراک، مسکن، شغل، سلامتی، بهداشت و بیمه عمومی از جمله وظایف دولت است که بند ۱۲ از اصل ۳ قانون اساسی به آن توجه ویژه دارد.

تعهد دولت برای رعایت علی‌السویه حقوق همه افراد بدون لحاظ هیچ‌گونه تبعیض یا تفوق اجتماعی یا شخصی در برابر قانون، ریشه در همین اصول قانون اساسی دارد که در راستای رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه دولتی برای زن و مرد در تمام زمینه‌های مادی و معنوی تأکید دارد. بر همین اساس دولت ایران با رایگان نمودن درمان کووید ۱۹ برای تمام اقشار جامعه و حتی مهاجران افغان گام مهمی در راستای مبارزه با این پاندمی برداشته است.

اصل بیستم قانون اساسی اشعار می‌دارد؛ همه افراد فارغ از جنسیت حق دارند که از حمایت بدون تبعیض و یکسان از سوی دولت، با رعایت ضوابط اسلامی، بهره‌مند شوند و گستره این حمایت باید تمام حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را دربر گیرد. بند ۱ اصل ۴۳ (۴) تأمین نیازهای اساسی یعنی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده

زندگی را برای مردم سخت می‌کنند تلاش کند. بهتر است نظام حقوقی ایران به حمایت کیفری در موارد خاص و بحرانی بپردازد و حق بر سلامت را در رأس سیاست‌های کلی نظام قرار دهد و با حمایت‌های ویژه خود از قبیل بهتر نمودن بیمه‌های درمانی همگانی و بیمه‌های مکمل، برنامه‌های ایمن‌سازی، در دسترس قرار دادن داروها در مواقع بحران و ... برای تأمین حق بر سلامت آحاد جامعه بکوشد.

#### ۵-۲. حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل

حق بر سلامت یکی از حقوق بنیادین بشر است که مورد تأیید حقوق بین‌الملل بوده و در اسناد مختلف و متعدد بین‌المللی و منطقه‌ای لحاظ شده و از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. تضمین این حق که مورد تصدیق تمامی کشورها قرار گرفته است، مستلزم فراهم کردن خدمات مطلوب سلامت و در دسترس قرار دادن آن برای همگان تحت شرایط برابر است (۲۱).

#### ۱-۲-۵. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (WHO):

یکی از اسنادی که به بازتاب سلامت به عنوان حقی بشری پرداخته، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی است که در سال ۱۹۴۶ میلادی به تصویب رسید. این سند در مقدمه خود به صراحت بیان داشته که «سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو» و هدف سازمان را ارتقای سطح سلامت همه فرزندان بشر تا بالاترین حد ممکن اعلام داشته است. سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۹۴۸ به عنوان نخستین آژانس تخصصی ملل متحد تأسیس شد، نقش کلیدی در تهیه و پیش‌نویس مقررات مربوط به حق بر سلامت و به ویژه ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی داشته است. با اینکه سازمان در شمار نهادهای حقوق بشری نمی‌باشد، اما فعالیت‌ها، بیانیه‌ها، گزارش‌ها و دیگر اقدامات آن در استخراج عناصر سازنده حق بر سلامت مؤثر و سرنوشت‌ساز بوده است. در میان انبوه کثیری از فعالیت‌ها و گزارش‌ها و بیانیه‌هایی که این سازمان در فواصل مختلف منتشر ساخته است، مهم‌ترین سند سازمان «استراتژی سلامت برای همه» است (۲۲) و

دانشجویان و خویش‌فرمایان بر عهده سازمان بیمه خدمات درمانی است. طبق ماده ۴ قانون بیمه همگانی، دولت باید امکانات و شرایط لازم برای اینکه تمام افراد و اقشار جامعه تحت پوشش بیمه همگانی باشند را فراهم نماید. همچنین این قانون در ماده ۵ خود تصریح می‌کند که هدف از تشکیل این سازمان تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت و نیازمندان و روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی است (۲۰).

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ در پی تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تأسیس و موجب جدایی سازمان تأمین اجتماعی از وزارت بهداشت شد. سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که هدف اصلی آن پوشش اجباری بیمه برای کارگران و پوشش بیمه اختیاری برای صاحبان حرف و مشاغل می‌باشد. بنابراین در ایران قوانین حمایتی و بیمه‌ای وجود دارد، ولی در بیماری کرونا این بیمه‌ها بسیاری از هزینه‌ها مثل تشخیص و آزمایش این بیماری را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. بهتر است سقف بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و نیز بیمه‌های مکمل (تکمیلی) افزایش یابد تا عموم مردم بتوانند از آنها بهره‌مند شوند.

با تحلیل موارد فوق باید بیان کرد که بر مبنای تعهدات و اسنادی که بیانگر حقوق ملت در برابر دولت از حیث سلامتی است، دولت مکلف است در راستای حفظ سلامت عمومی جامعه برای زندگی سالم تلاش نموده و در شرایط بحرانی (مثل بحران کرونا) آنچه را که لازمه پیشگیری است (همچون تولید ماسک و دستکش و محلول‌های ضدعفونی) و نیز ملزومات درمانی و خدمات پزشکی (همچون تجهیز بیمارستان‌ها و اورژانس‌ها و ...) را فراهم نماید. همچنین لازم است با برنامه‌ریزی مناسب و اختصاص بودجه لازم برای مقابله با شیوع بیشتر این بیماری و کوتاه نمودن دست سودجویان و کسانی که جان افراد برایشان اهمیتی ندارد و با احتکار دارو و اقلام بهداشتی از شرایط بحرانی تحریم سوءاستفاده نموده و

به موجب این بند دولت‌ها وظیفه دارند با مهیا ساختن بسترهای لازم و مناسب و کافی زمینه دسترسی تمامی شهروندان را به خدمات بهداشتی و درمانی و رفاهی فراهم سازند و هیچ‌کس به هیچ بهانه‌ای نباید تحت ستم قرار گرفته و از آن محروم گردد (۲۵).

بند دوم: دولت‌ها باید حق هر انسان را برای یک زندگی با کرامت که کفایت او و اشخاص تحت کفالت او را تحقق بخشد، ضمانت نمایند. این حق، خوراک و پوشاک، مسکن، تعلیم و تربیت، معالجات و دیگر نیازهای اساسی را شامل می‌شود.

تبصره: برخورداری از خدمات اجتماعی و زندگی با کرامت به کسانی اختصاص دارد که با اراده خود، شایستگی خدمات اجتماعی و کرامت انسانی را از خود سلب نکرده باشند (۲۶).

به موجب این بند، دولت‌ها وظیفه دارند که زندگی توأم با کرامت انسانی و همراه با سلامت به مفهوم گسترده کلمه و زمینه تکفل و درمان و بهداشت افراد و قشرهای آسیب‌پذیر را برای تمام شهروندان مهیا سازند و نیازهای اساسی و اولیه مذکور در ماده را به نحو شایسته فراهم آورند.

### ۳-۲-۵. مواد (۴) و (۵) کنوانسیون بین‌المللی محو کلیه

**اشکال تبعیض نژادی:** این سند یک قرارداد بین‌المللی برای رفع هرگونه تبعیض نژادی و مشتمل بر یک مقدمه و بیست و پنج ماده است که در بیست و یکم دسامبر ۱۹۶۵ در بیست و نهمین دوره اجلاس مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شد. ماده ۴ این سند اشعار می‌دارد؛ دولت‌هایی که متعهد به این کنوانسیون می‌شوند می‌بایست هر شخص یا نهادی که تفکرات نژادپرستانه یا هرگونه نظریاتی مبتنی بر برتری نژادی یا قومی یا قبیله‌ای را رواج می‌دهد، محکوم و با آن مقابله کنند و بهترین سیاست‌ها را برای از بین بردن و ریشه‌کن ساختن این‌گونه جریانات تبعیض نژادی به کار گیرند و در همین راستا، به اعلامیه جهانی حقوق بشر که ماده ۵ این قرارداد نیز ملهم از آنست متعهد و پایبند باشند (۲۷).

ماده (۵): کشورهای متعهد باید تبعیضات نژادی و قومی را به هر نوعی محکوم کنند و آن را از بین ببرند. حق هر فرد در

بیانگر رویکرد حق محور به سلامتی است. نقطه تمرکز این سند مراقبت اولیه سلامتی است که به دستیابی همه ملت‌ها به بالاترین سطح ممکن از سلامتی متناسب با منافع در اختیار یک کشور تعریف شده است (۲۳).

برنامه مراقبت اولیه سلامتی شامل موارد ذیل است: آموزش همگانی در خصوص روش‌های پیشگیری و مهار معضلات بهداشتی شایع و تأمین غذا و تغذیه کافی و مناسب و ... این تعهدی که دولت‌ها بر عهده دارند در حقیقت نوعی تعهد حامیانه است که برابر نهادها یا مؤسسات دولتی یا سایر اشخاص خصوصی، باید تمام حقوق مربوط به سلامتی اشخاص جامعه محفوظ بماند. این امر متضمن اجتناب از نقض حق بر سلامتی و بازداشتن دیگران از نقض آن است (۲۴) و برای آن مصادیقی را بر شمرده‌اند: تعهد دولت‌ها به تصویب قوانین و مقررات یا اتخاذ اقداماتی در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با آن، تعهد به کنترل و نظارت بر بازار تجهیزات پزشکی، دارویی و برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های مسری و همه‌گیر، تضمین دسترسی برابر همگان به معیارهای اصلی سلامتی نظیر غذای کافی و مناسب مطابق اصول تغذیه و ... داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی، تدارک نظام بیمه عمومی، خصوصی یا مختلط، ارتقا و گسترش تحقیقات پزشکی و آموزش سلامتی و اطلاع‌رسانی درباره ایدز، مصرف نادرست الکل و داروها. به این ترتیب تعهد دولت‌ها درباره تسهیل در تحقق حق بر سلامت متضمن انجام اقدامات ایجابی می‌باشد تا افراد، جوامع و گروه‌ها بتوانند از این حق بهره‌مند شوند.

### ۲-۲-۵. ماده (۲) اعلامیه جهانی حقوق بشر اسلامی: در

اعلامیه جهانی حقوق بشر اسلامی نیز مواردی از حق بر سلامت دیده می‌شود. در بند اول ماده دوم این اعلامیه آمده است: «بهداشت و سلامت و برخورداری از رفاه اجتماعی از طرف جامعه و دولت، با آماده کردن همه وسایل عمومی که وضع بهداشت و زندگی تأمین اجتماعی در حدود امکانات به آنها نیازمند است، حق هر انسانی است و باید تأمین شود».

چگونه عدالت را میان نیاز مردم و حقوق خصوصی افراد برقرار می‌کند؟ اگر نیازها یکسان و استحقاق‌ها در برخورداری از منابع در نظر گرفته شود و کمبود منابع هم وجود داشته باشد، عدالت باید برقرار گردد، ولی اگر وضعیت بیماری، شغلی و ... متفاوت باشد بالطبع بهتر است کادر درمان که نجات‌دهنده جان بیماران هستند در اولویت قرار گیرند.

در تحلیل این اصل دو نظر جمعی و فردی می‌توان ارائه داد: آیا دولت می‌تواند چنین رفتاری نسبت به جامعه داشته باشد و برای حفظ اکثریت، اجازه متضرر شدن عده‌ای را بدهد؟ در این صورت دولت وظیفه حمایت از یک مجموعه را به عهده دارد و ممکن است گفته شود اگر برخی از افراد از بین بروند تا کل باقی بماند موجه است (۲۹-۲۸).

یکی دیگر از دیدگاه‌هایی که در این باره مطرح می‌شود، پدیده سن‌گرایی<sup>۱</sup> (ایجیسم) است. برخی بر این باورند که ایجیسم و تفاوت بر اساس سن به این معنی که افراد مسن از حقوق کمتری برخوردار باشند، نقض عدالت است، اما باید گفت که در مرحله تمتع از حق و امکانات تبعیضی وجود ندارد و تفاوت در مرحله استیفای حق است. دولت متعهد است که برای استیفای حق دیگران تلاش کند، حال اگر مفهوم عدالت توزیعی به معنای تخصیص منابع به افراد باشد وجهی برای توزیع یافت. اگر کسی سهم خود را دریافت کرده باشد پس از آن استحقاق دریافت ندارد. از همین رو اگر گفته شود سالمندان حمایت‌های جامعه را در گذشته بیشتر دریافت کرده‌اند در نتیجه در مرحله‌ای که با کمبود منابع روبه‌رو هستیم آنان استحقاق دریافت ندارند. به بیان دیگر مراقبت‌های بهداشتی به افراد سالمند تخصیص یافته است و آنان دیگر سهمی ندارند. همچنین ممکن است به لحاظ اقتضای دریافت‌کننده نیز توجه شود با این بیان که شخص سالمند با عدم دریافت مراقبت پزشکی در یک خطر مرگ زودرس قرار

تمتع از حقوق اساسی مساوی می‌باشد و ویژگی‌هایی همچون نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت نمی‌تواند تغییری در این تساوی در برابر قانون ایجاد کند. دولت‌ها باید طبق تعهدات اساسی مندرج در ماده ۲ همین کنوانسیون موارد زیر را تضمین نمایند:

• حق برخورداری از رفتار مساوی در برای محاکم و سایر مراجع و اجرای عدالت

• حق برخورداری از امنیت شخصی

• حق سیاسی و شرکت در انتخابات و مشارکت در حکومت و اداره امور عمومی

• حقوق مدنی (حق انتخاب اقامتگاه، داشتن تابعیت، حق ازدواج، حق توارث، آزادی اجتماعی، آزادی عقیده و آزادی بیان)

• حق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق کار، شرایط عادلانه، دریافت دستمزد مساوی و پاداش منصفانه، حق مسکن، حق بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی و ...

این سند نیز به اصول عدم تبعیض و برابری موجود در میثاقین تأکید دارد. بر پایه ماده ۵ این کنوانسیون دولت‌های عضو متعهد و موظف به از بین بردن کلیه تبعیضات نژادی از هر ملیتی و در هر شکل می‌باشند و باید تمام شهروندان خصوصاً در بروز بحران (کووید ۱۹) در برابر قانون مساوی و حق برخورداری از حقوق برشمرده را بدون لحاظ کردن رنگ پوست، نژاد، زبان، دین و ... دارا باشند. همچنین بند چهار این ماده به حق استفاده از خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی و درمانی و بیمه‌های درمانی و خدمات اجتماعی برای تمام افراد جامعه اشاره دارد.

ماده ۱۱ کنوانسیون مقرر می‌دارد که هرگونه تبعیض نژادی یا تفکرانی که ظهور در این جریان دارند باید محکوم گردند و در ایجاد فرصت‌های شغلی یا موقعیت و امنیت شغلی و غیره باید برابری کامل باشد.

اما درخصوص توزیع منابع با توجه به محو اشکال تبعیض به چه صورت باید رفتار کرد؟ در مورد حق بر اختراع دارو و ایجاد حقوق انحصاری چه پاسخی باید بدهیم؟ اگر این اختراع در حوزه دارو و درمان باشد این بحث مطرح می‌شود که دولت



نمی‌گیرد (۳۰). بنابراین کسی که حق حیات خود را استیفا کرده است، از باب تأمین حق استحقاقی ندارد. جامعه موظف است برای شهروندان زنده خود حداقل کیفیت و زمان را در ارائه خدمات فراهم کند، اما وظیفه ندارد تا برای افرادی محدود طولانی‌ترین خدمات را ارائه نماید (۳۰). نظر دیگر اینکه بهتر است امکانات را برای جوانان که در آینده افراد سالمند جامعه هستند، مورد استفاده قرار دهیم.

#### ۴-۲-۵. ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی،

#### اجتماعی و فرهنگی (حقوق رفاهی): یکی از کامل‌ترین

بیان‌ها در مورد حق بر سلامت، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است (۲۴) که در متن آن آمده است: «تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیغای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: الف) تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان - مرگ‌ومیر کودکان و رشد سالم آنان. ب) بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات. ج) پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر - بومی - حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها، همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها. د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری.

بر اساس این ماده کشورهای دو طرف میثاق حق هر کس را به برخورداری از بهترین حالت جسمی و روانی قابل دستیابی باید به رسمیت بشناسند و دولت‌ها باید راهکارها و تدابیری را برای استیفاء و صیانت از این حق مسلم بشری به کار گیرند (۳۱). از جمله این راهکارها می‌توان به تدابیری چون اقدامات لازم در مورد محو تبعیضات علیه زنان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی به خدمات بهداشتی رایگان و تغذیه کافی، توجه به سلامت کودکان و توسعه آن و کاهش مرگ‌ومیر در میان آن‌ها، ارتقاء بهداشت محیط و مراقبت‌های پزشکی و درمانی اشاره کرد (۳۲).

بنابراین می‌توان بیان کرد که در این ماده تعریف قابل قبولی از حق بر سلامت ارائه شده است. در این رویکرد به جای تعبیر

حق بر سلامت یا رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی از تعبیر بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل وصول سلامت جسمی و روانی استفاده شده است. حق بر سلامت از این منظر، حق بر کمال جسمی و روانی نیست و بعد اجتماعی سلامت را هم دربر نمی‌گیرد. فرض بر این است که سطحی قابل قبول از سلامت وجود دارد که هر فردی مستحق بهره‌مندی از آن است و نسبت به اوضاع و احوال متغیر و از نظر محتوایی عینی‌تر و واقعی‌تر می‌باشد. دیگر آنکه درباره بهداشت محیط و مراکز تلاش در حوزه سلامت عمومی برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های واگیر و ... شرایطی را گسترش می‌دهند که در آن مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. حق بر سلامت دارای مؤلفه‌های اصلی چون غذا، مسکن، دسترسی به آب سالم آشامیدنی، بهداشت و نظافت، شرایط امن و سالم شغلی و محیط زیست سالم است (۲۴). براساس تفسیر کمیته مجمع عمومی در تفسیر ماده ۱۲ این میثاق، چهار عنصر ضروری برای تحقق حق بر سلامتی قابل تصور است:

**الف) در اختیار بودن:** دولت‌های عضو می‌بایست بسته به مرتبه توسعه و پیشرفت و زیرساخت‌های خود، در زمینه کالاها، تسهیلات، خدمات و برنامه‌ریزی‌های عمومی برای مراقبت و بهداشت، امکانات و بسترهای لازم را فراهم کنند. این تسهیلات و خدمات اقلأ باید نیازهای اساسی مثل آب شرب، سازه‌ها و مکان‌های مناسب برای امور بهداشتی و درمانی و وجود نیروهای متخصص با شرایط کاری مناسب و دسترسی کافی به داروهای اساسی، مطابق با دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، را شامل شود (۲۴).

**ب) قابلیت دسترسی:** امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید در محدوده صلاحیت کشور عضو برای همه بدون تبعیض قابل دسترسی باشد. قابلیت دسترسی دارای سه بعد همپوشان است:

۱. **قابلیت دسترسی فیزیکی:** امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید برای همه بخش‌های جمعیت، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر یا درحاشیه مانند اقلیت‌های قومی و جمعیت‌های بومی، زنان،

متخصص و آموزش دیده و ساختاری کارآمد است تا داروها و تجهیزات درمانی و حتی مصارف مهم و اساسی مثل آب و محیط تمیز را بتوان در سطح مطلوبی حفظ نمود.

با توجه به ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی، اتحادیه اروپا در مواجهه با کووید ۱۹ اصول حقوق بشری را به عنوان اصولی برای تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت معرفی کرده است. بر اساس این بیانیه الگوی مراقبت سلامت در چارچوب دقیقی از عناصر محدودکننده است. از جمله این اصول می‌توان به دسترسی به مراقبت‌های پزشکی به خصوص هنگام کمبود منابع اشاره کرد که باید به طور مساوی و مبتنی بر معیارهای پزشکی باشد؛ به طوری که افراد خاص مانند افراد ناتوان و معلولان، سالمندان، پناهندگان و مهاجران قربانیان تبعیض نباشند. تهیه و جمع‌آوری اطلاعات راجع به کوید ۱۹ باید مقید به شرایط حمایتی خاص باشد. بر اساس این بیانیه هرگونه محدودیت در اعمال حقوق باید به موجب قانون و در راستای منافع جمعی از جمله سلامت عمومی باشد. همچنین شرایط ویژه ممکن است در موارد اضطراری بالینی خاص مانند مواردی که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه بحران کووید ۱۹ با آن روبه‌رو هستند قابل اجرا باشد. افزون بر این از حقوق افراد موضوع پژوهش، با هدف توسعه اقدامات درمانی و پیشگیری مناسب، باید حمایت شود (۳۴).

**۵-۲-۵. ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک:** در این ماده آمده است: «کشورهای طرف کنوانسیون حق کودک را جهت برخورداری از بالاترین استانداردهای بهداشتی و تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی به رسمیت می‌شناسند. آنان برای تضمین اینکه هیچ کودکی از رسیدن به این حق و دسترسی به خدمات بهداشتی محروم نخواهد شد، تلاش خواهند نمود».

با مطالعه موضوع می‌توان بیان کرد که این ماده حق کودک برای سالم بودن را ارائه نمی‌کند بلکه تعهدات کشورهای عضو برای اتخاذ اقداماتی را مطرح می‌کند که در صورت اجراء با در نظر گرفتن ژنتیک و دیگر زمینه‌های بیولوژیکی کودک و

کودکان، نوجوانان، سالمندان، اشخاص دارای معلولیت و اشخاص مبتلا به اچ.آی.وی / ایدز و اخیراً ویروس کرونا به طور ایمن و به اندازه کافی و با قیمت مناسب، بستگی به نوع بیماری در دسترس باشد و همه بتوانند جهت مراقبت از خویش از آنها استفاده نمایند. قابلیت دسترسی همچنین به معنای آن است که خدمات پزشکی و عوامل اساسی سلامت، نظیر آب سالم و آشامیدنی و امکانات کافی نظافت، از جمله در مناطق روستایی در دسترس باشد. دسترسی پذیری همچنین شامل دسترسی کافی به اماکن برای اشخاص دارای معلولیت است.

**۲. قابلیت دسترسی اقتصادی (قابل تحمل بودن هزینه):** امکانات، کالاها و خدمات سلامت باید از نظر هزینه برای همه قابل تحمل باشد. پرداخت هزینه خدمات مراقبت سلامت اعم از این که توسط بخش خصوصی یا عمومی ارائه شود، باید برای همه، از جمله گروه‌های محروم اجتماعی قابل تحمل باشد. کما اینکه کاملاً منصفانه است که اقشار فقیرتر باید متناسب با سطح خود متحمل هزینه‌های درمانی شوند و نه اینکه همانند ثروتمندان با آنان برخورد شود.

**۳. قابلیت دسترسی به اطلاعات:** کلیه افراد باید بتوانند با لحاظ حریم شخصی و حفظ اطلاعات محرمانه، هر اطلاعات و مطلبی که به حوزه سلامت مربوط است را دریافت کنند (۳۳).

**ج) قابل پذیرش بودن:** امکانات و خدماتی که برای یک جامعه ارائه می‌شود باید در تضاد با ارزش‌های اساسی و فرهنگی آن جامعه نباشد و همسو با اخلاق حرفه‌ای پزشکی باشد. این لزوم عدم تعارض شامل ابعاد مختلفی من جمله خصوصیات فردی، جنسیتی و اقلیتی می‌باشد و همچنین لازم است حریم خصوصی افراد حفظ شود و سطح سلامت تابعان آن جامعه را در عمل ارتقاء دهد.

**د) کیفیت:** امکانات و کالاهایی که برای سلامتی افراد تهیه و توزیع می‌شود جدای از اینکه باید مطابق با فرهنگ آنان باشد، از جهت مرغوبیت و استانداردهای علمی نیز باید مناسب و سالم باشند که نیل به این هدف نیازمند به کارگیری نیروهایی

ناتوانی بوده و قدرت و سلامتی کافی برای تأمین نیازهای اولیه رفاهی خود را نداشته باشد، وظیفه دولت است که از وی حمایت نماید و برای وی حق مطالبه است.

می‌توان گفت دو حق مثبت و منفی وجود دارد. حقوق منفی دسته‌ای از حقوق هستند که دیگران حق مداخله در موضوع آنها را ندارند (۳۷). برای مثال اگر حق حیات حق منفی شمرده شود فقط دولت وظیفه ممانعت از کشته شدن مردم به وسیله دیگری را خواهد داشت. حقوق مثبت به معنای استحقاق و ادعاها و «حق بر داشتن» است. برای مثال اگر حق حیات مثبت دانسته شود دیگران برای تأمین حیات مکلف بوده و دولت باید اقدامات اثباتی انجام دهد. آنچه مورد اختلاف است این است که آیا این تعهد، حقوقی و یا سیاسی است؟ برخی از نظام‌های حقوقی اساساً حق مثبت را به عنوان حق نمی‌پذیرند و آنها را در حوزه اهداف و آرمان‌ها می‌شمارند که ذاتاً تعهد نسبت به آن موضوع سیاسی است. این دیدگاه آمریکایی توسط کسانی چون جیمی کارتر که به توسعه حقوق بشر اعتقاد داشت پذیرفته شده است. در مقابل بسیاری این تعهدات را از سنخ حقوقی دانسته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حق بر اختراع که مربوط به دارو و واکسن می‌باشد از مقوله حقوق استحقاقی (مثبت) است که با دیدگاه‌های ذکر شده بهتر است کشور آمریکا و هم‌پیمانانش فارغ از برنامه‌های سیاسی، اگر دارویی در این زمینه اختراع شد و نیز داروهای مفید دیگر را فارغ از تحریم و بعد سیاسی آن در اختیار کشورهای درگیر و ویروس کرونا قرار دهند تا به تعهدات حقوق بشری خود (کمک دارویی از سوی صلیب سرخ جهانی به مردم در وضعیت بحران) عمل نمایند و جان افراد برایشان مهم‌تر از مقوله‌های سیاسی باشد. روشن است در زندگی اجتماعی، آحاد مردم متعهد به احترام به حقوق یکدیگر هستند و تمایز میان حقوق مثبت و منفی به لحاظ عملی در تنظیم روابط میان آنها چندان تأثیری ندارد، اما این تمایز در اقدامات دولت نسبت به حق اثر دارد، زیرا دولت در حوزه حقوق منفی مداخله نمی‌کند، اما در حوزه حقوق مثبت زمینه بهره‌مندی مردم از حقوق را فراهم می‌آورد.

خطراتی که کودکان در معرض آنها هستند، بالاترین استاندارد قابل حصول بهداشت را تضمین نماید (۳۵).

**۶-۲-۵. ماده (۲۵) اعلامیه جهانی حقوق بشر:** یکی دیگر از اسنادی که به سلامت به عنوان حقی بشری پرداخته است، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر است. حق داشتن امنیت کافی در سلامتی خود و رفاه خانواده از حیث نیازهای اولیه مثل خوراک و پوشاک و مسکن و درمان، یک حق عمومی و بشری و عام‌الشمول است. همچنین افراد حق دارند که از امنیت اقتصادی و درمانی کافی در مواقع بیکاری، مریضی، از دست دادن خانواده، از کارافتادگی و هر نوع ناتوانی، متناسب با شأن اجتماعی خود برخوردار شوند.

بنابراین لازمه داشتن یک زندگی خوب و آبرومند، برخورداری از سلامت است. سلامتی معیار حق نیست، بلکه یکی از معیارهای تحقق حق بر زندگی آبرومندانه با شرایط حداقلی است. در این بند طریقه و شیوه وصول به این حق بیان نشده است. معنای حق بر زندگی شایسته این نیست که همه آنچه لازمه زندگی فرد است به طور مستقیم به او داده شود، بلکه در صورت وجود سیستم یا نظامی اقتصادی و اجتماعی که شهروندان و افراد جامعه را تحت تکفل خود قرار دهد، شهروندان این سیستم یا نظام از طریق آن توانایی تأمین کالاها، خدمات، حفظ و ارتقای سلامت خود و دیگران را دارا هستند. به دیگر سخن مراد از حق بر زندگی شایسته الزاماً به معنای دسترسی مستقیم مردم به غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و دریافت آنها از سوی دولت است که با کار و تلاش افراد، نیازهایشان تأمین شود.

مسأله دیگری که در بند دوم این ماده مورد توجه قرار گرفته، حق بر تأمین خدمات اجتماعی در صورت فقدان سلامتی، بیکاری، نقص عضو و سایر موارد خارج از اراده فرد است (۳۶). در چنین مواقعی فرد به طور موقت یا برای همیشه قادر نیست حقی را که در بند اول ماده بدان اشاره شده تأمین نماید. در نتیجه شایسته و مستحق دسترسی مستقیم به خدمات اجتماعی است. به عبارت دیگر در مواقعی که شخص دچار

برای رسیدن به استانداردهای لازم بیش از این توان نداشته باشد.

### ۶. نتیجه گیری

اسلام حق بر سلامت را با مفهوم طب پیشگیری به رسمیت شناخته و خواهان تأسیس جامعه‌ای شایسته و مطلوب است و با تأمین نیازهای اساسی که ضامن سلامتی کامل افراد در سطح جامعه است، این هدف را محقق می‌سازد. فرد بیمار باید از روش‌های درمانی و عوارض دارویی که در طول دوره درمان استفاده می‌شود آگاه باشد. در دوران شیوع بیماری‌های همه‌گیر از جمله کرونا بعضاً از داروهایی که در درمان ایدز و هپاتیت استفاده می‌شود بهره می‌گیرند که برخی از این داروها دارای عوارض طولانی مدت برای بیمار است. پزشک باید بیمار را در جریان این موضوع قرار دهد تا بیمار بتواند آگاهانه در خصوص درمان خود تصمیم‌گیری نماید. همچنین پزشکان و سایر کادر درمان باید تمام توان خود را برای ارائه بهترین خدمات به بیماران به کار گیرند.

اگرچه نمی‌توان تعریف قاطع و مشخصی درباره سلامتی ارائه داد و تأثیرپذیری سلامتی از عوامل مختلف، امری غیر قابل انکار است، اما این موجب نمی‌شود که نتوان این حق را در فراهم نمودن امکانات توسط دولت برای یک زندگی سالم نادیده گرفت. امروز تعهدات دولت در زمینه سلامتی اعم از اینکه فوری و کوتاه‌مدت باشد یا طولانی و بلندمدت، در سه حوزه متفاوت تحقق می‌یابد. چنان‌که در حقوق ایران، اسناد بالادستی من جمله قانون اساسی، حق بر سلامتی را جزء حقوق بنیادین دانسته و به آن پرداخته‌اند. لذا دولت که مجری این اهداف است باید برنامه جامع و افق گسترده و ملی را برای آن تنظیم کند و در راستای ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی آحاد جامعه اعم از ایرانی و غیر ایرانی در وضعیت بحران مانند ویروس کرونا بکوشد. بر این اساس در دسترس بودن مراقبت‌های سلامتی از جمله دارو و تجهیزات پزشکی برای همگان حایز اهمیت است. به علاوه باید تلاش نمود تا بیمه‌های تأمین اجتماعی و بیمه‌های تکمیلی در سطحی

۷-۲-۵. ماده ۵۵ منشور ملل متحد: نخستین و کلی‌ترین اشاره‌ای که به این حق شده است، در ماده ۵۵ منشور ملل متحد است که بر اساس بند ب این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راه‌حلهایی برای برون‌رفت از مشکلات مربوط به سلامت هستند.

در ماده ۵۶ این منشور نیز آمده است که کلیه اعضا متعهد می‌شوند که با همکاری سازمان ملل متحد برای نیل به مقاصد مذکور در ماده ۵۵ به طور مستقل یا با همکاری یکدیگر اقداماتی به عمل آورند (۳۸). باید بیان نمود که تمام موارد ذکر شده بر این نکته اشاره دارد که دولت‌ها با توجه به وضع اقتصادی و بدون در نظر گرفتن تبعیض بین شهروندان خود و مهاجران و نیز با توجه به تعهد فی‌مابین آنها می‌بایستی تمام توان خود را در پیشگیری و مهار بیماری‌ها در وضعیت بحران مانند بحران ویروس کرونا، به کار بندند تا بتوانند خدمات درمانی و قابل دسترس از هر جهت (آزمایش، دارو و وسایل بهداشتی مورد نیاز) در اختیار ملت خویش قرار دهند.

سؤال آنکه اینجاست پیش می‌آید این است که وظیفه دولت‌ها در عرصه بین‌الملل در خصوص حق بر سلامت چیست؟ حق بر سلامت یا حق نسبت به مراقبت از جمله حقوق مثبت محسوب می‌شود که دولت‌ها برای تأمین آن باید هزینه پرداخت کنند و پرداخت این هزینه مستلزم دریافت مالیات است. تکلیف دولت‌ها را به دو گونه می‌توان تصور کرد: یکی تعهد به نتیجه و دیگری تعهد به وظیفه. اگر ماهیت تعهد دولت‌ها به نتیجه باشد، دولت برای تحقق استانداردهای لازم رفاهی باید به گونه‌ای عمل کند که این استانداردها حاصل شود؛ در غیر این صورت به تعهد خود عمل نکرده است، بنابراین در برنامه‌ریزی باید به این اصل توجه شود، اما اگر تعهد دولت‌ها به وظیفه باشد، دولت باید تلاشی معقول و متناسب کند تا استانداردهای لازم محقق شود، هرچند ممکن است این امر محقق نگردد. از میان دو احتمال فوق، تعهد به وظیفه موجه‌تر به نظر می‌رسد، زیرا دولت با عوامل و امکانات مختلفی که در دست دارد می‌تواند تلاش مناسب و معقولی بنماید و چه بسا

لازم برای الگوی مناسب در زمان همه‌گیری یک بیماری یا ویروس خاص مانند کووید ۱۹ را دارا باشد. برخی حق بر داشتن را به عنوان حقوق مثبت قبول ندارند و جزء اهدافی قرار می‌دهند که تعهد نسبت به آن یک تعهد سیاسی است و کشورها بر اساس وضعیت اقتصادی خود می‌توانند آن را به اجرا درآورند. دیگر اینکه در این زمینه باید قوانین متعددی تصویب شود و کشورهای درگیر بیماری باید اطلاعات خود را در سطح درمان، داروهای مناسب و نیز حق بر اختراع دارو، فارغ از شرایط سیاسی با دیگر کشورها مبادله نمایند تا بتوانند هرچه سریع‌تر بیماری را تحت کنترل خود درآورده و از خسارات مالی و جانی آن بکاهند.

#### ۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان از کلیه اشخاصی که در راه گردآوری و تهیه پژوهش حاضر به ما یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

#### ۸. سهم نویسندگان

نویسندگان از پژوهش معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا هستند.

#### ۹. تضاد منافع

پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

مطلوب و با عالی‌ترین استانداردها فراهم باشد تا با این سیاست‌گذاری‌های مناسب حق بر سلامت افراد تضمین گردد. از آنجایی که این حق در قانون اساسی به روشنی مورد توجه قرار گرفته، لاجرم نویدبخش التزام و تعهد دولت در اتخاذ سیاست‌های کلی نظام در جهت حمایت از این حق بنیادین بشری است. یکی از ضرورت‌های اساسی در قوانین داخلی که موجب افزایش برخورداری افراد از این حق شده عدم دسترسی شهروندان و هزینه‌های گزاف حق بر سلامت است که باید مورد توجه قانون‌گذاران جهت تسهیل در امور اجرایی قرار گیرد.

از طرفی سلامت به عنوان حقی انسانی، واقعیتی انکارناپذیر در نظام بین‌المللی و در بسیاری از اسناد حقوق بشری است. از جمله این اسناد می‌توان به ماده ۵۵ منشور ملل متحد، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مواد (۴) و (۵) کنوانسیون بین‌المللی محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، مواد ۱۱ و ۱۲ کنوانسیون محو تبعیض علیه زنان، ماده (۲۴) کنوانسیون حقوق کودک و ماده ۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر اسلامی اشاره داشت که در این پژوهش به آن پرداخته شد. در همه این اسناد بر لزوم حمایت از سلامتی افراد تأکید شده و کشورها به عنوان اعضای جامعه بین‌المللی متعهد شده‌اند اقدامات متناسب و کافی در زمان جنگ، فورس ماژور، بلاهای طبیعی و ... که شامل پیشگیری، درمان و تأمین تجهیزات پزشکی و داروهای مورد نیاز زمان بحران (کرونا) است را در جهت تأمین و تقویت حق بر سلامت به عمل آورند و بنابراین حق بر تأمین اجتماعی ارتباط مستقیمی با نفی هرگونه حق بر سلامت و فقر دارد. از این جهت حمایت از حق بر سلامت، بلاواسطه تأمین و توسعه بیمه‌های اجتماعی و تکمیلی، اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی را به دنبال خواهد داشت.

بهتر است که طرح مدیریت منسجم در سطح حکومتی به اجرا درآید که مستلزم زیرساخت‌های حقوقی است که مشروعیت

## References

1. Dehkoda 'AA. Loghat-Nameh. 1th. Tehran: University of Tehran Publication; 2006.
2. Abbasi M, Rezaii R. Haghe Bar Salamat Az Manzare Akhlaghe Zisti va Hoghoghe Bashar. Chekideh Maghalate Hamayeshe Meli Hoghough va Akhlagh Dar Zistefanavari, 2010
3. World Health Organization statute.
4. Constitution of the Islamic Republic Of Iran: Rule 29, 3, 20, 43.
5. Twenty-Year Vision Document.
6. Law of the Fourth Economic Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic Id Iran; season 7.
7. Hashemi SM. Hoghoughhe Bashar va Azadi-Haye Asasi. 1th. Tehran: Mizan Publication; 2011. p. 65.
8. Katouzyan N. Mabanie Hoghoughhe Omoumi. 1th. Tehran: Mizan Publication; 2013. p. 84.
9. Carven M. The International Covenant On Economic Social and Culture Rights A Perspective On Its Development. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 22.
10. Zyaii-Bigdeli MR. Hoghoughhe Beynol-Melale Omoumi. 1th. Tehran: Mizan Publication; 2016. p. 154.
11. Amir-Arjomand A. Hefazat Az Mohite Zist va Hambastegie Beynol-Melali. Majalehe Tahghighate Hoghoughi 2016; 15: 23.
12. International Convent on Economic Social and Cultural Rights. Article 12.
13. Ghazvini EM. Naghshe Zour Dar Ravabete Beynol-Melal. 1th. Tehran: Agah Publication; 2001. p. 32.
14. Neyshabouri H. Al-Mostadrak 'AlaSahiheyn. 3th. Beyrouth: Dar-Alkotobe Arabi Publication; 2007. p. 12.
15. Quran; Sureh Baghareh: Ayeh 175.
16. Albaz M'A. Al-Tabib Adaboh va Feghho. 1 th. Dameshgh: Dar Al-Ghalam Publication; 2008. p. 12.
17. Abasi M. GhanouneAsasiJomhouiEslami Iran. 1th. Tehran: Hoghoughi Publication; 2016. p. 40, 41.
18. UN Economic and Social Council. General Comment No. 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (On Article 12 Of The International Covenant On Economic, Social and Cultural Rights: The Right To The Highest Attainable Standard Of Health); P Adopted on 11 August 2000, p 3, available at<[http://data.unaids.org/publications/External-Documents-Restored/ecosoc\\_cesocr-gc14\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/External-Documents-Restored/ecosoc_cesocr-gc14_en.pdf)>visited on June 2011
19. Ghanoune Bimeh Hamegani Khadamate Darmani; 1994. Rule 5, 4.
20. Badini H. Jastar-Haye Naghadaneh Dar Nezame Hoghoughhe Tamine Ejtema'I Iran. Fasnameh Hoghough 2018; 38-4: 42.
21. Pieters D. Social Security an Introduction to The Basic Principles Netherlands. 5<sup>th</sup>. Hague: Kluwer Law International Publication; 2016. p. 85.
22. Behdin K. Salamat Baraye Hame Dar Hezareh Sevom. Mahname Tose'e Salamat va Pezeshki 2013; 2: 36.
23. Parsa AR. Mohite zist va Hoghoughhe Bashar Barrasye Haghe Barkhordari Az Mohite Ziste Salem va Shayesteh Be Onvane Haghe Bashari. Majalehe Etala'ate syasi va Eghtesadi 2014; 13: 135, 136.
24. Habibi-Majandeh M. [Translation Of Cheshm-Andazi Be Tose'eh Misaghe Beynol-Melali Hoghoughhe Eghtesadi Ejtema'I Farhangi]. Crion mitousi Ar (Author). 1th. Ghom: University Of Mofid Publication; 2015. p. 567, 551, 552.
25. Tohidi AR. Haghe Solhe va Haghe Mohite Zist Dar Parto Hoghoughhe Hambastegi va Hoghoughhe Beynol-Melal. Majmou'e Maghalate Hamayeshe Beynol-Melali Hoghoughhe Bashar va Gofto-Gouye Tamadon-Ha. 1th. Ghom: University of Mofid Publication; 2016. p. 23.
26. Zakeryan M. Farayande Yekparche Nasl-Haye Hoghoughhe Bashar. Etela'ate syasi Eghtesadi 2014; 15: 158, 25.
27. Zyaii-Bigdeli MR. Hoghoughhe Beynol-Melal Bashar Dar Astaneh Gharne Bisto-Yekom. Majaleh Pazhouheshe Hoghough va syasat 2011; 1: 63.
28. Tousi M (ibn H), Kashfi MT (Editor). Al-Mabsout Fi Feghhe Al-Emamyah. 3th. Tehran: Al-Maktabateh Al-Mortazavyah Publication; 1968. Vol. 6. p. 288.
29. Njafi MA. Javahero Al-Kalam Fi Sharhe Shara'e'o Al-Eslam. 12th. Ghom: Al-Eslamyah Publication; 2007. Vol. 36. p. 442.
30. Shaw AB. In Defense of Ageism. Journal of medical Ethics 1994; 3: 188-191, 194.
31. Shoja'iyani KH. Haghe bar Salamat Dar Ghanoune Asasi va Asnade Hoghoughhe Bashar. 1th. Tehran: University of Shahid-Beheshti Publication; 2013. p. 65.

32. Rasekh M. Hagh va Maslahat. 1th. Tehran: Tarhe Nou Publication; 2012. p. 52.
33. Amir-Arjomand A. Majmou'e Asnade Beynol-Melalie Hoghoughé Bashar. 1th. Tehran: University of Shahid-Beheshti Publication; 2013. p. 32.
34. COVID-19 and the world of work: Impact and policy responses; ILO 1<sup>st</sup> Edition, 2020. Available at. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/ documents / briefingnote / wcms\\_738753.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/ documents / briefingnote / wcms_738753.pdf)
35. Cook RJ. Internaitonal Human Rights and Womens Reproductive Health Studies in Family Planning. 24<sup>th</sup>. Torento: Publication Council; 2013. p. 73-86.
36. Firouzi M. Haghe Bar Mohite Zist. 1th. Tehran: Jahade Daneshgahi Publication; 2019. p. 11.
37. Chauffour JP. The Power of Freedom Uniting Human Rights and Development. Paris: Cato Institute; 2009. p. 31.
38. Ghari-Seyed-Fatemi SM. Tahlile Mafahime Kelidye Hoghoughé Bashare Mo'aser. Majaleh Tahghighate Hoghoughi 2012; 34: 12.



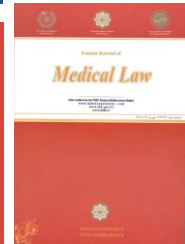
The Iranian Association  
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e4

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



## ORIGINAL ARTICLE

# The Concept and Status of the Right to Health in Iran and Internationally (With Emphasis on Citizenship Rights and Covid 19)

Sara Rostami<sup>1\*</sup>, Afshin Jafari<sup>2</sup>, Soudabeh Rostami<sup>3</sup>

1. Assistant Professor and Faculty Member, Department of Law, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Master of Islamic Jurisprudence and Law.

### ARTICLE INFORMATION

#### Article history:

**Received:** 26 February 2020

**Accepted:** 15 April 2020

**Published online:** 5 April 2021

#### Keywords:

Iranian Law

Covid 19

International

Right of Access

Right to Health

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Right to Health is one of the Examples of Natural Rights That Islam Emphasizes it and is one of the Main Factors in Assessing the Development of Societies and is Under the Second Generation of Human Rights. According to Paragraph b of Article 55 of the UN Charter, States Undertake to Provide Solutions to Overcome Health Problems and to Support Social Security, Health and Medical Institutions. The Main Purpose of This Study is to Investigate the Concept and Position of the Right to Health in the Legal System of Iran and the World With Emphasis on Citizenship Rights and the Covid 19.

**Research Method:** This Research has Been Prepared by Descriptive-Analytical Method and its Data has Been Collected by Documentary-Library Tools.

**Results:** The Findings Suggest that Governments are Required to Take Immediate Action (to Provide Medicine) to Ensure a Healthy Life. The Iranian Government has Also Ratified This Issue in Article 29 of the Constitution. The Iranian Government has Also Recognized the Right of Access to Medicines Under Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights and Article 12 of the Covenant on Economic and Social Rights.

**Ethical Considerations:** In Order to Organize this Research, While Observing the Authenticity of the Texts, Honesty and Fidelity Have Been Observed.

**Conclusion:** In the System of International Law, The Right to Entitlement is Part of the Goals and Commitment to it is a Political Commitment. It is Better to Consider This Right as one of the Examples of Human Rights. In our Country, Despite the Existence of Some Special Laws in This Field That Increase the Enjoyment of People, But in Practice, The Desired Result has not Been Achieved.

\* **Corresponding Author:** Sara Rostami

**Address:** Department of Law, Payame Noor University, Tehran, Iran.

**Postal Box:** 44197-31638

**Telephone:** 09353919437

**Email:** mpj.rostami@yahoo.com

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Rostami S, Jafari A, Rostami S. The Concept and Status of the Right to Health in Iran and Internationally (With Emphasis on Citizenship Rights and Covid 19). *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e4.