

MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

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



مقاله پژوهشی

مصادیق حقوق بیماران در پرتو سلسله مراتب هنجاری حقوق بین الملل

زهرا ضیافتی صباغ*^{id}

۱. دکتری حقوق بین الملل، استادیار و هیأت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر پس از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در قامت یک اصل کلی وارد ادبیات حقوق بین الملل موضوعه شد. اصل مزبور در طی سال‌های متمادی از حیث مصادیق گسترش پیدا کرد و از بطن آن مصادیقی پدیدار شدند که ارتباط نزدیکی با وضعیت بیماران دارند.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها: وضعیت بیماران و فرآیند درمان آن‌ها یکی از موضوعات مهم در حوزه حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شود. از طرفی نیز مجموعه هنجارهای حقوق بشر دارای ارتباطی نزدیک و به هم پیوسته هستند؛ به تعبیری، نقض هر یک از هنجارهای مزبور منتهی به نقض غیر مستقیم سایر هنجارها نیز می‌شود.

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

نتیجه‌گیری: برای تعیین جایگاه مصادیق حقوق بیماران باید دو معیار خاص را در نظر بگیریم: اول ارتباط حقوق مزبور با قواعد امره حقوق بین‌الملل و دوم معیار «وابستگی یا عدم وابستگی به منابع». در میان مصادیق مختلف حقوق بیماران، برخی از مصادیق مزبور در واقع به نحوی به عنوان مصادیقی از قواعد امره حقوق بین‌الملل محسوب می‌شوند. سایر مصادیق حقوق بیماران به عنوان مصادیقی از قواعد امره محسوب نمی‌شوند، اما نباید از نظر دور داشت که مصادیق مزبور وابستگی بسیار ناچیزی با وجود منابع مالی برای تأمین و تضمین آن‌ها دارند. به نظر می‌رسد که این دسته از حقوق بیماران نیز ظرفیت تبدیل شدن به مصادیقی از قواعد امره جدید در فضای حقوق بشر بین‌المللی و به طور خاص حقوق بیماران را دارند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶

واژگان کلیدی:

حقوق بشر

حقوق پزشکی

حقوق بیماران

قواعد امره

* نویسنده مسؤول:

زهرا ضیافتی صباغ

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه پیام نور.

کد پستی: ۴۳۱۸۳-۱۴۵۵۶

تلفن: ۸۸۳۶۱۱۰۹-۲۱

پست الکترونیک:

fz.ziafati@gmail.com

۱. مقدمه

حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر پس از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در قامت یک اصل کلی وارد ادبیات حقوق بین‌الملل موضوعه شد. اصل مزبور در طی سال‌های متمادی از حیث مصادیق گسترش پیدا کرد و از بطن آن مصادیقی پدیدار شدند که ارتباط نزدیکی با وضعیت بیماران دارند. با گذشت زمان در فضای حقوق بشر بین‌المللی، تعهدات راجع به تضمین حقوق بیماران در یک چهارچوب منسجم شکل گرفتند. به بیان ساده‌تر، وضعیت بیماران و فرآیند درمان آن‌ها یکی از موضوعات مهم در حوزه حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شود. از طرفی نیز مجموعه هنجارهای حقوق بشر دارای ارتباطی نزدیک و به هم پیوسته هستند؛ به تعبیری، نقض هریک از هنجارهای مزبور منتهی به نقض غیر مستقیم سایر هنجارها نیز می‌شود (۱).

با توجه به همین مسأله در سال‌های اخیر، بررسی استانداردها و هنجارهای حقوق بشری در فرآیند درمان و مراقبت از بیماران به یکی از موضوعات مهم در ادبیات نویسندگان حقوق بشر و به ویژه حقوق پزشکی تبدیل شده است (۲). از طرفی با توجه به آنچه بیان شد، به نظر می‌رسد که مصادیق حقوق بیماران عملاً ریشه در نظام حقوق بین‌الملل و به ویژه نظام حقوق بشر دارد. به بیان ساده‌تر، تعهدات راجع به حقوق بیماران در فضای تعهدات بین‌المللی دولت‌ها تعریف می‌شود. در همین راستا، یکی از مسائل مهمی که باید مد نظر قرار گیرد، شناسایی مصادیق مختلف حقوق بیماران و جایگاه آن‌ها در سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل می‌باشد.

در راستای اهمیت پژوهش حاضر ذکر دو نکته حائز اهمیت می‌باشد: اول اینکه، تا زمانی که مصادیق حقوق بیماران به صورت دقیق در نظام‌های حقوقی مختلف مشخص نشود، سخن گفتن از نقض حقوق مزبور، راهکارهای جبران و حدود مسئولیت دولت و سایر نهادهای مسئول در موارد نقض حقوق

بیماران بیهوده خواهد بود. نکته دوم اینکه، چنانچه هریک از مصادیق حقوق بیماران در رأس سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل قرار گیرند، آثار مهمی از جمله غیر قابل عدول بودن، بر آن‌ها بار می‌شود.

در ارتباط با سوابق و مرور ادبیات این پژوهش باید توجه داشت که برخی از مصادیق حقوق بیماران (به ویژه مسأله رضایت آگاهانه بیماران و همچنین کادر درمان) مورد مطالعه میدانی قرار گرفته است. برای مثال در همین راستا می‌توانیم به مقاله محمد عرب و همکاران تحت عنوان «آگاهی از حقوق بیمار و رعایت آن از دیدگاه بیمار: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران» اشاره کنیم که در مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی در سال ۱۳۸۹ به چاپ رسیده است. در نتیجه تحقیقات نویسندگان مشخص شده است که، بیماران آگاهی خوبی از حقوق بیمار ندارند و حقوق بیماران نیز به صورت مطلوب رعایت نمی‌شود. جهت ارتقای رعایت حقوق بیماران، ارائه برنامه‌های آموزشی به جامعه در مورد حقوق بیمار، پیگیری موارد نقض حقوق بیمار، تصویب قانون جامع برای تضمین رعایت حقوق بیماران و طراحی برنامه مشخص برای پایش و نظارت بر اجرای آن پیشنهاد می‌شود.

همچنین در برخی دیگر از آثار، مصادیق حقوق بیماران در نظام حقوقی ایران با تأکید بر منشور حقوق بیماران مورد توجه نویسندگان قرار گرفته است. در همین راستا می‌توانیم به مقاله علیرضا پارساپور و همکاران تحت عنوان «منشور حقوق بیمار در ایران» که در مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی در سال ۱۳۸۸ به چاپ رسیده است اشاره کنیم. از نظر نویسندگان، تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار اقدامی ارزشمند در جهت ایفای حقوق بیماران می‌باشد، اما زمانی می‌توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که تمهیدات لازم جهت فرهنگ‌سازی مناسب، توجه همه‌جانبه به حقوق کلیه ذی‌نفعان، شناسایی موانع، راهکارهای اجرایی شدن منشور و همچنین لحاظ نمودن رعایت حقوق بیماران به عنوان یکی از

اساساً هریک از مصادیق حقوق بیماران در سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل چه جایگاهی دارند؟

۲. ملاحظات اخلاقی

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

۳. مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

۴. یافته‌ها

وضعیت بیماران و فرآیند درمان آن‌ها یکی از موضوعات مهم در حوزه حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شود. از طرفی نیز مجموعه هنجارهای حقوق بشر دارای ارتباطی نزدیک و به هم پیوسته هستند؛ به تعبیری، نقض هریک از هنجارهای مزبور منتهی به نقض غیر مستقیم سایر هنجارها نیز می‌شود.

۵. بحث

۵-۱. سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل

نگاه کلاسیک به حقوق بین‌الملل نشأت گرفته از فضای معاهده صلح وستفاليا مورخ ۱۶۴۸ می‌باشد. از این منظر هسته اصلی حقوق بین‌الملل کلاسیک، اصل حاکمیت دولت‌ها و اصل رضایت دولت‌ها در پذیرش تعهدات بین‌المللی می‌باشد که در مقدمه کنوانسیون حقوق معاهدات و اصول ملل متحد مورد اشاره قرار گرفته است (۳). در رویکرد کلاسیک به حقوق بین‌الملل، مفاد ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری به عنوان منابع حقوق بین‌الملل محسوب می‌شود. به بیان ساده‌تر بایدها و نبایدهای حقوق بین‌الملل از قالب‌های مندرج در ماده ۳۸ ناشی می‌شوند (۴). در فضای روابط بین‌المللی، از

شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارائه خدمات سلامت فراهم گردد. به نظر می‌رسد با توجه به شرایط و توانمندی‌های متفاوت مراکز درمانی در کشور برای رعایت کامل مفاد حقوق بیماران براساس منشور مصوب، اجرای مرحله‌ای این منشور می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

در میان آثاری که به زبان انگلیسی به چاپ رسیده‌اند، غالباً مصادیق حقوق بیماران با توجه به ساختارها و هنجارهای حقوق بشر بین‌المللی مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند. برای مثال در این زمینه می‌توانیم به مقاله «حقوق بشر در درمان بیماران: چهارچوبی نظری و عملی» نوشته تمار از اشاره کنیم که در سال ۲۰۱۵ در مجله سلامت و حقوق بشر به چاپ رسیده است. در برخی دیگر از آثار نیز مصادیق حقوق بیماران به صورت مورد و در چهارچوب حقوق اتحادیه اروپا مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در همین راستا می‌توانیم به کتاب پروفیسور آرت هندریکس تحت عنوان «سلامت و حقوق بشر در اروپا» اشاره کنیم که اولین بار در سال ۲۰۱۲ توسط انتشارات اینترسنسنتیا به چاپ رسید و در سال ۲۰۲۰ نیز مورد بازنگری و تجدید چاپ قرار گرفت.

باید به این نکته عنایت داشت که از نظر قلمرو و محدودیت‌های پژوهش حاضر، بررسی و ارائه فهرستی دقیق از مصادیق حقوق بیماران یکی از موضوعاتی می‌باشد که پژوهش حاضر به آن می‌پردازد، اما مسأله مهمی که در پژوهش‌های انجام شده مورد توجه قرار نگرفته است، جایگاه مصادیق حقوق بیماران در سلسله مراتب هنجاری می‌باشد. در پژوهش حاضر به این مسأله مهم نیز پرداخته شده است.

از نظر روش‌شناسی، پژوهش حاضر از نوع نظری بوده و روش تحقیق آن به صورت توصیفی-تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با ابزار فیش‌برداری از طریق مراجعه به اسناد، کتب و مقالات می‌باشد.

هدف اصلی در این پژوهش، تعیین مصادیق مختلف حقوق بیماران در نظام حقوق بشر بین‌المللی می‌باشد و در عین حال تلاش شده است که به این پرسش اساسی پاسخ داده شود که،

پوزیتیوستی یا اراده‌گرایی، سلسله مراتب هنجاری را مولود حقوق معاهدات می‌دانند، در نتیجه این مفهوم را محصور در حقوق معاهدات می‌دانند؛ سلسله مراتب هنجاری در فضای حقوق معاهدات به اشکال مختلف خودنمایی می‌کند، مانند معاهداتی که اعمال رزرو یا شرط را نسبت به برخی مقررات خود ممنوع می‌کنند که این امر نشان از سلسله مراتب میان مقررات معاهده مزبور دارد، و یا در مواردی برخی معاهدات، شماری از ترتیبات خود را در هر شرایطی غیر قابل تعلیق اعلام کرده‌اند. مانند میثاق حقوق مدنی و سیاسی که مطابق مفاد ماده ۴ این میثاق، برخی حقوق به عنوان «حقوق غیر قابل تخطی» در کلیه شرایط تلقی شده‌اند؛ یا به عبارت ساده‌تر تجاوز به این حقوق از جانب دولت‌ها تحت هیچ شرایطی پذیرفته نیست. در آثار حقوقدانان از این حقوق با عنوان «حقوق بنیادین بشری» یاد شده است؛ صورت دیگر از سلسله مراتب را می‌توان در بحث قواعد آمره مشاهده کرد، اما در مقابل برخی حقوقدانان معتقد هستند که اصولاً سلسله مراتب هنجاری صرفاً محدود به فضای حقوق معاهدات نیست بلکه بر سایر حوزه‌های حقوق بین‌الملل نیز تأثیر گذاشته است (۶).

منتقدان مفهوم حقوق نرم در جهت نقد این مفهوم، بر وجود هنجارمندی نسبی در حقوق بین‌الملل تأکید دارند. از نظر این دسته از حقوقدانان صرف تشخیص اینکه چه چیزی در سطح بین‌المللی «حقوق» محسوب می‌شود، مسئله پیچیده و سختی است. به بیان ساده‌تر از نظر این دسته از نویسندگان، در ارتباط با آستانه و مرز هنجاری در فضای حقوق و غیر حقوق ابهام وجود دارد (۷). منطقاً قائل بودن به وجود هنجارمندی در قواعد حقوق بین‌المللی، منتهی به وجود سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل می‌شود (۸). یعنی اگر قواعد موجود مختلف و متفاوت هستند (مانند قواعد آمره، تعهدات عام‌الشمول ناشی از آن‌ها و تعهدات ناشی از منشور ملل متحد) در نتیجه باید وزن حقوقی تعهدات ناشی از آن‌ها نیز با یکدیگر متفاوت باشد؛ پس باید قائل به طبقه‌بندی آن‌ها باشیم، اما دلیل اینکه چرا مفاهیم قواعد آمره، تعهدات

یک‌سو در راستای «حکومت قانون» نیاز به ثبات و از سوی دیگر در راستای ضرورت‌های متغیر زمانی (که به واسطه سیاسی بودن یا به تعبیری منفعت‌محور بودن روابط) نیاز به انعطاف‌پذیری می‌باشد و تلاش جامعه بین‌المللی نیز در جهت برقراری تعادلی مطلوب میان این دو نیاز بوده است. یکی از مفاهیمی که در فضای روابط بین‌المللی در پاسخ به «نیاز به انعطاف‌پذیری» متولد شده است، مفهوم «حقوق نرم» می‌باشد (۵). مقصود از مفهوم حقوق نرم، قالب‌های نوظهوری می‌باشد که علی‌رغم فقدان عنصر الزام‌آوری، پایبندی را در روابط بین‌المللی ایجاد می‌کنند. اسنادی مانند اعلامیه‌ها، قطعنامه‌ها، رویه‌های خلاف عرف‌های موجود و ... که در فضای روابط بین‌المللی فاقد عنصر الزام‌آوری هستند، اما به دلایل مختلف از سوی بازیگران حقوق بین‌الملل رعایت می‌شوند، همگی از جمله مصادیق حقوق نرم محسوب می‌شوند. نکته جالب توجه اینجاست که از یک‌سو بسیاری از مصادیق حقوق بیماران از طریق سازوکار اسناد و هنجارهای حقوق نرم وارد ادبیات حقوق بین‌الملل و آثار نویسندگان شده است و از سوی دیگر مفهوم حقوق نرم مورد انتقاد بسیاری از نویسندگان و حقوقدانان قرار گرفته است. یکی از جنبه‌های بسیار مهمی که منتقدان مفهوم حقوق نرم به آن تأکید دارند، مسئله سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل است. در واقع از نظر منتقدان، مراتب هنجاری بر سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل، وجود مفهوم حقوق نرم و دستاوردهای آن (و به طور خاص در حوزه حقوق بیماران) با چالش اساسی مواجه می‌شود.

باید دقت داشت که سلسله مراتب «هنجاری» با سلسله مراتب «منابع» حقوق بین‌الملل و فضای ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، متفاوت است. در اینجا مقصود ما سلسله هنجاری است. همچنین باید میان سلسله مراتب هنجاری در قالب معاهدات بین‌المللی و سلسله مراتب هنجاری در قالب عرف‌های بین‌المللی قائل به تفکیک شویم. در ارتباط با سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل میان حقوقدانان اختلاف دیدگاه وجود دارد؛ حقوقدانان طرفدار مکاتب

عام‌الشمول منتهی به وجود سلسله مراتب هنجاری در نظام حقوق بین‌الملل می‌شود، در تعریف این مفاهیم نهفته است. تعریف قواعد آمره با توجه به مفاد ماده ۵۳ کنوانسیون وین ۱۹۶۹ عبارت است از: «قاعده‌ای که از سوی جامعه بین‌المللی دولت‌ها در کل به عنوان قاعده‌ای تخلف‌ناپذیر شناخته شده و پذیرفته شده است و هیچ‌گونه تخطی از آن مجاز نیست و تنها با یک قاعده بعدی حقوق بین‌الملل عام با همان ویژگی قابل تغییر است». مصادیق این دسته از قواعد در کنوانسیون وین مشخص نشده است و به رویه بین‌المللی موکول شده است، مع‌الوصف تاکنون ممنوعیت توسل به زور، ممنوعیت شکنجه، ممنوعیت نسل‌زدایی با توجه به رویه دیوان بین‌المللی دادگستری و رویه بین‌المللی دولت‌ها به عنوان مصادیق مسلم قواعد آمره مورد شناسایی قرار گرفته‌اند (۹). در نتیجه این قواعد در طبقه‌ای بالاتر از سایر هنجارهای حقوق بین‌الملل که فاقد این وصف هستند قرار دارند. مفهوم تعهدات عام‌الشمول نیز در مقدمه رأی دیوان بین‌المللی دادگستری در قضیه بارسلونا تراکشن پاراگراف ۳۳، چنین تعریف شده است: «باید میان تعهدات یک دولت در قبال جامعه بین‌المللی در کل و تعهدات او در برابر هر دولت دیگر در زمینه حمایت دیپلماتیک تفکیک قائل شویم. تعهدات دسته اول به دلیل ماهیتشان مرتبط با تمامی دولت‌ها هستند. لذا با توجه به اهمیت حقوقی مزبور، تمامی دولت‌ها در حمایت از آنها دارای نفع حقوقی هستند. آنها (تعهدات دسته نخست) تعهداتی عام (ارگا آمنس) هستند». در نتیجه، با تعریف طبقه‌بندی قواعد حقوق بین‌المللی، جایی برای قواعد حقوق نرم باقی نمی‌ماند، زیرا دارای تفاوت مبنایی با قواعد حقوق بین‌الملل با وصف الزام‌آوری هستند. پس باید فضای دیگری خارج از حقوق برای آن‌ها قائل شویم (۱۰).

شاید چنین به نظر برسد که اگر استدلال ما در جهت نفی وجود سلسله مراتب در فضای حقوق بین‌الملل باشد، اشکال منتقدان پاسخ داده می‌شود، حال آنکه به نظر می‌رسد این روش، در واقع پاک کردن صورت سؤال باشد و از طرفی با توجه

به شواهد مختلف می‌توان به این نتیجه رسید که نفوذ بحث سلسله مراتب هنجاری در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل دارای آثاری با شدت و ضعف مختلف، بوده است. آثار بحث سلسله مراتب هنجاری را در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل می‌توان مشاهده کرد، که حاصل تلاش‌های کمیسیون حقوق بین‌الملل می‌باشند: یکی از این حوزه‌ها حقوق مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها می‌باشد. در طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل راجع به مسئولیت دولت‌ها مصوب ۲۰۰۱، کمیسیون حقوق بین‌الملل میان موارد نقض‌های فاحش قواعد آمره (ماده ۴۱) و نقض تعهدات عام‌الشمول (ماده ۴۸) با نقض سایر قواعد حقوق بین‌الملل تفکیک قائل شده است و برای سایر دولت‌ها نیز در موارد مواجهه با چنین نقض‌هایی، تعهداتی را در نظر گرفته است (۱۱). حوزه دوم حمایت دیپلماتیک می‌باشد. حمایت دیپلماتیک یکی از حوزه‌هایی می‌باشد که ارتباط تامی با حاکمیت ملی دولت‌ها دارد. به بیان ساده‌تر حمایت دیپلماتیک حق دولت‌ها در حمایت از اتباع آن‌ها می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد حمایت دیپلماتیک مصوب ۲۰۰۶ در ماده ۱۹ و تفسیر آن، در موارد نقض‌های فاحش حقوق بشر دولت‌ها را توصیه به حمایت دیپلماتیک از اتباعشان می‌کند علی‌رغم اینکه حمایت دیپلماتیک حق دولت می‌باشد (۱۲). حوزه سوم رزرو بر معاهدات بین‌المللی می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد راهنمای اعمال شرط بر معاهدات بین‌المللی مصوب ۲۰۱۱، اعمال شرط بر معاهداتی که منعکس‌کننده قواعد آمره باشد، فاقد اثر است (۱۳).

در نتیجه هدف ما در اینجا بحث پیرامون سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل نیست، بلکه در فرض پذیرش اینکه در میان هنجارهای الزام‌آور حقوق بین‌الملل، سلسله مراتب وجود دارد، اولاً این چالش باقی است که جایگاه هر یک از قواعد مختلف حقوق بین‌الملل باید در سلسله مراتب مذکور مشخص شود، ثانیاً در فرض وجود این سلسله مراتب و مشخص شدن طبقات و محتوای طبقات آن، حتی اگر حقوق

بین‌المللی به عنوان یک نیاز به سطحی بالاتر ارتقاء پیدا کنند و از فضای غیر حقوقی خارج و وارد فضای حقوق نرم شوند. پس از این مرحله هنجار حقوق نرم نیز به نوبه خود قابلیت حمایت از جانب اعضاء جامعه بین‌المللی و ارتقاء به حقوق سخت را دارد. پس از ورود به فضای حقوق سخت، نمی‌توان گفت که نقش حقوق نرم به پایان رسیده است، بلکه اسناد و هنجارهای حقوق نرم می‌توانند، هنجارها و قواعد حقوق سخت را در سلسله مراتب هنجاری حقوق سخت تقویت کنند و حسب مورد به قاعده آمره بین‌المللی یا تعهدات عام‌الشمول تبدیل کنند (۱۵).

۵-۲. مصادیق آمره هنجارهای حقوق بشر

همان‌طور که پیش‌تر اشاره کردیم، قواعد آمره در رأس سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل قرار دارند. به بیان ساده‌تر، سایر هنجارهای حقوق بین‌الملل نمی‌توانند در تعارض با قواعد مزبور قرار گیرند. در هیچ سند بین‌المللی لیستی از مصادیق قواعد آمره حقوق بین‌الملل مشخص نشده است (۱۶). برای تشخیص مصادیق قواعد آمره باید در هر حوزه خاص با توجه به مجموعه هنجارها و رویه بازیگران بین‌المللی، مصادیق مزبور را تشخیص داد. مطابق با تعریف قواعد آمره که در کنوانسیون وین راجع به حقوق معاهدات بیان شده است، قواعد آمره دارای یک ویژگی خاص هستند و آن اینکه، از سوی «جامعه بین‌المللی در کل» به عنوان یک هنجار غیر قابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته باشند (۱۷).

در فضای حقوق بشر برخی از هنجارهای حقوق بشر به عنوان قواعد غیر قابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. مطابق مفاد ماده ۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، برخی از تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در هیچ حالتی (حتی در شرایط اضطراری) قابل تعلیق نیستند. حقوق مزبور عبارتند از: (۱) ممنوعیت کلیه اشکال تبعیض نژادی اعم از تبعیض براساس نژاد، رنگ، جنس، زبان، اصل و منشأ مذهبی یا اجتماعی؛ (۲) حق حیات؛ (۳) ممنوعیت آزار و شکنجه یا رفتارهای ظالمانه از جمله تحت آزمایش‌های پزشکی یا علمی

نرم به عنوان یک مفهوم غیر حقوقی مورد پذیرش قرار گیرد، باز هم مصادیق اسناد و هنجارهای حقوق نرم مانند قطعنامه‌ها و اعلامیه‌های دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی و به طور کلی بازیگران غیر دولتی نقش بسیار مهمی را در ایجاد و تقویت رویه‌های عرفی و کنوانسیون بین‌المللی الزام‌آور ایفا می‌کنند. برخی نویسندگان حقوق بین‌الملل در پاسخ، به نقد دیدگاه کلاسیک حقوق بین‌الملل پرداخته‌اند و معتقدند که در فضای فعلی حقوق بین‌الملل باید قائل به یک دیدگاه گسترده‌تر و منعطف‌تر در مورد فرآیند تشکیل قواعد حقوق بین‌الملل باشیم. در این دیدگاه گسترده و منعطف، نهادهای چندجانبه بین‌المللی مانند سازمان‌های بین‌المللی با صدور اعلامیه‌ها و قطعنامه‌ها در واقع، گام اولیه در فرآیند شکل‌گیری هنجارهای بین‌المللی یعنی مطرح نیازها در سطح بین‌المللی و سنجش میزان استقبال و گرایش جامعه بین‌المللی به نیاز مزبور را برمی‌دارند (۱۴)، بدین صورت که: «نقطه آغاز یا حمایت گسترده از اغلب تحولات در حقوق بین‌الملل، پیشنهادات، گزارش‌ها، قطعنامه‌ها، معاهدات یا پروتکل‌های مطرح شده در نهادهای بین‌المللی می‌باشد. در آنجا، نمایندگان دولت‌ها و سایر گروه‌های ذینفع برای بحث پیرامون دغدغه‌های متقابل در مورد مسائل مهم بین‌المللی گرد هم جمع می‌شوند. گاهی اوقات این تلاش‌ها منجر به یک اجماع در مورد حل مسئله و بیان آن در قالب یک شرایط هنجاری از برنامه کلی می‌شود. در برخی موارد دیگر، حقوق بالقوه جدید از طریق ابزار روابط بین‌المللی یا رویه موسسات بین‌المللی تخصصی توسعه پیدا می‌کند و در گام‌های بعدی در نهادهای بین‌المللی مورد توجه قرار می‌گیرد. این فرآیند توجهات را به قاعده جلب می‌کند و به شکل‌گیری و استحکام آن کمک می‌کند» (۱۴).

در نتیجه به بیان ساده‌تر، با وجود اینکه در حال حاضر انکار وجود سلسله مراتب در حقوق بین‌الملل بسیار مشکل است، اما با در نظر گرفتن اسناد حقوق نرم به عنوان فضای بینابین حقوق و اخلاق (غیر حقوق) می‌توانیم چنین نتیجه‌گیری کنیم که: هنجارهای اخلاقی می‌توانند با مطرح شدن در سطح

قرار دادن؛ ۴) ممنوعیت بردگی و خرید و فروش برده؛ ۵) ممنوعیت حبس افراد به علت عدم توانایی اجرای تعهد قراردادی؛ ۶) عطف به ماسبق نشدن قوانین جزایی؛ ۷) تعهد به شناسایی شخصیت افراد انسانی؛ ۸) حق آزادی فکر، وجدان و مذهب؛ از نظر برخی نویسندگان، تعهدات فوق، مصادیق بارز قواعد آمره در فضای حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شوند. در نتیجه این قواعد در رأس سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل قرار دارند (۶).

۳-۵. چهارچوب حقوق بشر به عنوان الگویی برای حقوق بیماران

حق بر سلامت به عنوان نقطه سرآغاز مفهوم «حقوق بیمار» محسوب می‌شود. در ادبیات حقوق بشر بین‌المللی، حق بر سلامت برای اولین بار در ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است. به موجب ماده مزبور: «۱) کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲) تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: - تقلیل میزان مرده متولدشدن کودکان، مرگ‌ومیر کودکان و رشد سالم آنان؛ - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ - پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر (بومی) حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلای به بیماری».

همان‌طور که مشاهده می‌شود، برخی جنبه‌های خاص از حقوق بیماران در قالب مصادیقی کلی از حق بر سلامت مانند حق بر پیشگیری و معالجه بیماری‌ها و نیز ارائه کمک‌های پزشکی، در ماده ۱۲ مورد توجه قرار گرفته است. در واقع حقوق بیماران در این فضا، صرفاً به عنوان یک اصل کلی و منعطف مورد شناسایی قرار گرفته است. ویژگی «انعطاف‌پذیری» را می‌توان از عبارت «ممکن‌الحصول» به دست آورد. به تعبیری در میثاق

مزبور، از تعریف مجموعه‌ای از تعهدات منجز امتناع شده است، دلیل این امر نیز به فضای دهه ۶۰ میلادی و سخت‌گیری دولت‌ها در پذیرش تعهدات بین‌المللی باز می‌گردد (۱۸). البته دلیل دیگری برای این انعطاف‌پذیری متصور است؛ توانمندی دولت‌ها برای اجرای تعهدات بین‌المللی و به طور خاص فراهم کردن امکانات لازم برای مبارزه با بیماری‌ها، منطقاً متفاوت می‌باشد. در نتیجه نمی‌توان یک استاندارد واحد برای اجرای تعهدات بین‌المللی تعریف نمود. از طرفی نباید در فضای تأمین و ارتقاء سطح سلامت، یک حد‌اعلی مشخص تعریف نمود؛ چرا که به تناسب مقتضیات زمانی و مکانی، سطح سلامت و نحوه تأمین و ارتقاء حقوق بیماران نیز متفاوت خواهد بود (۱۹).

شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را برای نظارت و رسیدگی به گزارش‌های راجع به میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس نمود. یکی از وظایف این کمیته ارائه تفسیر میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد (۲۰). علاوه بر این، کمیته مزبور به صورت دوره‌ای گزارش‌هایی را از دولت‌های مختلف در ارتباط با نحوه اجرای مفاد میثاق دریافت می‌کند و با بررسی آن‌ها، رویکرد کلی دولت‌ها نسبت به تعهدات ناشی از میثاق را اعلام می‌کند (۲۱). نکته جالب توجه این است که سازوکار کمیته، فاقد وصف «الزام‌آوری» می‌باشد. ماده ۱۲ میثاق که حقوق بیماران را در قامت یک اصل کلی مورد توجه قرار داده است، از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت و در سال ۲۰۰۰ نیز تفسیر و گزارش نهایی راجع به ماده مزبور به تصویب رسید. با مراجعه به اسناد موجود متوجه خواهیم شد که ماده ۱۲ در واقع از نظر ماهیتی حاوی سه تعهد بسیار مهم می‌باشد: تعهد به احترام، تعهد به حفاظت و تعهد به اجرا (۲۲). زمانی که صحبت از تعهد به احترام به حقوق بیماران به میان می‌آید باید توجه داشت که مقصود احترام به حقوق بیماران فارغ از رنگ، نژاد، جنس، وضعیت‌های سیاسی، حقوقی و ... ، حتی افراد محروم از آزادی‌های فیزیکی (مانند

زندانیان، افراد تحت بازداشت، وضعیت تبعید و ... می‌باشد. همچنین بیماران می‌توانند از مراقبت‌ها و اقدامات دارویی سنتی نیز بهره‌مند شوند و دولت جز در موارد کنترل بیماری‌های واگیردار و بیماری‌های روانی، نمی‌تواند مراقبت و اقدامات دارویی خاصی را به بیماران تحمیل کند (۲۳).

همچنین در ارتباط با تعهد به حفاظت باید خاطرنشان کرد که، دولت‌ها باید اقدامات لازم از جمله تصویب قوانین و مقررات لازم را جهت دسترسی همه بیماران به مراقبت‌ها و خدمات درمانی و دارویی فراهم کنند. از طرفی در راستای انجام فرآیند خصوصی‌سازی و ورود بخش خصوصی به فضای بهداشت و درمان، نباید به نحوی اقدام شود که فرآیند مزبور «حق بر دسترسی بیماران به فرآیند درمانی» را تحت تأثیر قرار دهد (۲۴). در راستای تعهد به اجرای حقوق بیماران باید دقت داشت که اجرای تعهدات مزبور نیاز به زیرساخت و امکانات مهمی از جمله کلینیک، بیمارستان، امکانات درمانی و حتی امکانات آموزشی جهت تربیت کادر درمانی توانمند، دارد. در نتیجه دولت‌ها مکلف هستند که موارد مزبور را در جهت تأمین و تضمین حقوق بیماران ایجاد و ارتقاء دهند (۲۵).

۴-۵. تعهدات اصلی در ارتباط با حقوق بیماران

از آنجا که «حقوق بیماران» در امتداد حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر مطرح می‌شود، اسناد و چهارچوب‌های حقوق بشر می‌توانند به عنوان اصول راهنمای دقیق برای معرفی و اعمال حقوق بیماران مورد استفاده قرار گیرد (۲). باید به این نکته مهم عنایت داشت که وقتی سخن از حقوق بیماران به میان می‌آید، مقصود صرفاً بهره‌مندی بیماران از فرآیندهای درمانی و استفاده از خدمات پزشکی نیست. در واقع این امور صرفاً یک جنبه خاص از حقوق بیماران محسوب می‌شود. در فضای حقوق بیماران، فرآیندهای درمانی و خدمات پزشکی، گاهی با استفاده از قالب‌هایی صورت می‌گیرد که کرامت انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. روش‌های مزبور گاهی اوقات در عمل، هنجارهای مربوط به رضایت، رعایت حریم خصوصی، اصل عدم هرگونه تبعیض و ... را نقض می‌کنند (۲۶).

باید به این نکته مهم عنایت داشت که مقصود از تعهدات اصلی، تعهداتی می‌باشند که به عنوان هسته اصلی و مرکزی حقوق بیماران محسوب می‌شوند. این تعهدات به واسطه ارتباط بسیار نزدیکی که با حقوق بنیادی و اصلی بشر دارند، باید از جانب همه اعضای جامعه بین‌المللی رعایت شوند. به بیان ساده‌تر، انجام تعهدات اصلی وابستگی بسیار کمی به وجود منابع دارد، در نتیجه، همه بازیگران عرصه روابط بین‌المللی باید انجام تعهدات مزبور را دستور کار خود قرار دهند (۲۹).

مطابق گزارش‌ها و تفاسیر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعهدات اصلی در ارتباط با حقوق بیماران عبارتند از: اول، دسترسی به خدمات، امکانات و کالاهای پزشکی و بهداشتی (در پرتو اصل عدم تبعیض) و به طور خاص برای سالمندان، کودکان، زنان باردار و به تعبیری گروه‌های

به نحوی باشند که باورهای دینی و فرهنگی افراد کمترین تعارض را داشته باشند (۳۳)؛ د) داشتن کیفیت مناسب از نظر علمی و فنی (۳۳).

۵-۵. مصادیق حقوق بیماران در چهارچوب نظام حقوق بشر

در فضای حقوق بشر بین‌المللی برخی از هنجارها و مصادیق حقوق بشر، ارتباط بسیار نزدیکی با وضعیت بیماران و حقوق آن‌ها دارد. در ادامه به بررسی مصادیق مزبور خواهیم پرداخت. الف) حق حیات: حق حیات یکی از حقوق بنیادین و اساسی می‌باشد که در اسناد بین‌المللی به کرات مورد تأکید قرار گرفته است. این حق ارتباط بسیار نزدیکی با مفهوم کرامت انسانی (که یکی از مبانی اساسی حقوق بشر محسوب می‌شود) است. حق مزبور پس از جنگ جهانی دوم و با ورود مفهوم حقوق بشر به ادبیات حقوق بین‌الملل موضوعه از طریق منشور ملل متحد، در بند ۱ ماده ۶ میثاق حقوق مدنی و سیاسی در قامت یک حق جهانی و مطلق مورد پذیرش قرار گرفته است. این حق بعدها در اسناد منطقه‌ای مانند منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ذیل ماده ۴) و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر (ذیل ماده ۲ بند ۱) مورد شناسایی قرار گرفته است. فقدان امکانات دارویی کافی و عدم تربیت کادر درمانی متخصص، یکی از عوامل بسیار مهم در مرگ‌ومیر بیماران در کشورهای مختلف محسوب می‌شود؛ به تعبیری در این حالت حق حیات افراد به صورت مستقیم با مخاطره مواجه می‌شود (۳۴). نکته‌ای که باید در اینجا به آن عنایت داشت این است که، در بسیاری از موارد، فوت بیماران نه در اثر کمبود دارو یا کادر درمانی آموزش‌دیده، بلکه در اثر فقدان امکانات درمانی و حتی امکانات مربوط به حمل و نقل بیماران مانند آمبولانس، بالگرد و ... رخ می‌دهد (۳۵).

ب) ممنوعیت آزار، شکنجه و رفتارهای ظالمانه یا غیر انسانی: ارتکاب شکنجه و رفتارهای ظالمانه از طریق روش‌های پزشکی سابقه طولانی دارد. در سوابق جنگ جهانی اول و دوم مصادیق فراوانی از این مسئله وجود دارد. انجام آزمایش‌های مختلف

آسیب‌پذیر؛ دوم، فراهم آوردن داروهای ضروری؛ سوم، وضع و اجرای مقررات لازم برای تضمین توزیع عادلانه و منصفانه داروها، امکانات و خدمات پزشکی و بهداشتی؛ چهارم، طراحی و اعمال برنامه جامع ملی در زمینه بهداشت و سلامت عمومی که وضعیت بیماران و حقوق آن‌ها میز به عنوان یک قسمت بسیار مهم آن محسوب می‌شود (۲۳).

تعهدات مزبور در رویه داخلی بسیاری از دولت‌ها در قالب قوانین داخلی، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و ... مورد تصویب و اجرا قرار گرفته‌اند. به تعبیری می‌توان گفت که تعهدات فوق در حال حاضر در قامت قواعد عرفی بین‌المللی یا حتی اصول کلی حقوقی در زمینه حقوق بیماران مورد پذیرش قرار گرفته‌اند (۲۲).

در ارتباط با تعهدات فوق ذکر دو نکته ضرورت دارد: اول اینکه، فهرست داروهای ضروری را سازمان بهداشت جهانی منتشر نموده است که این داروها در واقع دارای سه ویژگی مهم هستند که عبارتند از: مؤثر، کم‌خطر و مقرون به صرفه، البته نباید از نظر دور داشت که تهیه این داروها برای دولت‌ها هزینه‌هایی را در پی دارد که تأمین آن برای دولت‌های کمتر توسعه‌یافته مشکل می‌باشد. در نتیجه تعهد دولت‌ها برای تأمین داروهای ضروری تا حدی می‌باشد که زیرساخت‌های مالی و بهداشتی آن‌ها پاسخگو باشد (۳۰).

نکته دوم اینکه، دولت‌ها در راستای اجرای تعهدات اصلی خود در ارتباط با حقوق بیماران باید چهار عنصر مهم را در نظر گیرند: الف) موجود بودن خدمات و امکانات پزشکی برای همه افراد به یک نسبت مساوی (البته مقصود این نیست که دولت‌ها باید برای همه افراد جامعه در هر منطقه‌ای به صورت مساوی امکانات و خدمات پزشکی فراهم کنند، بلکه به تناسب جمعیت و امکانات موجود باید این اقدامات صورت گیرد) (۳۱)؛ ب) در دسترس بودن خدمات و امکانات پزشکی (در این راستا باید دسترسی فیزیکی، دسترسی به اطلاعات، دسترسی مقرون به صرفه و عدم تبعیض مدنظر قرار گیرد) (۳۲)؛ ج) قابل پذیرش بودن (داروها و روش‌های درمانی باید

هم‌نژادها و ...) بیمارانی که از نژادهای مختلف هستند را در قسمت‌های جداگانه بستری می‌کنند (۳۸). عدم تبعیض صرفاً در ارتباط با مسائل مربوط به نژاد، رنگ، جنس و ... نیست، در برخی کشورها در ارتباط با ارائه خدمات پزشکی نسبت به بیماران خاص (مانند مبتلایان به ایدز، اعتیاد و ...) تبعیض قائل می‌شوند (۳۹). عدم تبعیض در اسناد بین‌المللی مختلفی از جمله میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ذیل ماده ۲۱ بند ۱ و ماده ۲۶) و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ذیل ماده ۲ بند ۲) مورد شناسایی قرار گرفته است. همچنین اسناد منطقه‌ای مختلفی نیز این اصل را مورد توجه قرار داده‌اند در این راستا می‌توانیم به: منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ذیل مواد ۲ و ۳)، کنوانسیون چهارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی (ذیل ماده ۴ بند ۱)، اشاره کنیم.

د) ممنوعیت حبس افراد به علت عدم توانایی در اجرای تعهدات قراردادی و حق بر آزادی: در برخی کشورها تسویه حساب مالی پیش شرط اجازه ترخیص بیماران از بیمارستان می‌باشد، در واقع چنانچه بیمار پس از طی مراحل درمانی نتواند از عهده تسویه حساب هزینه‌های درمان و دارو برآید، اجازه ترخیص وی را صادر نمی‌کنند. این عمل در واقع نقض آشکار حق آزادی افراد و ممنوعیت حبس افراد می‌باشد (۴۰). این حق در میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ذیل ماده ۹ بند ۱)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ذیل ماده ۶) و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر (ذیل ماده ۵ بند ۱) مورد شناسایی و تصریح قرار گرفته است.

ه) حق بر تمامیت جسمانی: انجام هرگونه اقدام پزشکی با توجه به وجود حق بر تمامیت جسمانی، باید با رضایت آگاهانه و آزادانه بیماران صورت گیرد. به بیان ساده‌تر، این حق ایجاب می‌کند که اولاً اطلاعات کاملی در ارتباط با بیماری و روش‌های درمانی و همچنین کلیه خطرات و مزایای آن‌ها در اختیار بیمار قرار گیرد و ثانیاً بیمار با در نظر گرفتن اطلاعات مزبور با آزادی کامل، روش درمانی خود را انتخاب نماید. متأسفانه در بسیاری از کشورها مشاهده شده است که کادر

بدون رضایت بیمار جهت اکتشافات بیولوژیک مصداق بارزی از شکنجه و رفتارهای ظالمانه محسوب می‌شود، البته در حال حاضر این جنبه از شکنجه و رفتارهای ظالمانه، خوشبختانه در عمل بسیار محدود شده است، اما در ارتباط با ممنوعیت شکنجه باید در نظر داشت که در برخی موارد مشاهده شده است که دولت‌ها در زمینه ارائه داروهای مسکن به متهمان و زندانیان به بهانه‌های مختلف کوتاهی می‌کنند و ارائه داروهای مسکن را منوط به همکاری یا اقرار متهمان می‌کنند (۳۶). در همین راستا نیز در بسیاری از کشورها به دلایل مربوط به ممنوعیت و مبارزه با مواد مخدر، بسیار از داروهای مسکن با محدودیت و سختی‌های فراوان در اختیار بیماران به ویژه بیماران مبتلا به سرطان قرار می‌گیرد که این امر موجب تحمیل درد فراوان به افراد مزبور می‌شود (۳۷). ممنوعیت شکنجه از دیرباز در فضای حقوق بین‌الملل و حقوق بشر به عنوان یکی از جنایات مهم مورد شناسایی قرار گرفته است. اهمیت ممنوعیت شکنجه تا جایی است که در سطح جهانی (کنوانسیون مبارزه با شکنجه) و منطقه‌ای (کنوانسیون اروپایی ممنوعیت شکنجه) نیز به صورت مستقل کنوانسیون‌هایی برای مبارزه با آن به تصویب رسیده است؛ علاوه بر این اسناد دیگری از جمله میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ذیل ماده ۷)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ذیل ماده ۵) و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر (ذیل ماده ۳) نیز شکنجه را ممنوع اعلام کرده‌اند.

ج) اصل عدم تبعیض: این اصل به صورت مطلق در فضای حقوق بشر مورد شناسایی و پذیرش قرار گرفته است. در چهارچوب این اصل هرگونه تبعیض اعم از تبعیض براساس نژاد، جنس، رنگ، ملیت و ... ممنوع است. این اصل یکی از نتایج مستقیم کرامت ذاتی انسان است، البته در راستای اجرای این اصل یک شرایط خاص و استثنایی وجود دارد و آن تبعیض مثبت به نفع زنان (با توجه به شرایط فیزیولوژیک و آسیب‌پذیری بیشتر آن‌ها) می‌باشد. در برخی کشورها به بهانه‌های مختلف (از جمله احساس آرامش بیشتر در کنار

درمانی پیش از آغاز فرآیند درمان، رضایت آزادانه و آگاهانه بیمار را کسب نموده‌اند (۴۱). به تعبیری عدم کسب رضایت آگاهانه و آزادانه، نقض حق بر تمامیت جسمانی محسوب می‌شود. باید به این نکته عنایت داشت که یکی از جنبه‌های مهم حق مزبور، تغییر کادر درمان، پزشک و یا مؤسسه ارائه‌کننده فرآیند مراقبتی و درمانی می‌باشد (۴۲). حق بر تمامیت جسمانی در کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض نژادی (ماده ۵ بند ب)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ماده ۴)، کنوانسیون چهارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی (ماده ۶ بند ۱) و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و اخلاق زیستی (ماده ۵) مورد تصریح قرار گرفته است. نکته دیگری که باید در اینجا در نظر داشت این است که این حق در برخی از اسناد حقوق بشری مانند میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، میثاق حقوق مدنی و سیاسی در قامت یکی از مصادیق حق بر امنیت شخصی و ممنوعیت شکنجه مورد شناسایی قرار گرفته است.

و) حق بر تعقیب قضایی و درخواست جبران کلیه ضررهای وارده: در هر نظام حقوقی، شناسایی حقوق مختلف برای تابعان آن نظام در صورتی مؤثر است که حق تعقیب حقوق مزبور در نزد محاکم قضایی به رسمیت شناخته شده باشد. نکته‌ای که باید در این زمینه مد نظر قرار داد این است که، در برخی کشورها، مراجع اختصاصی برای رسیدگی به دعاوی بیماران در قالب کمیسیون‌های پزشکی تشکیل شده است. دلیل این امر به تخصصی بودن دعاوی بیماران باز می‌گردد. به تعبیری، در کمیسیون‌ها یا محاکم اختصاصی، دادرسان دارای اطلاعات تخصصی حوزه پزشکی می‌باشند و دسترسی به کارشناسان متخصص حقوق پزشکی برای اصحاب دعوی امکان‌پذیر است (۴۳). حق بر تعقیب قضایی در اسناد مختلفی از جمله میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ماده ۲ بند ۳)، کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی (ماده ۶)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ماده ۲۶) و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر (ماده ۱۳) مورد شناسایی و تصریح قرار گرفته است.

ح) دسترسی بیماران به سوابق و اطلاعات پزشکی: اصل بر این است که بیماران باید اطلاعات دقیقی از علل بیماری، شرایط، روش‌های درمانی، داروهای مؤثر و آثار جانبی آن‌ها در اختیار داشته باشند (۴۷). نباید از نظر دور داشت که در ارتباط با بیماری‌های واگیردار دولت‌ها مکلفند که اطلاعات راجع به بیماری و راه‌های پیشگیری و درمان آن را به صورت عمومی منتشر کنند. علاوه بر این، اطلاعات راجع به تأسیسات و مؤسسات درمانی و سطح امکانات آن‌ها باید به صورت دقیق در اختیار عموم مردم قرار گیرد تا پیش از مراجعه مستقیم، بیماران بدانند که برای درمان بیماری تا چه اندازه می‌توانند از بیمارستان یا مؤسسات درمانی مورد نظر انتظار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشند (۴۸). نکته دیگری که باید در اینجا باید به آن دقت داشت این است که، انتشار اطلاعات باید

گیرد (۵۱). این حق نیز در عمل دارای جنبه‌های مختلفی می‌باشد، برای مثال، دسترسی به بیمه‌های درمانی و پرداخت یارانه‌های درمانی از سوی دولت برای حمایت اقشار کم درآمد و آسیب‌پذیر (۵۲)، و همچنین گسترش پوشش بیمه برای بیماران خاص و سرطانی از جمله جوانب مختلف این حق محسوب می‌شوند (۵۳).

۶. نتیجه‌گیری

همان‌طور که در پژوهش حاضر مشاهده شد، برای تعیین مصادیق حقوق بیماران می‌توان به چهارچوب‌های نظام حقوق بشر بین‌الملل متوسل شد. تمام مصادیق حقوق بیماران در واقع مصادیقی از هنجارها و قواعد خاص حقوق بشر می‌باشند. همین امر موجب می‌شود که برای تعیین جایگاه مصادیق حقوق بیماران می‌توان از سلسله مراتب هنجاری حقوق بشر استفاده نمود.

آن دسته از مصادیق حقوق بیماران که در رأس سلسله مراتب هنجاری قرار می‌گیرند، درواقع مصادیقی از قواعد آمره حقوق بین‌الملل عام محسوب می‌شوند. در نتیجه مصادیق مزبور به عنوان هنجارهای غیر قابل عدول مورد شناسایی قرار می‌گیرند. مقصود از هنجارهای غیر قابل عدول، هنجارهایی است که دولت‌ها و به طور کلی بازیگران عرصه روابط بین‌المللی نمی‌توانند با توسل به علل و عوامل رافع و موجهه مسئولیت اعم از اقدامات متقابل، دفاع مشروع، رضایت و ... از اجرای هنجارهای مزبور امتناع کنند.

برای تعیین جایگاه مصادیق حقوق بیماران باید دو معیار خاص را در نظر بگیریم: اول ارتباط حقوق مزبور با قواعد آمره حقوق بین‌الملل و دوم معیار «وابستگی یا عدم وابستگی به منابع». در میان مصادیق مختلف حقوق بیماران، برخی از مصادیق مزبور درواقع به نحوی به عنوان مصادیقی از قواعد آمره حقوق بین‌الملل محسوب می‌شوند. حقوق مزبور عبارتند از: تأمین امکانات دارویی کافی، امکانات مربوط به حمل و نقل بیماران و تربیت کادر درمانی متخصص که به صورت مستقیم با حق بر

به نحوی باشد که برای همه مردم قابل فهم باشد. در نتیجه، در موارد خاص لازم است که اطلاعات مزبور به زبان محلی در مناطق مختلف منتشر شود تا برای همه اتباع از جمله کسانی که به زبان محلی تکلم می‌کنند قابل فهم و درک باشد (۴۹). مشارکت عمومی: در راستای تعیین سیاست‌های کلی حوزه بهداشت و درمان لازم است که حق شهروندان از جمله بیماران را در تعیین سیاست‌های مزبور به رسمیت شناخت. این حق در عمده کشورهای اروپای غربی و سایر کشورهای توسعه‌یافته از طریق سازمان‌های مردم‌نهادی که هدف آن‌ها حمایت از بیماران خاص می‌باشد، اعمال می‌شود. اغلب این سازمان‌ها در قوه قانون‌گذاری دارای کرسی‌های مشورتی می‌باشند و در زمان وضع قوانین مشکلات بیماران و خلاءهای موجود را نزد مرجع قانون‌گذار مطرح می‌کنند، اما متأسفانه در عمل، این سازوکار در همه کشورها (به ویژه کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته) عمومیت پیدا نکرده است؛ در نتیجه، در کشورهای مزبور حق مشارکت عمومی بیماران عملاً در نظر گرفته نمی‌شود (۵۰). این حق در اسناد مختلف بین‌المللی از جمله میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ماده ۲۵)، کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی (ماده ۵)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم (ماده ۱۳) و کنوانسیون چهارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی (ماده ۱۵) مورد شناسایی قرار گرفته است.

ی) استفاده از بالاترین استاندارد درمانی قابل دسترسی: دولت‌ها مکلف هستند که بیشترین سطح درمانی و بهداشتی را برای مردم فراهم کنند. نکته قابل توجه این است که احداث بیمارستان و مؤسسات درمانی در تمام نقاط کشور، به ویژه مناطق دور افتاده و صعب‌العبور حتی در پیشرفته‌ترین کشورها نیز امکان‌پذیر نیست. در نتیجه لازم است که در کنار احداث تأسیسات و بیمارستان‌های مناسب، راه‌ها و وسایل لازم برای دسترسی به تأسیسات مزبور را بهسازی و گسترش دهند. این امر نیز باید با در نظر گرفتن شرایط بیماران خاص مانند وضعیت زنان باردار، کودکان، عشایر کوچ‌رو و ... مد نظر قرار

نموده‌اند، به نظر می‌رسد که این دسته از حقوق بیماران نیز ظرفیت و استعداد تبدیل شدن به مصداقی از قواعد آمره جدید در فضای حقوق بشر بین‌المللی و به طور خاص حقوق بیماران را دارند. در نتیجه می‌توان انتظار داشت که با کمک اسناد و هنجارهای غیر الزام‌آور در فضای رویه بین‌المللی همگرایی لازم را جهت ارتقاء مصادیق غیر آمره حقوق بیماران در سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل را فراهم نمود. در پایان لازم به ذکر است که با توجه به رویه‌های مختلف بازیگران بین‌المللی که در گزارش‌های ارگان‌های ملل متحد از جمله کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منعکس شده است، عرفی بودن مصادیق مختلف حقوق بیماران در فضای حقوق بشر بین‌المللی امری مفروض می‌باشد.

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 براساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا هستند.

۹. تضاد منافع

پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

حیات بیماران در ارتباط می‌باشد؛ تأمین داروی‌های مناسب و کافی برای زندانیان، متهمان و به طور کلی افراد محبوس، و نیز تأمین داروهای مسکن و آرام‌بخش برای بیماران خاص بدون محدودیت‌های سخت به بهانه مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان که به صورت مستقیم با ممنوعیت شکنجه و رفتارهای ظالمانه و غیر انسانی در ارتباط می‌باشند؛ عدم طبقه‌بندی بیماران براساس نژاد، جنس و ... و همچنین ارائه خدمات پزشکی و دارویی به همه بیماران بدون در نظر گرفتن نوع بیماری و شرایط خاص بیماران، که به صورت مستقیم با اصل عدم تبعیض در ارتباط می‌باشند؛ ممنوعیت جلوگیری از خروج بیماران از مراکز بهداشتی و درمانی به دلیل عدم تسویه حساب مالی که در واقع مصداق دقیق قاعده ممنوعیت حبس افراد به علت عدم توانایی در اجرای تعهدات قراردادی و حق بر آزادی محسوب می‌شود؛ و در نهایت، حق بر رضایت آگاهانه و آزادانه که نتیجه اعمال حق بر تمامیت جسمانی می‌باشد.

سایر مصادیق حقوق بیماران به عنوان مصداقی از قواعد آمره محسوب نمی‌شوند، اما نباید از نظر دور داشت که مصادیق مزبور وابستگی بسیار ناچیزی با وجود منابع مالی برای تأمین و تضمین آن‌ها دارند؛ مصادیق مزبور عبارتند از: حق بر تعقیب قضایی و تقاضای جبران کلیه ضررهای وارده (که در حداقلی‌ترین حالت ممکن، قوه مقننه می‌تواند با تصویب قوانین خاص صلاحیت رسیدگی به دعاوی مزبور را به محاکم دادگستری اعطا کند)؛ اصل محرمانه بودن و رعایت حریم خصوصی؛ دسترسی بیماران به سوابق و اطلاعات پزشکی؛ مشارکت عمومی در سیاست‌گذاری درمان و بهداشت؛ و در نهایت استفاده از بالاترین استاندارد درمانی قابل دسترسی. در نتیجه، مصادیق فوق‌علی‌رغم اینکه صراحتاً مصداقی از قواعد آمره محسوب نمی‌شوند، اما با توجه به اینکه برخی اسناد و رویه‌های غیر الزام‌آور، مانند تفاسیر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مصادیق مزبور را جزئی از تعهدات اصلی دولت‌ها در نظر گرفته‌اند و با توجه به عدم وابستگی تعهدات مزبور به تأمین منابع مالی، آن‌ها را غیر قابل عدول قلمداد

References

1. Forrester K, Griffiths D. *Essentials of Law for Medical Practitioners*. London: Elsevier Health Sciences; 2011. p. 45.
2. Buka P. *Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses: A practical guide*. London: CRC Press; 2008. p. 160-161.
3. Ernits, Madis, and Carri Ginter, Saale Laos (2019), Marje Allikments, "The Constitution of Estonia: The Unexpected Challenges of Unlimited Primacy of EU Law" in: Albi, Anneli, *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*, Hague, Springer, pp. 887-950.
4. Popa, Liliana E., *Patterns of Treaty Interpretation as Anti-Fragmentation Tools: A Comparative Analysis with a Special Focus on the ECtHR, WTO and ICJ*, Hague, Springer, 2017, p. 35.
5. Friedrich, Jürgen, *International Environmental "soft law": The Functions and Limits of Nonbinding Instruments in International Environmental Governance and Law*, New York, Springer, 2013, p. 216.
6. Beyranvand F, *The procedure of national courts in confronting with international soft law with emphasis on international humanitarian law*. PhD Dissertation. Tehran Iran: Islamic Azad University; 2020. p. 325 [Persian]
7. Weil, Prosper, *Towards Relative Normativity in International Law*, *The American Journal of International Law*, Volume 77, No. 3, 1983, p. 415.
8. Meron, Theodore, *On a Hierarchy of International Human Rights*, *The American Journal of International Law*, volume 80, No 90, 1986, pp. 1-23.
9. Shelton, Dinah, *Normative Hierarchy in International Law*, *The American Journal of International Law*, volume 100, No.2, 2006, pp. 291-322.
10. Thirlway, Hugh, *The Sources of International Law*, Oxford, Oxford University Press, 2019, p. 187-189.
11. *Yearbook of the International Law Commission*, 2001, volume II, Part Two: Draft articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts, with commentaries, article 41, 48.
12. *Yearbook of the International Law Commission*, 2006, volume II, Part Two: Draft Articles on Diplomatic Protection, article 19 para. 2, 3.
13. *Yearbook of the International Law Commission*, 2011, volume II, Part Two: Guide to Practice on Reservations to Treaties, para. 4. 4. 3.
14. Henriksen, Anders, *International Law*, Oxford, Oxford University Press, 2019, pp. 36-37.
15. Beyranvand F, Sharifi Taraz Koochi H, Salami S. *Configuration and Applying of International Soft Law in the Light of Procedure of the International Court of Justice with an Emphasis on Humanitarian Law*. *Iran J Med Law, Special Issue on Human Rights and Citizenship Rights 2019*; 73-87.
16. Beyranvand F, *Jus Cogens and Erga Omnes Obligations in International Law*. MA Dissertation. Tehran Iran: Islamic Azad University; 2013. p. 100 [Persian]
17. Yaghuti E, Khazae A, Beyranvand F, *Inquiries About Jus Cogens and Erga Omnes Obligations in International Law*. Tehran: Islamic Azad University of Central Tehran Publisher; 2019. pp. 35-36. [Persian]
18. Sekalala S. *Soft Law and Global Health Problems*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 104-105.
19. Albuquerque A. *The Brazilian Human Rights Indicators System: The Case of the Right to Health*. In: Toebes B, Ferguson R, Markovic M, Nnamuchi O. *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*. London: Springer; 2015. p. 261-262.
20. Alston P. *Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights*. *Human Rights Quarterly* 1987; 9(1): 332-381.
21. Riedel E. *New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize ESC-Rights - the Example of the Right to Health*. In: Schorlemer S. *Praxishandbuch UNO*. Berlin: Springer; 2002. p. 346.
22. Riedel E, Giacca G, Golay C. *The Development of Economic, Social and Cultural Rights in International Law*. In: Riedel E, Giacca G, Golay C. *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 18, 20-23.
23. *General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR)*. UN Doc.E/C.12/2000/. 2000. p. 4, 34, 43.
24. Tobin J. *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2019. p. 120.
25. Meier B, Cronk R, Luh J, Bartram J, Ibuquerque C. *Monitoring the Progressive Realization of the Human Rights to Water and Sanitation: Frontier Analysis as a Basis to Enhance Human Rights Accountability*. In:

- Conca K, Weinthal E. *The Oxford Handbook of Water Politics and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 103.
26. Hughes A. Human dignity and fundamental rights in South Africa and Ireland. Pretoria: Pretoria University Law Press; 2014. pp. 494-495.
27. Teays W, *Doctors and Torture: Medicine at the Crossroads*. London: Springer; 2019. p. 142.
28. Elliott D, Aitken L, Chaboyer W. *ACCCN's Critical Care Nursing - E-Book*. London: Elsevier Health Sciences; 2011. pp. 767-768.
29. Elvira B. Global Health and Aid Effectiveness: The MDGs and the Paris Declaration. In: Elvira B. *Improving Aid Effectiveness in Global Health*. London: Springer; 2015. p. 9.
30. Davies S. Reproductive Health as a Human Right: A Matter of Access or Provision. In: Grodin M, Tarantola D, Annas G, Gruskin S. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge; 2013. p. 391-393.
31. Statement by the Committee on the evaluation of the obligation to take steps to the "maximum available resources" under an Optional Protocol to the Covenant, E/2008/22-E/C.12/2007/3, annex.VIII. 2008.
32. Asher J. *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2010. p. 61-62.
33. CESCR, General Comment No.21: The Right of Everyone to Take Part in Cultural Life (Art.15(1)(a) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/21. 2009.
34. Perry S, Hockenberry M, Alden K, Lowdermilk D, Cashion M, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*. London: Elsevier Health Sciences; 2017. p. 40.
35. Etheridge P. Investigating child deaths in the UK – the Police Perspective. In: Cohen M, Scheimberg I, Beckwith B, Hauck F. *Investigation of Sudden Infant Death Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p. 28-29.
36. Gideon L. *Special Needs Offenders in Correctional Institutions*. London: SAGE; 2013. p. 133.
37. Read S. Opioids and the Law. In: Deer, T.R., Leong, M.S., Buvanendran, A., Gordin, V., Kim, P.S., Panchal, S.J., Ray, A.L. *Comprehensive Treatment of Chronic Pain by Medical, Interventional, and Integrative Approaches: The American Academy of Pain Medicine Textbook on Patient Management*. London: Springer; 2013. p. 136.
38. Nguyen T. *Childbirth, Maternity, and Medical Pluralism in French Colonial Vietnam*. New York: University of Rochester Press; 2016. p. 69.
39. Wolfe D. HIV in Central Asia: Tajikistan, Uzbekistan and Kyrgyzstan. In: Celentano D, Beyrer C. *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: Epidemiology, Prevention and Care*. London: Springer; 2009. p. 564.
40. Finch J. *Speller's Law Relating to Hospitals*. London: Springer; 2013. p. 780.
41. Austriaco N, *Biomedicine and Beatitude: An Introduction to Catholic Bioethics*. Washington: The Catholic University of America Press; 2011. p. 131.
42. Scott R. *Promoting Legal and Ethical Awareness: A Primer for Health Professionals and Patients*. London: Elsevier Health Sciences; 2008. p. 223.
43. Seibert-Fohr A. *Prosecuting Serious Human Rights Violations*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 55.
44. Ramlaul A, Vosper M. *Patient Centered Care in Medical Imaging and Radiotherapy E-Book*. London: Elsevier Health Sciences; 2013. p. 52.
45. Rathmell A. Confidentiality. In: Davey P, Spriggins D. *Diagnosis and Treatment in Internal Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 22-23.
46. Foldes M. Addressing Equity in Health Care at the Public-Private Intersection: The Role of Health Rights Enforcement in Hungary. In: Flood C, Gross A. *The Right to Health at the Public/Private Divide: A Global Comparative Study*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 220.
47. Pozgar G. *Legal Aspects of Health Care Administration*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2018. p. 370.
48. Lustig H. *Naked in the Nursing Home: The Women's Guide to Paying for Long-term Care Without Going Broke*. New York: Blooming Twig Books; 2011. p. 58-59.
49. Tan-McGrory A, Madu A, Kenst K, Betancourt J. Engaging Patients from Diverse Backgrounds in Healthcare Treatment. In: Hadler A, Sutton S, Osterberg L. *The Wiley Handbook of Healthcare Treatment Engagement: Theory, Research, and Clinical Practice*. West Sussex: Wiley; 2020. p. 344.
50. Green G, Boaz A, Stuttaford M, *Public Participation in Health Care: Exploring the Co-Production of Knowledge*. Lausanne: Frontiers; 2020. p. 103.

51. Hunt P, Backman G, Mesquita J, Finer L, Khosla R, Korljan D, Oldring L. The right to the highest attainable standard of health. In: Detels R, Gulliford M, Karim Q, Tan C. Oxford Textbook of Global Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 286.
52. Kadri A. IAPSM's Textbook of Community Medicine. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2019. p. 949.
53. Almgren G. Health Care Politics, Policy, and Services: A Social Justice Analysis. London: Springer Publishing Company; 2006. p. 174.



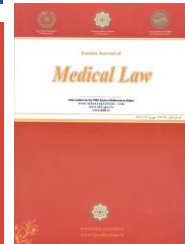
The Iranian Association
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e1

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



ORIGINAL ARTICLE

Examples of Patients' Rights in the Light of the Normative Hierarchy of International Law

Zahra Ziafati Sabbagh^{1*} 

1. Doctor of International Law, Assistant Professor and Faculty of Payame Noor University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 5 October 2020

Accepted: 17 February 2021

Published online: 5 April 2021

Keywords:

Human Rights

medical Rights

Patients' Rights

Rules of Jurisprudence

* **Corresponding Author:** Zahra Ziafati Sabbagh

Address: Payame Noor University, Tehran, Iran.

Postal Box: 14556-43183

Telephone: 21-88361109

Email: fz.ziafati@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: The Right to Health as an Example of Human Rights Entered the International Law Literature as a General Principle After the Adoption of the Universal Declaration of Human Rights and the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. This Principle has Developed Over the Years in Terms of Instances, and From Within it Have Emerged Instances That are Closely Related to the Condition of Patients.

Materials and Methods: This Research is of Theoretical Type and the Research Method is Descriptive-Analytical and the Method of Data Collection is Library and has Been Done by Referring to Documents, Books and Articles.

Findings: The Status of Patients and Their Treatment Process is one of the Most Important Issues in the Field of Health Rights as one of the Examples of International Human Rights. On the Other Hand, the Set of Human Rights Norms is Closely and Interconnected; In Other Words, Violation of any of These Norms Leads to Indirect Violation of Other Norms.

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

Conclusion: To Determine the Status of Instances of Patients' Rights, We Must Consider Two Specific Criteria: The First is the Relationship Between These Rights and the Rules of International Law and the Second is the Criterion of "Dependence or Non-Dependence on Resources". Among the Various Instances of Patients' Rights, Some of These Instances are in Fact Regarded as Examples of the Peremptory Norms of International Law. Other Examples of Patients' Rights are not Considered as a Peremptory Norm, But it Should not be Overlooked That These Cases Have Very Little Dependence on the Financial Resources to Provide and Guarantee Them. It Seems That This Category of Patients' Rights Also Has the Capacity to Become an Example of the Peremptory Norms in the International Human Rights Environment, and in Particular Patients' Rights.

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

Cite this article as:

Ziafati Sabbagh Z. Examples of Patients' Rights in the Light of the Normative Hierarchy of International Law. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e1.