



مسئولیت دولت‌ها در قبال حقوق سلامت شهروندان

علی فریور

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

Alifarivar136236@gmail.com

سمیه خدادادی قندهار

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
s.khodadadi64@yahoo.com

چکیده

حق بر سلامت، یکی از حقوق بنیادین بشری است که در اسناد متعدد ملی و بین‌الملل مورد تأکید قرار گرفته است. اما تحقق این حق و نهادهای شاخص و متصدی در نیل به اهداف متصور و مقرر، همواره یکی از دغدغه‌های اساسی جوامع بوده است. دولت نهادی است که سیاست‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از وظایف آن محسوب می‌شود. در واقع، به دلایل تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت فردی و عمومی، عدالت در ایجاد شرایط مناسب سلامتی برای افراد، جلوگیری از افتادن افراد در ورطه فقر به خاطر هزینه‌های سلامتی و ... دولت یکی از متصدیان اصلی در فرایند تحقق حق بر سلامت بوده است. در نتیجه در این مقاله بنا داریم تا جایگاه و حدود مسئولیت دولت در قبال حقوق سلامت شهروندان را مورد بررسی قرار دهیم. هدف اساسی از انجام این پژوهش پاسخ به این پرسش است که مسئولیت دولت‌ها در راستای احقاق حق سلامت شهروندان چیست و چه اقداماتی بایستی از سوی دولت‌ها در این خصوص انجام پذیرد؟ شیوه گردآوری داده‌ها در این مقاله مبتنی بر روش کتابخانه‌ای و بر مبنای اطلاعات جمع‌آوری شده از سایت‌ها و اسناد کتابخانه‌ای بوده و روش تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل-توصیفی انجام یافته است.

کلیدواژه‌ها: مسئولیت، دولت، حق بر سلامت، شهروند



مقدمه

نظام حقوق بشر در تحلیلی نهایی به مقوله‌ای واحد به نام «حیات» بشری می‌رسد. حیات انسان ارزشمندترین دارایی اوست و طبیعتاً صیانت از این دارایی بی‌همتا، یکی از ضروریاتی است که در عین حال مسائل گسترده‌ای را به هم پیوند زده است. یکی از موضوعاتی که از دیرباز پیوند نزدیکی با حیات انسان داشته، مسئله سلامتی اوست. در چند دهه گذشته جنبش‌های جدیدی پدید آمده و سلامت به‌عنوان یک حق بشری (حق سلامت)، و یک هدف اجتماعی در جهان مورد شناسایی قرار گرفته است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسان‌ها در دسترس باشد. تحت تأثیر همین جنبش‌ها بوده که امروزه حق بر سلامت عمومی بخشی از حقوق بنیادین هر جامعه سیاسی محسوب می‌شود. هر فردی به‌مثابه عضوی از جامعه صرف‌نظر از ملاحظات نژادی، دینی سیاسی و فرهنگی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره‌مندی از این حق است. ضرورت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در راستای تحقق حق بر سلامت اقتضا دارد تا دولت‌ها با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی، این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار دهند؛ در نتیجه، توجه لازم و بایسته به حق بر سلامت از سوی دولت‌ها فارغ از ساختار نظام سیاسی آن‌ها ضرورتی انکارناپذیر است که تهیه، تدوین و تصویب اسناد و معاهدات بین‌المللی مرتبط در این زمینه از جمله اقدامات اساسی و از وظایف و مسئولیت‌های دولت‌ها محسوب می‌شود.

۱. مفهوم حق بر سلامت

سلامتی مفهومی نسبی است و تعریف آن نسبت به افراد، محیط زندگی و کار آنان می‌تواند متفاوت باشد. سلامتی در لغت فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی بدون بیماری یا ناهنجاری است. اما با توجه به تعریف سلامتی که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است؛ «سلامتی نه صرفاً به معنای فقدان بیماری، بلکه در مفهوم سلامتی کامل جسمی و روانی قلمداد شده است» و هدف سازمان بهداشت جهانی و همه دولت‌ها در این خصوص، ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن می‌باشد.

بر مبنای حق بر سلامت، هر کس بایستی از بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی برخوردار باشد و این حق دربرگیرنده تمامی خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب محیط کار سالم و محیط‌زیست تمیز می‌باشد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند (عباسی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۸۵-۱۸۳).

در رابطه با این مفهوم باید میان دو مفهوم «حق بر سلامتی» و «حق بر سالم بودن» تفکیک قائل شد. چراکه سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند. سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و «حق بر بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد سلامتی» مجموعه‌ای از پیش‌شرط‌ها و استلزامات را در خود نهفته دارد که لازمه تحقق آن می‌باشند.



سلامتی به‌عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شد. مقدمه اساسنامه حق بر سلامتی را نیل به «حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» توصیف کرده است. همچنین ماده یک آن تحقق عالی‌ترین سطح ممکن بهداشت برای همه افراد را به‌عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می‌کند. قابل توجه است که مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برنامه و دستور کار سلامتی برای همه افراد در قرن بیست و یکم» را تدوین کرد.^۱

در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر، سلامتی را به‌عنوان بخشی از استاندارد مناسب زندگی تلقی کرده و در بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه؛ «مراقبت‌های بهداشتی» را در کنار خوراک پوشاک مسکن و خدمات اجتماعی ضروری، جزو شرایط حداقلی اقتصادی و اجتماعی برای استاندارد مناسب زندگی و رفاه و سلامتی هر فرد دانسته است. اما مهم‌ترین سند بین‌المللی در این زمینه میثاق حقوق، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ است که در ماده ۱۲ خود به موضوع حق بر سلامتی پرداخته و مقرر داشته: (۱) کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند. (۲) اقداماتی که دولت‌های عضو این میثاق باید برای حصول کامل این حق اتخاذ کنند، شامل اقدامات ضروری برای تأمین امور ذیل خواهد بود: (جاوید و نیورانی، ۱۳۹۲: ۵۰-۴۹).

الف) تقلیل میزان مرده متولد شدن نوزادان و مرگ‌ومیر کودکان و رشد سالم آنان؛ ب) بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ ج) پیشگیری معالجه و کنترل بیماری‌های فراگیر بومی شغلی و دیگر بیماری‌ها؛ د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین خدمات پزشکی در مواقع ابتلای به بیماری. همچنین اسناد و معاهدات بین‌المللی و منطقه‌ای دیگری نیز به فراخور موضوع خود به مقوله حق بر سلامتی پرداخته‌اند در کنار این مسئله باید اشاره داشت که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر میثاق، در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود را در موضوع حق بر عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی صادر نمود.

لازم به ذکر است که در برخی موارد مفاهیم به‌کاررفته در اسناد بین‌المللی حقوق بشری هم به لحاظ مفهومی و هم به لحاظ قلمرو و حوزه شمول، از شفافیت کافی برخوردار نیستند. همین مسئله می‌تواند در عمل باعث بروز مشکل و اختلاف نظر در اجرا و تفسیر در میان دولت‌های عضو از این رو تفاسیری که از سوی نهادهای نظارتی این اسناد در قالب تفاسیر عمومی یا ملاحظات نهایی صادر می‌شوند، می‌توانند به روشن شدن مفهوم هر حق و دامنه شمول تعهدات دولت‌ها در قبال آن کمک نمایند.

۲. مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به‌طور کلی حق بر سلامتی مشتمل بر چهار مؤلفه‌ی اساسی است که عبارت‌اند از:

۱-۲. اصل جامعیت و شمول

اولین و ابتدایی‌ترین مفهومی که از حق بر سلامتی به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی و درمانی است (شجاع، ۱۳۸۷: ۷۴). بدون شک مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند، اما در کنار آن‌ها عناصر دیگری نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر

1. WHO, "Health-For-All Policy For the Twenty-First Century", WHA Res.51/7, 16 May 1998.



عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که کمیته از آن‌ها تحت عنوان «بنیادهای تعیین‌کننده سلامتی» یاد می‌کند (Bettcher, Yach & Guindon, 2000: 522-524). از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوی، محیط‌زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد (Grover, 2009: 8).

۲-۲. اصل عدالت

خدمات درمانی باید متوجه نیازمندترین گروه‌ها باشد که این امر مستلزم رعایت عدالت در توزیع مناسب خدمات درمانی میان کلیه اقشار جامعه است. این مراقبت‌ها و خدمات باید متضمن طیف وسیعی از اقدامات، تسهیلات و امکانات ضروری توزیع عادلانه خدمات درمانی باشد (جاوید و نیاورانی ۱۳۹۸: ۳۴۹).

رعایت این اصل اقتضا دارد که این حق و الزامات بهره‌مندی و تحقق آن برای عموم افراد جامعه قابل‌دسترس بوده و ضیق مالی افراد مانعی در برخورداری از این حق ایجاد نکند. در حقیقت افرادی که توان پرداخت این هزینه‌ها را ندارند، عمدتاً افرادی هستند که بیشترین نیاز را به این خدمات دارند.

۲-۳. اصل عدم تبعیض

اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر است و طبق این اصل عموم مردم منصرف از موقعیت اجتماعی و بدون هرگونه تبعیض حق دارند که در مواقع ضروری تحت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دقیق و توأم با احترام و منطبق با استانداردهای حرفه‌ای قرار گیرند. این اصل، نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. همان‌گونه که در ماده (۲) میثاق هم اشاره شده است، دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای تمامی افراد جامعه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می‌باشند و نیازهای آن‌ها باید مورد توجه خاص قرار گیرد؛ از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان (Forman, 2013: 7) اصل منع تبعیض و عدالت مکمل هم محسوب می‌شوند.

۲-۴. اصل رضایی بودن

حق بر سلامتی متضمن یک سری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ‌کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد (CESCR, 2000: 8). رضایت آگاهانه از مؤلفه‌های اصلی حقوق بیمار در مراکز بهداشتی درمانی است و فرایندی است که طی آن بیمار یا قائم‌مقام قانونی وی طرح درمانی را درک و با آن موافقت می‌کند. رضایت و آگاهی دو عنصر مهم در رضایت آگاهانه هستند. رضایت آگاهانه و سهیم کردن بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود، روند بهبود وی را سرعت می‌بخشد. در چارچوب اصل رضایت، تا آنجا که قانون اجازه می‌دهد، بیماران حق دارند از روش‌های درمانی خود آگاه شوند و آنها را رد یا قبول کنند و به نحو مقتضی از عواقب تصمیم خود آگاه شوند. هیچ‌گونه روش درمانی، بالینی یا تشخیصی بدون رضایت بیمار قابل اعمال نیست، مگر در موارد اضطراری. انجام هرگونه آزمایش یا روش درمانی اجباری می‌تواند نقض تمامیت جسمانی و مصداق نقض ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی باشد.

پیشرفت‌های علمی که در زمینه بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به‌ویژه آنگاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری بایستی ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در

1. Underlying Determinants of Health
2. Clinical Trials



هر مورد باید از قبل اخذ شود (Kloos, 2005: 56-58).

با استناد به ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «هیچ کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود، به‌ویژه این که هیچ فردی نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار گیرد»، می‌توان گفت که اقدامات یا آزمایش‌های پزشکی اجباری و تحمیلی به‌سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می‌روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی‌توان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری همچون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۸: ۵۰). «پل هانت» گزارشگر اسبق موضوع حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی، در گزارش خود به شورای حقوق بشر اظهار داشته که: «در مرکز ثقل حق بر سلامتی، سیستم بهداشتی مؤثر و یکپارچه نهفته است که متضمن مراقبت‌های بهداشتی و عناصر اصلی سلامتی است. بدون وجود چنین دستگاهی، عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی محقق نخواهد شد» (Hunt, 2008: 15). همچنین سیستم بهداشت همگانی باید به‌گونه‌ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت‌های برابر جهت بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت‌های قبل و بعداز آن و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳: ۴۹).

۳. فلسفه تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

دولت، از مهم‌ترین نهادهای بشری است که نقش و اهمیت آن در طول تاریخ زندگی اجتماعی انسان بر همگان روشن و مبرهن است. سال‌ها است که انسان برای تحقق نظم عمومی و سهولت زندگی شهروندان و بهره‌مندی از امنیت داخلی و دفاع در برابر دشمنان خارجی و مواردی نظیر این نهاد دولت را سامان داده است اگرچه در دوره‌های مختلف زمانی جنبش‌های اجتماعی گوناگونی برای تغییر ساختار و حدود اختیارات و تکالیف دولت‌ها در مقابل شهروندان جوامع سیاسی شکل گرفته است با این حال، هیچ دیدگاه و رویکرد جامعه‌محوری نبوده که دولت را در باور خود راه نداده باشد.

در اندیشه حقوق عمومی حفظ بهداشت عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان به‌مثابه حقی بشری از جمله تکالیف غیرقابل‌انکار دولت‌ها در مقابل شهروندان است. اساساً تأمین سلامت عمومی شهروندان در حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی جوامع معنا و مفهوم می‌یابد و از سوی اشخاص ذیصلاح حقوق عمومی اعمال می‌گردد. تأمین سلامت عمومی شهروندان توسط دولت که خود طیف وسیعی از اعمال و اقدامات در حوزه سلامت را شامل می‌گردد نوعی از مداخله دولت در سطح جامعه می‌باشد. این اقدام به‌منظور حفظ و گسترش سلامت عمومی شهروندان و نیز ارتقای سطح سلامت آن‌ها از طریق تنظیم مقررات و نظارت بر آن و جهت اجرای سیاست‌ها و فرآیندهای خط‌مشی ساز در حوزه سلامت به کار می‌رود.

این مسئله ظهور انواع نظریات حقوقی درباره میزان و نحوه دخالت دولت در عرصه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی در دوران معاصر، لزوم روشن ساختن جایگاه دولت در قالب نظام‌های حقوقی را امری ضروری ساخته است. با این وجود، با توجه به سابقه تاریخی موضوع و تجربه کشورهای مختلف جهان به نظر می‌رسد که لازم است همواره میزان بهینه‌ای از مداخله دولت در هر حوزه حفظ شود تا جامعه نه از افراط حداکثری و نه از تفریط حداقلی مداخله دولت متضرر نشود و در این مسیر منافع عمومی شهروندان نیز تضمین گردد دولت خواه به‌عنوان کارفرما تنظیم‌کننده مقررات، یا ناظر و سیاست‌گذار ناگزیر از دخالت در حوزه



سلامت می‌باشد.

در نتیجه حضور دولت بالأخص در راستای ایجاد این حق، نسبت به سایر حقوق، بیشتر به چشم می‌آید چراکه؛ اولاً برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای تأمین رفاه اجتماعی در راستای تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت فردی و عمومی، در راستای احقاق حقوق سلامتی افراد از پیش‌نیازهای بنیادی به‌منظور ایجاد حق سلامت برای فرد و جامعه بوده و بدین گونه است که دولت‌ها باید با اجرای برنامه‌های مناسب و همچنین به‌منظور کاستن از بی‌عدالتی و جلوگیری از افتادن افراد در ورطه فقر ناشی از هزینه‌های اسفبار درمان برنامه‌های مذکور را در جامعه پیاده و عملیاتی سازند؛ دوماً به دلیل شکست بازار در تأمین مالی و تدارک خدمات درمانی توسط بخش خصوصی (مانند عدم تقارن اطلاعات)، مداخله دولت‌ها در امر درمان و سلامت جامعه امری ضروری است (Cortina، ۲۰۱۴). دوماً هزینه‌های اندک بهداشتی در افراد بی‌بضاعت، نرخ مرگ‌ومیر را افزایش داده و نرخ بازده سرمایه‌گذاری بر نیروی انسانی را خواهد کاست. این اثر منفی ابتدا بر سودآوری سرمایه‌گذاری در بهداشت و در مرحله بعدی، در کل اقتصاد آشکار شده و مدار بسته عدم رشد سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی شکل خواهد گرفت (آل کج باف، ۱۳۹۲: ۲۷) و از مهم‌ترین راهکارهای برون‌رفت از این مشکل دخالت دولت در امر همکاری در جهت احقاق حقوق سلامتی افراد می‌باشد. از سوی دیگر می‌توان نقش دولت‌ها در احقاق حق بر سلامت را بر اساس مسائل امنیتی و سیاسی سنجد و بر این اساس به مواردی مانند بیماری‌های مسری و تهدیدکننده، نبود آب آشامیدنی سالم عدم دسترسی به تسهیلات و مراقبت‌های سلامتی، سوءتغذیه، تأمین ناکافی دارو و... و آزادی‌های امنیتی مربوطه، اشاره کرد. این نوع از امنیت به آزادی افراد از انواع بیماری‌ها و دسترسی آنان به مراقبت‌های سلامتی اشاره دارد.

از این رو است که حفظ بهداشت عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان بدون مداخله و اعمال نظارت دولت با دشواری‌های بسیاری در مقام عمل مواجه خواهد بود. رشد و توسعه مفاهیم و ادبیات تنظیم مقررات در دو دهه اخیر در بسیاری از کشورهای جهان، سبب گردیده است تا دولت‌ها ضمن سیاست‌گذاری و متعاقباً تنظیم مقررات و اعمال نظارت بر اجرای مقررات وضع شده تلاش نمایند با توسل به ابزارهای تنظیم مقررات در جهت تحقق و تضمین منافع عمومی شهروندان و جامعه و همچنین انجام وظایف حاکمیتی خود عمل نمایند امروزه مراد از تنظیم مقررات، مجموعه‌ای از دستورات باید‌ها و نبایدها و اقدامات اثرگذار و آگاهانه دولت است که به‌وسیله آن، دولت با ابزارهای اداری خاص به‌ویژه با وضع مقررات اداری در حوزه‌های خاص مداخله می‌نماید تا برخی تعاملات و روابط موردنظر خود را تحت کنترل قرار دهند و تنظیم نماید.

۴. تعهدات دولت‌ها در قبال حق سلامت شهروندان

دولت‌ها براساس اسناد بین‌الملل و معاهدات جهانی، تعهداتی را در قبال حق بر سلامت شهروندان عهده دار شده‌اند. از جمله این اسناد و معاهدات می‌توان به: «کنوانسیون اروپایی جهت ارتقای حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین (۱۹۵۰)، «ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپا مصوب ۱۹۶۱، اصلاحی سال ۱۹۹۶»، «ماده ۱۰ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر (۱۹۶۹)»، و «پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۸۸ میلادی» و «ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر مصوب ۱۹۸۱» اشاره نمود. علاوه بر اسناد فوق، حق بر سلامت در قوانین اساسی بسیاری از کشورها پیش‌بینی شده است؛ به عنوان نمونه؛ اصل ۲۹ و بند ۱ اصل ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، موضوع تأمین و بهداشت را مورد توجه قرار داده است.



۴-۱. حق بر سلامت عمومی و اسناد و معاهدات بین‌المللی مربوط به آن

توسعه مفاهیم حقوق اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی پس از تصویب میثاق حقوق مدنی سیاسی و فرهنگی، مبنایی برای طرح و به رسمیت شناسی طیف گسترده‌ای از حقوق بشری بود که این تحولات، خود ریشه در رویدادهای سیاسی اجتماعی به وجود آمده در قرن ۲۱ و سال‌های پیش از آن بود. این تحولات باعث شد تا دولت‌ها تعهدات گوناگونی در قبال حق بر سلامت شهروندان عهده دار شوند.

۴-۲. تعهدات دولت‌ها در قبال شهروندان در ارتباط با حق بر سلامت عمومی

بی‌شک تعهدات دولت‌ها نیز در ارتباط با این مجموعه از حقوق شهروندان مانند دیگر اقسام این دسته از حقوق تعهداتی، مستلزم مداخله دولت است. این مداخله از یک سو بایستی به نحو مطلوب و باکیفیت با توان حداکثری انجام گیرد و از دیگر سو متضمن برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و مقررات‌گذاری به‌طور تدریجی در جهت تأمین سلامت عمومی همه شهروندان باشد (اصغرنیا، ۱۳۹۵: ۴۲).

۴-۳. تعهدات دولت‌ها از منظر حق بر سلامت

از منظر حق بر سلامت می‌توان تعهدات دولت‌ها را در دو قالب کلی «تعهدات سلبی و ایجابی»، «تعهدات فوری و تدریجی» مورد دسته‌بندی قرار داد.

۴-۳-۱. تعهدات سلبی و ایجابی

بر اساس این دو ویژگی، دولت‌ها ملزم‌اند تا به‌ویژه در رعایت حق بر سلامت دیدگاهی سلبی را در اختیار بگیرند. به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که این ویژگی مستلزم خویشتن‌داری دولت‌ها است و آن‌ها را ملزم می‌کند از هر نوع مداخله در تحقق این حق که در شکل محروم‌سازی افراد از دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت؛ خصوصاً سلامت جنسی به منصفه ظهور می‌رسد، خودداری کنند (جعفری، ۱۳۹۹: ۵).

۴-۳-۲. تعهدات فوری و تدریجی

تعهد دولت‌ها در حوزه حق سلامت شهروندان دارای ماهیتی فوری است. بنابراین دولت‌ها ملزم هستند تا فوراً با اتخاذ اقدامات، جدی این حق را بر کرسی واقعیت بنشانند.

۵. ابعاد تعهد دولت‌ها در قبال حق بر سلامت

تعهد دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، همانند هر حق بشری دیگر، دارای سه بعد است: «تعهد به احترام»، «تعهد به حمایت»، و «تعهد به اجرا یا ایفا». کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۲۹ خود با استفاده از این الگوی سه‌بعدی رایج، تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی شهروندان را تبیین کرده است.

۵-۱. تعهد به احترام

این بعد یا سطح از تعهد دولت‌ها در حقیقت بعد سلبی تعهدهای حقوق بشری دولت‌ها محسوب می‌شود و مستلزم این است که دولت‌ها از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در اجرای حق بر سلامت خودداری کنند. این بعد سلبی از دسته‌ای از خودداری‌ها و احترازاها، حسب حق مورد بحث، تشکیل شده است. تعهد به احترام، تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل‌هاست. البته این خودداری‌ها چه‌بسا دربردارنده رفتار ایجابی هم باشد. به‌عنوان مثال، وقتی گفته می‌شود دولت‌ها باید از رویه‌های تبعیض‌آمیز پرهیز کنند، این پرهیز در عمل با وضع مقررات یا دستور دادن یا توجیه مأموران و مجریان و اقدامات دیگر تحقق می‌یابد.



همچنین، این نوع از تعهد، معمولاً و نه لزوماً هزینه‌ای در بر ندارد و کافی است که دولت، اقداماتی را انجام دهد. از این رو، معیار عدم انجام عملی خاص یا بی هزینه بودن ایفای تعهد، نمی‌تواند همه‌جا به کار بسته شود و به نظر می‌رسد بیشتر جنبه سهولت در تقسیم‌بندی و بررسی دارد. در هر صورت، در خصوص حق بر سلامتی، تعهد به احترام به معنای آن است که دولت‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌هایی از افراد ایجاد نکنند یا موانع موجود و محدودیت‌های جاری را مرتفع سازند (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳: ۵۶).

۲-۵. تعهد به حمایت

این تعهد مستلزم این امر است که دولت‌ها از دخالت اشخاص ثالث در تحقق حق بر سلامت خودداری کنند. برای نمونه این تعهد دولت‌ها را مجبور می‌کند، تضمین کنند که خصوصی‌سازی در حوزه بهداشت و درمان، دسترسی برابر شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی و داروهای مورد نیاز را مخدوش نخواهد کرد (جعفری، ۱۳۹۹: ۴). بعد حمایتی تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی در واقع در پی پاسداشت این حق در برابر نقض آن از سوی ارکان یا مؤسسه‌های دولتی یا اشخاص خصوصی است. این بعد هم می‌تواند از زاویه‌ای سلبی مورد توجه قرار گیرد، چراکه متضمن پرهیز از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. در این زمینه نیز کمیته به ذکر نمونه‌هایی برای تعهد به حمایت از حق بر سلامتی می‌پردازد: تکلیف دولت‌ها به تصویب قانون‌ها یا اتخاذ اقدام‌های دیگر جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با سلامتی که طرف‌های ثالث عرضه می‌کنند، تضمین اینکه خصوصی‌سازی بخش سلامت در بردارنده تهدیدی برای در اختیار بودن، در دسترس بودن، مقبول بودن و کیفیت تسهیلات، کالاها و خدمات سلامتی نباشد، تعهد به کنترل بازار رسانی تجهیزات پزشکی و داروها از سوی اشخاص ثالث؛ اطمینان از اینکه شاغلان در بخش پزشکی و دیگر افراد حرفه‌ای در بخش سلامت، برخوردار از معیارهای مناسب تحصیلی، مهارتی و موازین اخلاقی رفتاری باشند، وظیفه دولت‌ها به تضمین اینکه رویه‌های اجتماعی یا سنتی زیان‌بار مانعی برای دسترسی به مراقبت پیش و پس از زایمان و تنظیم خانواده نباشند، بازداشتن طرف‌های ثالث از وارد کردن زنان به تحمل رویه‌های سنتی مثل ختنه دختران، اتخاذ اقدام‌هایی برای حمایت از همه گروه‌های آسیب‌پذیر یا به حاشیه رانده شده جامعه (به‌ویژه زنان، کودکان، نوجوانان و اشخاص مسن‌تر (به دلیل جلوه‌های خشونت مبتنی بر جنسیت، و تعهد دولت‌ها به حصول اطمینان از این که طرف‌های ثالث دسترسی مردم به اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامتی را محدود نسازند (حبیبی مجنده، ۱۳۸۶: ۲۶).

۳-۵. تعهد به ایفا یا اجرا

تعهد به اجرا مستلزم این است که نهادهای دولتی جهت تحقق کامل حق‌های بشری، کلیه اقدامات مقتضی؛ اعم از قانون‌گذاری، قضایی، اجرایی را معمول بدانند. به عبارت دیگر، این خصیصه از تعهد، نهادهای دولتی را ملزم می‌نماید با تدابیر اساسی و جدی در تدوین، اجرا، نظارت و ارزیابی سیاست‌های قانون‌گذاری، در مسیر تحقق و رعایت حقوق بشر حرکت کنند (جعفری، ۱۳۹۹: ۹). تعهد دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام کارهای ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی می‌باشد. به عبارت دیگر، دولت‌ها موظفاند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین کنند (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۶۲). بیان این موارد و مصداق‌های تعهدات دولت‌ها، دستکم به جهت شناخت گستردگی و تنوع آن‌ها لازم است. شاید همه این اقدام‌ها را بتوان تحت عنوان «خطمشی ملی سلامتی» یا «طرح جامع و تفصیلی برای تحقق حق بر سلامتی» جای داد. شناسایی کافی حق بر سلامتی در نظام‌های سیاسی و حقوقی داخلی، عامل کلیدی در ایفا تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی است، ولی نمونه‌های عینی از این تعهدات، موارد ذیل را در بر می‌گیرد:



تعهدات دیگری که دولت‌ها بر دوش دارند شامل؛ پیش‌بینی نظام بیمه عمومی، خصوصی یا مختلط، ارتقا و گسترش پژوهش‌های پزشکی و آموزش سلامتی و نیز فعالیت‌های اطلاع‌رسانی (به‌ویژه در مورد اچ. آی. وی/ایدز)، سلامتی جنسی و تولیدمثل و توجه به رویه‌های سنتی، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، مصرف سیگار، داروها و سایر مواد زیان‌بار می‌شود. دولت‌ها همچنین در برابر خطرهای زیست‌محیطی و شغلی و تهدیدهای دیگری که داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد بایستی تدبیرهای لازم را اتخاذ کنند. آن‌ها برای این کار باید خط‌مشی‌هایی ملی تنظیم و اجرا کنند که هدف آن کاهش و محو آلودگی هوا، آب‌و‌خاک باشد.

۶. مسئولیت دولت‌ها در قبال حق بر سلامت

نظریه دولت مسؤول را می‌توان مقدمه‌ای برای توسعه مفاهیم مسؤولیت مدنی دولت دانست بر حسب نیازهای زمان قابلیت انعطاف و تعدیل دارد و در آن مفهوم تقصیر شناور بوده و دولت مسؤول در مقام سرپرست ظاهر می‌شود و مسؤولیت او به گونه‌ای است که به طوری قهری مسؤول جبران خساراتی می‌شود که به فعل یا ترک فعل خود موجب آن شده است. در حوزه سلامت و درمان نیز دولت بهترین گزینه قابل تصور برای تحمل مسؤولیت به منظور کاستن از خسارات ناشی از نقض حق سلامت شهروندان است و دولت به نمایندگی از اجتماع دارای مسؤولیت فرض می‌شود.

۶-۱. موارد نقض حق سلامت توسط دولت

اهمیت رعایت حقوق حمایتی بیماران در سیستم سلامت کشورها و لزوم رعایت آن از سوی متولیان سلامت و ارائه دهندگان خدمات درمانی از یک سو و همچنین افزایش آگاهی شهروندان نسبت به موضوعات درمانی و انتظارات خدمات درمانی بهینه باعث بروز یک جنبش فعال در میان متقاضیان این خدمات گردیده و مطالبات زیادی در برابر عدم برآورده شدن انتظارات آنان به وجود آمده و باعث طرح دعاوی متعدد در محاکم شده است. در این قسمت پاره‌ای از موارد نقض این حقوق را به طور اختصار مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۶-۱-۱. فقدان نظارت کافی بر مؤسسات پزشکی

در تشکیلات وزارت بهداشت وظیفه نظارتی در امور درمان برعهده معاونت درمان و غذا و دارو سپرده شده که انجام این نظارت می‌تواند از تضییع حقوق بیماران جلوگیری نموده و به حداقل برساند. اما عدم نظارت از ناحیه معاونتهای مذکور و دستگاه‌های ذیربط بر عملکرد بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها و سایر مراکز درمانی سبب بروز تخلفاتی از سوی مسؤولین مربوطه می‌شود که به نوبه خود، باعث ورود زیان‌های جسمی و مالی به بیماران می‌شود. مواردی همانند تأسیس مؤسسات پزشکی غیرمجاز، به کارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی، عدم تعیین مسؤول فنی و یا عدم حضور در محل، عدم بررسی تجهیزات و ملزومات پزشکی، عدم تشکیل پرونده بالینی یا ناقص بودن پرونده‌ها در اکثر موارد و مفقود شدن پرونده‌های مذکور سبب تضییع حقوق بیماران می‌گردد (عباسی سماواتی و عباسی، ۱۳۸۸: ۱۲).

از آنجا که ارائه خدمات درمانی مناسب و وظیفه شناسانه با هدف حفظ حقوق درمانی شهروندان و نظارت بر این امور از تکالیف و وظایف انحصاری دولت می‌باشد و به عنوان نمونه به موجب ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت که بیان می‌دارد: «کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی و درمانی که از طریق بخش خصوصی و غیر دولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از تاریخ تصویب این قانون باید تحت نظارت و کنترل و برنامه ریزی این وزارتخانه قرار گیرند.» با دقت در مفاد این ماده که حوزه



صلاحیتهای تنظیمی دولت را مشخص می‌نماید، می‌توان دریافت که هر گونه قصور در انجام این وظیفه یا نقض تکالیف نظارتی که موجب تضییع حقوق درمانی شهروندان گردد، می‌تواند موجبات مسؤولیت مدنی دولت را فراهم کند. دولت وقتی مسؤول است که در انجام اعمال خود مرتکب تقصیر شده باشد (طباطبائی مؤتمنی، ۱۴۰۰: ۴۵۴). مبنای مسؤولیت مدنی نیز از همین دلیل ساده ناشی می‌شود. عبارت دیگر الزام دولت نسبت به زیان اشخاص ناشی از تقصیری است که در انجام وظایف و یا اعمال اختیارات خویش مرتکب شده است. مسؤولیت مدنی دولت در قبال شهروندان به خصوص در مواردی که دولت دارای صلاحیت انحصاری است با تکیه بر قانون اساسی و قانون مسؤولیت مدنی در موارد کوتاهی و تقصیر مسلم است و در صورتی که به حقوق مسلم مردم خدشه‌ای وارد شود، دولت و ارگان مربوط باید پاسخگو باشد (هاشمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۱۰۱).

۲-۱-۶. عدم نظارت بر دارو

به صورت کلی وظیفه یک نهاد ناظر دارویی حفاظت از سلامت عمومی جامعه از طریق احراز اطمینان از اثربخشی، ایمنی و کیفیت محصولات دارویی و شیمیایی بیولوژیک و گیاهی اعم از تولیدی داخل یا وارداتی می‌باشد و هر گونه قصور و کوتاهی در نظارت در این زمینه برای این نهاد دولتی مسؤولیت ایجاد می‌کند. در واقع این نهاد با تعیین و ابلاغ استانداردها، ضوابط و مقررات و تعامل با فعالان بازار برای حسن اجرای این اصول باید این اطمینان را برای بیماران ایجاد کند که داروهای موجود در بازار دارویی کشور دارای اثر بخشی ایمنی و کیفیت قابل قبول برای مصرف است. قصور دولت در قبال صنعت دارو، مسؤولیت درمانی دولت را در قبال مصرف کنندگان دارو که عمدتاً بیماران بوده و ناچار به استفاده دارو هستند در پی دارد (هاشمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۱۰۲).

۳-۱-۶. کمبود تجهیزات و ملزومات پزشکی یا استفاده از وسایل تقلبی

از موارد بسیار شایع در بیمارستانهای تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان نبود امکانات کافی و نقص تجهیزات است بارها ملاحظه شده است که بیماران بستری شده در مراکز درمانی به لحاظ ضعف اقتصادی قادر به تهیه وسایل پزشکی مانند ادوات ارتوپدی جهت انجام اعمال جراحی و... نمی‌باشند یا بعضاً مسؤولان تهیه تجهیزات پزشکی بیمارستانها اقدام به خرید وسایلی معیوب از شرکت‌های غیرمجاز یا افراد فاقد صلاحیت می‌نمایند که پس از نصب در بدن بیمار و ایجاد عفونت منجر به قطع عضو یا فوت می‌گردد و بعداً مشخص می‌گردد که از اثرات تقلبی بودن وسایل مذکور بوده است. بدیهی است در چنین حالتی وزارت بهداشت با سهل‌انگاری و کوتاهی در امر نظارت و بیمارستانها با تقلب و عدم رعایت نظامات قانونی مرتکب تقصیر گردیده و مسؤولیت دارند.

۴-۱-۶. عدم وجود آیین نامه یا دستورالعمل جامع در خصوص خدمات درمانی

یکی از مهمترین اعمال حاکمیتی دولت، قانونگذاری و وضع مقررات است، ولی جبران خسارات حاصل از تصمیمات عام‌الشمول زیانبار همواره محل تردید بوده و این درحالی است که قانون‌گذاری‌های غیرتخصصی، غیرکارشناسی، زیانبار و مغایر مصالح عمومی می‌تواند علاوه بر تضییع حقوق شهروندان، موجب تشدید بحرانها و نارضایتی‌های عمومی نسبت به ساختارهای قانونی گردد (ولایی، یآوری و گرجی ازندریانی، ۱۴۰۱: ۸۸۸).

در مسؤولیت مبتنی بر تقصیر می‌توان گفت که نقض وسایل مذکور در مواد ۱۱ قانون مسؤولیت مدنی و ۷۸ قانون تجارت الکترونیک که به عنوان تقصیر دولت مطرح می‌باشند، جنبه کمی دارند و می‌توانند به این معنا باشند که مرجع خود را به ابزار و امکانات لازم مجهز نکرده باشد. در رویه قضایی و عملی نیز در دعوای موسوم به بیماران هموفیلی سازمان انتقال خون به دلیل



مجهز نشدن به ابزار و امکانات و پیروس زدایی خطاکار شناخته شد. همچنین ماده ۵۱۵ قانون آیین دادرسی مدنی به صراحت عدم انجام تعهد را به عنوان عمل زینبار مورد شناسایی قرار داده است (امامی و استوار سنگسری، ۱۴۰۱: ۳۸۷).

۱-۵. عدم پذیرش بیماران اورژانسی توسط مسؤولان مراکز دولتی اعم از دولتی و خصوصی مطابق قانون و مشخصاً ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۲۵/۳/۱۳۵۴، مسؤولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرش شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند، به حداکثر مجازات ذکر شده... محکوم خواهند شد. عدم پذیرش بیماران اورژانسی یا بیماران واجد شرایط خاص همانند معتادان به مواد مخدر یا زندانیان توسط بعضی از بیمارستان‌ها و ارجاع آنان به سایر بیمارستان‌ها به بهانه عدم وجود تخت خالی یا امکانات کافی به عنوان رویه‌ای مرسوم و ناشایست متداول شده است و چنین اموری را می‌توان از مصادیق آشکار نقض حق سلامت بیماران دانست که به دلیل عدم نظارت و فقدان ضمانت اجرای کافی قانونی، در مجموعه تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به رویه‌ای متداول تبدیل گردیده است.

با عنایت به این که در قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی حق بر سلامت به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته شده از جمله در (سند دوازدهم) قانون برنامه چهارم توسعه دولت مکلف شده است که در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامت و عادلانه ساختن آن و همچنین درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و... بپردازد از وظایف دولت قلمداد گردیده است و کمیته‌ها و ساختارهایی نیز پیش بینی شده که بر آن نظارت نماید و نیز مواد ۳۲ تا ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه به سلامت اختصاص یافته و وزارت بهداشت موظف به تهیه برنامه نظام درمانی کشور گردیده است. با توجه به این اسناد که سلامت را به عنوان حق شناسایی کرده‌اند و نیز طبق اسناد بین المللی در رابطه با حق بر سلامت، دولت متعهد به تأمین شرایط لازم برای حمایت از سلامتی افراد می‌باشد، لذا نقض حق درمان افراد و عدم انجام تکلیف به عنوان تقصیر دولت در عدم ارائه خدمات درمانی می‌تواند مبنای مسؤولیت دولت قرار گیرد.

۱-۶. عدم تکافوی بیمه‌ها

بسیاری از مواقع، به دلیل فقدان امکانات کافی در مراکز درمانی دولتی و یا نوبت‌های بسیار طولانی در انجام اعمال جراحی بیماران ناگزیر به مراکز درمانی بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند که این مراکز به لحاظ این که صرفاً با بیمه‌های خاصی طرق قرارداد هستند و از سویی بیماران نیز فاقد چنین بیمه‌هایی هستند، امکان عمل برای این بیماران به لحاظ گران بودن خدمات در مراکز مزبور میسر نیست و بیمار ناچار به پذیرش انجام عمل با تأخیر در مراکز دولتی می‌شود که غالباً سبب تشدید آسیب‌های وی و یا بعضاً فوت بیماران می‌گردد و حق درمان بیماران بدین طریق تضییع می‌شود. در چنین مواردی مسلم است که دستگاه متولی امر درمان در این زمینه مرتکب قصور در ارائه خدمات شده است، زیرا مطابق اصل ۱۹ قانون اساسی: «... نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و... حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند»، لذا عدم انجام این تکلیف از طرف دستگاه‌های متولی (دولت) موجبی برای مسؤولیت مدنی دولت و جبران خسارت به افراد می‌باشد و به علاوه این که مطابق بندهای ۶ و ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوب ۳/۶/۱۳۷۶ حمایت از حقوق بیماران از تکالیف وزارتخانه مذکور است و عدم رعایت تکلیف محوله و نادیده گرفتن حقوق آنان و نتیجتاً تضییع حقوق آنان موجبی برای مسؤولیت دولت است که مبنای آن می‌تواند عدم انجام تکلیف مصرح قانونی و نقض حقوق



بیماران باشد (هاشمی و دیگران، ۱۳۹۸: ۱۱۱).

۶-۱-۷. نقض در مجاری انتقال خون

بر اساس ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به ویژه بندهای ۲، ۳، ۵، ۱۱، ۱۲ و ۱۶ ماده ۷ و تبصره آن و همچنین مواد ۱ و ۲ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن و تبصره ماده ۱ قانون مذکور و همچنین قانون اصلاح ماده ۳ و ۴ قانون مربوط به مقررات پزشکی و دارویی و تبصره ۱ ماده آن و همچنین ماده ۱۳ قانون مزبور در مسؤولیت قانونی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون در رابطه با سلامت فرآورده‌های خونی تردیدی وجود ندارد. صراحت قانون در این رابطه و پیش بینی مجازات در ماده ۳ اصلاحیه قانون مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی بر مسؤولیت‌های مطروحه در رابطه با این مواد تأکید شده است. با توجه به اساسنامه سازمان انتقال خون که مصوب مجلس شورای اسلامی می‌باشد سازمان انتقال خون مسؤول سلامت خون و فرآورده‌های خونی که از یک واحد خون تهیه می‌گردد می‌باشد و حق برخورداری از خدمات درمانی در این رابطه بدون محدودیت و ممنوعیت از جمله حقوق به رسمیت شناخته شده است که نقض آن موجب مسؤولیت خواهد بود.

در این موضوع با استناد به ماده ۱۱ قانون مسؤولیت مدنی می‌توان قائل به نقض گردید، زیرا مفهوم تقصیر اعم از نقص کمی وسایل که مرجع عمومی فاقد وسایل لازم برای انجام صلاحیت‌های خویش می‌باشد و نقص کیفی که به عملکرد ابزار خدمت عمومی برمی‌گردد، بدین معنی که ابزار وجود دارد ولی ناکارآمد است و هر دو صورت تقصیر به معنای نقص وسایل محقق شده است و از سویی دیگر زیان وارده نیز قابل انتساب به کارگزار دولتی مشخص نبود و مسؤولیت مدنی مستقیم دولت را در پی دارد.^۱

۶-۲. تحلیل مبانی مسؤولیت مدنی دولت

به طور کلی در مورد مبانی مسؤولیت دولت در قبال حق بر سلامت شهروندان، نظریه‌های زیادی از جمله: «نظریه‌های تقصیر»، «نظریه خطر» نظریه نفی ضرر و در مواردی که غیر قابل انتساب به دولت هستند، می‌توان قائل به مبنای نظریات خدمات عمومی استحقاق، تضمین حق تعهد به ایمنی و... در مسؤولیت مدنی دولت گردید و شاید بهترین نظریه‌ای که توجیه‌گر مبنای مسؤولیت دولت در امر درمان باشد، نظریه مسؤولیت محض است که زیان دیده بهتر می‌تواند به حق خود برسد و از او جبران خسارت گردد که ذیل آن به تشریح مواردی از مبانی مسؤولیت دولت پرداخته می‌شود.

۶-۲-۱. مسؤولیت مبتنی بر تقصیر

دولت به منظور انجام وظایف خود دارای اختیارات و تکالیفی است که به موجب قانون برای مراجع یا مقامات عمومی جهت انجام اعمال خاص تعیین گردیده است که از آن به صلاحیت تعبیر می‌شود. صلاحیت‌های دولت و مراجع عمومی وزارت بهداشت و مؤسسات تابع آن در امر درمان در چند فرض قابل بررسی است:

۶-۲-۱-۱. دولت به عنوان کارفرما و متولی سلامت

زمانی دولت به عنوان متولی سلامت جامعه در قامت یک کارفرما ظاهر می‌شود و افرادی را استخدام می‌کند که به نیابت از او امور درمانی شهروندان را انجام دهند. به عنوان نمونه پزشکان یا پرستاران و کادر درمانی و غیر درمانی را جهت انجام امور درمانی

۱- چنانچه در دعوی بیماران هموفیلی نقص وسایل به مسؤولیت دولت منجر شد و به عقیده دادگاه عدم تجهیز خواندگان دعوی یعنی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون به وسایل ویروس زدایی باعث ابتلای خواهانهای دعوی به ایدز و دیگر بیماریهای عفونی بوده است.

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخشس، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۲۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۲۱۳۷۲۵۵۰۶-۹ داخلی ۲۳۶ و ۲۳۳



در یک بیمارستان دولتی استخدام نموده و به انجام خدمات درمانی مشغول می‌سازد که در این موارد دولت مطابق مواد ۱۱ و ۱۲ قانون مسؤلیت مدنی مسؤول خسارات وارده به افراد می‌باشد، زیرا هر گونه اشتباه و تقصیری از ناحیه کارکنان این مؤسسات درمانی که نتیجه آن ایجاد خسارت به اشخاص دیگر باشد و در رابطه با نقش کارفرمایی دولت در امر درمان است، موجب مسؤلیت وی می‌گردد، خواه این تقصیرات ناشی از خطای عوامل انسانی غیر شخصی بوده و خواه ناشی از نقص وسایل در مؤسسات مذکور باشد.

۲-۱-۲-۶. دولت به عنوان ناظر امور سلامت و درمان

در شکلی دیگر دولت به عنوان ناظر بر امور مربوط به درمان صلاحیت دارد و می‌بایست به وظایف و تکالیف خود در این زمینه عمل نماید، زیرا صلاحیت تکلیفی وی نظارت بر مؤسسات درمانی است و در صورت عدم انجام تکلیف و ورود زیان ناشی از آن موجبات مسؤلیت دولت را فراهم می‌آورد. به عنوان مثال دولت می‌بایست بر توزیع و تهیه دارو نظارت نموده و اگر دارویی زیان آور بدون اعمال نظارت موجبات صدمه به عده‌ای گردد دولت از باب عدم انجام وظیفه مسؤلیت می‌یابد. یا عدم نظارت بر انتقال خون و سایر وظایف نظارتی که مطابق قوانین در صلاحیت دولت قرار گرفته در صورت نقض حقوق سلامت شهروندان بنا به تقصیر و سهل‌انگاری دولت در اعمال آن موجب مسؤلیت آن می‌گردد.

۳-۱-۲-۶. دولت به مثابه قاعده گذاری و تنظیم کننده قواعد

فرض دیگری که می‌توان بحث مسؤلیت دولت در حوزه امر درمان را بررسی نمود، حالتی است که دولت وظیفه قاعده گذاری و تنظیم قواعد مربوط به درمان را به عهده دارد. با توجه به اینکه، وظیفه درمان از جمله وظایف منصوص و اختصاصی دولت است، هرگونه تقصیری در راستای انجام وظایف تکلیفی موجبات مسؤلیت مدنی دولت را فراهم می‌آورد. این صلاحیتها بیشتر به مراجع عمومی واگذار گردیده است که با استناد به تبصره ماده ۱۶ قانون حمایت از مصرف کننده در کلیه مواردی که تخلف از ناحیه اشخاص حقوقی باشد خسارت باید از اموال شخص حقوقی پرداخت شود ولی مسؤلیت جزایی متوجه مدیر عامل یا مدیر مسؤول شخص حقوقی است و دولت با استناد به این تبصره مرجع جبران خسارت می‌باشد.

در نتیجه، تقصیر دولت با توجه به تعریف ماده ۳۳ قانون مجازات که مقرر داشته: «تقصیر اعم است از بی احتیاطی بی مبالاتی و عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی»، می‌توان انتساب تقصیر را به دولت قطعی دانست. زیرا مطابق رویکرد مثبت به طور مشخص تقصیر دولت به حالت‌هایی اطلاق می‌شود که زیان وارده ناشی از نقص وسایل و ابزار باشد که دولت برای ایفای صلاحیت خویش مورد استفاده قرار می‌دهد و یا اینکه نقض صلاحیت‌هایی که قانونگذار برای مرجع عمومی در نظر گرفته است و زیان از آن ناشی شده باشد و باید حالتی را اضافه نمود که زیان وارده ذاتاً یا تبعاً قابل انتساب به کارگزار دولتی مشخصی نبوده و یا اینکه قانونگذار به هر دلیل ترجیح داده است مسؤلیت مدنی دولت را مستقیم بداند (زرگوش نسب، ۱۴۰۰: ۵۸۶) و اینکه عدم اعمال هر کدام از صلاحیتها و یا اعمال خارج از موعد صلاحیت. مثلاً در بیماران اورژانسی انجام دیرهنگام خدمات درمانی و یا انجام نادرست یا غیر اصولی صلاحیتها، مانند این که جراح بیمارستان دولتی وسیله مناسب جراحی را مورد استفاده قرار ندهد و موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار گردد و یا این که پزشک مربوط برخی از مراحل درمان را ناقص انجام دهد، مثلاً بعد از جراحی، بخیه محل جراحی را انجام ندهد همه موارد را می‌توان خطاها و تقصیراتی دانست که در نهایت به دولت بر می‌گردد، زیرا مطابق نظر برخی حقوقدانان در تعریف خطای اداری آن را به معنی عدم انجام یا انجام نادرست عمل اداری می‌دانند و خطای اداری الزاماً خطای اداره نیست، البته زمانی می‌توان خطای اداری را با خطای دولت یکسان دانست که قانونگذار زیان‌های ناشی



از آن را در گستره مسؤولیت مدنی دولت قرار دهد (زرگوش نسب، ۱۴۰۰: ۱۳۴).

با توجه به دشواری موجود در مسیر اثبات تقصیر دولت در حوزه سلامت و درمان، به نظر می‌رسد فرض احراز مسؤولیت مبتنی بر تقصیر دولت اندکی سخت باشد، و با نظریات دیگر مانند نظریه مسؤولیت محض، ساده‌تر بتوان مسئولیت دولت را در حوزه حق سلامت و درمان احراز نمود.

۲-۲-۶. نظریه مسؤولیت محض

نظریه مسؤولیت محض شاید به نوعی بهترین نظریه برای مسؤولیت بدون تقصیر دولت در درمان است و از میان سایر نظریات مطرح شده بهتر قادر به جبران خسارت بیماران باشد. اصطلاح «مسؤولیت محض»، نشان دهنده مسؤولیتی است که به حکم قانون و بر پایه مصلحت و تدبیر ایجاد می‌شود و تابع قواعد عمومی مسؤولیت مدنی نیست و هدف از آن تحمیل ضمان به نتیجه فعل است نه کیفیت آن؛ بدین معنی که اگر در قواعد عمومی فعل زیانبار موجب ضمان می‌شود و مهم‌ترین مسأله آن احراز فعل ناروا و انتساب آن به مسؤول است و در این نظریه استثنایی، به نتیجه کار شخص توجه دارد و نتیجه ناگوار و مضر برای تحقق مسؤولیت کافی است. به عبارت دیگر، در مسؤولیت محض، خواهان از وظیفه احراز تقصیر خوانده معاف است و حتی اگر خوانده تقصیری انجام نداده باشد حکم به ضمان وی صادر می‌شود. چنانچه در حقوق انگلیس در مورد انتقال خونهای آلوده این مسؤولیت پذیرفته شده است.

۳-۲-۶. نظریات مبتنی بر حقوق بشر

حق‌های بشری به یک قاعده بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند و برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، درمانی لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان محسوب می‌شود و عدم برخورداری از این حداقل‌ها به منزله انکار والاترین ارزش‌های انسانی است. پس حق بر درمان و سلامتی به عنوان حقی بنیادین قلمداد می‌شود و حق بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر به حقی اطلاق می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها ضرورت دارد.

نکته حائز اهمیت این است که اگر از منظر حق بودن امر درمان بخواهیم آن را بررسی نموده و از جمله حقوق بنیادین بشر به حساب آوریم آنگاه بایستی به الزامات ناشی از کنوانسیون‌های حقوق بشری و بین‌المللی نیز اشاره کنیم. در اسناد متعدد حقوق بشر از جمله در مواد ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و بند «ب» ماده ۱۷ اعلامیه اسلامی حقوق بشر، تأمین درمان مناسب و مورد نیاز انسانی حق بنیادین بشر محسوب گردیده است و در قوانین ایران نیز به حق درمان در بندهای ۹ و ۱۲ اصول ۲۹ و ۴۳ و همچنین در اسناد توسعه‌ای و قوانین عادی به اساسی بودن حق سلامت اشاره شده است.

با توجه به تحولات به وجود آمده در وظیفه دولت‌ها در دنیای معاصر، دولت‌ها علاوه بر آنکه ملزم به تعهد سلبی (منفی) در خصوص عدم تعرض به حق سلامت شهروندان هستند، به لحاظ تعهد ایجابی (مثبت) نیز ملزم هستند تا با سیاستگذاری، نظارت و اجرای تعهدات خویش نسبت به ایفای حق سلامت شهروندان مبادرت نمایند و حق سلامت را مورد توجه قرار داده و در صورت مسامحه و اهمال مسؤول شناخته شوند، زیرا از آنجا که حداقل در نظام هنجاری حقوق حق مورد شناسایی تحت حاکمیت هنجاری قانون بوده و نمی‌تواند توصیه تلقی گردد و در صورت نداشتن ضمانت اجرا پوچ و بیهوده هستند، لذا نمی‌توانند بدون تضمین باشند و دولت تعهد صیانت و احترام و اجرای حقوق سلامت شهروندان را بر دوش دارد و تهدید این حق باعث تردید در مشروعیت حاکمیت می‌گردد.



بحث و نتیجه گیری

حقوق سلامت به عنوان حقی مرتبط با حق حیات شهروندان مورد شناسایی قرار گرفته و از ویژگی های حق سلامت آن است که قابل مطالبه است و هر گونه نقض آن توسط دیگران موجب مسؤولیت می گردد و با توجه به اینکه وظایف دولت در امر سلامت در قوانین تصریح شده و تأمین سلامت شهروندان از وظایف منصوص دولت محسوب می شود، هر گونه تقصیر در انجام وظایف مصرح قانونی در حوزه اجرا و یا نظارت موجب ایجاد مسؤولیت برای دولت خواهد شد. متأسفانه عمده شهروندان به دلیل عدم آگاهی از امور پزشکی قادر به اثبات ادعای خود نیستند و ضرورت دارد تا برای جبران خسارات وارده نظام حقوقی، راه کارهای حمایتی مطلوبی را بیندیشد و طرق مطلوب جبران خسارت توسط کارشناسان حقوق و پزشکی تبیین و تشریح گردد. در مورد مبنای مسؤولیت دولت در فرض نقض حق سلامت با توجه به اینکه نقش دولت متفاوت بوده و گاه مستقیم دخالت داشته و گاه اشخاص به نیابت از دولت خدمات درمانی را ارائه می نمایند نمی توان قائل به مبنای واحدی بود و بسته به مورد قضیه فرق می کند. ماده ۱۱ قانون مسؤولیت مدنی در صورت نقض در وسایل و تجهیزات دولت را مسؤول دانسته است. این در حالی است که گاه مثلاً در امور اورژانسی عدم ارائه خدمت (ترک فعل) نیز موجب ورود خسارت به بیمار می گردد و در مواردی که تقصیر متوجه دولت نیست، بر اساس مسؤولیت حمایت از شهروندان می بایست دولت بیماران خاص را از حمایت ویژه خود برخوردار سازد، زیرا پذیرش مسؤولیت بدون تقصیر و حمایت از شهروندان یکی از ضرورت های زندگی اجتماعی است و این حمایت نوعی خدمت عمومی محسوب می شود که توجیه کننده بهره مندی دولت از امتیازات خاص است و با اعمال این حمایت به همبستگی اجتماعی کمک نموده و بهره مندی از حقوق عضویت در جامعه سیاسی را به افراد اعطا می کند.

منابع و مأخذ

۱. امامی، محمد و استوارسنگسری، کوروش (۱۴۰۱)، *حقوق اداری جلد اول شامل مباحث حقوق اداری ۱ و ۲*، چاپ بیست و هشتم، انتشارات میزان.
۲. آل کجباف، حسین (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین المللی حقوق بشر، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۷ (۲۴): ۱۷۰-۱۳۹.
۳. جاوید، احسان و نیاورانی، صابر (۱۳۹۳)، قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین الملل حقوق بشر، *پژوهش حقوق عمومی*، ۱۵ (۴۱): ۷۰-۴۷.
۴. جاوید، احسان، نیاورانی، صابر (۱۴۰۱)، تعهد دولت ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبتهای درمانی در حقوق بین الملل در پرتو طرح تحول نظام سلامت، *فصلنامه تحقیقات حقوقی*، ۲۵ (۹۷): ۳۴۳-۳۶۸.
۵. جعفری، زهرا (۱۳۹۹)، تأملی بر ماهیت تعهدات دولت ها از منظر حق بر سلامت، کمیسیون حقوق بشر اسلامی ایران.
۶. حبیبی مجنده، محمد (۱۳۸۶)، حق بر سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر، *دوفصلنامه بین المللی حقوق بشر*، ۱۰ (۲): ۳۸-۷.
۷. شجاع، جواد (۱۳۸۷)، تحقیق و توسعه فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی، *مجله پژوهش های حقوقی*، ۷ (۱۴): ۷.
۸. طباطبائی موثمنی، منوچهر (۱۴۰۰)، *حقوق اداری*، چاپ بیست و چهارم، انتشارات سمت.
۹. عباسی، محمود، امیرسماواتی، پیروز و عباسیان، لادن (۱۳۸۸)، نظارت بر مؤسسات پزشکی و تضمین حقوق بیماران، *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۳ (۷): ۳۳-۱۱.
۱۰. متقی، سمیرا، سیفی، آناهیتا و درودیان، مجید (۱۳۹۶)، ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن، *پژوهش نامه حقوق اسلامی*، ۱۸ (۲): ۱۴۸-۱۲۳.
۱۱. ولایی، علی، یآوری، اسدالله و گرجی ازندریانی، علی اکبر (۱۴۰۱)، در سودای مسؤولیت پذیری قانون گذار: درنگی بر مسؤولیت مدنی ناشی از اعمال تقنینی، *مطالعات حقوق تطبیقی*، ۱۳ (۲): ۹۱۲-۸۸۷.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری حقوقی پزشکی فراژوئی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



۱۲. هاشمی، سید محمود، استوار سنگری، کوروش، هاشمی، سید محمد و ضرابی، حمید (۱۳۹۸)، طرق احتمالی نقض حق درمان توسط دولت و مسؤولیت ناشی از آن، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۱۳ (۴۹): ۸۷-۱۲۱.

13. Bettcher, Douglas W, Yach, Dreck & Guindon, G. Emmanuel (2000), "Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4).
14. CESCR (2000), "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", *General Comment*, (14).
15. General Comment 14, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, The right to the highest attainable standard of health, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), Available at www.unhcr.ch
16. Grover, Anand (2009), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", *Human Rights Council, Resolution 11/12*, 31 March 2009.
17. Kloss, Diana (2005), *Occupational Health Law*, Oxford, Blackwell Publishing, Fourth Edition.



Governments' Responsibility for Citizens' Health Rights

Ali Farivar

Master Student of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(Corresponding Author)

Alifarivar136236@gmail.com

Somayye Khodadadi Kandahar

Master Student of International Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran

s.khodadadi64@yahoo.com

Abstract

The right to health is one of the fundamental human rights that has been emphasized in numerous national and international documents. However, the realization of this right and the leading and responsible institutions in achieving the envisioned and prescribed goals have always been one of the basic concerns of societies. The government is an institution that policies related to health are considered as one of its duties. In fact, for the reasons of guaranteeing financial access to individual and public health services, justice in creating suitable health conditions for people, preventing people from falling into poverty due to health costs, etc., the government is one of the main operators in the process of realizing the right to health. have been. As a result, in this article, we aim to examine the position and limits of the government's responsibility for the health rights of citizens. The main purpose of this research is to answer the question that what is the responsibility of the governments in order to achieve the right of citizens to health and what measures should be taken by the governments in this regard? The method of data collection in this article is based on the library method and based on the information collected from library sites and documents, and the method of data analysis is done in the analytical-descriptive way.

Keywords: Responsibility, government, right to health, citizen