



## نقض حق بر سلامت زنان؛ جلوه‌ها و راهکارها

### جمال بیگی

دانشیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

### نویسنده مسئول

[jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir](mailto:jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir)

### رضا عینی

دانشجوی کارشناسی ارشد جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

[Einir67@gmail.com](mailto:Einir67@gmail.com)

### چکیده

**زمینه و هدف:** منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران با الهام از شریعت جامع اسلام و نظام حقوقی آن و با تکیه بر شناخت و ایمان به خداوند متعال و باهدف تبیین نظام‌مند حقوق و مسئولیت‌های زنان در عرصه‌های حقوق فردی، اجتماعی و خانوادگی تدوین گردیده است.

**روش تحقیق:** در این مطالعه روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از کتاب‌ها، مقاله‌ها، منابع الکترونیکی و پایگاه‌های اینترنتی صورت پذیرفته است.

**یافته‌ها:** این منشور اهتمام بر تبیین حقوق و تکالیف زنان در اسلام داشته و مبتنی بر قانون اساسی، اندیشه‌های والای بنیان‌گذار جمهوری اسلامی ایران و رهبر معظم انقلاب و با بهره‌گیری از سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و سیاست‌های کلی نظام و با لحاظ قوانین موجود و خلأها و کاستی‌های آن و به منظور تحقق عدالت و انصاف در جامعه زنان مسلمان می‌باشد حقوق سلامت زنان بخشی از حقوق بشری بوده و یکی از مهم‌ترین بحث‌های است از دیرباز تاکنون در عرصه‌های مختلف اعم از حقوق داخلی و حقوق بین‌الملل مطرح می‌باشد. قریب یک قرن است که حقوق بین‌الملل قواعد رفتاری در زمینه‌های متنوع را مورد تصویب قرار داده که ارزش‌های مورد حمایت در این مصوبات عمدتاً مرتبط با حیات و تمامیت جسمانی انسان و احترام به شان و کرامت اوست. حق سلامت به‌عنوان حق اولیه برای اعمال دیگر موارد حقوق بشری و شهروندی لازم‌الاجرا است به طوری که هدف حقوق شهروندی توسعه مبانی حقوق بشری بشمار می‌رود.

**نتیجه‌گیری:** واکاوی بنیادهای حقوقی در عرصه داخلی و بین‌الملل درصدد تبیین و بررسی بخشی از حقوق زنان در عرصه سلامت از جمله حقوق شهروندی زنان - حق سلامت زنان در اسنادهای بین‌المللی - حق مادری - حق داشتن محیط سالم - درمان برابر و بدون تبعیض - سلامت جنسی زنان - حقوق باروری را براساس منابع حقوق سلامت در عرصه داخلی و بین‌المللی مورد بررسی قرار می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت زنان، حقوق زنان، حقوق بشر، حق سلامت



## مقدمه

به جهت اشتراک زن و مرد در حقیقت انسانی، در بیشتر موارد زن و مرد در نظام حقوقی اسلام از حقوق و مسئولیت‌های یکسان برخوردار می‌باشند. تفاوت در حقوق و مسئولیت‌ها امری است که نشان دهنده برتری جنسی بر جنس دیگر نمی‌باشد و عمدتاً مولود عناوین حقوقی خاصی است که هر یک از زن و مرد به تناسب نقش‌های ویژه و بدل ناپذیر در خانواده پیدا می‌کند این تفاوت از آن جهت است که امکان وجود سلامت مادی و معنوی خانواده به‌عنوان اصلی‌ترین نهاد جامعه که جایگاه حقیقی پیدایش و پرورش انسان است تأمین گردد (باقری، ۱۳۸۸: ۸۹).

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 این موضوعات که با حیات انسان، انس و الفتی دیرین گزیده است، مسئله‌ی سلامتی اوست. سلامتی انسانی کی از لوازم اولیه‌ی برخوردارگی از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین این‌که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصر دیگری است؛ برخوردارگی از یک استاندارد مناسب زندگی؛ متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط‌زیست پاک و... در کنار بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه‌ی پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی، به اتفاق، مقوم سلامتی انسان هستند و هر یک به نوبه‌ی خود سهمی در رشد و اعتلای این حق دارند. به این ترتیب، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دو سویه و متقابل با دیگر حق‌ها قرار دارد و می‌توان آن را حلقه‌ی ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد کرد. به واقع این حق در «پیوندی ناگسستنی با حق حیات «نسل اول» قرار دارد و از سویی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوم» گره خورده است. علاوه بر این، حق بر محیط‌زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه‌ی حق بر سلامتی سیراب می‌شود» (زمانی، ۱۳۸۵: ۳۰). بنابراین حق بر سلامتی را می‌توان چونان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق و استیفای سایر حق‌ها ضرورت دارد.

از طرفی نیز میزان بهره‌مندی از حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی و به ویژه حداقل‌های بهداشتی، رابطه‌ای مستقیم با سطح توسعه‌یافتگی هر دولت دارد. از آن جا که تحقق این دسته از حق‌ها مستلزم صرف منابع و برنامه‌ریزی‌های راهبردی و کلان در سطح ملی است، لذا امکان تحقق آن‌ها به صورت آبی وجود ندارد و به ضرورت طی روندی تدریجی و با گذشت زمان حاصل خواهند شد. واقعیتی که بسیار واضح است، این است که همه‌ی دولت‌ها به لحاظ سطح توسعه‌یافتگی در شرایطی برابر با یکدیگر قرار ندارند و همین مسئله موجب می‌شود که توانایی و ظرفیت دولت‌ها در اجابت تعهدات ناشی میثاق نیز متفاوت باشد (کریون، ۱۳۸۷: ۸۹). با این بیان می‌خواهیم به این پرسش‌ها پاسخ دهیم که آیا ناتوانی و ضعف اقتصادی و اجتماعی یک دولت در برآورده ساختن استانداردهای موردنظر میثاق می‌تواند توجیه‌کننده‌ی قصور دولت ذیربط باشد؟ و این‌که چه راهکارهای مؤثری در حقوق بین‌الملل برای توانمندسازی دولت‌های ناتوان جهت اجرا و تحقق این استانداردها وجود دارد؟

## ۱- تعریف مفاهیم

### ۱-۱- حقوق سلامت زنان

تعریف سلامت تنها به نبود بیماری یا ناتوانی محدود نمی‌شود بلکه سلامتی مستلزم بهره‌مندی از حقوق سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی فارغ از جنسیت است. مادامی که تبعیض علیه زنان وجود داشته باشد، سلامت و کمال انتفاع زنان از حقوقشان میسر نخواهد بود. بر مبنای منشور ملل متحد، اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق بین‌المللی حقوق بشر اصل بر جایز نبودن تبعیض است با این حال همچنان تبعیض علیه زنان ادامه دارد و تبعیض در شرایط فقر و تنگدستی زنان را بیشتر از مردان آسیب‌پذیر می‌کند. با در نظر گرفتن سهم بزرگ زنان در تحقق رفاه خانواده و پیشرفت جامعه و اهمیت اجتماعی مادر بودن و با آگاهی از اینکه نقش زنان در تولیدمثل نباید اساسی برای تبعیض باشد بلکه تربیت کودکان مستلزم تقسیم مسئولیت بین



زن و مرد و کل جامعه است و با آگاهی از اینکه نقش سنتی زن و مرد در جامعه و خانواده تغییر کرده است، برخورداری از حقوق برابر برای مرد و زن ضروری است، به همین دلایل کنوانسیون منع هرگونه تبعیض علیه زنان در سال ۱۹۷۹ توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تصویب رسید. مطابق با کنوانسیون، تبعیض علیه زنان به هرگونه تمایز، محرومیت و محدودیت بر اساس جنسیت گفته می‌شود که نتیجه و هدف آن نقض حقوق بشر و آزادی‌های زنان در تمامی زمینه‌های زندگی است و دولت‌های عضو موظف به اصلاح و لغو قوانین تبعیض‌آمیز و قانون‌گذاری مطابق با مفاد کنوانسیون هستند و باید از اقدامات تقنینی، قضائی و اجرائی خود به کمیته رفع تبعیض علیه زنان گزارش دهند. در این کنوانسیون زنان باید در زمینه‌های مختلف از حقوق برابر با مردان بهره‌مند باشند که برخی از مفاد کنوانسیون با قوانین ایران به شرح زیر مغایرت دارد (باقری، ۱۳۸۸: ۹۶).

مطابق با کنوانسیون دولت‌های عضو موظف‌اند تبعیض علیه زنان در زندگی سیاسی و عمومی کشور را رفع کنند و حق مشارکت در تعیین و اجرای سیاست دولت و رسیدن به سمت‌های دولتی را برای زنان به صورت برابر با مردان تضمین کنند این در حالی است که در ایران زنان حق رسیدن به برخی از مهم‌ترین سمت‌های حکومتی را ندارند؛ به عنوان مثال در اصل ۱۱۵ قانون اساسی رئیس‌جمهور باید از میان رجال مذهبی و سیاسی انتخاب شود. در ماده ۹ کنوانسیون دولت‌ها موظف‌اند حقوق برابر با مردان را در زمینه کسب، تغییر و حفظ تابعیت تضمین کنند و ازدواج با فرد خارجی یا تغییر تابعیت شوهر نباید باعث تغییر تابعیت زن، بی‌وطن شدن او یا تحمیل تابعیت شوهر به او شود. اعطای حقوق مساوی به زن و مرد در مورد تابعیت فرزندان از دیگر تعهدات دولت‌هاست. این در حالی است که مطابق با ماده ۹۷۶ قانون مدنی اعطای تابعیت به فرزندان از طریق مادر ممکن نیست و از طرف دیگر قانون ایران روابط شخصی و مالی زوجین را تابع دولت متبوع شوهر می‌داند و لازم است ناعادلانه بودن مقررات تابعیت در حقوق ایران اصلاح شود و این تغییر منع قانونی و حتی سابقه شرعی ندارد که با تمسک به آن بتوان تبعیض علیه زنان را توجیه کرد. مواد ۱۰ و ۱۱ کنوانسیون به حق برابر در آموزش و اشتغال برای زنان تأکید دارد. زنان باید از حق آزادانه انتخاب شغل برخوردار باشند این در حالی است که مطابق با قانون ایران، زنان برای استخدام در مشاغل نظامی و قضاوت محدودیت دارند و همچنین مطابق با ماده ۱۱۱۷ قانون مدنی، شوهر می‌تواند زن خود را از شغلی که منافی مصالح خانوادگی یا حیثیات خود یا زن باشد منع کند ... در حالی که چنین حقی برای زن نسبت به شغل شوهر وجود ندارد و از این لحاظ قانون ایران با کنوانسیون ناسازگار است. کنوانسیون به تأمین حقوق یکسان بر پایه برابری مرد و زن در همه زمینه‌های اقتصادی تأکید دارد. این در حالی است که در یکی از مهم‌ترین حقوق اقتصادی در ایران یعنی در موضوع ارث میان زن و مرد تفاوت‌های آشکاری وجود دارد و قاعده این است که مردان دو برابر زنان ارث می‌برند. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه زنان امروزه دوشادوش مردان در جامعه در حال اشتغال و کسب درآمد هستند و چه بسا زنان بسیاری سرپرست خانوار هستند، لازم است این قوانین که مبتنی بر فلسفه سنتی تکلیف مالی انحصاری مردان در خانواده هستند، مطابق با مقتضیات جامعه کنونی اصلاح شوند تا زنان از حقوق مالی برابر با مردان بهره‌مند شوند (زمانی، ۱۳۸۵: ۸۷).

#### ۱-۲- مفهوم حق بر سلامت

بدون سلامتی نه تنها نقش آفرینی اجتماعی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد بلکه انجام تکالیف قانونی و قراردادی، داخلی و بین‌المللی با مشکلاتی مواجه می‌شود. لذا حق بر سلامت در مرکز مفهوم کیفیت زندگی قرار می‌گیرد. بدون نیروی کار سالم، بدون داشتن صاحبان اندیشه سالم حرف از توسعه و حرکت به سمت پیشرفت، بیانی عبث است. بر این اساس تأمین سلامتی آحاد یک جامعه یک تلکلیف قانونی و سرمایه‌گذاری اجتماعی تلقی می‌شود (کریون، ۱۳۸۷: ۹۰). هدف اصلی دولت‌ها و سازمان ملل متحد (بهداشت جهانی و شورای حقوق بشر) رساندن همه مردم در اقصی نقاط کره خاکی به سطحی از سلامتی است که بتوانند یک زندگی اجتماعی و اقتصادی بارآور داشته باشند. قرار دادن بهداشت به عنوان بخش تلفیق یافته توسعه اقتصادی و اجتماعی، سلامت و بهداشت به وسیله‌ای عمده برای پیشرفت اقتصادی اجتماعی و ایجاد نظم نوین





اجتماعی تبدیل شده است. تأمین سلامت جسمی روانی، قسمت عمده‌تری از وظایف دولت‌هاست که ضمن توجه به محیط زندگی مردم به مسائل جامعه شناختی سلامت مستلزم پرداختن به این نکته مهم است که مردم نباید نگران تأمین هزینه‌های بیماری باشند. نگرانی از بیمار شدن، نگرانی از تأمین هزینه‌های درمانی خود یک بیماری اجتماعی است که بازده کاری و موقعیت اجتماعی افراد را به مخاطره می‌اندازد (زمانی، ۱۳۸۵: ۸۷).

نگاهی به اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران از جمله قانون اساسی نشان می‌دهد که سیاست‌گذاران و دست اندرکاران تدوین قوانین، جایی را برای توجیه عدم خدمت رسانی به مردم خالی نگذاشته‌اند. در اصل ۲۹ قانون اساسی به صراحت تأمین هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برعهده دولت گذاشته و باید از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم تأمین شوند. برخورداری از حق سلامت و تأمین اجتماعی کارآمده از اصول مترقی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند ۲ ماده ۱۲ میثاق و ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸ است.

**۱-۳- تعریف حق بر سلامت<sup>۱</sup>**

حق بر سلامت یکی از مهم‌ترین حقوقی است که در قالب اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز در اسناد داخلی نظام حقوقی ایران خاصه اصل ۲۹ قانون اساسی مورد تأکید قانون‌گذار و سیاستمداران قرار گرفته است. با توجه به اهمیت بالای سلامت ملت در پیشبرد اصول و اهداف دولت‌ها برای پیشرفت به نظر قرن بیست و یکم را دوره گذار از حق بر «حیات» (Life) را به حق بر «کیفیت و چگونگی حیات» نامیده‌اند (کریون، ۱۳۸۷: ۹۶).

از این رو اهمیت ویژه‌ای بایستی برای حق بر سلامت و به ویژه حق بر سلامت روان قائل شد. در تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) اهمیت سلامت روان در ردیف سلامت جسمی و اجتماعی افراد در نظر گرفته شده است. بنابراین حق بر سلامتی یکی از حقوق بشری است که برای استیفای سایر حقوق بشری نیز ضروری قلمداد می‌شود. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی حق هر انسان برای دسترسی به بالاترین سطح ممکن سلامتی به رسمیت شناخته شده است. سلامت فردی، مهم‌ترین وضعیت مطلوب و کرامت هر انسانی محسوب می‌شود (زمانی، ۱۳۸۵: ۸۷).

## ۲- حقوق مالکیت

با آغاز دهه ۱۸۳۰، ایالت‌های آمریکا قوانین و اساسنامه‌ای را تصویب نمودند که در آن زنان متأهل کنترل بیشتری نسبت به اموالشان را در دست می‌گرفتند. ایالت نیویورک در سال ۱۸۴۸ قانون حق مالکیت زنان متأهل را به تصویب رساند، که بر طبق آن زنان اجازه پیدا می‌کردند تا دارایی‌های خود را مستقل از شوهران خود حفظ و نگهداری نمایند. این اولین بار بود که چنین قانونی در مورد حمایت از زنانی که ازدواج کرده‌اند تصویب شد و زنان از یک هویت حقوقی مستقل و قانونی برخوردار شدند. قانون جدید که در نیویورک تصویب شد الهام بخش تقریباً تمام ایالت‌های دیگر در آمریکا شد که در نهایتان ایالت‌ها نیز قوانین مشابهی را تصویب نمودند (کریون، ۱۳۸۷: ۹۶).

### ۱-۲- حق آموزش و پرورش

حق آموزش حقی جهانشمول برای همگان است. این حق در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان یکی از حقوق اولیه بشر اعلام شده و شامل حق آموزش ابتدایی اجباری رایگان برای همه، لزوم ایجاد آموزش متوسطه در دسترس همه، و نیز الزام ایجاد دسترسی مساوی به آموزش عالی، به‌طور ایدئال از طریق ارائه آموزش عالی رایگان می‌شود. اعضای سازمان علمی، فرهنگی و تربیتی ملل متحد در تاریخ ۱۴ دسامبر ۱۹۶۰ در یازدهمین اجلاس خود، کنوانسیون عدم تبعیض در آموزش و پرورش را تصویب کردند که در آن بر ممنوعیت هر گونه تبعیض در آموزش و پرورش تأکید شده بود. منظور از واژه «تبعیض» در این کنوانسیون، هرگونه تمایز و تفاوت گذاری، محروم سازی، ایجاد محدودیت، یا رجحان قائل شدن

1. Defining the Right to Health  
2. Quality of Life



بر اساس نژاد، رنگ پوست، جنسیت، زبان، دین، عقیده سیاسی یا هر عقیده دیگری است. تا قبل از دوره مشروطه در ایران زنان به صورت رسمی از حق تحصیل محروم بودند. با آغاز دوره تجددطلبی در ایران بحث تحصیلات زنان نیز مطرح شد. در آن سالها که برای اعزام محصلان مرد به اروپا امتحان برگزار می شد برخی از روزنامهها و نشریات در مورد لزوم یا عدم لزوم اعزام محصلان دختر به اروپا مطالبی را منتشر کردند.

## ۲-۲- حقوق بشر و حقوق زنان

مبارزات مسالمت آمیز زنان ایران برای رفع تبعیض و برابری حقوقی با مردان با تکیه بر موازین بین المللی حقوق بشر یکی از صفحات درخشان تاریخ مبارزات جهانی زنان برای برابری حقوق با مردان است. ابتکار و نوآوری زنان ایران، شجاعت و استقامتشان در مقابل خشونت و سرکوب دولتی، ستایش جامعه جهانی از فعالان ایرانی حقوق زن را برانگیخته است. اگر مبارزه با حکومت های خودکامه برای کسب حقوق سیاسی با واکنش خشن دولت ها مواجهه بوده، مبارزات حق طلبانه زنان نیز با این نوع خشونت روبرو گشته و با بی توجهی حکمرانان و جامعه مردان مواجه بوده است. این در حالیست که کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان در سال ۱۹۸۱ و کنوانسیون حقوق کودک در سال ۱۹۸۹ با تصویب سازمان ملل لازم الجرا شده اند (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸: ۱۸).

## ۳- مبانی حق سلامت در اسناد داخلی و بین المللی

### ۱-۳- حق سلامت در نظام حقوق داخلی

۱- در اصول متعدد قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که از آن تحت عنوان "میثاق دولت با ملت" یاد می شود، خاصه اصل ۲۹، به عنوان یکی از اصول مترقی مبین "حق مردم" مقرر دارد: نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و... حقی است همگانی. به منظور اجرای این اصل حیاتی، سازمان بیمه سلامت ایران (اساسنامه آن مشتمل بر ۱۶ ماده است) به زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد تا حمایت مذکور در این اصل از یکایک شهروندان محقق شود.

۲- صرف نظر از اصل فوق می توان به بند ۱۲ اصل ۳ نیز توجه داشت که بر رفع هرگونه محرومیت در "زمینه بهداشت و تعمیم بیمه" تأکید مؤکد داشته است، اصول دیگری بسان اصل ۲۰، ۲۱ و بند ۱ اصل ۴۳ نشانگر توجه ویژه قانون گذار اساسی به حق بر سلامت است. اصل ۲۱ به حق بر سلامت در دوره بارداری زنان، اصل ۲۰ هم صراحتاً به حقوق انسانی بدون هیچ گونه تبعیض بین زن و مرد و اصل ۴۳ که به سیاست های اساسی دولت می پردازد بهداشت را یک نیاز اساسی برمی شمارد.

۳- در سند چشم انداز بیست ساله که از منظر حقوقی ذیل سیاست های کلی نظام قرار می گیرد افقی را برای جامعه ترسیم نموده که حائز سلامتی و وثیق است. مقام رهبری به موجب بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام، سندی را تحت عنوان سند چشم انداز بیست ساله ابلاغ نمودند که از سال ۱۳۸۴ اجرایی شد و قوانین برنامه توسعه پنج ساله در راستای اجرای این سند به تصویب پارلمان می رسند و افق آن در سال ۱۴۰۴ است. یکی از بندهای این سند به این شرح است که توصیف جامعه ۱۴۰۴ را انجام داده: «برخوردار از سلامت، رفاه،...»

۴- قانون خدمات مدیریت کشوری مصوب سال ۱۳۸۶

۵- منشور حقوق شهروندی مصوب سال ۱۳۹۶

۷- قانون تأسیس وزارت بهداشت و درمان و قوانینی نظیر بیمه سلامت و عشایری و روستایی و امثالهم می توان پی برد که نظام حقوقی ایران حق بر سلامت را نه تنها به رسمیت شناخته بلکه با تجلی آن در اسناد متفاوت حقوقی خود سعی کرده آن را به منصف ظهور برساند.

### ۲-۳- حق سلامت در نظام بین المللی حقوق بشر

حقوق بشر مجموعه ای از امتیازات دارای مضمون و مفهوم والای انسانی است که انسانها با صرف نظر از هرگونه وابستگی دینی،



نزادی، زبانی و امثالهم و حتی میزان قابلیت و صلاحیت فردی و بدون توجه به اوضاع و احوال متغیر از آن برخوردار است و به کرامت و شخصیت انسان ارتباط دارد که مبنای الزام آن در حقوق بین الملل برابر نظر حقوقدانانی نظیر "واتل" این رشته یا منبعث از حقوق طبیعی است یا برابر نظر حقوقدانانی مانند "آنزلیوتی" قاضی پیشین دادگاه دادگستری بین المللی ناشی از حقوق موضوعه و رضایت انسانهاست.

مفهوم حقوق طبیعی<sup>۱</sup> پس از جنگ جهانی دوم در دادگاه نورنبرگ مورد استناد قرار گرفت، آنجا که متهمین مدعی شدند که اعمال جنایت کارانه آنها در قوانین موجود، ممنوع نبوده است. دادگاه اظهار داشته که آنان باید از روی فطرت می دانستند که برخی از کارها مثل کشتار افراد بی گناه، کوره های آدم سوزی، کشتار جمعی و غیره، ممنوع بوده و از آن باید پرهیز می کردند (زمانی، ۱۳۸۵: ۷۴).

### ۳-۳- مبانی توجیهی و مفهومی حق سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر

در این قسمت تلاش می شود تا به اجمال برخورداری از حق بر سلامتی را از زاویه دید حیات و حیثیت ذاتی انسان توجیه کنیم. باید گفت که حق های بشری و به ویژه حق های مدنی و سیاسی پیش از آن که حق هایی قانونی باشند، ارزش هایی اخلاقی به شمار می روند. از این رو ما از ارزش حیات و حیثیت انسانی صحبت می کنیم. این ارزش های انسانی آن گاه که وارد قلمرو حقوق موضوعه می شوند، از جنبه های اخلاقی صرف فراتر رفته و قابلیت ادعا و مطالبه می یابند. اینجاست که از حق بر حیات و... صحبت می کنیم. در تحلیل نهایی تمام این حق ها به یک قاعده ی بنیادین به نام حیات انسان می رسند. در واقع تمام حق ها و آزادی ها مقوم ذات حق بر حیات هستند. به همان اندازه که حقوق مدنی و سیاسی در این زمینه اهمیت دارند، حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز دارای اهمیت هستند، چرا که برخورداری از حداقل های بهداشتی، لازمه ی حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می روند. به عبارت دیگر، عدم برخورداری از این حداقل ها به منزله ی انکار والاترین ارزش های انسانی است. پس حق بر بهداشت و سلامتی را می توان حقی بنیادین قلمداد کرد. حق بنیادین در نظام حقوق بشر به حقی اطلاق می شود که برای تحقق و بهره مندی از سایر حق ها و آزادی ها ضرورت دارد. حال اگر محتوای حق بر سلامتی را با این تعریف بسنجیم، به چنین نتیجه ای خواهیم رسید، چرا که بسیاری از حق ها و آزادی ها بدون برخورداری از سلامتی و بهداشت، بی معنا خواهند بود. چگونه می توان از حداقل بهداشت محروم بود و از کرامت و حیثیت انسانی صحبت کرد. از سوی دیگر، کرامت انسانی در دامنه ی جسم و روان سالم معنای حقیقی خود را به دست خواهد آورد. در مقدمه ی میثاق دوم هم اشاره شده که این حق ها ناشی از حیثیت ذاتی انسان است (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸: ۴۱).

در رابطه با سلامتی باید میان دو مفهوم قائل به تفکیک شد: «حق بر سلامتی» و «حق بر سالم بودن». حق بر سلامتی به معنای حق بر سالم بودن نیست. 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 فرصت های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸: ۲۰).

سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و "حق بر بهره مندی از عالی ترین استاندارد سلامتی" مجموعه ای از پیش شرط ها و استلزامات را در خود نهفته دارد که لازمه ی تحقق آن می باشند. قابل ذکر است که سلامتی به عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساس نامه ی سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شد. مقدمه ی اساس نامه، حق بر سلامتی را نیل به «حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» توصیف کرده است. هم چنین ماده ی یک آن نیز «تحقق عالی ترین سطح ممکن بهداشت برای همه ی افراد» را به عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می کند. قابل توجه است که مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برنامه و دستور کار «سلامتی برای همه ی افراد در قرن بیست و یکم» را تدوین کرد: در سال ۱۹۴۸ اعلامیه ی جهانی حقوق بشر، سلامتی را به عنوان بخشی از استاندارد مناسب

<sup>1</sup>. natural rights





زندگی تلقی کرده و در بند ۱ ماده‌ی ۲۵ خود، «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. میثاق در ماده‌ی ۱۲ خود به موضوع حق بر سلامتی می‌پردازد و اشعار می‌دارد که:

«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:

- الف) تقلیل میزان مرده متولد شدن نوزادان و مرگ و میر 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 مقوله‌ی حق بر سلامتی پرداخته‌اند. در کنار این مسئله باید اشاره داشت که کمیته‌ی حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر میثاق، در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره‌ی ۱۴ خود را در موضوع «حق بر عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی» صادر نمود: قابل توجه است که در برخی موارد مفاهیم به کار رفته در اسناد بین‌المللی حقوق بشری، هم به لحاظ مفهومی و هم به لحاظ قلمرو و حوزه‌ی 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 شود. 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 دامنه‌ی شمول تعهدات دولت‌ها در قبال آن کمک نمایند.

### ۳-۴- مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی اگر بخواهیم مؤلفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، با ید به چهار مؤلفه‌ی اساسی اشاره کرد: نخست؛ حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام‌الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و «ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن 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 عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که کمیته از آن‌ها تحت عنوان «بنیادهای تعیین کننده‌ی سلامتی» یاد می‌کند. 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.

دوم؛ حق بر سلامتی متضمن یکسری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد. پیشرفت‌های علمی که در زمینه‌ی بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به ویژه 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 می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود. با استناد به ماده‌ی ۷



دانشگاه آزاد اسلامی مراغه 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



میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «هیچ کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود، به ویژه این که هیچ فردی نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار گیرد»، می توان گفت که اقدامات یا آزمایش های پزشکی اجباری و تحمیلی به سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی توان آموزه های بنیادین حقوق بشری هم چون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت (زمانی، ۱۳۸۵: ۷۵).

سوم؛ حق بر سلامتی شامل استحقاقات فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخوردار از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه ی رشد بالنده ی انسان است. دولت ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، «دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه ریزی شده، مؤثر و یکپارچه ای را در سطح ملی تأسیس نماید. بنابراین در قلب حق بر بهره مندی از استاندارد بالای سلامتی، یک سیستم سلامتی مؤثر و یکپارچه قرار دارد که باید در برگیرنده ی برنامه های مناسب برای مراقبت های بهداشتی و هم چنین تحقق زیرساخت های تعیین کننده ی حق بر سلامتی باشد» (شجاع ۱۳۸۷: ۷۶).

آقای «پل هانت» گزارش گر اسبق موضوع حق بر عالی ترین استاندارد سلامتی، در گزارش خود به شورای حقوق بشر اظهار داشته که «در مرکز ثقل حق بر سلامتی، سیستم بهداشتی مؤثر و یک پارچه نهفته است که متضمن مراقبت های بهداشتی و عناصر اصلی سلامتی است. بدون وجود چنین سیستمی، عالی ترین استاندارد قابل حصول سلامتی محقق نخواهد شد». هم چنین سیستم بهداشت همگانی باید به گونه ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت های برابر جهت بهره مندی از عالی ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله ی این فرصت ها می توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت های قبل و بعد از آن و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد.

چهارم؛ رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه ی امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین المللی حقوق بشر است و همان گونه که در ماده ی ۱ میثاق هم اشاره شده است، دولت های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می باشند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸: ۳۲).

### ۳-۵- تعهدات دولت ها در گستره ی حق بر سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر

حق بر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی- اجتماعی بشر، به منزله ی حقی قلمداد می شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله ی دولت است. به طور کلی مداخله ی دولت در زمینه ی حقوق بشر را باید از دو منظر مثبت و منفی نگریست. رویکرد کلی اینست که مداخله ی دولت در حقوق نسل دوم، جنبه ی اثباتی و ایجابی دارد و در حقوق نسل اول، این مداخله تا حد عدمی فرو کاسته می شود. در واقع باید کمترین مداخله ی دولت در حقوق مدنی و سیاسی را در برابر بیشترین مداخله در حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی فرض گرفت. اما در عین حال، حقوق مدنی و سیاسی، مستلزم مداخله ی ایجابی دولت نیز هستند و از این حیث، حق هایی مثبت به شمار می روند؛ چرا که بهره مندی و اجرای کامل آن ها ملازمه ای منطقی با مداخله ی حمایتی دولت از باب تعهد به حمایت دارد. در طرف مقابل؛ حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز از آن رو که هرگونه مداخله ی تحدیدی دولت را برنمی تابد، حق هایی منفی محسوب می شوند با این توضیح که جنبه ی منفی مداخله در حقوق نسل اول، در متن است و جنبه ی مثبت آن در حاشیه، و در حقوق نسل دوم این جنبه ی مثبت مداخله است که در متن قرار دارد و بعد منفی را به حاشیه رانده است (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸: ۲۵).





به طور کلی در نظام بین المللی حقوق بشر و به ویژه در زمینه‌ی حق بر سلامتی، در یک تقسیم‌بندی سه دسته تعهد کلی برای دولت‌ها قابل شناسایی است: تعهد به رعایت، حمایت و اجرا. به اجمال می‌توان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامتی مستلزم اینست که دولت‌ها به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت، دولت را ملزم می‌کند که از بهره‌مندی از حق بر سلامتی در برابر مداخلات و مزاحمت‌های طرفین ثالث حمایت به عمل آورد و در نهایت تعهد به اجرا در بردارنده‌ی طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی، مالی و... جهت اجرا و پیشبرد حق بر سلامتی است (ایده، کراوزه و روساس، ۱۳۸۹: ۱۸۳-۱۸۵)، (کریون، ۱۳۸۷: ۱۵۸-۱۵۲) میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۱ ماده‌ی ۲ ماهیت کلی تعهدات دولت‌های عضو را ترسیم می‌کند:

«دولت‌های عضو میثاق متعهد می‌شوند که با سعی و اهتمام خود و از طریق همکاری و تعاون بین‌المللی به ویژه در زمینه‌های اقتصادی و فنی و با استفاده از حداکثر منابع موجود به منظور حصول تدریجی و اعمال کامل حقوق شناخته شده در این میثاق با کلیه‌ی وسایل مقتضی به خصوص با اقدامات قانون گذاری اقدام نمایند».

بر این اساس، تحقق حق بر سلامتی در چارچوب میزان منابع در دسترس هر دولت، در داخل و استفاده‌ی حداکثری از آن‌ها می‌باشد. لذا تحقق این حق به صورت آنی امکان‌پذیر نیست، بلکه مستلزم گذشت زمان و صرف منابع است و از این رو است که میثاق از تحقق حق‌های اقتصادی- اجتماعی در فرآیندی تدریجی‌الوصول صحبت می‌کند. در این راستا، اتخاذ و اجرای برنامه‌های اقتصادی، مالی، قانونی، بهداشتی و درمانی و ... با توجه به ظرفیت‌های دولت‌ها و بهره‌گیری از منابع بخش خصوصی به عنوان بازوی کمکی دولت‌ها، جزو اولویت‌ها شمرده می‌شود. همکاری و مشارکت میان بخش عمومی و خصوصی در زمینه‌ی حقوق اقتصادی- اجتماعی بسیار حائز اهمیت است. بسیاری از دولت‌ها به دلیل ضعف زیرساخت‌های اقتصادی و عدم توسعه‌یافتگی، با چالش کمبود امکانات مواجه هستند و همین مسئله می‌تواند وضعیت حقوق اقتصادی- اجتماعی و به ویژه وضعیت بهداشت و سلامتی را در این کشورها با بحران مواجه سازد (زمانی، ۱۳۸۵: ۹۹).

در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو بیان داشته که ماده‌ی ۲ میثاق تعهد به فعل و تعهد به نتیجه را به دولت‌ها تحمیل می‌کند. این دو مفهوم تا حدودی با یکدیگر تداخل دارند؛ چرا که وجود تعهد به نتیجه، لزوماً شامل تعهد به فعل نیز هست. در واقع دولتی که متعهد به نتیجه است، به طریق اولی نسبت به فراهم کردن زمینه‌ی آن نیز متعهد است. به بیانی دیگر، التزام به شیئی، التزام به لوازم و مقدمات آن نیز هست. در زمینه‌ی حق بر سلامتی، تعهد به نتیجه عبارت است از اتخاذ قوانین ملی لازم، و تعهد به انجام اقدامات تا حد ممکن و در محدوده‌ی امکانات موجود جهت نیل به نتایج مورد نظر این قوانین، مضمون تعهد به فعل را تشکیل می‌دهد. اقدامات ذیربط باید معطوف به حصول نتیجه‌ی مورد نظر میثاق؛ یعنی تحقق اهداف و استانداردهای خاص باشند. بعد مهم این اقدامات، اقدامات تقنینی است؛ از جمله وضع قوانین جدید، اصلاح و الغای قوانین مغایر با مفاد میثاق. بدون شک این اقدامات برای حمایت از کلیه‌ی مصادیق حقوق بشر از جمله حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی اجتناب ناپذیرند؛ چرا که می‌توانند چارچوب قانونی مستحکمی برای اجرا و حمایت از این حق‌ها در موارد نقض فراهم آورند. در کنار اقدامات تقنینی، اقدامات مقتضی دیگر از جمله تمهید جبران‌های قضایی و غیرقضایی مؤثر و اقدامات مالی، آموزشی و اجرایی نیز باید برای تحقق استاندارد عالی سلامتی و بهداشت به کار گرفته شوند (شجاع، ۱۳۸۷: ۸۷).

بعد دیگر تعهد دولت‌های عضو در اجرا و تحقق تدریجی حق بر سلامتی، تعهد به استفاده از حداکثر منابع موجود و در دسترس است. برای احراز این که دولت‌ها از حداکثر منابع موجودشان استفاده کرده‌اند یا خیر، دو مشکل عمده وجود دارد: اول، تعیین این که چه منابعی واقعاً در دسترس دولت‌های عضو قرار دارند و دوم این که آیا دولت عضو از این منابع به طور حداکثری استفاده کرده است یا خیر؟ اصطلاح «در دسترس» تعیین محتوای تعهد تدریجی و احراز مواردی را که این تعهد نقض می‌شود، مشکل می‌سازد؛ چرا که دولت‌ها می‌توانند عدم اجرای آن را با استناد به فقدان یا محدودیت منابع در دسترس توجیه کنند. با این وجود، میثاق انتظار ندارد که دولت‌ها اقدامی فراتر از آنچه که منابع تحت اختیارشان اجازه می‌دهد، انجام دهند. این بدان معناست که محتوای تعهد به تحقق تدریجی «حق بر سلامتی» و سایر حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی به حداکثر استفاده



از منابع در دسترس بستگی دارد. وقتی از منابع در دسترس صحبت می‌شود، هم به منابع بخش دولتی و هم به منابع بخش خصوصی اشاره دارد. هم‌چنین شامل آن دسته از منابعی نیز می‌شود که از طریق همکاری و تعاون بین‌المللی حاصل می‌گردد. استفاده‌ی حداکثری از منابع تحت اختیار دولت برای تحقق عالی‌ترین استاندارد سلامتی مورد نظر میثاق، به این معناست که دولت‌ها باید در تخصیص منابع، حقوق اقتصادی- اجتماعی و بالاخص حق بر بهداشت و سلامتی را در اولویت قرار دهند. در این ارتباط، اگرچه دولت‌ها در تصمیم‌گیری راجع به نحوه‌ی تخصیص و تقسیم منابع موجود، از یک حاشیه‌ی صلاحدید برخوردارند، اما لازم است که تحقق "حقوق بشر در کل" در اولویت قرار گیرد. اعطای این حاشیه‌ی صلاحیت تفسیر به دولت‌های عضو به این جهت است که اعضا، اقدامات و تدابیری را که با وضعیت اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی خاص آن‌ها متناسب هستند، اتخاذ کنند (شجاع، ۱۳۸۷: ۱۳۹۶).

یکی از راه‌هایی که می‌توان اجرای تعهد به «استفاده از حداکثر منابع موجود» توسط دولت‌ها را مورد ارزیابی قرار داد، اینست که باید توجه داشت که میزان بودجه‌ی اختصاص یافته به بخش بهداشت همگانی و تعمیم سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه چه میزان است و چه میزان بودجه به مسائلی خارج از میثاق (مثل هزینه‌های مربوط به خرید تسلیحات نظامی) اختصاص یافته است. مشکل بسیاری از کشورها، کمبود یا محدودیت منابع نیست بلکه مشکلات راجع به منابع دولت‌ها، در غالب موارد از تخصیص نادرست منابع و امکانات موجود نشأت می‌گیرد. به‌عنوان نمونه، هزینه‌های گزافی که صرف خرید تسلیحات گران‌قیمت می‌شود، اگر در زمینه‌ی مسائلی از قبیل تعمیم بهداشت همگانی و خدمات بهداشتی اولیه یا پیشگیرانه، آموزش، مسکن و محیط‌زیست سرمایه‌گذاری شود، می‌تواند از بروز مشکلات احتمالی ناشی از کمبود منابع بر سر راه تحقق استانداردهای مورد نظر میثاق بکاهد (سادات‌اخوانی، ۱۳۸۷: ۶۹).

### ۳-۶- اجرای حق بر سلامتی؛ چالش میان تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه

پیش از این اشاره شد، تحقق حق بر بهداشت ضرورتاً به‌صورت تدریجی و با استفاده‌ی حداکثری از منابع در دسترس دولت‌ها صورت خواهد پذیرفت. دولت‌های عضو متعهدند که تلاش حداکثر داشته باشند تا هرچه بیشتر به سوی عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسم و روان گام بردارند. اما اگر دولتی به راستی ناتوان از تأمین این استاندارد باشد، نمی‌توان او را مسئول دانست. به عبارت دیگر، فلسفه‌ای که در پس تعهد به فعل نهفته است، اینست که هیچ شخصی را نمی‌توان نسبت به کاری که از عهده‌ی وی خارج است، مکلف دانست، بلکه انجام یک تکلیف با داشتن ابزارهای لازم و قدرت بر انجام آن ملازمه دارد. با این وجود در حوزه‌ی حقوق بشر، پذیرش این استدلال با قدری تردید همراه است؛ چرا که مطلقاً ناتوانی دولت نمی‌تواند مجوزی برای عدم اجابت تعهدات بین‌المللی حقوق بشری از جمله تعهدات ناشی از میثاق باشد. در واقع اگر دولتی ادعا داشته باشد که به علت محدودیت یا فقدان منابع و امکانات، نتوانسته تعهدات ناشی از میثاق را اجرا نماید، باید ثابت کند که کلیه‌ی تلاش‌های خود را به کار گرفته است، لیکن به دلیل محدودیت منابع، از اجرای کامل تعهدات بازمانده است. البته نباید فراموش کرد که با وجود نسبی بودن اجرای تعهد به حصول تدریجی (به دلیل ناهمگونی امکانات و توانایی‌های دولت‌ها نسبت به همدیگر)، این موضوع نمی‌تواند انفعال از جانب دولت‌ها را توجیه نماید (زمانی، ۱۳۸۵: ۱۰۲).

### ۳-۷- محتوای حق بر سلامت؛ رهیافت حداقلی و حداکثری به حق بر سلامت

آن‌چه که تعیین محتوای حق بر بهداشت و سلامتی را دشوار می‌سازد، ارتباطی است که این حق با سایر مصادیق حقوق بشری دارد. در واقع «اکثر مصادیق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی در جهت تأمین و تضمین شرایطی که افراد بتوانند از سلامتی برخوردار باشند، نقشی اساسی و بنیادین ایفا می‌کنند». از این‌رو «حق بر سلامتی» موضوعی جدا از سایر مصادیق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی نیست و نمی‌تواند بدون توجه به سایر مصادیق حقوق بشر در کل مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی ساده‌تر، «حق بر سلامتی» معنای واقعی خود را در تعامل با دیگر حقوق بنیادین به دست می‌آورد. برای ورود به بحث باید گفت



که به طور کلی در زمینه‌ی حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی دو اصل وجود دارد که بر کلیت میثاق حاکم می‌باشند: اصل منع تبعیض و اصل حصول تدریجی. اصل منع تبعیض متضمن تعهدی مطلق است و جزو حداقل‌های بنیادینی به شمار می‌رود که هر دولتی موظف است که رعایت آن‌را در بهره‌مندی از «حق بر سلامتی» و امکانات و خدمات بهداشتی تضمین کند. بند ۲ ماده‌ی ۲ میثاق در این باره بیان داشته که:

«دولت‌های عضو باید تضمین کنند که حقوق مندرج در این میثاق بدون تبعیض از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، ملیت و ... اجرا خواهند شد» (سادات‌اخوی، ۱۳۸۷: ۶۴).

این اصول ماهیتاً اصولی عام بوده و به تمام موارد حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی حاکم هستند. تعهد کلی اینست که هر اقدامی که دولت‌ها در ارتباط با میثاق، متعهد به اجرای آن هستند، از یک سو باید در پرتو رعایت اصل برابری و عدم تبعیض باشد و از سوی نیز منتج به نتیجه شدن این اقدامات در اصل طی فرآیند تدریجی‌الحصول به دست خواهد آمد. از منظر این دو اصل و از رهگذر تحلیل نوع و کیفیت اقدامات انجام شده بر اساس امکانات اقتصادی و فنی موجود در هر کشور و انعکاس آن در سطوح متفاوت تحقق حق بر سلامتی در کشورهای مختلف، می‌توان به یک سطح حداقلی و حداکثری از محتوای حق بر سلامتی دست یافت.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد، «حق بر سلامتی» در کنار تحقق تدریجی آن، دارای یکسری حداقل‌ها هم هست که واجد اثر فوری هستند. برخورداری از این حداقل‌های رفاهی- بهداشتی گویای رهیافت حداقلی بر محتوای حق بر سلامتی است. بنابراین، تعهد دولت‌ها نسبت به تحقق این حداقل‌های رفاهی، تعهد به نتیجه‌ی فوری است. بهره‌مندی از این محتوای حداقلی در سلامتی، از ضروریات کرامت ذاتی انسان قلمداد می‌شود. در این چارچوب، «حق بر سلامتی» به نبود بیماری و برخورداری از وضعیت مطلوب جسمی و روانی تعبیر می‌شود. در واقع رهیافت حداقلی هسته‌ی اصلی حق بر سلامتی را تشکیل می‌دهد. در طرف مقابل، مطابق با رهیافت حداکثری، هر دولتی متعهد است که شرایط لازم برای بهره‌مندی شهروندان خود را از سلامتی، در چارچوب منابع موجود و تا حد ممکن تأمین و تضمین کند. این رهیافت مبین اصلی است که به موجب آن، «حق بر سلامتی» ماهیتاً به موازات رشد اقتصادی، رشد می‌کند و از این رو به تناسب رشد اقتصادی و افزایش توانمندی‌های دولت، امکان نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی فراهم خواهد آمد.

در واقع در رهیافت حداکثری، «حق بر سلامتی» چیزی بیش از صرف نبود بیماری است؛ در تعیین محتوای حق بر سلامتی بر اساس رهیافت حداکثری، «بنیادهای تعیین‌کننده» هم‌چون برخورداری از غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط‌زیست پاک، دسترسی به داروهای اساسی، مسکن، آموزش و... نقشی انکارناپذیر دارند، چرا که میزان تحقق هر کدام از این عناصر، تأثیری مستقیم در تحقق عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی دارد. از طرفی نیز تحقق حداکثری حق بر سلامتی، نشان دهنده درجه‌ی رشد و توسعه‌یافتگی کشور ذریبط است (سادات‌اخوی، ۱۳۸۷: ۶۳).

### ۳-۸- اجرای فراسرزمینی میثاق و مساعدت و همکاری بین‌المللی

مشکل اصلی و عمده‌ای که دولت‌ها در اجرای تعهدات ناشی از میثاق با آن دست به گریبان هستند، محدودیت منابع در دسترس دولت‌ها یا فقدان آن است. با توجه به این واقعیت که اجرا و تحقق یافتن استانداردهای مورد نظر میثاق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی نیازمند استفاده حداکثری از منابع تحت اختیار دولت‌هاست، زمانی که دولت‌ها با عدم کفایت منابع داخلی مواجه هستند، باید تلاش کنند تا از طریق همکاری‌های بین‌المللی با سایر کشورها، از توانایی‌ها و استعداد‌های این دولت‌ها در جهت برطرف ساختن نقاط ضعف خود بهره بگیرند (زمانی، ۱۳۸۵: ۹۶).

### بحث و نتیجه‌گیری

ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر تصریح می‌کند هر انسانی سزاوار یک زندگی با استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی





و رفاه خود است در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی، حق بر سلامت را به‌عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند حق بر سلامت در بر گیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن هستند. حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاهی ویژه دارد و از جمله اصول پذیرفته شده در همه کشورهای از جمله جمهوری اسلامی ایران است. در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، برخورداری از حق بر سلامتی یکی از حقوق بنیادین بشر محسوب می‌شود. سلامت و حق برخورداری از زندگی سالم، از حقوق مسلم شهروندی و از شاخصه‌های اصلی جامعه ایده‌آل، محسوب می‌شود که نه فقط قوانین داخلی که قوانینی بین‌المللی باید پشتیبان تحقق این مهم باشند موقعیت زنان در اسلام، همواره مورد اختلاف نظر بوده‌است. با ظهور اسلام، زنده به گور کردن دختران که از آداب عرب بود، کنار گذاشته شد، در پیمان ازدواج به جای این که پدر دختر به دامادش کابین بپردازد، مقرر شد که شوهر به همسرش مهریه بپردازد. زنان حق مالکیت فردی به دست آوردند و حق میراث برای آن‌ها در نظر گرفته شد؛ در حالی که پیش‌تر فقط خویشاوندان مرد حق ارث بردن داشتند. به این صورت، با ظهور اسلام موقعیت اجتماعی زنان پیشرفت کرد. همچنین پیامبر اسلام بر حسب فرمان الهی در آیه دوازده سوره ممتحنه با شرایط معینی با زنان بیعت فرمود و بر مبنای آن بیعت، زنان را در امور سیاسی و شوون اجتماعی و اقتصادی شریک ساخت. شریعت اسلام با توجه به تفاوت ویژگی‌های زنان و مردان تفاوت‌هایی برای تکالیف، حقوق و نقش‌های زنان و مردان قائل شده‌است. قرآن، مردان را قیّم و سرپرست زنان و مسؤول حفاظت از آن‌ها می‌داند. اسناد بین‌المللی همواره اعمال و رفتارهایی را که سلامت روحی روانی، جسمی، جنسی آنان را به مخاطره می‌اندازد را محکوم نموده و مورد تقبیح قرار داده است. با نگاهی به سیر پیشرفت حق سلامت در متون داخلی و بین‌المللی و تعهد دولتها در تأمین سلامت آحاد شهروندان خود متوجه می‌شویم نه تنها حق سلامتی نیز به شکلی نموداری در سیر تاریخی آن از موازین حقوق بشر تبعیت نموده است، بلکه حق بر سلامتی در زمره حق‌های بنیادین بشری است که در نظام حقوق داخلی و بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. با این وجود، مفهوم و محتوای این حق، و نیز تعهدات دولت‌ها در دو سطح ملی و بین‌المللی که مصداق آن پیشگیری از بیمار شدن اشخاص به ویروس کرونا باشد به خوبی بررسی نشده است. به نظر با این وصف می‌توان با تاسی از قوانین و مقررات موجود در حقوق داخلی نظیر ماده ۲۹ قانون اساسی و قوانین حقوقی و کیفری و ماده ۱ قانون مسوولیت مدنی و آرای صادره از محاکم قضایی در موارد مشابه آلودگی خونی (معروف به پرونده خون‌های آلوده) و مسائل زیست محیطی و غیره دیگر مستندات اشاره شده در متن در اعمال تصدی با یاری جستن از نظریه خطا (تقصیر) و در نظام بین‌المللی با کمک آرای صادره از دیوان بین‌المللی دادگستری در موارد مشابه و در صورت اثبات قصور دولت در عدم پیشگیری به موقع و درمان نابجا و با تأخیر و عدم آموزش و غیره می‌توان به مسوولیت دولت در جبران خسارت اشاره کرد. «حق بر سلامتی» به واسطه‌ی پیوند نزدیکی که با حیات انسان دارد، شایسته‌ی توجه است. تحقق عالی‌ترین استاندارد مورد نظر میثاق نیازمند صرف حداکثر منابع در دسترس دولت‌ها و طی زمان است. تحقق این استاندارد، با توجه به بنیادهای تعیین‌کننده‌ای که برای سلامتی شمردیم، چالشی بزرگ برای دولت‌ها به شمار می‌رود. دلیلش نیز اینست که تحقق این بنیادها مقدمه‌ی لازم نیل به استاندارد عالی بهداشت و سلامتی است، اما در وضعیتی که آلودگی‌های زیست محیطی و تخریب روز افزون جنگل‌ها - که هم‌چون ریه‌های کره‌ی خاکی هستند- گرمایش ناشی از حجم انبوه گازهای گلخانه‌ای، بیابان‌زایی، خشک شدن یا آلودگی منابع آب شیرین و... که به نوعی روزشمار مرگ زیست بوم انسان را کلید زده‌اند، در کنار افزایش قحطی و خشکسالی و فقدان امنیت غذایی، باعث گردیده است که سلامتی انسان بیش از پیش در معرض خطر قرار گیرد. در این شرایط شاید صحبت از عالی‌ترین استاندارد سلامتی چندان واقع‌بینانه نباشد. از سوی دیگر، محدودیت منابع تحت اختیار دولت‌ها و عدم برنامه‌ریزی صحیح و اصولی در تخصیص و تقسیم منابع، مشکل منابع محدود را چند برابر کرده است. تعهد به همکاری بین‌المللی هم که به‌عنوان سازوکاری تکمیلی جهت توانمندسازی و بالا بردن ظرفیت‌های اقتصادی و فنی دولت‌ها در میثاق مطرح گردیده است، بیشتر به یک توصیه می‌ماند تا تعهدی حقوقی، هر چند که در یک سند بین‌المللی الزام‌آور ذکر شده است. مشخص نیست که اگر دولتی با وجود برخورداری از امکانات لازم، نسبت به انجام این تعهد بی‌توجهی نشان دهد، چه مسوولیتی متوجه او خواهد

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

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

تلفن تماس: ۰۲۱۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۲۱۳۷۲۵۵۰۶-۹ داخلی ۲۳۶ و ۲۳۳



شد. با توجه به این که مسئولیت اولیه‌ی حمایت و اجرای حقوق بشر بر عهده‌ی دولت ملی است، اگر این دولت به دلیل ناتوانی، از انجام این مسئولیت اولیه عاجز باشد یا با وجود بهره‌مندی از منابع کافی، نسبت به این مسئولیت بی تفاوت و بی تمایل باشد، آیا امکان مداخله از باب تئوری مسئولیت حمایت وجود دارد؟! ناگفته نماند جایگاه این تئوری در حقوق بین‌الملل هنوز محل اختلاف نظرهای بسیاری است. هرچند این تئوری در مورد حمایت از حقوق اساسی شهروندان در برابر جنایات جنگی، جنایات علیه بشریت، قوم‌زدایی و پاکسازی قومی به کار می‌رود و مسئولیت اولیه‌ی این کار را نیز بر عهده‌ی دولت ملی می‌داند، لیکن استناد به این تئوری جهت حمایت از حقوق اقتصادی و اجتماعی شهروندان یک کشور با تردید روبه‌رو است. اما نقض «حق بر سلامتی» به جهت پیوند وثیقی که با حیات انسان دارد، اگر آستانه‌ی بالایی از شدت را دارا باشد، شاید بتواند مداخله از باب مسئولیت حمایت را توجیه نماید. با این حال مشکلات راجع به نحوه‌ی انجام مداخله و مقام قانونی برای تجویز آن و دامنه اقدامات و سایر مسائل هنجاری در خصوص این تئوری هم‌چنان به قوت خود باقیست.

### منابع

۱. ایده، آسیبورن، کراوزه، کاتارینا و روساس، آلن (۱۳۸۹)، *حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی*، ترجمه‌ی: اردشیر امیر ارجمند با همکاری گروه مترجمان، چاپ اول، تهران، مجمع علمی و فرهنگی مجد.
۲. باقری، محمود و دیگران (۱۳۸۸)، اجرای اصل آزادسازی تجاری در سازمان جهانی تجارت: چالش‌ها و فرصت‌ها، تهران، *مجله‌ی پژوهش حقوق و سیاست*، ۱۱(۲۷).
۳. زمانی، سید قاسم (۱۳۸۵)، شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر، تهران، *مجله‌ی پژوهش حقوق و سیاست*، ۱۹(۸).
۴. سادات‌اخوی، سیدعلی (۱۳۸۷)، پیش‌نویس پروتکل اختیاری میثاق حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی (۴ آوریل ۲۰۰۸)، تهران، *فصلنامه‌ی حقوق*، ۳۸(۴).
۵. شایگان، فریده و دیگران (۱۳۸۲)، *تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه‌ی حقوق بشر*، زیر نظر جمشید ممتاز، تهران، چاپ اول، انتشارات دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.
۶. شجاع، جواد (۱۳۸۷)، تحقیق و توسعه‌ی فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی»، تهران، *مجله‌ی پژوهش‌های حقوقی*، ۷(۱۴).
۷. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد (۱۳۸۸)، *حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادی‌ها*، دفتر دوم، چاپ اول، تهران، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهردانش.
۸. کریون، متیو سی آر (۱۳۸۷)، *چشم‌اندازی به توسعه‌ی میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی*، ترجمه‌ی محمد حبیبی مجنده، چاپ اول قم، سازمان انتشارات دانشگاه مفید.
9. Alston P & Quinn G (1987), "The Nature and Scope of States' Parties Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", *Human Rights Quarterly*, 9(156).
10. 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).
11. Buse K & Walt G (2000), "Global Public-Private Partnerships: Part 1 – a new Development in Health?", *Bulletin of The World Health Organization*, 78(4).
12. Brownlie, Ian, (2008), *Principles of Public International Law*, Oxford, Oxford University Press, 6<sup>th</sup> edition.
13. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), (1989), "Reporting By States Parties", General Comment No.1.



## Violation of the Right to Women's Health; Effects & Solutions

**Jamal Beigi**

Associate Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Law Research Center, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran (Corresponding Author)  
[jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir](mailto:jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir)

**Reza Eini**

M.A Student in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran  
[Einir67@gmail.com](mailto:Einir67@gmail.com)

### Abstract

**Background and Aim:** Charter of rights and responsibilities of women in the system of the Islamic Republic of Iran, inspired by the comprehensive Islamic Sharia and its legal system, and based on knowledge and faith in God Almighty, with the aim of systematically explaining the rights and responsibilities of women in the field of law. Individual, social and family has been developed.

**Methods:** In this study, the research method is descriptive-analytical and data collection is done using books, articles, electronic resources and websites.

**Findings:** This charter has focused on explaining the rights and duties of women in Islam and is based on the constitution, the lofty thoughts of the founder of the Islamic Republic of Iran and the supreme leader of the revolution, and by using the 20-year vision document and the general policies of the system and considering The existing laws and their loopholes and shortcomings in order to achieve justice and fairness in Muslim women's society, women's health rights are a part of human rights, and this is one of the most important discussions since a long time ago in various fields, including domestic law and international law. is raised It has been almost a century that international law has approved rules of conduct in various fields, and the values supported in these approvals are mainly related to the life and physical integrity of human beings and respect for their dignity. The right to health as a primary right is mandatory for the application of other human rights and citizenship, so that the goal of citizenship rights is to develop the foundations of human rights.

**Conclusion:** Analyzing the legal foundations in the domestic and international arena in order to clarify and examine part of women's rights in the field of health, including women's citizenship rights - women's health rights in international documents - maternity rights - the right to a healthy environment - equal treatment and without Discrimination - women's sexual health - reproductive rights based on sources of health rights in the domestic and international arena.

**Keywords:** Women's Health, Women's Rights, Human Rights, Right to Health