

تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در حوزه بهداشت مبتنی بر نظریه حکمرانی خوب

سارا گرگیچ^۱

حسین آلكجباغ^۲

حمیدرضا صالحی^۳

چکیده

حق بر بهداشت و سلامتی، یکی از اساسی‌ترین حق‌های بشری است که در نسل دوم حقوق بشر قرار گرفته است. ارتباط این حق با بنیادین‌ترین حق بشر یعنی حق حیات نیز قابل توجه است. دولت‌ها در حوزه حقوق بشر دارای تعهدات ایجابی و سلبی هستند. تعهد به احترام، ایفا و اجرا، مهم‌ترین تعهدات دولت‌ها در حوزه حق بر بهداشت است. در حوزه حقوق بین‌الملل، سازمان بهداشت جهانی، متولی اجرای صحیح حق بر بهداشت است و در حقوق داخلی، سازمان‌ها و نهادهای دولتی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مکلف به اجرای حق بر بهداشت هستند.

از سوی دیگر، امروزه دولت‌ها به حکمرانی خوب در حوزه سلامت نیز توجه می‌کنند و مقامات اداری باید حق بر بهداشت را به رسمیت بشناسند. جنبه‌های حمایت از این حق بر مبنای مؤلفه‌های حکمرانی خوب شامل حمایت قضایی از حق بر بهداشت، آموزش بهداشت، انتشار و دستیابی به اطلاعات بهداشتی و مشارکت اعضای جامعه در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی استوار است. روش تحقیق در این پژوهش از نوع توصیفی و تحلیلی است و در گردآوری منابع از روش کتاب‌خانه‌ای استفاده شده است.

واژگان کلیدی: حقوق بشر، حق بر بهداشت، حکمرانی خوب، دولت، تعهدات، سازمان بهداشت جهانی.

۱. دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل عمومی، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، soagorgich2016@gmail.com

۲. دانشیار، گروه حقوق عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، (نویسنده مسئول) dr.alekajbaf@pnu.ac.ir

۳. استادیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، Salehi_hamid1202@yahoo.com

مقدمه

حقوق بشر، تجلی بارز حفظ کرامت انسان است و تکلیف دولت‌ها به تضمین رعایت حقوق بشر ناشی از شناخت همین کرامتی است که قبلاً منشور ملل متحد و اعلامیه جهانی حقوق بشر آن را اعلام کرده‌اند. اگر حقوق بشر واقعاً با کرامت انسانی پیوند خورده و حقوق بشر با شناخت این کرامت، پیوندی ایجاد کرده باشد، به نظر می‌رسد رعایت این حقوق باید به عنوان التزامی که از یک قاعده آمره حقوق بین‌الملل ناشی می‌شود، به همه دولت‌ها بازگردد. منشور ملل متحد را باید سند اولیه برای تعیین محدوده جغرافیایی التزام بین‌المللی دولت‌ها در اجرای ترتیبات حقوق بشری دانست.^۱

ساختارهای ملی حقوق بشر مانند نهادها یا کمیسیون‌های داخلی در ارتقای حق بر بهداشت نقش مهمی دارند. آن‌ها می‌توانند در ارزیابی سیاست‌ها و بودجه‌بندی مسائل بهداشتی نقشی فعال داشته باشند. این نهادها، فرصت گفت‌وگوی سازنده بین جامعه مدنی و مقامات مسئول را فراهم می‌کنند و می‌توانند به عنوان پلی در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی عمل کنند.^۲ با ایجاد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق بر بهداشت وارد مرحله جدیدی شد. در سال ۲۰۰۰، این کمیته، تفسیر عمومی شماره ۱۴ را در مورد حق بر سلامت ارائه داد. کمیته، بالاترین استاندارد قابل دستیابی به حق بر بهداشت را شامل عناصر مرتبط و ضروری از جمله در دسترس بودن، مقبولیت، کیفیت امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی می‌داند.^۳

به طور کلی، در نظام بین‌المللی حقوق بشر به ویژه در زمینه حق بر سلامت، در یک تقسیم‌بندی، سه دسته تعهد کلی برای دولت‌ها قابل شناسایی است؛ تعهد به رعایت، تعهد به حمایت و اجرا. به اجمال می‌توان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامت مستلزم این است که دولت‌ها به طور مستقیم و غیر مستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامت در برابر مداخله و مزاحمت‌های

۱. مدنی، ضیاء‌الدین، «التزام بین‌المللی دولت به رعایت حقوق بشر: مقید به مکان»، مجله حقوقی، شماره ۳۸، ۱۳۸۷، ص ۱۵.

2. Hammonds, Richard, *Protecting the right to health through inclusive a resilient health care for all*, Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2021, p. 64.

3. Marks, Stephen, *Normative expansion of right to health and the proliferation of human rights*, The Geo. Wash. Int'l L. Rev., Vol. 49, p. 49.

طرفین ثالث حمایت کنند و در نهایت، تعهد به اجرا دربردارنده طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی و مالی برای اجرا و پیشبرد حق بر بهداشت باشد.^۱

امروزه حکمرانی خوب به عنوان پارادایم جدید در اداره بخش عمومی، نقطه تلاقی و تعامل بین رشته‌های مختلف علوم انسانی مانند مدیریت، اقتصاد، علوم سیاسی، جامعه‌شناسی، حقوق، سیاست‌گذاری عمومی و روابط بین‌الملل را ایجاد کرده است. این نظریه بر دخالت منطقی دولت و نقش تسهیل‌گری و هماهنگ‌کنندگی آن تأکید دارد.^۲

حکمرانی نظام سلامت، ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولید برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزش‌یابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید و کنترل، اجزای اصلی حکمرانی نظام سلامت هستند. مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامتی مردم در خارج از نظام سلامت قرار دارد. تصمیمات سازمان‌های مختلف در سطوح محلی، منطقه‌ای، استانی، کشوری، بین‌المللی و جهانی بر سلامت و رفاه مردم و جامعه تأثیر دارند. هماهنگی و همکاری مؤثر بین وزارت بهداشت و سازمان‌هایی مانند پارلمان، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سازمان بیمه سلامت، صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی و رسانه‌های عمومی منجر به تقویت حمایت‌طلبی از برنامه‌های بهداشتی و درمانی و دست‌یابی پایدار به اهداف نظام سلامت می‌شود.

نظام سلامت ایران به طور کامل تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. این وزارت‌خانه، مسئول سلامت مردم است و علاوه بر مدیریت و نظارت بر مراکز بهداشتی و درمانی کشور، مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئولیت ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان، تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی و نظارت

۱. طاهرخانی، خیرالله و همکاران، «بحران کرونا و مسئولیت حقوقی دولت‌ها در حوزه سلامت»، جامعه‌شناسی سیاسی ایران، شماره ۹، ۱۳۹۹، ص ۲۴۵۶.

۲. الوانی، سید مهدی و محسن علی‌زاده ثانی، «تحلیلی بر کیفیت حکمرانی خوب در ایران»، مطالعات مدیریت بهبود و تحول، دوره هجدهم، شماره ۵۳، ۱۳۸۶، ص ۱۳.

بر پژوهش‌ها را بر عهده دارد. مأموریت اصلی وزارت بهداشت، فراهم آوردن موجبات تأمین بهداشت و درمان همه افراد کشور از تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی است. با وجود تلاش‌های نظام سلامت در اجرای طرح تحول سلامت، تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت، مانعی در برابر انجام وظایف اصلی تولید است.^۱

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیر دولتی به سیاست‌گذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقا و حفظ سلامتی مردم می‌پردازند.^۲ حکمرانی نظام سلامت نیازمند مشارکت فعال مردم، مشتریان و بیماران است. همکاری و مشارکت بیش‌تر مردم موجب تقویت شفافیت، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری دولت‌ها خواهد شد که از شاخص‌های مهم حکمرانی خوب محسوب می‌شود.^۳

در خصوص پیشینه تحقیق نیز تاکنون «حق بر بهداشت» و «تعهدات دولت‌ها» در مورد آن، موضوع مقالات و کتاب‌های متعددی بوده است. علی‌رضا دققی و مهشید عبدالسلامی در مقاله «نقش حکمرانی خوب در تأثیرگذاری مخارج دولت بر بخش بهداشت: مطالعه موردی منتخبی از کشورهای در حال توسعه» به بررسی معیارهای حکمرانی خوب بر وضعیت سلامت پرداخته و نتیجه گرفته‌اند که بدون تحمل بار هزینه‌ای و فقط با تغییر کیفیت اعمال حاکمیت توسط نهادها می‌توان سطح سلامت را در کشورهای در حال توسعه افزایش داد.

محمدفاروق خسروی و همکاران در مقاله «حکمرانی نظام سلامت: یک مرور مفهومی» به بررسی مفهوم حکمرانی در نظام سلامت پرداخته‌اند و معتقدند حکمرانی در نظام سلامت در سطوح کلان (وزارت بهداشت) و خرد (سازمان‌های بهداشتی و درمانی) کاربرد دارد. تقویت عناصر سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید و کنترل برای دستیابی به حکمرانی خوب

۱. دماری، بهزاد و همکاران، «ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌ها»، فصل‌نامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره چهاردهم، شماره ۲، ۱۳۹۶، ص ۴۵.

۲. مصدق‌راد، علی‌محمد و پریسا رحیمی تبار، «الگوی حاکمیت نظام سلامت در ایران: یک مطالعه تطبیقی»، مجله علوم پزشکی رازی، دوره بیست و ششم، شماره ۹، ۱۳۹۸، ص ۱۲.

۳. خسروی، محمدفاروق و همکاران، «حکمرانی در نظام سلامت: یک مرور مفهومی»، مجله حکیم، دوره بیست و چهارم، شماره ۱، ۱۴۰۰، ص ۴۶.

نظام سلامت نیز ضروری است.

حسن خسروی و همکاران در مقاله «چالش‌های همکاری دولت‌ها در اجرای تعهدات حقوق بشری» به لزوم رسیدن به درکی روشن از حقوق بشر توجه کرده و بیان داشته‌اند تقویت همکاری برای پیشبرد مؤثر و حفاظت از حقوق بشر جنبه اساسی دارد و دولت‌ها باید در این زمینه مشارکت فعال داشته باشند. در نهایت، تقویت همکاری بین‌المللی در راستای حقوق بشر به بهبود و احترام به حقوق در سطح بین‌المللی می‌انجامد.

فربیا میراسکندری و سیمین درویش در مقاله «حکمرانی خوب و سلامت اجتماعی (واکاوی انتقادی سیاست‌گذاری دولت در حوزه سلامت و بهداشت در دوران کروناویروس)»، حکمرانی خوب راهم‌کنشی متقابل دولت و بخش خصوصی تعریف کرده و نتیجه گرفته‌اند در غیاب جامعه مدنی و بخش خصوصی، دولت بسیار ناتوان و ضعیف عمل کرده است.

موضوع اصلی این پژوهش، بررسی تعهدات دولت‌ها با تأکید بر مؤلفه‌های حکمرانی خوب در مورد حق بر بهداشت است. فرضیه تحقیق نیز بر این پایه استوار است که دولت به ویژه سازمان‌های موضوع حقوق اداری می‌توانند نقش مهمی در اعمال و اجرای حق بر بهداشت ایفا کنند. روش تحقیق در این پژوهش از نوع توصیفی و تحلیلی است و در جمع‌آوری منابع از روش کتاب‌خانه‌ای استفاده شده است.

گفتار اول. مبانی نظری

در این گفتار برای آشنایی با مبانی تحقیق به بررسی مبانی نظری این پژوهش می‌پردازیم.

بند اول. دولت‌ها و تعهدات مربوط به حق بر بهداشت

تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفا. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج به تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی پرداخته است. از این میان، تعهد به ایفا اهمیتی بسزا دارد.

الف. تعهد به ایفا

تعهدات دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام کارهای ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی است. به عبارت دیگر، دولت‌ها موظفند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین کنند. چنان‌که گذشت، حق بر سلامتی به معنای حق دریافت مستقیم و بدون هزینه امکانات سلامتی نیست، ولی این حق به وجود شرایط و تسهیلات کافی در امر مراقبت سلامتی وابسته است و بدون آن‌ها تلاش افراد در دستیابی به بالاترین سطح ممکن از سلامتی ثمری نخواهد داشت. شاید همه اقدامات دولت‌ها را بتوان تحت عنوان «خط مشی ملی سلامتی» یا «طرح جامع و تفصیلی برای تحقق حق بر سلامتی» جای داد. نمونه‌های عینی از این تعهدات، این موردها را دربرمی‌گیرد: تضمین ارائه مراقبت سلامتی از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عمده مسری، تضمین دسترسی برابر همگان به مؤلفه‌های اصلی سلامتی نظیر غذای مناسب و کافی از نظر اصول تغذیه، آب آشامیدنی سالم، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی و داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی.

تعهد به ایفا را می‌توان در دو وضعیت عادی و غیر عادی بررسی کرد. در وضعیت عادی، افراد به عنوان دارندگان مسئولیت اصلی در قبال سلامتی خود، نیازمند در اختیار داشتن و در دسترس داشتن تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامتی هستند تا بتوانند نیازهایشان را رفع کنند. در وضعیت غیر عادی، اشخاص، نیازمند دسترسی مستقیم به این امکانات هستند و صرف در اختیار بودن آن‌ها کفایت نمی‌کند. نمونه‌های عینی از این تعهدات، این موارد را دربرمی‌گیرد: تضمین ارائه مراقبت سلامتی، داشتن زیرساخت‌های سلامتی عمومی، پشتیبانی تأسیس نهادهای عرضه‌کننده خدمات مشاوره و سلامتی روانی، پیش‌بینی نظام بیمه عمومی و خصوصی یا مختلط^۱.

ب. تعهد به احترام

تعهد به احترام، نوعی تعهد منفی و در جایی است که حقوق بشر با اجتناب و خویشتن‌داری دولت تحقق می‌پذیرد. برای مثال، آزادی اندیشه و بیان از این دسته حقوق است. در این جا دولت وظیفه دارد نه تنها از ایجاد موانع در راه استفاده از این حق خودداری کند، بلکه از اقدام‌هایی پرهیزد

۱. حبیبی مجنده، محمد، «حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، حقوق بشر، دوره دوم، شماره ۱، ۱۳۸۶، ص ۴۰.

که باعث محروم شدن افراد از حقوق ناشی از میثاق‌ها می‌شود. در حقیقت، این بعد یا سطح از تعهد دولت‌ها، بعد سلبی تعهدهای حقوق بشری است. این بعد سلبی از دسته‌ای از خودداری‌ها و احترازها، حسب حق مورد بحث تشکیل شده است. این نوع تعهد معمولاً و نه لزوماً هزینه‌ای در بر ندارد و کافی است که دولت، اقدام‌هایی را انجام ندهد. این تعهد از نگاهی دیگر، تعهد به ایفا هم به شمار می‌آید؛ چون مستلزم وارد کردن برابر همگان به زیر چتر خدمات سلامتی است و این مثال می‌تواند نمونه‌ای از مواردی باشد که بعد سلبی تعهد دولت‌ها ممکن است هزینه‌هایی برای آنان به همراه داشته باشد.

ج. تعهد به حمایت

دولت‌ها نه تنها نباید مانع استیفای حقوق افراد شوند، بلکه وظیفه دارند از حقوق افراد در برابر نقض و تجاوز از سوی دیگران حمایت کنند. این تعهد در جایی است که دولت در موضعی قرار ندارد که حقی را تأمین کند، ولی می‌تواند تعامل‌های خصوصی را به گونه‌ای تنظیم کند که افراد با اقدام‌های خودسرانه دیگران از حقوق خود محروم نشوند. این تعهد، نوعی تعهد مثبت و از آثار افقی حقوق بشر یعنی آثاری است که حقوق بشر در سطح افقی بین بازیگران خصوصی ایجاد می‌کند، غیر از آثاری که در سطح عمودی بین افراد و دولت در پی دارد. در واقع، تعهد به حمایت به طور کلی مستلزم ایجاد و نگه‌داری فضا یا چارچوبی ناشی از برهم کنش مؤثر قوانین، مقررات و ابزارهای دیگر به صورتی است که افراد و گروه‌ها بتوانند آزادانه از حقوق و آزادی‌های خود بهره‌مند شوند یا آن‌ها را محقق سازند. بررسی آرا و نظریه‌های دیوان‌ها و نظرهای یادشده آشکار می‌سازد که دولت‌ها به منظور ایفای تعهد خود بر حمایت از حقوق بشر می‌توانند سیاست‌هایی برای جلوگیری از نقض حقوق بشر توسط اشخاص حقیقی و حقوقی خصوص در پیش بگیرند یا قوانین و مقررات مدنی، کیفری و اداری در این زمینه تصویب کنند.^۱ هنگامی که فرد به تنهایی نمی‌تواند حقوق خود را استیفا کند، دولت وظیفه دارد برای تأمین حقوق او اقدام کند. تعهد به اقدام، دو وظیفه را دربردارد:

۱. زمانی، سید قاسم و نسیم رحمان نسب امیری، «تعهد دولت به حمایت از حقوق بشر: ضرورت طرح مسئولیت کیفری شرکت‌ها در قبال نقض حقوق بشر در نظام‌های حقوق داخلی»، مجله پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی، دوره نهم، شماره ۱۷، ۱۴۰۰، ص ۱۶.

نخست، فراهم‌سازی شرایط لازم برای بهره‌مندی از حقوق و دوم، ارائه خدمات.^۱

بعد حمایتی تعهدات دولت‌ها در قبال این حق در پی پاسداشت این حق در برابر نقض آن از سوی ارکان یا مؤسسه‌های دولتی یا اشخاص خصوصی است. به این بعد هم می‌توان از زاویه سلبی توجه کرد؛ چون متضمن پرهیز از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. نمونه‌هایی از این نوع تعهد عبارتند از: تضمین این‌که خصوصی‌سازی بخش سلامت، دربردارنده تهدیدی برای در اختیار بودن، در دسترس بودن، مقبول بودن و کیفیت تسهیلات، کالاها و خدمات سلامتی نباشد. تعهد به کنترل و به‌روزرسانی تجهیزات پزشکی و داروها از سوی اشخاص ثالث و دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با سلامتی.^۲

د. تعهد به استفاده از حداکثر منابع موجود

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 این‌که دولت‌ها از حداکثر منابع موجودشان استفاده کرده‌اند یا خیر، دو مشکل عمده وجود دارد: اول، تعیین این‌که چه منابعی واقعاً در دسترس دولت عضو قرار دارد و دوم این‌که 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؛ چون دولت‌ها می‌توانند اجرا نشدن آن را با استناد به نبود یا محدودیت منابع در دسترس توجیه کنند. محتوای تعهد به تحقق تدریجی حق بر سلامتی و دیگر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به حداکثر استفاده از منابع در دسترس بستگی دارد. استفاده حداکثری از منابع تحت اختیار دولت برای تحقق عالی‌ترین استاندارد سلامتی به این معناست که دولت‌ها باید در تخصیص منابع، حقوق اقتصادی و اجتماعی به ویژه حق بر بهداشت و سلامتی را در اولویت قرار دهند. در این مورد باید دانست دولت‌ها در تصمیم‌گیری برای شیوه تخصیص و تقسیم منابع موجود از یک حاشیه صلاح دید برخوردارند، اما لازم است که تحقق حقوق بشر در کل در اولویت قرار گیرد.^۳

۱. میرموسوی، سید علی، «تعهد و مسئولیت‌های دولت در برابر حقوق بشر»، مجله حقوق بشر، شماره ۳۱، ۱۴۰۰، ص ۳۹.

۲. حبیبی مجنده، پیشین، ص ۲۸.

۳. طاهرخانی و همکاران، پیشین، ص ۵۶.

بند دوم. حکمرانی در حوزه حق بر بهداشت

امروزه تمایلات زیادی برای درک ماهیت حکمرانی به عنوان ابزار ارتقای فرآیند توسعه‌یافتگی وجود دارد. نهادهای مالی بین‌المللی نظیر بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، همگی بر این عقیده‌اند که حکمرانی خوب، ضرورتی حیاتی برای کمک به تحقق برنامه‌های توسعه است. بانک جهانی، حکمرانی خوب را بر اساس شش شاخص تعریف می‌کند و بر این اساس، این شاخص‌ها وضعیت حکمرانی خوب را در کشورهای مختلف ارزیابی می‌کنند. این شاخص‌ها عبارتند از: حق اظهار نظر و پاسخ‌گویی، ثبات سیاسی و نفی خشونت، کارآیی و اثربخشی دولت، کیفیت قانون‌گذاری، حاکمیت قانون و کنترل فساد.^۱

کمیسیون اقتصادی و اجتماعی آسیا و اقیانوس آرام، اصول مهم حکمرانی خوب و عوامل مؤثر در تقویت این اصول را تبیین کرده است. حکومت‌ها با احترام‌گزاردن به این اصول و اجرایی کردن آن‌ها می‌توانند گام‌های مؤثری در روند توسعه پایدار بردارند. کمیسیون، اصول حکمرانی خوب را شامل این موارد می‌داند: مشارکت، حاکمیت قانون، شفافیت، پاسخ‌گویی، شکل‌گیری وفاق عمومی، حقوق مساوی، اثربخشی و کارآیی و مسئولیت‌پذیری.^۲

تحقیقات متعدد بیانگر آن است که بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان، بد اداره می‌شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان خود، مشکلات فراوانی دارند. آسیب‌شناسی این مشکلات بیانگر این واقعیت است که شرایط قابل توجه در مورد سلامت جامعه، بسیار متعدد و گسترده است و حوزه‌های مختلفی هم چون ارتباطات، حوزه محیطی، حوزه سکونت، اجتماعی و اقتصادی را دربرمی‌گیرد. علاوه بر این، پیچیدگی تهدیدها و چالش‌های حوزه سلامت در سطح کلان مانند گرم شدن زمین و شبیه آن، افزایش هزینه‌های سلامت به دلیل روند سال‌خورده شدن جمعیت و فشارهای ناشی از آن و عوامل اجتماعی و دیگر عوامل مشابه، ضرورت حکمرانی باکیفیت و اثربخش در حوزه سلامت جامعه و توجه به سلامت در همه سیاست‌ها را بیش از پیش نشان می‌دهد.

۱. دقیقی، علی‌رضا و مهشید عبدالاسلامی، «نقش حکمرانی خوب در تأثیرگذاری مخارج دولت بر بخش بهداشت: مطالعه موردی منتخبی از کشورهای در حال توسعه»، مجله اقتصادی، دوره هجدهم، شماره ۳ و ۴، ۱۳۹۷، ص ۱۰.

۲. صباغ کرمانی، مجید و مهدی باسزا، «نقش حکمرانی خوب در بهبود کارکرد هزینه‌های دولت (مطالعه موردی: بخش بهداشت و آموزش کشورهای اسلامی)»، تحقیقات اقتصادی، شماره ۸۶، ۱۳۹۹، ص ۶.

الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، چالش‌هایی در دست‌یابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه مدل یک‌پارچه نظام سلامت شامل کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیش‌تر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیش‌تر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزش‌یابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود.^۱

دولت‌ها در تمامی اقدامات خود در مورد تحقق سلامت و بهداشت، با دو مقوله هزینه‌بر بودن و زمان‌بر بودن ارائه خدمات به شهروندان مواجه هستند. بدیهی است این دو امر به عنوان محدودیت‌های بنیادین خارج از اراده دولت‌ها در تحقق حق بر سلامت عمومی شهروندان همواره وجود داشته است. از این رو، دولت‌ها ناگزیر به در نظر گرفتن آن دو در سیاست‌گذاری‌های در حال انجام در حوزه سلامت و بهداشت و برنامه‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و قانون‌گذاری و تنظیم مقررات در حوزه سلامت عمومی هستند. این امر به روشنی در تخصیص بودجه به حوزه سلامت به طور عام و موارد مختلف قابل طرح ذیل آن به صورت خاص نیز قابل بررسی است.^۲

با توجه به شکست بخش خصوصی در تولید و ارائه کالاها و خدمات عمومی به ویژه بخش بهداشت و درمان، دخالت دولت ضروری است که در این زمینه، الگوی حکمرانی خوب می‌تواند نقشی سازنده در ارتقای شاخص‌های بخش سلامت و بهداشت داشته باشد. وزارت بهداشت به عنوان نهادی که به طور مستقیم با سلامت در ارتباط است، می‌تواند در وضعیت جسمی و روانی مردم تأثیر مستقیم بگذارد و در نهایت به نگاه مردم به حکومت و دولت کمک زیادی کند. نوع مدیریت استفاده‌شده در وزارت بهداشت تا به حال نشان داده که همیشه کمی و کاستی‌ها در این وزارت‌خانه چه در بخش

۱. کاظمی‌نیا، محسن و همکاران، «ارزیابی حکمرانی خوب در ابعاد کیفیت و اثربخشی و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب: یک مطالعه تطبیقی»، فصل‌نامه مدیریت بهداشت و درمان، دوره دوازدهم، شماره ۴، ۱۴۰۰، ص ۱۵.

۲. متقی، سمیرا و همکاران، «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، دوره هجدهم، شماره ۴۶، ۱۳۹۶، ص ۳۰.

اجرایی و چه در بخش آموزشی وجود داشته است.^۱

در بخش سلامت، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ برای اولین بار از واژه «تولیت» به عنوان یکی از کارکردهای مهم نظام سلامت به منظور مدیریت دقیق و مسئولانه رفاه جمعیت استفاده کرد. هدف از این کارکرد، تقویت نقش راهبری و تنظیم‌گری وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت به منظور بهبود عملکرد و دستیابی به نتایج خوب سلامتی بود. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ نیز با درک اهمیت مفاهیمی نظیر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، رهبری، کنترل عملکرد و تفکر سیستمی و استراتژیک در مدیریت نظام سلامت، از واژه «حکمرانی» به جای «تولیت» برای تشویق وضع قوانین شفاف، نظارت مؤثر، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری استفاده کرد.

گفتار دوم. تعهدات دولت‌ها و سازمان بهداشت جهانی بر اساس اسناد بین‌المللی

مقررات بین‌المللی بهداشت مصوب ۲۰۰۵، دو دسته تعهد را برای دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت در نظر گرفته است. تعهداتی که سازمان جهانی بهداشت در دوران همه‌گیری یک بیماری باید انجام دهد، عبارتند از: همکاری با دولت درگیر بیماری در حوزه‌های مختلف برای کنترل بیماری در داخل مرزهای آن کشور و شیوع نیافتن به کشورهای همسایه، همکاری با دیگر دولت‌ها و سازمان‌ها برای کنترل و مهار بیماری شایع‌شده، دریافت اطلاعات از دولت‌ها اعم از مراجع رسمی و غیر رسمی و مقایسه اطلاعات و سپس انتشار آن‌ها، صدور توصیه‌نامه‌هایی برای کاهش سفر، صادرات و قرنینه مناطق آلوده و حمایت از حقوق بشر هنگام مدیریت بیماری‌ها. به موجب ماده ۱۲ این سند، مدیرکل سازمان جهانی بهداشت می‌تواند وضعیتی را که بهداشت عمومی را فوری تهدید می‌کند، یک دغدغه بین‌المللی یا وضعیتی اضطراری اعلام کند. دسته بعدی تعهدات، کارهایی هستند که کشورهای عضو جامعه بین‌المللی باید هنگام همه‌گیری یک بیماری انجام دهند. مطابق ماده ۶ این سند، «۱. هر دولت وظیفه دارد ظرف مدت ۲۴ ساعت با بهترین وسایل ارتباطی، سازمان جهانی بهداشت را از تمامی اتفاقاتی که ممکن است یک وضعیت اضطراری بین‌المللی باشد، مطلع سازد. ۲. به دنبال اطلاعیه یادشده، آن دولت باید هم‌چنان با سازمان جهانی بهداشت در ارتباط باشد و

۱. رادفر، فرشید و همکاران، «ارائه مدل جهت تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران)»، جامعه‌شناسی سیاسی ایران، دوره پنجم، شماره ۸، ۱۴۰۱، ص ۱۶۲۷.

نتایج آزمایشگاهی، منبع و نوع خطر و تعداد تلفات را گزارش دهد». وظیفه دیگر دولتی که دچار شیوع یک بیماری شده، تبادل اطلاعات است. مطابق ماده ۷ مقررات، «هر دولتی که با یک وضعیت بهداشتی غیر معمول روبه‌رو می‌شود، باید اطلاعات حاصل از فعالیت بهداشتی در آن زمینه را به اشتراک بگذارد». این تبادل اطلاعات و همکاری باید میان دیگر دولت‌ها و سازمان‌های درگیر نیز در جریان باشد.

بر اساس ماده ۱ طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در خصوص مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها (مصوب ۲۰۰۱)، هر فعل متخلفانه بین‌المللی دولت‌ها موجب مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها می‌شود. از جمله تعهداتی که تخطی از آن‌ها موجب فعل متخلفانه بین‌المللی می‌گردد، می‌توان به بند ۳ ماده ۱ منشور ملل متحد اشاره کرد که کشورها، متعهد به همکاری با یکدیگر در حل مسائل بین‌المللی هستند که جنبه‌های اقتصادی و بشردوستانه داشته باشد تا همه ملت‌ها بتوانند از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی بدون تبعیض بهره‌مند شوند. در شرایطی که تحریم‌های یک‌جانبه اولیه و ثانویه، دسترسی مردم کشورهای تحریم‌شونده را به اقلام پیش‌گیری و درمانی از بیماری‌های فراگیر مسدود می‌کنند، علاوه بر نقض اصل همکاری، حق سلامت شهروندان یک کشور نقض می‌شود و همه کشورهای مشارکت‌کننده در تحریم‌های اولیه و ثانویه، به میزان مشارکت در ورود آسیب‌های جانی، مالی و روانی مسئولیت دارند و ملزم به جبران خسارتند. در صورت هر گونه سهل‌انگاری دولت و سازمان‌های بین‌المللی یا احساس مسئولیت نکردن، شیوع یک بیماری می‌تواند حق سلامت و حق حیات مردم در نقاط مختلف جهان را به خطر اندازد. از جمله حقوقی که در مورد حق سلامت می‌بایست تضمین گردند، حق دسترسی آزاد به اطلاعات بهداشتی، حق دسترسی به داروهای اساسی مقرون به صرفه، حق بهره‌مندی از داروها و روش‌های پیش‌گیری و درمانی جدید ابداعی و حق بر تجارت و مبادلات مالی برای مهار بحران در کشورهاست.

گفتار سوم. نقش شاخص‌های حکمرانی خوب در تحقق حق بر بهداشت

از درپچه حقوق داخلی کشورها، سازمان‌ها و اداره‌های دولتی به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متولی امور مربوط به بهداشت هستند. در این گفتار به بررسی موضوع از جنبه حقوق داخلی به ویژه حقوق اداری می‌پردازیم.

بند اول. حمایت قضایی از حق بر بهداشت

برخی مقررات دو میثاق قابلیت اجرای فوری در بسیاری از نظام‌های حقوقی داخلی دارند، ولی تحقق برخی از آن‌ها نیازمند قانون‌گذاری است. در چنین مواردی، تعهد به اقدام، مستلزم اقدام‌های تقنینی خواهد بود. اقدام تقنینی در قانون‌گذاری خلاصه نمی‌شود و تعهد دولت تنها با وضع قانون به پایان نمی‌رسد. قوانین حتی در بهترین وضعیت، راهی ناقص برای دفاع از شرایط زندگی بهتر است. از این رو، دولت‌ها باید نشان دهند که این قوانین با پیشرفت در اجرای حق‌ها همراه بوده‌اند. افزون بر این، در مواردی که قانونی تصویب شده است، باید آیین‌هایی برای توسل به دادگاه‌ها وجود داشته باشد تا هر کسی که حقوق و آزادی‌های او نقض می‌شود، از راهی مؤثر بتواند آن‌ها را جبران کند. کمیته در تفسیر عمومی خود افزون بر قانون‌گذاری، بر «پیش‌بینی و تدارک طرق جبران قضایی در خصوص حق‌هایی» که در چارچوب نظام حقوق داخلی قابل دادخواهی هستند، تأکید کرده است.^۱

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأکید دارد که بسیاری از اقدامات مانند بیش‌تر راهبردها و برنامه‌های طراحی شده برای محو تبعیض مرتبط با سلامتی را می‌توان با کم‌ترین آثار مالی از طریق تصویب، اصلاح یا لغو قوانین یا توزیع اطلاعات پی‌گیری کرد. کمیته در تفسیر عمومی شماره ۳ اشعار می‌دارد: «حتی هنگام محدودیت‌های شدید منابع باید با درپیش گرفتن برنامه‌های نسبتاً کم‌هزینه و هدفمند از اعضای آسیب‌پذیر جامعه حمایت کرد». به این ترتیب، روشن می‌گردد که با وجود جهت‌گیری اصلی اسناد بین‌المللی حقوق بشری به سمت برابری و نفی تبعیض در دسترسی به خدمت سلامت، گروه‌های خاص و اعضای آسیب‌پذیر جامعه به لحاظ وضعیت ویژه خود نسبت به دیگر اقشار مرفه جامعه، اولویت و ارجحیتی قابل ملاحظه دارند. تخصیص نادرست منابع سلامتی ممکن است منجر به تبعیضی شود که آشکار نیست. مثلاً سرمایه‌گذاری‌ها نباید به صورت نامتناسبی به سمت خدمات پرهزینه درمان سلامتی هدایت شود که فقط برای قشر دارا و برخوردار جامعه قابل دسترس است، به جای آن‌که صرف مراقبت اولیه و پیش‌گیرانه سلامتی شود که بخش بزرگ‌تری از جمعیت از آن بهره‌مند گردند.^۲

۱. میروسوی، پیشین، ص ۳۸.

۲. سید موسوی، میرسجاد، «رویکردی بر نظریه حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»، فصل‌نامه تحقیقات حقوقی، شماره ۸۹، ۱۳۹۸، ص ۲۸۴.

در این خصوص، بر اساس اصل ۱۷۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دیوان عدالت اداری به عنوان مرجع پاسداشت از حقوق افراد در برابر تعذبات دستگاه‌های دولتی به رسمیت شناخته شده است. بر این اساس، افراد در صورت نقض حق بر بهداشت توسط سازمان‌ها و اداره‌های دولتی، حق دارند شکایت خود را در شعب و هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مطرح کنند. البته بررسی رویه قضایی دیوان عدالت اداری نشان می‌دهد دیوان عدالت اداری با وجود هیئت تخصصی فرهنگی، آموزشی و پزشکی تاکنون به حمایت از حق بر بهداشت، توجهی درخور نکرده است.

بند دوم. ارائه آموزش در حوزه مسائل بهداشتی

در نظام بین‌الملل حقوق بشر برای مقوله کسب آموزش و اطلاعات مفید علمی و تخصصی اهمیت زیادی قائل شده‌اند، به طوری که در قالب کنفرانس‌ها و کمیسیون‌های متعدد به امر آموزش به ویژه درباره مسائل پزشکی و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی و راه‌های کسب علم و فنون و مبارزه با انواع بیماری‌های واگیر پرداخته شده است. در پیمان‌نامه‌های حقوق بشر از حقوق مربوط به پژوهش و کسب اطلاعات به این دلیل حمایت شده که چنین حقوقی برای تحقق حقوق انسان‌ها لازم است. اطلاعات شامل خدمات بهداشتی و درمانی است که بنا به اختیار یا اجبار توسط مقامات مسئول سلامت در اختیار افراد انسانی باید گذاشته شود. آموزش حقوق بشر در حوزه سلامت و بهداشت عمومی دربردارنده مجموعه‌ای از آموزش‌ها برای ایجاد آگاهی افراد نسبت به مسائل بهداشتی، آشنایی با تضمین‌هایی برای مقابله با نقض این حق و توسعه زمینه‌های رعایت چنین حقی است. همان‌گونه که حق بر سلامت و بهداشت عمومی در نظام حقوق بین‌الملل بشر از موقعیت خاصی برخوردار است، ارتباطی ناگسستنی میان آموزش حقوق بشر و حق بر سلامت و بهداشت عمومی وجود دارد و نمی‌توان این دورا از یکدیگر جدا دانست.^۱ به نظر می‌رسد که حق آموزش، پایه و اساس حق‌های بنیادین است؛ زیرا بدون داشتن آگاهی در مورد تغذیه یا مراقبت‌های بهداشتی، تأمین درآمد یا اقدامات بهداشتی اساسی کفایت نخواهد کرد. افزون بر آن، آموزش الزاماً به افراد امکان می‌دهد به گونه‌ای مؤثر از حقوق مدنی و اساسی خود آگاه شوند.^۲

۱. باقری حامد، یوسف، «آموزش حقوق بشر و حق بر سلامت و بهداشت عمومی»، مطالعات بین‌المللی، شماره ۶۱، ۱۳۹۸، ص ۶۹.

۲. همتی، مجتبی، «حق‌های اقتصادی - اجتماعی و نسبت آن با حقوق شهروندی در پرتو نظریه عدالت رولز»، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۵۸، ۱۳۸۶، ص ۶۵.

حقوق بشر و بهداشت و سلامت عمومی را می‌توان رویکردهایی مکمل و در عین حال، متضاد برای مراقبت و ارتقای خوب زیستی و کرامت انسان دانست. سلامت و بهداشت عمومی، نیازهای مردم را واریسی و آن را از طریق مداخله و آموزش برای پیش‌گیری از شیوع بیماری‌ها دنبال می‌کند. رویکرد حقوق بشر نیز در قوانین ملی و بین‌الملل به دلیل تقدس و اهمیت حق بر بهداشت در حفظ حق حیات انسان، تعهدات دولت را برای حفظ شهروندان از خطر و خلق شرایطی که هر فرد به واسطه آن قادر باشد به ظرفیت کامل بالقوه‌اش دست یابد، شکل می‌دهد.^۱

در این خصوص، بند ۲ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مقام بین وظایف وزارت بهداشت بیان می‌دارد: «تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها و بهداشت خانواده‌ها و مدارس، آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه به ویژه بهداشت مادر و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط.» بنابراین، آموزش بهداشت از جمله تکالیف مقرر برای این وزارت‌خانه است.

بند سوم. شفافیت و انتشار اطلاعات در حوزه مسائل بهداشتی

حق آگاهی از جمله حقوق بشری است که به عنوان یک حق بنیادین، ارتباطی عمیق با کرامت ذاتی انسان‌ها دارد. تحقق حق دسترسی مردم به اطلاعات مستلزم اقدامات مسئولان کشورهاست تا نظامی قابل دسترس و به‌روز در این عرصه ایجاد شود. هزینه دسترسی به اطلاعات نباید آن قدر سنگین باشد که متقاضیان اطلاعات صحیح عملاً از این حق محروم شوند. دسترسی به اطلاعات صحیح سلامت باعث کاهش تقاضا برای درمان می‌شود. دسترسی به اطلاعات بهداشتی هم چنین می‌بایست در حداقل زمان ممکن امکان‌پذیر باشد؛ زیرا ممکن است با گذشت زمان، فایده خود را از دست بدهند. با توجه به فعالیت شبکه‌های اجتماعی در فضای مجازی که گاه با ارائه اطلاعات ناصحیح، مردم را سردرگم می‌کنند و با سیاه‌نمایی‌ها یا دیگر اطلاعات غیر واقعی در فضایی هیجانی باعث گسترش و شیوع بیش‌تر بیماری‌های فراگیر شوند، می‌بایست اطلاعات صحیح

۱. وحدانی‌نیا، ولی‌الله و همکاران، «سلامت به مثابه حق بشری؛ روایت حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت»، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، سال سیزدهم، شماره ۱، ۱۳۹۹، ص ۲.

غیر طبقه‌بندی شده مربوط به تهدیدهای موجود مربوط به سلامت مردم از سوی منابع رسمی به صورت برابر و غیر تبعیض‌آمیز و متمرکز در اختیار شهروندان قرار گیرد تا شهروندان با دسترس داشتن اطلاعات دقیق و معتبر به پیش‌گیری از بیماری با درمان به موقع خود بپردازند. این امر باعث اعتماد مردم به منابع رسمی می‌شود و سبب افزایش توان‌مندی شهروندان به تفکیک اخبار صحیح از اخبار غیر واقعی و مانع نگرانی شهروندان می‌گردد.^۱

اعتبار بخشیدن و به رسمیت شناختن آزادی اطلاعات به عنوان یک حق بنیادین بشر، دو پی‌آمد مهم دارد:

نخست - اطلاعات، وسیله‌ای برای تأمین مزایا و منافع حکومت‌کنندگان و سیاست‌گذاران نیست و ضروری است که از آن برای تأمین منفعت عمومی بهره برد. در یک جامعه دموکراتیک، دولت، امانت‌دار اطلاعات است و شهروندان به حکومت خود اعتماد می‌کنند تا اطلاعات لازم را برای مصلحت و منفعت آنان تدوین کنند.

دوم - اصل بر این است که همگان از حداکثر آزادی اطلاعات بهره‌مند گردند و کسانی که استثنائاتی را درباره این حق قائل هستند، باید دلایل توجیهی خود را بیان کنند. از دیدگاه آزادی اطلاعات و حق دسترسی به اطلاعاتی که در اختیار دولت است، کلیدواژه‌های مورد توجه در ماده ۱۹ اعلامیه و میثاق، حق آزادی «جست‌وجو»، «دریافت» و «انتشار» اطلاعات و اندیشه‌هاست.^۲

انتشار دقیق و به موقع اطلاعات و تجربه‌های پزشکی و بهداشتی در مواقع بروز بیماری‌های واگیر می‌تواند به پزشکان و مسئولان بهداشتی در درمان و مقابله با همه‌گیری این بیماری‌ها کمک مؤثری کند. بدیهی است همان‌گونه که هیچ پزشکی بدون دسترسی به اطلاعات دقیق و شفاف در مورد بیماری نمی‌تواند بیمار را درمان کند، نظام مدیریت بهداشت عمومی نیز بدون این اطلاعات نمی‌تواند شیوع این بیماری را در جامعه کنترل کند و مردم نیز بدون دسترسی به این اطلاعات در

۱. امین‌زاده، الهام، «ابعاد حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها و سازمان بهداشت جهانی در خصوص حق بر سلامت در شرایط بیماری‌های فراگیر و تحریم‌های بین‌المللی»، مجله حقوق پزشکی، دوره پانزدهم، شماره ۵۶، ۱۴۰۰، ص ۵.

۲. شیخ دزفولی، روح‌الله و همکاران، «تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در دوران کرونا با تأکید بر حق اطلاع‌رسانی»، پژوهش‌های نوین حقوق اداری، دوره پنجم، شماره ۱۴، ۱۴۰۲، ص ۳۰۶.

معرض بیماری و آسیب‌های روحی قرار خواهند گرفت. از این رو، تضمین اصل شفافیت و دسترسی سریع به اطلاعات دقیق حداقل در موارد اضطراری بهداشتی باید بیش از پیش تضمین شود. در این زمینه، پاسخ‌گویی و انتشار به موقع و دقیق اطلاعات توسط نهاد مسئول کنترل بیماری حایز اهمیت است.

تبصره ۱ ماده ۱۷ قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات در راستای حمایت از انتشار اطلاعات بهداشتی مقرر می‌کند که اطلاعات راجع به وجود یا بروز خطرهای زیست محیطی و تهدید سلامت عمومی مشمول استثنا و منع دسترسی نمی‌شوند، اما شرط اجرای این ماده، وجود نظام‌های مؤثری برگردآوری، تسهیم و انتشار دقیق اطلاعات بهداشتی است. بنابراین، با توجه به اصل همکاری میان سازمانی و دسترسی به اطلاعات در حقوق اداری لازم است تا سازوکارهای اداری مقتضی برای تنظیم روش‌های گردآوری اطلاعات، تسهیم و اشاعه سریع این اطلاعات و تجربه‌های پزشکی و بهداشتی میان کادر درمانی و مسئولان بهداشت عمومی ایجاد شود. در این زمینه، پاسخ‌گویی و انتشار به موقع و دقیق اطلاعات توسط نهاد مسئول کنترل بیماری اهمیت دارد.^۱

در این خصوص نیز توجه به مفاد منشور حقوق بیمار قابل توجه است. منشور حقوق بیمار در قالب سندی جامع توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۱۳۸۸/۸/۱۰ به تصویب رسیده و در بند دوم به بحث ارائه اطلاعات اشاره شده است.

بند چهارم. مشارکت شهروندان در تصمیم‌گیری‌ها

مشارکت، عنصر کلیدی چارچوب حقوق بشری است. کانال‌های مشارکتی مؤثر نسبت به سیاست‌گذاران و مجریان برنامه، اجازه بررسی و دریافت بازخورد از ذی‌نفعان را می‌دهد و در نتیجه، موجب بهبود کارایی برنامه‌های حمایت اجتماعی می‌شود. بدون سازوکارهای کافی برای دخالت ذی‌نفعان در طراحی و اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی، خطر ناپایداری و ناکامی در دستیابی به اهداف مورد نظر برنامه وجود دارد. در طراحی روش‌های مشارکتی باید به نامتوازن بودن قدرت در جامعه، تداوم خطر به جای از بین بردن آن، سوء استفاده از قدرت توسط گروه‌های محلی و

۱. فریادی، مسعود و مرتضی نجابت‌خواه، «چالش‌های حقوق اداری در مدیریت شرایط اضطراری بهداشتی»، فصل‌نامه تحقیقات حقوقی، دوره بیست و پنجم، شماره ۲، ۱۴۰۱، ص ۲۲۲.

استمرار پردشدگی گروه‌های حاشیه‌ای در فرآیند مشارکت به ویژه زنان توجه صورت گیرد.^۱

بارزترین سود حاصل از مشارکت اجتماعی که در منابع مختلف به آن پرداخته شده، ارتقای حس مسئولیت‌پذیری و هوشیاری مردم نسبت به سلامت فردی و جمعی است. مزیت دیگر آن، کسب قدرت از طریق ایجاد مهارت‌های جدید و قدرت کنترل منابع است. در فرآیند مشارکت در سلامت، فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد و منجر به کسب درونی تبحر و تسلط در امور ارتقادهنده سلامت عمومی ممکن می‌شود. شناخت بهتر نیازهای سلامت و رفاه مردم و ارتقای زمینه اشتغال از دیگر مزایای مشارکت مردم در امر سلامت است.^۲

سازمان بهداشت جهانی معتقد است مشارکت در سلامت، نوعی تعاون است که در آن، مردم به صورت داوطلبانه یا به سبب تشویق و توجیه می‌پذیرند که با مداخلات مرتبط با سلامت تعامل داشته باشند و با فراهم کردن نیروی کار یا دیگر منابع مورد نیاز، منافع را کسب کنند. امروزه، مشارکت اجتماعی به بخش اساسی سلامت جامعه و برنامه‌های توسعه‌ای تبدیل شده است. مفهوم مشارکت در سلامت اساساً از رویکرد مردم‌محوری در اقدامات توسعه‌ای ریشه گرفته است و این مهم را به ذهن متبادر می‌سازد که برای ارتقای سلامت باید به اصل «با مردم و نه برای مردم» متعهد بود و بر این اساس، استراتژی‌هایی را در پیش گرفت که بر دخالت مردم در امور اجتماعی و سلامت شهری استوار باشد.

برای ارتقای سلامت جامعه می‌توان دو بعد را در نظر گرفت: فعالیت‌هایی که مستلزم دخالت مستقیم دولت باشند و راهکارهایی که مستلزم فعالیت مستقیم مردم هستند. برای تحقق ارتقای سلامت فرد و جامعه، نیازمند ایجاد قدرت مدیریت و تصمیم‌گیری صحیح در تمامی افراد جامعه هستیم. به عبارت دیگر، تا زمانی که مردم نتوانند عوامل مؤثر بر سلامت را شناسایی و کنترل کنند، تأمین و ارتقای سلامت به مفهوم کلی آن دست‌نایافتنی خواهد بود.

منظور از مشارکت شهروندان در تصمیم‌گیری‌ها این است که وقتی مقامات اداری تصمیمی می‌گیرند که بر حقوق و منافع مردم تأثیر منفی بگذارد، الزاماً باید اظهارات شهروندان استماع گردد. قانون

۱. نک: کارمونا، مگدالنا و کارلی نایست، رویکرد حقوق بشری به حمایت اجتماعی، ترجمه: محسن آرامش‌پور و مریم ابراهیمی، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، ۱۳۹۸.

۲. محمدی شاه بلاغی فرحناز، ستاره فروزان آمنه، همتی ساحل، کریملو مسعود. عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت. رفاه اجتماعی، دوره ۱۳، شماره ۴۸، سال ۱۳۹۲، صفحه ۵۰

اساسی جمهوری اسلامی ایران اصولاً مشارکت‌بنیاد است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در چند اصل از ارزش‌های مردم سالارانه و نقش سازنده مردم در تعیین راهبردها و اداره امور جامعه سخن به میان آورده است.^۱

عملکردهای قانون در حوزه سلامت بسیار است. قانون می‌تواند حقوق قانونی به فرد بدهد و تعهدات قانونی را تحمیل کند. تأثیر قانون می‌تواند در زمینه تنظیم رفتار، مجوز برنامه‌ها، تنظیم منابع برای خدمات درمانی از جمله منابع انسانی و تأمین بودجه خدمات درمانی باشد. هرچند قانون‌گذاری به تنهایی نمی‌تواند راه‌گشای نظام سلامت باشد، ولی در کنار دیگر مؤلفه‌ها برای پیشبرد نظام سلامت ضروری است. یکی از سؤال‌های مهمی که در تصویب یک قانون وجود دارد، شیوه مشارکت ذی‌نفعان در فرآیند تدوین قانون است. این مشارکت شامل مشارکت در تدوین پیش‌نویس قانون یا تصویب آن در پارلمان است. فرآیند مشارکت دو عامل اصلی دارد: قانون‌گذاران و شهروندان. هر دو عامل باید روند خود را در ایجاد ظرفیت، آموزش و توسعه ببیمایند. دو مؤلفه قانون‌گذاران و شهروندان نمی‌توانند در مسیرهای موازی بدون تلاقی با یکدیگر پیشرفت کنند.^۲

نظام سلامت نیازمند مشارکت فعال مردم، مشتریان و بیماران است. همکاری و مشارکت بیش‌تر مردم موجب تقویت شفافیت، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری دولت‌ها خواهد شد. مشارکت افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف باید در فرآیند تدوین، اجرا و ارزش‌یابی سیاست‌های سلامت تقویت شود. باید سازوکاری ایجاد شود تا مردم بتوانند نظرهای خود را بیان کنند و از نتایج نظرسنجی‌ها در ارزش‌یابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود. ذی‌نفعان نظام سلامت باید در تصمیم‌گیری‌ها و اجرا و ارزش‌یابی برنامه‌های بهداشتی و سازمان‌هایی مشارکت فعال داشته باشند که در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، مدیریت، تولید، مصرف و ارزش‌یابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارند.^۳

۱. میرزاده کوه‌شاهی، نادر و حسن رضایی، «نقش مشارکت شهروندان و کارمندان در تصمیم‌گیری‌های اداری مطلوب»، مجله حقوق اداری، شماره ۱۷، ۱۳۹۷، ص ۱۲.

۲. اخوان بهبهانی، علی و همکاران، «چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت (مطالعه کیفی)»، مجله توان‌بخشی، دوره بیست و یکم، شماره ۴، ۱۳۹۹، ص ۴۶.

۳. خسروی و همکاران، پیشین، ص ۴۶.

بند پنجم. توجه به نقش بخش غیر دولتی

ساختارهای ملی حقوق بشر مانند نهادها یا کمیسیون‌های داخلی در ارتقای حق بر بهداشت نقش مهمی دارند. آن‌ها می‌توانند نقش فعالی در ارزیابی سیاست‌ها و بودجه‌بندی مسائل بهداشتی داشته باشند. این نهادها، فرصت گفت‌وگوی سازنده بین جامعه مدنی و مقامات مسئول را فراهم می‌کنند. این نهادها می‌توانند به عنوان پلی در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی عمل کنند.^۱

از مهم‌ترین وظایف نهادها، برقراری ارتباط میان حکومت و مردم است. آن‌ها موظفند ارتباطی درست و تحریف‌ناشده میان سیاست‌سازان و مردم برقرار کنند تا حاکمان با تصمیم‌گیری درست و منطبق با نیازهای جامعه هم بتوانند جامعه را به سوی اهداف خود راهبری کنند و هم با نشان دادن کارآیی خود، مشروعیت نظام سیاسی را گسترش بخشند.^۲

مقامات ملی و محلی باید درک از حقوق بشر همه افراد تحت صلاحیتشان را از طریق تعلیم و تربیت ارتقا دهند. به طور خاص، این مقامات باید بر پایه سیستماتیک، آموزش حقوق بشر را به نمایندگان انتخاب‌شده و مقامات اجرایی و انتشار اطلاعات مرتبط با حقوق بشر را برای شهروندان سازمان‌دهی کنند. از این طریق، ارتقای حقوق بشر تحقق پیدا می‌کند.^۳

نتیجه‌گیری

حق بر بهداشت، یکی از اساسی‌ترین حق‌های بشری است که با حق حیات ارتباط دارد. دولت‌ها در اجرای حقوق بشر دارای تعهداتی هستند که در سه سطح تعهد به احترام، تعهد به ایفا و تعهد به اقدام است. بر این اساس، در سطح جهانی، بر پایه ماده ۲ اساس‌نامه سازمان بهداشت جهانی، اشتغالات فراوان و متنوعی را در قلمروهای اصلی و فرعی مرتبط با امر سلامت برای این سازمان در نظر گرفته که بخش عمده آن در خصوص ارتقای سلامت و بهداشت عمومی در کشورهاست.

1. Hammonds, op.cit., p. 64.

۲. پورعزت، علی اصغر و همکاران، «رابطه آگاهی شهروندان از حقوق شهروندی با پاسخگویی و شفافیت سازمان»، نشریه رفاه اجتماعی، ۱۳۸۹، شماره ۳۸، صفحه ۱۱۸

۳. رئوف رحیمی، مسئولیت دولت و بخش خصوصی در قبال حقوق بشر، مجله مطالعات بین‌المللی سال ۱۵ زمستان ۱۳۹۷، شماره ۳ (پیاپی ۵۹)، صفحه ۷۳

ماده ۶۳ اساس نامه نیز تصریح دارد هر دولت باید آیین‌نامه‌ها و گزارش‌های مربوط به بیماری را که در سرزمینش رخ داده و انتشار یافته است، فوری به سازمان اعلام کند که نشان‌دهنده تأکید این سازمان بر مسئولیت جمعی و مشترک دولت‌های عضو است. هم‌چنین بر اساس ماده ۶۴ این سند، هر دولت عضو سازمان باید بر اساس ترتیباتی که مقرر می‌کند، گزارش‌هایی را در خصوص اپیدمی‌های رخ داده در سرزمینش تهیه و به سازمان ارائه کند. با این حال، باید توجه داشت که لغو عضویت کشورهای عضو از سازمان بهداشت جهانی تنها محدود به همکاری نکردن دولت‌هاست و موجد مسئولیت الزام‌آور نیست.

در حقوق داخلی، متولی اجرای حق بر بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. ابعاد این حق از بعد حقوق اداری قابل توجه است و بر این اساس، به رسمیت شناختن مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی، انتشار و ارائه اطلاعات کافی و به موقع به ویژه در زمان وقوع اپیدمی‌ها، حق بر پی‌گیری قضایی حق بر بهداشت و نیز ارائه آموزش در حوزه مسائل سلامت و بهداشت از جمله تعهدات دولت و سازمان‌های دولتی است.

فهرست منابع

۱. فارسی

الف) کتاب

۱. کارمونا، مگدالنا و کارلی نایست، رویکرد حقوق بشری به حمایت اجتماعی، ترجمه: محسن آرامش‌پور و مریم ابراهیمی، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، ۱۳۹۸.

ب) مقاله

۱. اخوان بهبهانی، علی و همکاران، «چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت (مطالعه کیفی)»، مجله توان‌بخشی، دوره بیست و یکم، شماره ۴، ۱۳۹۹.

۲. امین‌زاده، الهام، «ابعاد حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها و سازمان بهداشت جهانی در خصوص حق بر سلامت در شرایط بیماری‌های فراگیر و تحریم‌های بین‌المللی»، مجله حقوق پزشکی، دوره پانزدهم، شماره ۵۶، ۱۴۰۰.

۳. باقری‌حامد، یوسف، «آموزش حقوق بشر و حق بر سلامت و بهداشت عمومی»، مطالعات بین‌المللی، شماره ۶۱، ۱۳۹۸.

۴. حبیبی‌مجنده، محمد، «حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، حقوق بشر، دوره دوم، شماره ۱، ۱۳۸۶.

۵. خسروی، محمدفاروق و همکاران، «حکمرانی در نظام سلامت؛ یک مرور مفهومی»، مجله حکیم، دوره بیست و چهارم، شماره ۱، ۱۴۰۰.

۶. دقیقی، علی‌رضا و مهشید عبدالاسلامی، «نقش حکمرانی خوب در تأثیرگذاری مخارج دولت بر بخش بهداشت: مطالعه موردی منتخبی از کشورهای در حال توسعه»، مجله اقتصادی، دوره هجدهم، شماره ۳ و ۴، ۱۳۹۷.

۷. دمازی، بهزاد و همکاران، «ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌ها»، فصل‌نامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره چهاردهم، شماره ۲، ۱۳۹۶.

۸. رادفر، فرشید و همکاران، «ارائه مدل جهت تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران)»، جامعه‌شناسی سیاسی ایران، دوره پنجم، شماره ۸، ۱۴۰۱.
۹. زمانی، سید قاسم و نسیم رحمان نسب امیری، «تعهد دولت به حمایت از حقوق بشر: ضرورت طرح مسئولیت کیفری شرکت‌ها در قبال نقض حقوق بشر در نظام‌های حقوق داخلی»، مجله پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی، دوره نهم، شماره ۱۷، ۱۴۰۰.
۱۰. سید موسوی، میرسجاد، «رویکردی بر نظریه حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»، فصل‌نامه تحقیقات حقوقی، شماره ۸۹، ۱۳۹۸.
۱۱. شیخ دزفولی، روح‌الله و همکاران، «تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در دوران کرونا با تأکید بر حق اطلاع‌رسانی»، پژوهش‌های نوین حقوق اداری، دوره پنجم، شماره ۱۴، ۱۴۰۲.
۱۲. صباغ کرمانی، مجید و مهدی باسزا، «نقش حکمرانی خوب در بهبود کارکرد هزینه‌های دولت (مطالعه موردی: بخش بهداشت و آموزش کشورهای اسلامی)»، تحقیقات اقتصادی، شماره ۸۶، ۱۳۹۹.
۱۳. طاهرخانی، خیرالله و همکاران، «بحران کرونا و مسئولیت حقوقی دولت‌ها در حوزه سلامت»، جامعه‌شناسی سیاسی ایران، شماره ۹، ۱۳۹۹.
۱۴. فریادی، مسعود و مرتضی نجابت‌خواه، «چالش‌های حقوق اداری در مدیریت شرایط اضطراری بهداشتی»، فصل‌نامه تحقیقات حقوقی، دوره بیست و پنجم، شماره ۲، ۱۴۰۱.
۱۵. کاظمی‌نیا، محسن و همکاران، «ارزیابی حکمرانی خوب در ابعاد کیفیت و اثربخشی و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب: یک مطالعه تطبیقی»، فصل‌نامه مدیریت بهداشت و درمان، دوره دوازدهم، شماره ۴، ۱۴۰۰.
۱۶. متقی، سمیرا و همکاران، «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، دوره هجدهم، شماره ۴۶، ۱۳۹۶.
۱۷. مدنی، ضیاءالدین، «التزام بین‌المللی دولت به رعایت حقوق بشر: مقید به مکان»، مجله حقوقی، شماره ۳۸، ۱۳۸۷.

۱۸. مصدق‌راد، علی محمد و پریسا رحیمی‌تبار، «الگوی حاکمیت نظام سلامت در ایران: یک مطالعه تطبیقی»، مجله علوم پزشکی رازی، دوره بیست و ششم، شماره ۹، ۱۳۹۸.
۱۹. میرزاده کوه‌شاهی، نادر و حسن رضایی، «نقش مشارکت شهروندان و کارمندان در تصمیم‌گیری‌های اداری مطلوب»، مجله حقوق اداری، شماره ۱۷، ۱۳۹۷.
۲۰. میرموسوی، سید علی، «تعهد و مسئولیت‌های دولت در برابر حقوق بشر»، مجله حقوق بشر، شماره ۳۱، ۱۴۰۰.
۲۱. الوانی، سید مهدی و محسن علی‌زاده ثانی، «تحلیلی بر کیفیت حکمرانی خوب در ایران»، مطالعات مدیریت بهبود و تحول، دوره هجدهم، شماره ۵۳، ۱۳۸۶.
۲۲. وحدانی‌نیا، ولی‌الله و همکاران، «سلامت به مثابه حق بشری؛ روایت حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت»، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، سال سیزدهم، شماره ۱، ۱۳۹۹.
۲۳. همتی، مجتبی، «حق‌های اقتصادی - اجتماعی و نسبت آن با حقوق شهروندی در پرتو نظریه عدالت رولز»، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۵۸، ۱۳۸۶.

2. Latin source

1. Hammonds, Richard, **Protecting the right to health through inclusive a resilient health care for all**, Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2021.
2. Marks, Stephen, **Normative expansion of right to health and the proliferation of human rights**, The Geo. Wash. Int'l L. Rev, Vol. 49, 2010.
3. Petersen, P. E., & Yamamoto, T., "Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme", Community dentistry and oral epidemiology, 2005, 33(2), 81-92.
4. Rogers, W., **Health inequities and the social determinants of health, Principles of Health Care Ethics**, Second Edition, 2006.

Human rights obligations of governments in the field of health based on the theory of good governance

Sara Gorgij¹

Hossein Alekahjba²

Hamidreza Salehi³

Abstract

The concept of collective responsibility, like personal responsibility and joint responsibility, in most fields refers to both the causal responsibility of moral agents for global harms and the reaction shown against these harms. Therefore, it can be said that collective responsibility has moral propositions in a way. Because this notion of collective responsibility posits groups, as distinct from their individual members, as moral agents,. The view of methodological individualism challenges the possibility of associating moral agency with groups as separate from their individual members, and in the view of normative individualism collective responsibility violates the principles of individual responsibility and fairness. In response to these challenges, proponents of collective responsibility attempted to demonstrate that collective responsibility, as well as group intentions and collective action, is possible. One of the biggest issues that requires joint and collective action of governments is the issue of health and hygiene. The World Health Organization has crystallized as a symbol of governments' will to solve health challenges collectively. On this basis, the member countries of the World Health Organization are committed to cooperate with each other in solving international issues that have economic and humanitarian aspects so that all nations can benefit from human rights and basic freedoms without discrimination. Therefore, based on the collective responsibility of the member states of the World Health Organization, taking joint measures in the field of fighting diseases and improving the level of health is one of the duties of the member states.

Keywords: Human rights, right to health, good governance, government obligations, World Health Organization

1. phd student of Public International Law, Department of Law, Payam Noor University, Tehran, Iran, soagorgich2016@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Public Law, Payam Noor University, Tehran, Iran, dr.alekahjba@pnu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Law, Payamnoor University, Tehran, Iran, salehi_hamid1202@yahoo.com