

موانع و چالش‌های حمایت از حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران

جمیله جعفریان اصل*
 علی حاجی پور کندرود**
 ارکان شریفی***

چکیده

حق برخورداری از بالاترین استانداردهای دست‌یافتنی سلامت، یکی از مهم‌ترین حق‌های بشری است که به عنوان یکی از حقوق بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. با این حال، در حقوق ایران، اجرای حق بر سلامت نیز مانند برخی دیگر از حق‌ها با موانع و چالش‌های قانونی روبه‌روست و به طور بدیهی، دستیابی به نظام سلامت مطلوب در وهله اول، نیازمند شناسایی و رفع این موانع خواهد بود. بر این اساس، در مقاله پیش رو به روش توصیفی - تحلیلی و با استناد به منابع کتاب‌خان‌های به این پرسش اصلی پاسخ می‌دهیم که مهم‌ترین موانع و چالش‌های حقوقی حق بر سلامت در حقوق ایران چیست؟ هدف از تحقیق حاضر، شناسایی موانع فراروی حوزه مورد بحث برای رفع این موانع و دستیابی به نظام حقوقی مطلوب‌تر در این عرصه است. یافته‌های پژوهش گویای این واقعیت است که بی‌توجهی به معنا و مفهوم دقیق و استاندارد حق بر سلامت و نیز عوامل گوناگون مؤثر بر آن در قوانین موضوعه کشور، رفع نشدن مسئله تعارض منافع، ضعف در نظام نظارت قانونی و ضعف در ضمانت اجرای قوانین موجود، به علاوه برخی خلأهای قانونی دیگر، از جمله مهم‌ترین موانع و چالش‌های قانونی فراروی حق بر سلامت هستند. در نتیجه، رفع این موانع، اصلاح قوانین و سیاست‌های کلان موجود در این زمینه از ضروریات اصلی نظام تقنینی کشور به شمار می‌رود.

کلیدواژه‌ها: حق بر سلامت، سیاست‌های کلان، قوانین، موانع و چالش‌ها.

*. دانشجوی دکتری، گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران .

jafarian22992299@gmail.com

** . استادیار، گروه حقوق، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

hajipour62@yahoo.com

arkansharifi@gmail.com

***. استادیار، گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

مقدمه

در مبانی حقوق عمومی، حق‌ها، بنیان حقوق هستند و قانون، تجلی بارز نظام حقوقی است. اگر قانون مبتنی بر حق‌ها باشد، دیگر نمی‌تواند حق را محدود کند، بلکه این حق‌ها هستند که گستره و ماهیت قانون را تعیین و تحدید می‌کنند یا گسترش می‌دهند. قانون مبتنی بر حق و حق، زیربنای قانون محسوب می‌شود. حق به لحاظ ظاهری زمانی شکل می‌گیرد که انتظام و تضمین آن حق در نظام حقوقی وجود داشته باشد. وقتی می‌توان حق را تضمین کرد که قابلیت کشاندن به پای دادرسی در صورت نقض حق میسر باشد و این امر صرفاً در چارچوب قانون ممکن خواهد بود. در این راستا، حفظ و تأمین سلامت عمومی به منزله حقی بشری و بنیادین از جمله تکالیف و اولویت‌های دولت‌ها در مقابل شهروندان به شمار می‌آید.

در عصر حاضر، انواع نظریه‌های حقوقی در مورد چگونگی تشکیل دولت‌ها و نحوه دخالت آن‌ها در عرصه‌های مختلف بهداشتی و درمانی، لزوم شکل‌گیری و جایگاه دولت را در قالب نظام‌های حقوقی به چالش می‌کشد. در دیدگاه توماس هابز، شکل‌گیری دولت بر بنیان حق است؛ یعنی واگذاری حقوق طبیعی افراد به نهادی عمومی که همان نماینده اراده تمام جامعه است، صورت می‌گیرد، اما جان لاک بر خلاف هابز معتقد است که افراد، همه حقوق طبیعی خود را به دولت واگذار نمی‌کنند. در اندیشه او، تجلی بارز حق‌ها، حق مالکیت است و دولت باید آن را تضمین کند. پس دولت حق دخالت در مالکیت را ندارد. چون حق بر سلامت، از مهم‌ترین حق‌های بشری است، مداخله دولت در هر دو حوزه بهداشت و درمان باید به گونه‌ای باشد تا اقشار مختلف جامعه از آن متضرر نشوند. چون نظام حق‌ها یکپارچه و به هم تنیده‌اند، امروزه حق‌ها هم تعیین‌کننده ماهیت رابطه بین دولت و مردمند و هم تعیین‌کننده نظام حقوقی. دولت‌ها به عنوان تنظیم‌کننده مقررات و سیاست‌های کلی، ناگزیر از حفظ حق مالکیت در حوزه سلامت هستند و در مقام عمل باید برای تأمین سلامت همگانی شهروندان با حداکثر توان بکوشند. نظارت در حوزه سلامت و نیز حفظ مفهوم جدید «حق بر سلامت» که از این حوزه، وارد نظام حقوقی می‌شود، ممکن است دولت را با دشواری‌های عملی بسیاری روبه‌رو کند. هم‌چنین دستیابی به سیاست‌گذاری‌های اصولی و عملی را با تغییر نگرش‌هایی روبه‌رو خواهد کرد. بر این اساس، اهمیت سیاست‌گذاری‌های کلان و نیز قوانین و مقررات مربوط به حوزه سلامت بیش از پیش نمایان می‌گردد. با تلاش‌های جامعه بین‌المللی برای حمایت از حقوق بشر، به قلمروها و عوامل اثرگذار در تحقق حقوق بشر بیش از پیش توجه صورت می‌گیرد. حق برخورداری از بالاترین استانداردهای دست‌یافتنی سلامتی یا حق بر سلامت، یکی از حق‌های بشری است که

در اسناد حقوق بشری بر اهمیت آن تأکید شده است. سلامت فردی، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. از این رو، حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است.^۱ حوزه‌های مربوط به سلامتی متنوع است و ابعاد گوناگونی دارد و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف این حق شده است. در اسناد حقوق بشری عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و گاه از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است. دولت‌ها نیز به طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق، مسئولیت‌های معینی دارند. آشکار است که دولت‌ها نمی‌توانند به طور کامل، سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین کنند، اما می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن، از سلامتی افراد حمایت شود و دستیابی افراد به سلامتی ممکن گردد. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دستورالعمل کمیسیون بهداشت اتحادیه اروپا، مقررات بین‌المللی بهداشت موسوم به اساس‌نامه سازمان بهداشت جهانی از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی در زمینه حق بر سلامت است.^۲

هر انسانی باید از حق بر سلامت بدون تبعیض بر اساس نژاد، سن، قومیت یا هر وضعیت دیگری برخوردار باشد. نفی تبعیض و برابری ایجاد می‌کند که دولت‌ها اقداماتی را برای رفع هر گونه قانون، رویه یا سیاست تبعیض‌آمیز انجام دهند. یکی دیگر از ویژگی‌های رویکردهای مبتنی بر حق سلامت، مشارکت معنادار است. مشارکت به معنای اطمینان‌یابی از این است که ذی‌نفعان ملی - از جمله بازیگران غیر دولتی مانند سازمان‌های غیر دولتی - به طور معناداری در تمام مراحل برنامه‌ریزی خدمات بهداشت و سلامتی اعم از تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزیابی مشارکت دارند.

«حق برخورداری از بالاترین استانداردهای بهداشتی قابل دستیابی» مستلزم مجموع‌های واضح از تعهدات قانونی دولت‌ها برای تضمین شرایط مناسب با هدف برخورداری بدون تبعیض همه افراد از سلامت است. حق بر سلامتی، مجموع‌های از استانداردهای حقوق بشری مورد توافق بین‌المللی است و از حقوق دیگر، جدایی‌ناپذیر یا «تقسیم‌ناپذیر» است. این سخن به آن معناست که دستیابی به حق سلامت هم محور است و هم به تحقق دیگر حقوق بشری، غذا، مسکن، کار، آموزش، اطلاعات و مشارکت وابسته است.^۳

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 علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، تابستان ۱۴۰۰، سال پانزدهم، شماره ۵۶، ص ۷۲۸.

2-Aras, N.E., Kabadayi, S., Ozeren, E., & Aydin, E., "Right to health and access to health-care services for refugees in Turkey", *Journal of Services Marketing*, 2021, 11(3), p. 230

3-Khachigian, L. M., "Pharmaceutical patents: reconciling the human right to health with the incentive to invent", *Drug Discovery Today*, 2020, 25(7), p. 1137

حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران به رسمیت شناخته و در برخی از قوانین داخلی بر آن تأکید شده است. با این حال، مسئله اصلی و علت مهم پژوهش حاضر آن است که حق بر سلامت در ایران، وضعیت مطلوب ندارد و اجرای آن مانند برخی دیگر از حق‌ها با موانع و چالش‌های قانونی روبه‌روست. بر این اساس، این چالش‌ها و موانع در حوزه‌های گوناگون از جمله چالش‌های حقوقی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی قابل بحث هستند که در این میان، با توجه به اهمیت والای محدودیت‌ها و موانع حقوقی فراروی حق بر سلامت، تمرکز اصلی این پژوهش، چالش‌های حقوقی است. در مقاله پیش رو به روش توصیفی و تحلیلی و با استفاده از منابع کتاب‌خان‌های به این پرسش اصلی پاسخ می‌دهیم که موانع و چالش‌های حقوقی حق بر سلامت در حقوق ایران چیست؟

اهمیت و ضرورت این تحقیق در آن است که بدون شناسایی موانع و چالش‌های حقوقی فراروی حق بر سلامت در ایران و اصلاح و رفع این موانع، امکان دستیابی به نظام سلامت مطلوب امکان‌پذیر نخواهد بود. پس هدف مشخص پژوهش پیش رو، شناساندن موانع قانونی، تحقق مطلوب حق بر سلامت و ایجاد زمینه و بستر برطرف کردن آن موانع است. با این وصف، فرضیه نویسندگان آن است که موانع و چالش‌های قانونی متعددی در این خصوص قابل شناسایی است که اصلاح سیاست‌ها و قوانین حداقلی موجود را در این زمینه اجتناب‌ناپذیر ساخته است. از این رو، با بحث از موانع و چالش‌های قانونی حمایت از حق بر سلامت، پیشنهادهایی نیز به فراخور مباحث بیان می‌شود.

گفتار اول. مفهوم حق بر سلامت

برای تبیین و توصیف «حق بر سلامت» از تعبیرها و اصطلاحات متفاوت و متعددی بهره گرفته شده است که از آن جمله می‌توان به «حق بر مراقبت سلامت»، «حق بر حمایت از سلامت»، «حق بر مراقبت پزشکی» و حتی در مفهومی موسّع زیر عنوان «حقوق سلامت» اشاره کرد. با این وجود، در این نوشتار و به تبعیت از اسناد و مدارک بین‌المللی، از عبارت «حق بر سلامت» بهره گرفته‌ایم. به نظر می‌رسد این عبارت در راستای اهداف معاهدات بین‌المللی باشد که نه تنها حق مراقبت‌های سلامت را دربرمی‌گیرد، بلکه شامل حق برخورداری از برخی مقدمات و پیش‌شرط‌های حق بر سلامت، نظیر آب آشامیدنی سالم، تغذیه کافی، بهداشت محیط زیست و بهداشت محیط کار می‌شود.^۱

حق بر سلامت به منزله حقی بشری، همانند بسیاری از مباحث جنجالی و مهم علوم، در حال‌های از ابهام‌ها و اختلاف‌های فکری گسترده فرو رفته است. موضوع سلامت، امری مطلق

1-Eleanor, D., "The International Human Right to health: What does this Mean for our Nations and World", the Center for Law – Indianapolis, February 22, 2001

نیست و به لحاظ محیط‌های متفاوت و فعالیت‌های افراد تغییر می‌یابد و دست‌خوش نوسان می‌گردد. حق بر سلامت هم به مفهوم برخورداری از شرایط رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که بیمار نبودن هم جزئی از آن به حساب می‌آید. اگر بتوان سلامت را به معنی نبود بیماری مستمر دانست، هرگز نمی‌توان آن را تضمین کرد یا آن را به کسی اعطا کرد. بنابراین، حق بر سلامت را نمی‌توان به حق بر سالم بودن یا ناتوان نشدن تعریف کرد.^۱ اصطلاح «حق بر سلامت» را نمی‌توان به طور دقیق به معنای برخورداری از سلامت متعارف دانست؛ چون دولت‌ها به موجب معاهدات بین‌المللی با ارائه خدمات و تسهیلات به عموم شهروندان، نسبت به آن متعهدند و مردم نیز به واسطه آن خدمات، استحقاق برخورداری از سلامت را تحصیل کرده‌اند. کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل متحد هنگام نگارش ماده ۱۲ میثاق، تعریف سلامت مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به وضعیت «بهروزی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی» را نپذیرفت. با این وجود، بند اول ماده ۱۲ میثاق اشاره می‌کند که «بالاترین سطح قابل وصول سلامت جسمی و روانی، به حق بر مراقبت از سلامتی محدود نیست».

با این وجود، تاریخچه تدوین و عبارات صریح بند دوم ماده ۱۲ به این نکته اذعان دارد که حق بر سلامت، دربرگیرنده طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی است که شرایط و وضعیتی را پیش‌بینی می‌کند و ارتقا می‌دهد که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی مؤثر بر سلامتی نظیر آب سالم، تغذیه کافی، مسکن مناسب و بهداشت عمومی و حرف‌های دسترسی داشته باشند. به این ترتیب، حق بر سلامت را می‌توان حق ادعایی دانست که افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره‌مندی از گسترده‌متنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات سلامت را یافته و دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی به آن متعهد شده‌اند.^۲ بر این اساس، حق بر سلامت در ردیف مفاهیم ترکیبی قرار گرفته و تحقق کامل آن نیازمند توجه به همه اجزا و الزامات این حق است. این ایده که همه مردم حق دارند نیازهای فیزیکی بدن خود را برآورده کنند، در بطن جنبش حقوق بشر قرار دارد. این موضوع شامل حق زنده ماندن و زندگی تهی از رنج‌های قابل پیش‌گیری است. اعلامیه حقوق بشر، حق برای سلامت کافی را در ماده ۲۵ بیان می‌کند: «هر کس حق دارد از سطح زندگی مناسب برای سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش،

۱. یزدی فیض‌آبادی، وحید، رستم سیف‌الدینی، مرجان قندی و محمدحسین مهرالحسنی، «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم»، مجله اپیدمیولوژی ایران، بهار ۱۳۹۶، دوره سیزدهم، شماره ۵، ص ۱۱۰.

۲. سید موسوی، میرسجاد، حق برخورداری از سلامت (واکاو تعهدات انسانی دولت‌ها در حوزه سلامت)، تبریز: شروین، ۱۳۹۳، ص ۱۵۸.

از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی برخوردار باشد...» این تعریف از مفهوم حقوقی که در قرون هجدهم و نوزدهم وجود داشت و فقط دولت را از محروم کردن فعالانه شهروندان از حقوق اولیه مدنی و اقتصادی آن‌ها باز می‌داشت، متفاوت است. ماده ۲۵ اعلامیه حقوق بشر بیان می‌کند که دولت‌ها باید اقداماتی انجام دهند تا اطمینان یابند همه شهروندان از استاندارد زندگی مناسب برخوردارند. به عبارت دقیق‌تر، اعلامیه حقوق بشر، غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی را به عنوان اجزای ضروری استاندارد زندگی مناسب برای سلامت و رفاه می‌شناسد. تعیین استانداردهای دقیقی که باید این مؤلفه‌ها را ارزیابی کند، دشوار است؛ زیرا کشورهایی با تاریخچه‌ها و ظرفیت‌های اقتصادی و اجتماعی متفاوت، درک متفاوتی از «استاندارد مناسب زندگی» دارند.

ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق برخورداری از سلامت کافی را به صورت نسبی تعریف می‌کند: «... حق هر کس برای برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی». با این حال، این بیانیه، موضوع را حل نمی‌کند؛ زیرا مشخص نیست که «بالاترین استاندارد قابل دستیابی» باید با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی یک کشور واحد ارزیابی شود یا با توجه به استانداردهای جهانی. در برخی موارد، بالاترین استاندارد زندگی قابل دستیابی که یک ملت می‌تواند فراهم کند، اجماع موجود در مورد حداقل حقوق مرتبط با سلامتی را که همه افراد مستحق آن هستند (یعنی واکسنها، فیزیوتراپی‌ها و مراقبت‌های سالمندی) برآورده نمی‌کند. تا حدی به دلیل اینکه بسیاری از دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه نمی‌توانند مراقبت‌های بهداشتی و شرایط زندگی مناسب را برای همه شهروندان خود فراهم کنند، جمعیت آن‌ها به طور نامتناسبی به بیماری‌هایی مبتلایند که به طور معمول در کشورهای توسعه‌یافته قابل پیش‌گیری یا درمان هستند.

بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سالانه ۱/۷ میلیون نفر در کشورهای در حال توسعه به دلیل بیماری‌های ناشی از آب ناخالص و بهداشت نامناسب، جان خود را از دست می‌دهند. سالانه، بیش از سه میلیون کودک، جان خود را به دلیل سوء تغذیه از دست می‌دهند، در حالی که تخمین زده می‌شود ۱۷۰ میلیون کودک از کمبود تغذیه رنج می‌برند. به دلیل مراقبت‌های بهداشتی ناکافی در دوران بارداری و دوران کودکی و همچنین کمبود تغذیه، آمار مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در کشورهای در حال توسعه بالاست. برای نمونه، در سال ۲۰۰۱، آمار مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سوئد در مقام کشوری توسعه‌یافته، ۳/۵ مرگ و میر در هر ۱۰۰۰ کودک متولدشده بود که از آمار جهانی پایینتر بود. در مقابل، آمار مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سیرالئون به عنوان کشوری در حال

1-Forman, L., & Kohler, J. C., "Global health and human rights in the time of COVID-19: Response, restrictions, and legitimacy", *Journal of Human Rights*, 2020; 19(5), p. 547

توسعه، ۳۱۳ مرگ در هر ۱۰۰۰ کودک متولد شده بود. حتی در جهان توسعه‌یافته، نابرابری‌های بهداشتی عظیمی بین اکثریت و اقلیت، غنی و فقیر و جمعیت شهری و روستایی وجود دارد. در سال ۱۹۹۹، در ایالات متحده آمریکا، آمار مرگ و میر نوزادان برای نوزادان متولدشده از مادران افریقایی - امریکایی، ۱۴/۱ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود. آمار مرگ و میر نوزادان برای نوزادان متولدشده از مادران سفیدپوست غیر اسپانیایی، ۵/۸ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود.^۱ حق بر سلامت با حق سالم بودن یکسان نیست. سلامت مطلوب، تحت‌الشعاع عوامل گوناگونی قرار می‌گیرد که ممکن است از حیطة و قدرت نظارت دولت‌ها به دور باشد، مانند ساختار بیولوژیکی فرد و وضعیت اجتماعی و اقتصادی. حق بر سلامتی به حق برخورداری از انواع کالاها، امکانات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق آن اطلاق می‌شود. به همین دلیل، توصیف آن به عنوان حق دست‌یابی به بالاترین استانداردهای سلامت جسمی و روانی به جای یک حق بی‌قید و شرط برای سالم بودن، دقیق‌تر است.

حق بر سلامتی، تن‌ها یک هدف برنامه‌های است که در بلندمدت باید به آن دست یافت. این واقعیت که حق بر سلامت باید یک هدف برنامه‌های ملموس باشد، به این معنا نیست که دولت‌ها هیچ تعهد فوری برای تحقق آن ندارند. در واقع، دولت‌ها باید تمام تلاش خود را در چارچوب منابع موجود برای تحقق حق سلامت و برداشتن گام‌هایی در این راستا بدون تأخیر به کار گیرند. با وجود محدودیت‌های منابع، برخی تعهدها اثر فوری دارند، مانند تعهد به تضمین حق بر سلامت به شیوه‌های بدون تبعیض، تدوین قوانین و برنامه‌های اقدام خاص یا دیگر اقدامات مشابه برای تحقق کامل این حق که در مورد هر حق بشری دیگری صدق می‌کند.^۲

گفتار دوم. موانع قانونی حق بر سلامت در ایران

دغدغه اصلی حکومت هر کشور، سلامت عموم مردم آن کشور است، اما بدون یک چارچوب قانونی مؤثر، حمایت و حفاظت از سلامت جامعه ممکن نیست.^۳ بر این اساس، تحقق واقعی و عینی حق بر سلامت در وهله اول، نیازمند تصویب قوانین مطلوب و رفع خلأها، ابهام‌ها و نواقص قوانین موجود است و در این راستا، اشکال‌ها و ایرادهای موجود در حوزه قانون‌گذاری سلامت به معنای وجود موانع قانونی بر سر راه تحقق کامل حق بر سلامت قلمداد خواهد شد.

1-Ooms, G., Keygnaert I., Hammonds R., The right to health: from citizen's right to human right (and back), Public Health, 2019; 172, p. 99

2-Pūras, D., de Mesquita, J. B., Cabal, L., Maleche, A., & Meier, B. M., "The right to health must guide responses to COVID-19", The Lancet, 2020, 395, 1889

۳. آناند، سودهیر، فابیان پیتر و آمارتیا سن، عدالت و اخلاق در سلامت، ترجمه: مهدی ریاحی‌فرد با همکاری ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۰، ص ۲۱۸.

بند اول. خلأهای قانونی

وجود خلأهای متعدد قانونی، یکی از مهم‌ترین موانع قانونی فراروی حق بر سلامت در ایران است. این خلأها در حوزه‌های مختلف و متعددی قابل بحث هستند که به بخشی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. مفهوم حق بر سلامت به صورت کامل و جامع تعریف نشده و محدودنگری در معنا و مفهوم این حق بنیادین و در نتیجه، بی‌توجهی به اجزای مفهومی مختلف این حق موجب شده است که در نظام حقوقی ایران، در کی مضیق از مفهوم حق بر سلامت شکل بگیرد. به همین دلیل، تحقق مطلوب آن نیز با چالش‌های اساسی روبه‌رو شده است. نباید از یاد برد که حق بر سلامت، مفهومی ترکیبی و قابل تجزیه به عناصر متعدد است و صرفاً با رسمیت و تحقق همه آن عناصر می‌توان شاهد تحقق واقعی و مطلوب این حق بود. بر این اساس، چون شناسایی نشدن و تحقق نیافتن همه عناصر حق بر سلامت، این حق را در نگاه عموم، بی‌معنا می‌کند و از کارکردهای لازم، تهی جلوه خواهد داد، قانون‌گذار ایرانی باید با عبور از نگاه حداقلی موجود نسبت به اصلاح قوانین جاری و تبیین مفهوم کامل حق بر سلامت همّت بگمارد. بی‌توجهی قانون‌گذار ایرانی به معنا و مفهوم بین‌المللی و استاندارد حق بر سلامت و نیز شاخص‌های آن باعث مضیق انگاشتن مفهوم حق بر سلامت شده است. عمده خلأهای قانونی در زمینه مورد بحث، ناشی از همین معضل است و بدیهی است رفع این نقیصه، نیازمند توجهی دوباره و عمیق به مفهوم واقعی حق بر سلامت و الزامات آن است. در این راستا برای تبیین مفهوم حق بر سلامت می‌توان گفت به طور کلی، تن‌درستی یا سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، تن‌درستی تن‌ها نبود بیماری یا نقص‌های دیگر در بدن نیست، بلکه تن‌درستی، نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است. سلامت، مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. به علاوه، سلامتی، روندی پویاست و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد.^۱ سلامتی، مفهومی چندوجهی است که برای درک مفاهیم گسترده و عمیق آن باید به مطالبه‌گری حق بر سلامت عمومی توجه کامل شود. شیوع کرونا در ایران، خلأهای قانونی در بخش سلامت و بهداشت را آشکار کرد. برای مثال، وقتی از پروتکل بهداشتی صحبت می‌کنیم، در واقع، از دستورالعملی سخن می‌گوییم که ستاد ملی مبارزه با کرونا اعلام کرده است. از همین عنوان هم مشخص است که ما

۱. عباسی، محمود، راحله رضایی و غزاله دهقانی، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی

ایران»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، ۱۳۹۳، سال هشتم، شماره ۳۰، ص ۱۸۵.

قانون مشخصی در این عرصه نداریم. این در حالی است که طبق اصل ۳۶ قانون اساسی، برای تعیین و اجرای مجازات، حتماً باید دادگاهی صالح و نیز قانونی مشخص وجود داشته باشد تا بر اساس آن، حکمی صادر شود. همه مواردی که تا کنون در خصوص کرونا مطرح شده، به صورت دستورالعمل یا بخشنامه بوده، نه قانون مشخص که آن‌ها را هم قوه مجریه صادر کرده است. برای تصویب یک قانون ضمن اینکه باید مصوباتی باشد، آن قانون حتماً باید در مجلس تصویب شود. مرجع قانونگذاری نیز که «مجلس شورای اسلامی» است، باید برای تصویب قانون در این زمینه به طور خاص اقدام کند و مجازاتی را برای متخلفان در نظر بگیرد.

۲. بی‌توجهی قوانین حداقلی موجود به گوناگونی عوامل مؤثر بر سلامت شهروندان نیز مانع قانونی دیگری در زمینه مورد بحث است. اساساً مؤلفه‌های تعیین‌کننده سلامتی بسیار گسترده و متنوع است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

یک - عوامل ژنتیک و فردی نظیر سن، جنسیت، شغل، طبقه اجتماعی و وضع تغذیه؛
دو - عوامل محیطی مانند آب و هوا، مسکن، تراکم جمعیت، آب، خاک و شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی؛

سه - شیوه‌های زندگی مردم مثل عادات غذایی، تحرک داشتن یا نداشتن، نوع تفریح و سرگرمی، روش ارتباط‌گیری با دیگر افراد جامعه؛

چهار - وسعت و کیفیت خدمات‌رسانی نظیر سیاست‌های بهداشتی جامعه؛ شیوه خدمات‌رسانی مانند افزایش پوشش واکسیناسیون، بهسازی محیط، تأمین آب آشامیدنی سالم، مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه مانند مادران و کودکان و نظایر آن و خدمات‌رسانی عادلانه؛^۱

پنج - عوامل دیگری نظیر سطح سواد، وضعیت تغذیه، سیستم ارتباطات و وسایل ارتباط جمعی، وضعیت جاده‌ها و وضعیت اقتصادی و اجتماعی، میزان درآمد سرانه، تفریح‌ها و سرگرمی‌های سالم، امید به زندگی و مشارکت مردم در برنامه‌های ارتقای سلامت.

بی‌گمان، این گوناگونی عوامل مؤثر و تعیین‌کننده بر سلامتی شهروندان می‌تواند به عنوان مانعی در فرآیند تنظیم مقررات از سوی دولت در حوزه سلامت عمومی تلقی شود. امروزه دولت‌ها برای برقراری عدالت اجتماعی در حوزه‌های مختلف سلامت و نیز جلب مشارکت شهروندان برای دسترسی به سلامت مطلوب در بستر رشد و توسعه جوامع انسانی باید تحول و توسعه بهداشت و درمان و سلامت عمومی را در اولویت قرار دهند. با این توضیح، شناخت حوزه‌های مربوط به سلامتی به منظور برنامه‌ریزی و انجام اقدامات لازم برای توسعه، بهبود شرایط بهره‌مندی شهروندان از آن و ارتقای میزان آن در سطح جامعه امری ضروری و لازم به نظر می‌رسد. این موضوع در عین قابل فهم بودن، به دلیل تنوع و فراوانی

1-Marmot, M., Social determinants of health inequalities, Lancet, 2005, 365 (9464), p. 109

زیرمجموعه‌های آن به آسانی دست‌یافتنی نیست، به طوری که همین امر، تنظیم مقررات را در حوزه سلامت دچار مشکل می‌کند.^۱

طیف وسیعی از اقدامات مورد انتظار از دولت‌ها شامل تنظیم مقررات در حوزه بهداشت عمومی، بهداشت محیط کار و زندگی، بهداشت مادر و کودک، بهداشت سالمندان و اқشار آسیب‌پذیر، پیش‌گیری از بیماری‌های واگیردار نظیر ایدز و کنترل بیماری‌های غیر واگیر مانند سرطان‌ها و بیماری‌های نادر، امور مرتبط با جمعیت و تنظیم خانواده، نظارت بر وضعیت تولید و توزیع مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی و دارو، پیش‌گیری از شیوع فراگیر بیماری‌های دام و طیور و انجام اقدامات لازم به منظور کنترل و درمان آن، اجرای طرح‌های واکسیناسیون سراسری در سطح ملی برای مقابله با دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، سرخک و فلج اطفال، ایجاد قرنطینه در مواقع اضطراری و مبارزه با شیوع بیماری‌هایی مانند کرونا، مالاریا، آبله، حصه و هاری، جلوگیری از گسترش آلودگی‌های مختلف زیست‌محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی و آلودگی‌های ناشی از زباله‌های جامد و صنعتی و انسانی و کاهش آن و اثر سوء مواد مخدر و قرص‌ها و مواد اعتیادآور در اقسام مختلف آن، تنوع و تعدد موضوعات قابل پرداختن در این حوزه را به روشنی بیان می‌کند که به عنوان محدودیت دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت قابل شناسایی و بررسی است.^۲

قانون‌گذاران و تصمیم‌سازان کشور باید به این مسائل اثرگذار برای تحقق واقعی و مطلوب حق بر سلامت، توجه و قوانین موجود را بازنگری کنند.

۳. بررسی نظام حقوقی ایران نمایانگر پررنگ بودن حجم مقررات در قیاس با قوانین حوزه سلامت است. خلأهای قانونی فراوان، میدان را به نفع مقررات‌گذاران خالی گذارده است. اثر این امر، آشفتگی و بی‌ضابطگی در تصمیم‌های مربوط به حوزه سلامت و به تبع آن، وضعیت نامطلوب حق مورد بحث است؛ زیرا بر خلاف قوانین که درجه ثبات بیش‌تری دارند و با تغییر دولت‌ها و تصمیم‌گیران نظام سلامت، کم‌تر دست‌خوش تغییر می‌شوند، در حوزه مقررات‌گذاری، به دلیل تغییر تصمیم‌گیران، با تغییرات بسیار سریع مقررات روبه‌رویم که همین امر به وضعیت آشفته و نامطلوب مقررات حوزه سلامت دامن می‌زند. در پی تغییر سیاست‌های اجرایی به علت تغییر و تحول در دولت‌ها و نظام سیاسی ممکن است برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های حق بر سلامت عمومی و انسجام نظام سلامت دست‌خوش دگرگونی‌های عمیق گردد و از صدر برنامه‌ریزی‌ها به پایین جدول رانده شود و

۱. متقی، سمیرا، آناهیتا سیفی و مجید درودیان، «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، پاییز ۱۳۹۶، سال هجدهم، شماره ۲، ص ۱۳۲.

۲. حسن‌زاده، قدرت‌الله، «حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی با تأکید بر بیماری کووید ۱۹»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، زمستان ۱۴۰۰، شماره ۵۶، ص ۳۵.

اجرای آن برنامه‌ها را نیز با مشکلات جدی مواجه سازد. پس چالش مهم دولت‌ها در حوزه سلامت، در سطوح اولویت‌بندی‌های کلان نمود پیدا خواهد کرد. در ایران و در طول چند دهه اخیر، با تغییر دولت‌ها و برنامه‌ریزی‌های ناصحیح، نبود نظم‌بخشی و ارتباط تنگاتنگ با دیگر حوزه‌ها، جایگاه حوزه سلامت و حق بر سلامت تا حدود زیادی مغفول مانده است. بررسی مجموعه آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری و آرای شعب دیوان نشان می‌دهد که به حق بر سلامت به طور مستقل توجه نشده و به موضوعات فرعی مرتبط با سلامت از جمله حقوق و مزایای کارکنان حوزه سلامت، مشکلات مربوط به خدمت کارکنان در منطق محروم و نیز مباحثی در خصوص ساختار سازمانی بخش سلامت در کنار اموری چون برخورداری از بیمه‌های درمانی و امور استخدامی پرسنل پرداخته شده است.

بند دوم. مغایرت قوانین و مقررات پایین‌دستی با قوانین و مقررات بالادستی در حوزه سلامت

با توجه به نظام حقوقی هر کشور، سلسله‌مراتبی از هنجارها و ارزش‌ها در تدوین قوانین و مقررات موضوعه به طور پیشینی وجود دارد که هر کدام از نهادها و اشخاص برخوردار از حق قانون‌گذاری و تنظیم مقررات باید هنگام تهیه، تنظیم، تدوین و تصویب قوانین و مقررات به این سلسله‌مراتب قوانین و مقررات توجه کنند. رعایت نکردن این امر در حوزه سلامت ضمن تأمین نشدن الزامات و تکالیف حقوقی مندرج در قوانین و مقررات موضوعه بالادستی و ایجاد تشمت در آرا و اقدامات اجرایی سبب محرومیت شهروندان از حق بر سلامت عمومی به طور کامل یا دسترسی به بخش محدودی از این حق خواهد شد.^۱

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که از آن با عنوان «میثاق دولت با ملت» یاد می‌شود، اصل ۲۹ به عنوان یکی از اصول مترقی مبتنی «حق مردم»، «نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه» را حقی همگانی دانسته است. به منظور اجرای این اصل حیاتی، سازمان بیمه سلامت ایران (اساس‌نامه آن مشتمل بر ۱۶ ماده است)، زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شده است تا حمایت مندرج در این اصل از یکایک شهروندان محقق شود. صرف نظر از این‌که بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی بر رفع هر گونه محرومیت در «زمینه بهداشت و تعمیم بیمه»، تأکید کرده و اصول دیگری از جمله اصل ۲۰، ۲۱ و بند ۱ اصل ۴۳ نشانه توجه ویژه قانون‌گذار اساسی به حق بر سلامت است، ولی مغایرت برخی قوانین با قانون اساسی و نیز مغایرت برخی از مقررات دولتی با قانون در این خصوص به محرومیت جمع بسیاری از مردم از نعمت سلامت و حیات خواهد انجامید.

۱. نجفی، بهزاد، حقوق سازمان‌های بین‌المللی: سازمان جهانی بهداشت (WHO) و حقوق سلامت،

تهران: میزان، چاپ اول، ۱۳۸۲، ص ۶۲.

مشخص نبودن جایگاه برخی سیاست‌ها، قوانین و مقررات در قیاس با دیگر قواعد مربوط نیز محدودیت دیگری است که به طور جدی به موانع یادشده دامن می‌زند. برای نمونه، معلوم نیست که در صورت مغایرت مصوبات مراجع صلاحیت‌دار در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کدام یک باید در اولویت اجرا قرار گیرند. بر این اساس، تصمیم‌گیرندگان کلان کشور اعم از مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت و دیگر نهادهای دخیل در خط‌مشی‌گذاری باید در قوانین مرتبط با بهداشت و سلامت بازنگری کنند. ارائه لایحه دولت برای برجسته‌سازی جایگاه «حق بر سلامت» در اسناد بالادستی از جمله راهکارهایی است که می‌تواند نقش بالقوه مثبتی در بهبود وضعیت فعلی داشته باشد. به منظور حل این موانع، قانون‌گذار باید در مرحله شناسایی مشکل و طراحی سیاست‌ها، در حد امکان از نظر کارشناسان فعال در حوزه‌های مختلف استفاده کند؛ زیرا این افراد با توجه به سوابق اجرایی خود به خوبی می‌دانند که قانون به چه شکلی باید تصویب شود که جنبه اجرایی پیدا کند و تعبیر و تفسیر متعددی نپذیرد.^۱

بند سوم. تعارض منافع نهادها و مؤسسات عمومی با منافع نهادها و مؤسسات خصوصی

در نظام حقوقی ایران، ارائه تعریفی صحیح از بخش عمومی و خصوصی دشوار است. مشکلات و ابهام‌های قوانین در این خصوص باعث شده است آنچه در واقع، تمرکززدایی محسوب می‌شود، خصوصی‌سازی نام گیرد که سبب تعارض آشکار بین منافع عمومی و خصوصی می‌گردد. در ایران، خصوصی‌سازی، جایگاه واقعی خود را نیافته؛ چون سیاست‌گذاری از مقررات‌گذاری به روشنی تفکیک نشده است و اقتصاد رفاه در تأمین نابرابری‌های اجتماعی، عملکرد مطلوبی ندارد. برای مثال، نهادها و مؤسسات بخش خصوصی به منظور دستیابی به اهداف خود و کسب سود، به اقداماتی گسترده نظیر دخل و تصرف در منابع طبیعی و محیط زیست، ایجاد کارخانه‌ها و صنایع تولیدی آلودگی‌زا، ایجاد، نصب و بهره‌برداری از آنتن‌های تلفن همراه دست می‌زنند که هر کدام از این اقدامات بر وضعیت سلامت عمومی شهروندان اثر منفی می‌گذارد.^۲

۱. آرای، وحید، ابوالفضل قاسمی و یاسر معینی‌فر، «توصیه‌های سیاستی، موانع تحقق‌پذیری حکمرانی خوب در اداره امور عمومی (مطالعه موردی: فرمانداری و شهرداری شهرستان مینودشت)»، فصل‌نامه مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، زمستان ۱۳۹۶، سال هفتم، شماره ۲۵، ص ۱۱۷.

۲. اسلامی تبار، شهریار، مبانی حقوق سلامت، تهران: مجد، ۱۳۹۵، ص ۸۳.

حل و فصل این تعارض‌ها در نگاه نخست با توسل دولت به قدرت عمومی به عنوان ابزار تحمیل اراده و حکمرانی، امری ساده و آسان به نظر می‌رسد، اما با نگاهی عمیق‌تر، شاهد آن هستیم که با توجه به تغییرات ساختاری نظام جوامع مدرن در تهیه، توزیع و ارائه خدمات و کالاها به شهروندان و حرکت از دولت رفاه به سوی دولت ژاندارم، تنظیم این امور با دشواری‌های خاصی انجام می‌پذیرد. این مانع به عنوان یکی از مهم‌ترین موانع پیش روی دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت، نیازمند توجه نهادهای تنظیم‌کننده مقررات به ملاحظات حقوقی و غیر حقوقی بسیاری است.^۱

با وجود اهمیت فراوان مسئله تعارض منافع هنوز هیچ قانون خاصی در این زمینه در ایران تصویب نشده است. از این رو، تصویب قوانین ناظر بر مدیریت تعارض منافع بسیار راه‌گشا است. تلاش‌های تقنینی اخیر مانند ارائه طرح «قانون مدیریت تعارض منافع فردی با منافع عمومی کشور» در تیر ۱۴۰۰ توسط نمایندگان به مجلس شورای اسلامی، گواه این مدعا است.

بند چهارم. ضعف در ضمانت اجرای قوانین

برای اطمینان‌یابی از اجرای هر قاعده حقوقی، تدبیرهایی نیاز است که بر اساس آن، عکس‌العمل متناسب در مورد تخلف از اجرای آن قواعد در نظر گرفته شود. هر تخلفی نیز ضمانت اجرا و عکس‌العمل خاص خود را اقتضا می‌کند. اصطلاح حقوقی «ضمانت اجرا» به معنای حمایت مراجع رسمی صلاحیت‌دار در اعمال قانون، مبین همین ضرورت اجتماعی است. از این رو، قواعد و مقررات حقوقی همواره نیازمند ضمانت‌های اجرایی است تا بتوان از اجرای مطلوب‌تر آن‌ها اطمینان یافت.^۲

با وجود توجه قانون‌گذار به وضع ضمانت اجرا برای قوانین مصوب در حوزه سلامت، برخی قوانین ضمانت اجرایی ندارند که گاه به دلیل مسامحه است و گاهی به دلیل شرایط خاص آن موضوع، وضع ضمانت اجرا برای آن میسر نیست. نبود ضمانت‌های اجرایی لازم و کافی در حوزه سلامت، یکی از موانع مهم قانونی است که تفحص و تدبیر حقوقی را می‌طلبد. در عمل ملاحظه می‌شود که نبود ضمانت‌های اجرایی کافی و مؤثر در حوزه سلامت به عنوان یکی دیگر از موانع قانونی حوزه سلامت، مستلزم بررسی، تدبیر و چاره‌اندیشی حقوقی است. از این‌ها که بگذریم، بسیاری از قوانین و اسناد بالادستی، واقع‌بینانه نیستند و آرمانگرایانه

۱. جنتی، علی و حسین جباری بیرامی، *سطح‌بندی خدمات در نظام سلامت*، تبریز: شروین، ۱۳۹۱، ص ۷۶.

۲. باقری، حامد، یوسف ذاکریان، مهدی امیری، پیمان بلوری و داوود هرمیداس باوند، «*حق بر سلامت و بهداشت عمومی از منظر حقوق بنیادین بشر با تأکید بر سند ۲۰۳۰ یونسکو*»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، بهار ۱۳۹۷، شماره ۵۶، ص ۱۸۳.

یا در شرایطی مبهم و کلی وضع شده‌اند. از این رو، هنگام اجرا دچار مشکل می‌شوند. اجرا نشدن بخش بزرگی از پیش‌بینی‌های انجام‌شده در سند چشم‌انداز و برنامه‌های توسعه، شاهد این مدعاست. در این راستا، بهتر است در فرآیند سیاست‌گذاری و تدوین اسناد بالادستی در حوزه بهداشت و درمان، از افراد متخصص و کارآزموده، فارغ از هر گونه جهت‌گیری سیاسی که دارند، استفاده شود تا برنامه‌هایی تدوین گردد که حداقل، واقع‌گرا باشند و «قابلیت اجرایی شدن» داشته باشند.

به طور کلی، حق بر سلامت، مقول‌های انسانی و فراتر از هر ایدئولوژی است. پس هنگام تدوین اسناد بهداشت و سلامت باید از غلظت آرمان‌گرایی کاست و واقع‌گرایی را جای‌گزین آن کرد.^۱ بخشی از مشکلات کشور در نظام بهداشت و سلامت، ناشی از نبود قوانین مشخص در این زمینه است، مانند زمان شیوع کرونا که با تعدادی آیین‌نامه و دستورالعمل مواجه بودیم که هیچ ضمانت اجرایی قانونی نداشت. بر این اساس، لازم است در شرایط بحرانی، پیشنهادهای سلامتی در قالب قانون و در مجلس شورای اسلامی تصویب شوند تا ضمانت اجرایی داشته باشند. بسیاری از دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های بهداشتی را نیز برای حمایت از حق بر سلامت شهروندان باید قانونی کرد.

بند پنجم. نبود متولی مشخص برای تحقق حق بر سلامت

یکی دیگر از موانع فراروی تحقق مطلوب حق بر سلامت، بی‌توجهی قانون‌گذار به حق بر سلامت و نبود متولی مشخص برای تحقق آن است. در نگاهی آسیب‌شناسانه به موضوع باید گفت که اساساً معلوم نیست مسئولیت اصلی و اولیه تحقق حق بر سلامت در کشور بر عهده کدام مرجع است و این حق را به طور مستقیم از کدام نهاد می‌توان مطالبه کرد. برای نمونه، بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که یکی از دلایل اجرایی نشدن بند چهارم سیاست‌های کلی سلامت، نبود نهادی مشخص برای پی‌گیری اجرایی شدن این سیاست‌ها و نبود شاخص‌ها و معیارهای مشخص برای نظارت و ارزش‌یابی است.

در واقع، در حال حاضر، مبتنی بر اصول ۱۱۱ قانون اساسی، نظارت بر حسن اجرای سیاست‌های کلی نظام از اختیارات مقام رهبری است که ایشان نیز این اختیار را مستند به مقررات نظارت بر سیاست‌های کلی نظام به مجمع تشخیص مصلحت نظام واگذار کرده است. بر اساس ماده ۱ مقررات نظارت بر سیاست‌های کلی نظام، مصوب ۱۳۸۴، به موجب تفویض اختیار از سوی مقام معظم رهبری، نظارت بر سیاست‌های کلی نظام باید توسط

۱. ابراهیم‌گل، علی‌رضا، پریسا روشن‌فکر و سید احمد طباطبایی لطفی، «حقوق بشر و مبارزه با بیماری‌های واگیر در عرصه بین‌المللی: ضرورت‌ها و چالش‌ها»، فصل‌نامه مطالعات حقوق عمومی دانشگاه تهران، بهار ۱۴۰۰، شماره ۵۱، ص ۲۷۹.

مجمع تشخیص مصلحت نظام صورت گیرد. بر اساس ماده ۲، قوانین و مقررات کشور نباید در هیچ موردی، مغایر یا غیر منطبق با سیاست‌های کلی مربوط باشد. به منظور نظارت بر این موضوع نیز کمیسیونی به نام «کمیسیون نظارت»، بررسی مغایر بودن یا انطباق نداشتن مصوبات مجلس شورای اسلامی با سیاست‌های کلی را بر عهده دارد. مشکلی که در مسیر اجرایی شدن این سیاست‌ها قرار دارد، این است که این کمیسیون تاکنون پویایی و اثربخشی لازم را نداشته است.^۱

با وجود اهمیت توسعه محصولات زیستی (انواع سرم و واکسن) در کشور و اشاره صریح به توسعه آن در بند چهارم سیاست‌های کلی سلامت، در حال حاضر، نهاد متولی و مسئول پی‌گیری میزان تولید محصولات زیستی در کشور وجود ندارد. در واقع، بر اساس قانون تشکیل وزارت بهداشت، آموزش و درمان پزشکی، این وزارت‌خانه، تن‌ها مکلف به تأمین دارو و تجهیزات پزشکی است و هیچ تکلیفی در برابر حمایت از تولید داخل و سامان‌دهی تولید ندارد. هم‌چنین با وجود مرکز پژوهش، توسعه فناوری و صنایع نوین در وزارت صنعت، معدن و تجارت، این وزارت‌خانه که متولی اصلی تولید در داخل کشور است، در حال حاضر، فعالیتی چشم‌گیر در حوزه محصولات زیستی ندارد. بنابراین، ضروری است قانون تشکیل وزارت بهداشت، آموزش و درمان پزشکی بر اساس مأموریت جدید فضای فعلی کشور بازنگری شود و در وزارت صنعت، معدن و تجارت نیز مرکز پژوهش، توسعه فناوری و صنایع نوین فعال گردد.^۲ هم‌چنین تعارض بین نهادهایی که به نوعی، متولی بخشهایی از حوزه سلامت هستند، به این موضوع دامن می‌زند. برای نمونه، وزارت بهداشت، آموزش و درمان پزشکی و وزارت صنعت، معدن و تجارت، متولیان اصلی اجرای بند چهارم سیاست‌های کلی سلامتند، ولی هماهنگی خاصی بین آن‌ها وجود ندارد.

افزون بر آن، بخشی از موانع اجرایی شدن قوانین سلامت به مواردی مربوط می‌شود که نهادهای متولی اجرای بخشی از این قوانین، صلاحیت کافی در این حوزه ندارند که به برخی از مهم‌ترین موارد اشاره می‌کنیم.^۳ پرسنل و امکانات سازمان ملی استاندارد و سازمان غذا و دارو برای پاسخ‌گویی مناسب به درخواست‌های تولیدی کافی نیستند و نیازهای حوزه محصولات زیستی به میزان کافی در این نهادها نهادینه نشده است. از جمله

۱. آرای، قاسمی و معینی‌فر، پیشین، ص ۱۱۷.

۲. حسن‌زاده، پیشین، ص ۸۳۸.

۳. خمرنیا، محمد، مصطفی پیوند و فاطمه ستوده‌زاده، «تشدید چالش‌های حوزه سلامت در استان‌های کم‌پرخوردار: تأثیر پاندمی کرونا»، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، پاییز ۱۴۰۰، سال هشتم، شماره ۱، ص ۵۴۳.

راهکارهای پیشنهادی برای رفع این چالش آن است که از ظرفیت نهادهای غیر دولتی تخصصی (انجمن‌ها و شرکت‌های خصوصی) در این حوزه استفاده و تدوین استاندارد و نظارت برون‌سپاری شود و دولت تن‌ها در این حوزه نظارت کلان داشته باشد.^۱

سازمان تعزیرات حکومتی به عنوان نهاد اصلی شناسایی قاچاق کالا در کشور، در حوزه محصولات حوزه سلامت اشراف لازم ندارد. به منظور رفع این مشکل نیز باید ظرفیت نهادهای تخصصی غیر دولتی (انجمن‌ها) را برای افزایش توان کنترل بازار فعال کرد. همچنین سازمان گمرک نمی‌تواند محصول زیستی را به صورتی کدبندی کند که از میان محصولات وارداتی، محصولات مشابه تولید داخل را شناسایی کند. بنابراین، واردکنندگان با اشرافی که در این حوزه دارند، می‌توانند با اسامی مختلف، محصول مشابه داخل را وارد کنند. به این منظور، انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان محصولات بیوتکنولوژی ایران باید به عنوان بازوی علمی و نظارتی گمرک به طور مداوم بر اساس داده‌های مبتنی بر فناوری اطلاعات از کل واردات مطلع شود تا اگر فردی بخواهد با شگردهای خاص به تولید داخل ضربه بزند، خود تولیدکنندگان از حوزه خود حفاظت کنند.^۲

بند ششم. پای‌بند نبودن دولت به معیارهای حکمرانی خوب

مفهوم حکمرانی، حجم قابل توجهی از ادبیات موجود را به خود اختصاص داده است. حکمرانی به عنوان «فرآیند جمعی شامل گروهی از سهام‌داران و تعیین جهت و اهداف استراتژیک تعریف شده است که عبارتند از: اتخاذ سیاست‌ها، قوانین و مقررات یا تصمیم‌گیری‌ها، افزایش و به‌کارگیری منابع برای دستیابی به اهداف استراتژیک و اطمینان‌یابی از تحقق آن اهداف. در سال‌های اخیر، تلاش جهانی برای حذف نابرابری‌ها و پوشش همگانی سلامت، اهمیت حکمرانی را برای دستیابی به اهداف سلامت و توسعه و بهبود عملکرد سیستم‌های سلامت ملی مدار توجه قرار داده است».^۳

عناصر کلیدی حکمرانی خوب برای سلامت عبارتند از: تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ارزش‌های مشترک برابری و عدالت اجتماعی؛ فرآیندهای شفاف و فراگیر؛ پاسخ‌گویی به نیازهای مردم یا ذی‌نفعان؛ پاسخ‌گویی تصمیم‌گیران یا کارگزاران؛ اجرای کارآمد و مؤثر اهداف

۱. متقی، سیفی و درودیان، پیشین، ص ۱۳۲.

۲. دماری، بهزاد، «چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و رؤسای مراکز بهداشت استان‌ها»، مجله دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، تابستان ۱۳۹۴، شماره ۱۳، ص ۵.

3-Latupeirissa, JJ., "Antecedents of Public's Trust Level Regarding Covid-19 Vaccination: As Reflections of Good Governance in Indonesia", *Viešoji politika ir administravimas*. 2022; 21(1), p. 83

استراتژیک و حفظ سرزندگی سازمانی. ظرفیت برای حکمرانی، عامل تعیین‌کننده در عملکرد خوب بهداشت عمومی است؛ زیرا باعث بهبود نتایج و افزایش بازده سرمایه‌گذاری در سلامت می‌شود. محققان نشان داده‌اند که بهبود حکمرانی با آمار مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال رابطه معکوس دارد. با این حال، به نقش حاکمیت سازمانی، اثربخشی و ظرفیت در اثرگذاری بر سیاست و عملکرد سلامت به منظور ارتقای سلامت جمعیت توجه کافی نشده است.^۱

جامعه‌های انسانی به حکمرانی خوب هم از نظر اخلاقی نیاز دارند و هم از منظر تحقق حق بر سلامت. تعیین این معیارها در سلامت عمومی کشورهایی که اخیراً بر اثر جنگ و خشونت در هم شکسته‌اند یا در حال حاضر در حال گذار از آن وضعیت هستند، ضروری است. در سطح اتحادیه اروپا، حکمرانی خوب با تلاش برای دستیابی به رفاه به عنوان مثال از طریق «سلامت در همه سیاست‌ها» و با مشارکت همه سهام‌داران برای بهبود سلامت جمعیت پی‌گیری می‌شود. البته حکمرانی خوب باید مفهومی پیشرو برای سلامت عمومی در سطح محلی باشد. هم‌چنین در این سطح خرد، حکمرانی خوب مبتنی بر این است که دولت قادر مطلق نیست، بلکه همه ذی‌نفعان باید در تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند.^۲

حکمرانی خوب به یک مفهوم رایج، نه تن‌ها در سپهر سیاست، بلکه در حوزه بهداشت و درمان در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته تبدیل شده است. با این حال، بررسی وضعیت موجود نشان می‌دهد که نظام بهداشت و سلامت ایران با شاخص‌های حکمرانی خوب فاصله بسیار زیادی دارد. از یک سو، حاکمیت قانون در نظام سلامت ایران بسیار کم‌رنگ است و به اصول قانونی در نظام بهداشت و درمان کشور، پای‌بندی خاصی مشاهده نمی‌شود. سطح بالای فساد و تعارض‌های متعدد بین بخش‌های مختلف این حوزه نشان می‌دهد که در ایران، قانون‌مداری در نظام سلامت نهادینه نشده است. حتی در سطح مسائل ناچیزی مانند حقوق ماهانه پزشکان نیز شفافیت و اطلاع‌رسانی نمی‌شود. هم‌چنین وجود کژرفتاری‌هایی چون تشکیل باند و انحصار در حوزه‌های مختلف بهداشت و درمان، ناشفاف بودن نظام سلامت ایران را نشان می‌دهد. نظام سلامت و بهداشت ایران در دیگر شاخص‌های حکمرانی خوب اعم از مشارکت یا عدالت‌محوری نیز وضعیت نامطلوبی دارد.^۳ چنین وضعیتی که نشانه

1-Chauvin J., Shukla M., Rice J., Rispel L., A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health, BMC public health, 2016 Dec;16 (1), p. 8

2-Tait, PW., "Good governance for planetary and the public's health", Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2022 Apr. 1, 46 (2), p. 101

۳. مردعلی، محسن، امیر اشکان نصیری‌پور، ایروان مسعودی اصل و حسن عابدی جعفری، «مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، زمستان ۱۳۹۶، سال یازدهم،

بی‌توجهی کامل به شاخص‌های حکمرانی مطلوب در حوزه سلامت است، به حق بر سلامت آسیب جدی می‌زند. شفاف نبودن بخش سلامت و بی‌توجهی به عدالت در این حوزه، مهم‌ترین نقیصه‌های نظام سلامت کشور به شمار می‌روند.

بند هفتم. فساد و ضعف در نظارت قانونی

مسئله فساد در نظام سلامت، با ماهیت پنهان و پیچیده خود، هم به سبب قرابت عرصه حیاتی سلامت با جان افراد و هم به موجب ارتباط عمیق آن با دیگر عرصه‌ها به ویژه اقتصاد و سیاست، از چالش‌های جدی نظام‌های حکمرانی محسوب می‌شود. در مقدمه گزارش جهانی فساد در سال ۲۰۰۶ آمده است: «فساد ممکن است در همه بخش‌های نظام حکمرانی یک کشور مشاهده شود و آن را با موانع جدی روبه‌رو سازد، اما در بخش سلامت می‌تواند تفاوت بین زندگی و مرگ را رقم بزند.» مرور مطالعات و شواهد تجربی، حاکی از گستردگی فساد و علل آن در حوزه سلامت است و در بخش‌هایی چون تجمیع منابع مالی، تأمین منابع دارویی، تجهیزات پزشکی و آموزش و پژوهش پزشکی ردیابی می‌شود و به صورت فردی، سازمان‌یافته و در روابط بین ذی‌نفعان وقوع و شیوع می‌یابد. رشوه‌دهی به مسئولان دولتی برای اعمال نظارت محدود بر بازار دارو در افزایش شیوع داروهای تقلبی و آمار مرگ و میر مؤثر است. ۱۰ درصد داروهای بازار جهانی، تقلبی است که این میزان در برخی کشورهای آفریقایی به ۵۰ درصد نیز می‌رسد.^۱

کنترل ضعیف بر روابط مؤسسات تولیدات پزشکی با پزشکان به تبانی برای فروش و تبلیغ محصولات، تصویب، اعتباربخشی و صدور مجوز در مراکز درمانی منجر شده است. نبود شفافیت مدیریت مالی دولت، اختلاس و سرقت از بودجه بهداشتی (نشستی بودجه) در شوراهای محلی یا منطق‌های اوگاندا و تانزانیا را رقم زد، به‌گونه‌ای که تا ۴۱ درصد از هزینه‌های که از مرکز تخصیص داده شده بود، در محل خرج نشد و ۵ تا ۱۰ درصد از بودجه سلامت کامبوج در مرکز و قبل از این‌که به محل (وزارت بهداشت) برسد، از بین رفت. ملاحظات و نفوذ سیاسی، خویشاوندمداری و پارتی‌بازی در انتخاب افراد برای فرصت‌های آموزشی، انتصاب، استخدام پرسنل بهداشتی و خطر رشوه‌دهی برای رفتن به دانشکده پزشکی یا دیگر مراکز آموزشی قبل از کار و برای دریافت کسب‌نامه و مدرک، نمونه‌های از فساد در حوزه آموزش پزشکی است.^۲

نظام سلامت ایران نیز نه تنها از قاعده کلی آلوده شدن به فساد مستثنا نیست، بلکه در چند دهه اخیر به صورت سیستماتیک و بافتمند با فساد مواجه بوده است. گواه این مدعا، غفلت سیاست‌پژوهی و سیاست‌گذاری سلامت از این مسئله است که ایجاد

۱. گزارش جهانی فساد، ۲۰۱۸.

۲. امین‌زاده، پیشین، ص ۷۳۱.

زنجیره‌های از مسائل نظیر اتلاف منابع اقتصادی، نابرابری در دسترسی کنشگران به خدمات و تضييع اعتماد عمومی را می‌توان خروجی کژکارکردی نهادهای پژوهشی، سیاست‌گذاری و اجرایی در مقابله با فساد دانست.

نتیجه یک مطالعه نظری و پژوهش میدانی با رویکرد کیفی از مهجور بودن ادبیات مربوط به فساد در عرصه سلامت ایران، تسری و تکرار دیدگاه‌های تقلیل‌گرایانه و یک‌جانبه از مسئله در معدود منابع موجود و ارتباط اندک خروجی مطالعات با نهادهای سیاستی مربوط در ارائه راهکارهای پیش‌گیرانه و روش‌های مداخله‌گر حکایت دارد. حکمرانی سلامت در ایجاد مبنای سیاست‌های ضد فساد با محوریت شفافیت اطلاعات، عملکرد ضعیفی داشته و بیش‌تر طرح‌ها و برنامه‌های بی‌اساس نظیر طرح تحول نظام سلامت، نه تنها سهم مؤثری در کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان و ارتقای عدالت همگانی ایفا نکرده، بلکه پایداری نظام سلامت را با فسادهای احتمالی به مخاطره افکنده است.^۱

در حوزه سلامت ایران که محل فعالیت پزشکان و بیمه‌هاست، دیوان‌سالاری و فساد مشهود است. از جمله موارد فساد و بوروکراسی در حوزه مورد بحث می‌توان به این موردها اشاره کرد: وجود فاصله طبقاتی و شکاف بین پزشکان و کادر زیردست، ضعف دانش و تخصص و نیز نبود شایسته‌سالاری در عزل و نصب پزشکان، اعطای اختیارات بیش از اندازه به مسئولان حوزه سلامت و نادیده گرفتن کارکنان نظام سلامت، چندشغله بودن پزشکان و داشتن پست‌های متفاوت و به تبع آن، ناتوانی در بهینه‌سازی سیستم بهداشت و درمان، استفاده از پست‌های حوزه سلامت به عنوان مناصب سیاسی به جای مناصب بهداشتی و درمانی، دریافت پول نقد از بیماران برای فرار از پرداخت مالیات به ویژه در جراحی‌ها و همچنین پرداخت کارانه‌های گزاف در بخش درمان به پزشکان از طرف بیمارستان‌ها و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی.

یکی از مشکلات نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه و ایران، مهارگسیختگی دیوان‌سالاری و انباشت بی‌حد قدرت در آن‌هاست. دیوان‌سالاری، نیروها و منابع و امکانات جامعه را انحصاراً به خود اختصاص می‌دهد و به صورت واحدهایی نیرومند در جامعه ظاهر می‌شوند و با استفاده از قوانین و مقررات دولتی، با اتکا به هدف‌های ضروری و حیاتی خود و با بهره‌گیری از اهرم‌های سیاسی، به قدرت‌نمایی می‌پردازند. به این ترتیب، سازمان‌هایی که باید در خدمت جامعه باشند، به صورت مخدوم درمی‌آیند و جامعه را به خدمت خود می‌گیرند.^۲

یکی از انتقادهای فراگیر آن است که بوروکراسی در این کشورها بسیار بزرگ است و از منابع وسیعی استفاده می‌کند، ولی آن‌چه پدید می‌آورد، بسیار کوچک و اندک است. در

۱. طرح تحول سلامت در مسیر پایداری، ۱۳۹۵.

۲. الوانی، سید مهدی، مدیریت عمومی، تهران: نی، ۱۳۷۸، ص ۳۷۷.

امتداد فساد نظام اداری، دیوان‌سالاری رشد می‌کند و پروار می‌شود که متأسفانه، حوزه سلامت ایران هم درگیر آن شده است. در انتصاب و ارتقای پزشکان، پای‌بندی به مقررات قانونی دیده نمی‌شود. عواملی مثل خویشاوندی، باندبازی، وابستگی به مقامات سیاسی و نظامی اساس‌گزینش قرار می‌گیرد. هر تغییر در سطح کابینه و دولت منجر به اخراج مقاماتی در نظام سلامت می‌شود که دیگر از سوی رهبر سیاسی جدید حمایت نمی‌شود. در ضمن، مقامات بخش‌های مختلف سلامت که برکنار شده‌اند، حتی پس از برکناری هم ممکن است بدون آن‌که کوچک‌ترین ثمربخشی برای حوزه بهداشت و درمان داشته باشند، همچنان در فهرست حقوق‌بگیران باقی بمانند.^۱ نارسایی و روزآمد نبودن قوانین، پاسخ‌گو نبودن و کاغذبازی‌ها از دلایلی است که موجب می‌شود رشوه و فساد در نظام سلامت رخنه کند. برای برون‌رفت از این معضلات، پاسخ‌گوسازی بخش‌های مختلف این حوزه از طریق حسابرسی و نیز تقویت سازوکارهای نظارت گسترده بر آن پیشنهاد می‌گردد.

از سوی دیگر، نگاه به بیمه، نگاه حمایتی برای روزهای مباداست و مردمی که ماه به ماه، بیمه خود را نقدی پرداخت می‌کنند، کم‌ترین انتظارشان این است که در روزهای سخت بیماری، بیمه با تمام توان از آن‌ها حمایت کند. مشکل این است که بیماران، حق بیمه را ماه به ماه پرداخت می‌کنند، ولی هنگام اعمال جراحی و دیگر خدمات درمانی، پوشش حمایتی بیمه ناقص ارائه می‌شود و متأسفانه، این روند در بحث بیمه تکمیلی هم به چشم می‌خورد. بسیاری از بیماران از پس هزینه‌های سنگین جراحی و بیمارستانی بر نمی‌آیند و به همین دلیل، خود را بیمه می‌کنند، اما متأسفانه باز هم بیمه آن حمایتی را که شایسته است، انجام نمی‌دهد و مردم مجبورند هزینه‌ها را با قرض و وام پرداخت کنند تا بیمه ماه‌ها بعد، بخشی از هزینه را به آن‌ها برگرداند. زمانی هم که بیمه می‌خواهد بخشی از هزینه‌ها را به مردم پرداخت کند، بوروکراسی اداری چندماهه برای بیماران تدارک می‌بیند که نشانه ناکارآمدی و ضعف کامل است. در چنین حالتی، برخی از مردم برای این‌که زودتر به پول خود برسند، مجبورند با کارمندان بیمه به نوعی به تعامل برسند که زمینه‌ساز فساد و رشوه می‌شود.^۲

سازمان تأمین اجتماعی با پول طبقه کارگر شکل گرفته است و نباید در خدمات‌رسانی به این قشر ضعیف جامعه به هر بهانه‌های کوتاهی کند. شایسته است مجلس شورای اسلامی از ابزارهای نظارتی و دقیق خود در این زمینه استفاده کند و مسئولان این سازمان نیز به این موضوع توجه خاص داشته باشند.

۱. کمالی، یحیی، «سلامت اداری در ایران: آسیب‌ها و راهکارها»، مجله گزارش پژوهشی سازمان بازرسی کل کشور، آذر ۱۳۸۹، سال سوم، شماره ۲۷، صص ۴۱-۱۲.

در این راستا، ضروری به نظر می‌رسد که دادستانی کل کشور در مقام مدعی‌العموم به پرونده‌های فساد در نظام بهداشتی کشور رسیدگی و حداقل از رشد بیش‌تر فساد در این سیستم جلوگیری کند. هم‌چنین ترویج فرهنگ سوت‌زنی سازمانی (افشاگری)، راهکاری مؤثر برای افشای فسادهای موجود در نظام سلامت کشور است که باید بیش از پیش به آن توجه کرد. برخورد قاطع مقامات ارشد کشور با مسئله فساد و شکل‌گیری اراده عمومی برای مقابله با این پدیده (هر چند دور از ذهن به نظر می‌رسد) می‌تواند مهم‌ترین راهکار برای سامان‌بخشی به نظام بهداشت کشور داشته باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس قوانین و مقررات داخلی و بین‌المللی، حق بر سلامت، یکی از حقوق بنیادین بشری محسوب می‌شود. با این وجود، وضعیت فعلی نظام سلامت در ایران نشان می‌دهد که چالش‌های متعددی برای تحقق اهداف مندرج در اسناد بین‌المللی و داخلی کشور در زمینه حق بر سلامت وجود دارد. این پژوهش کوشید با شناسایی موانع موجود در حوزه مورد بحث، راه را برای اصلاح و رفع موانع موجود هموار سازد. بر اساس یافته‌های تحقیق، خلأهای قانونی، تضاد بین نهادهای درگیر در حوزه سلامت و مهم‌تر از آن، نبود ضمانت اجرایی بسیاری از قوانین مرتبط با حق بر سلامت، مشکلات متعدد حقوقی و قانونی در این زمینه هستند. توجه جدی و زیربنایی به حق بر سلامت در سیاست‌های کلی نظام، سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری‌های دولتی و برطرف کردن خلأهای قانونی و اصلاح حقوقی ضمانت اجرای قوانین برای خاتمه دادن به بی‌عدالتی در پوشش بهداشت و درمان و تسهیل و حمایت از تغییرات برای برنامه‌ریزی عملیاتی، از جمله پیشنهادهایی هستند که دست‌اندرکاران باید به آن توجه کنند. بدیهی است بی‌توجهی به این الزامات نه تنها باعث تشدید وضعیت نامطلوب فعلی می‌شود، بلکه در درازمدت می‌تواند بر اعتماد شهروندان و سرمایه‌های اجتماعی کشور، اثر بسیار مخرب بگذارد.

چالش اساسی دیگری که در بخش بهداشت و سلامت کشور و بسیاری دیگر از حوزه‌های اجتماعی مشاهده می‌شود، پای‌بند نبودن به شاخص‌های حکمرانی خوب است. چون این مفهوم مانند بسیاری از دیگر مفاهیم در تحولات اجتماعی و سیاسی غرب ریشه دارد، در ایران به آن اقبال صورت نگرفته است. این در حالی است که حتی از منظر ایدئولوژی نیز شاخص‌های حکمرانی خوب با اصول حکومت‌داری اسلامی هم‌پوشانی نسبتاً کاملی دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود شاخص‌های حکمرانی خوب به ویژه عدالت و پاسخ‌گویی از ویتترین مفاهیم پرطمطراق تصمیم‌گیرندگان ارشد نظام حکومتی ایران خارج شود و در دستور کار متولیان نظام بهداشت کشور قرار گیرد. توجه به اصول حکمرانی خوب در اسناد بالادستی نیز می‌تواند زمینه دسترسی شهروندان به سطح بالاتری از خدمات بهداشتی و درمانی را فراهم آورد.

فهرست منابع

۱. فارسی

الف) کتاب

۱. ادیانی، سید مرتضی و همکاران، **تأمین منابع در نظام سلامت**، تهران: آماره، ۱۳۹۲.
۲. اسلامی تبار، شهریار، **مبانی حقوق سلامت**، تهران: مجد، ۱۳۹۵.
۳. آناند، سودهیر، فابیان پیترو و آمارتیا سن، **عدالت و اخلاق در سلامت**، ترجمه: مهدی ریاحی فرد با همکاری ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۰.
۴. جنتی، علی و حسین جباری بیرامی، **سطح‌بندی خدمات در نظام سلامت**، تبریز: شروین، ۱۳۹۱.
۵. سید موسوی، میرسجاد، **حق برخورداری از سلامت (واکاوای تعهدات انسانی دولت‌ها در حوزه سلامت)**، تبریز: شروین، ۱۳۹۳.
۶. لاگین، مارتین، **مبانی حقوق عمومی**، ترجمه: محمد راسخ، تهران: نی، ۱۳۹۹.
۷. نجفی، بهزاد، **حقوق سازمان‌های بین‌المللی: سازمان جهانی بهداشت (WHO) و حقوق سلامت**، تهران: میزان، چاپ اول، ۱۳۸۲.
۸. الوانی، سید مهدی، **مدیریت عمومی**، تهران: نی، ۱۳۷۸.

ب) مقاله

۱. ابراهیم‌گل، علی‌رضا، پریسا روشن‌فکر و سید احمد طباطبایی لطفی، «حقوق بشر و مبارزه با بیماری‌های واگیر در عرصه بین‌المللی: ضرورت‌ها و چالش‌ها»، فصل‌نامه مطالعات حقوق عمومی دانشگاه تهران، بهار ۱۴۰۰، شماره ۵۱، صص ۲۷۷-۲۹۷.
۲. آرایبی، وحید، ابوالفضل قاسمی و یاسر معینی‌فر، «توصیه‌های سیاستی، موانع تحقق‌پذیری حکمرانی خوب در اداره امور عمومی (مطالعه موردی: فرمانداری و شهرداری شهرستان مینودشت)»، فصل‌نامه مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، زمستان ۱۳۹۶، سال هفتم، شماره ۲۵، صص ۱۱۳-۱۳۳.
۳. اصغرینیا، مرتضی، «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، تابستان ۱۳۹۵، شماره ۳۷، صص ۳۵-۵۷.
۴. امین‌زاده، الهام، «ابعاد حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها و سازمان

- بهداشت جهانی در خصوص حق بر سلامت در شرایط بیماری‌های فراگیر و تحریم‌های بین‌المللی»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، تابستان ۱۴۰۰، سال پانزدهم، شماره ۵۶، صص ۷۴۰-۷۲۵.
۵. باقری، حامد، یوسف ذاکریان، مهدی امیری، پیمان بلوری و داوود هرمیداس باوند، «حق بر سلامت و بهداشت عمومی از منظر حقوق بنیادین بشر با تأکید بر سند ۲۰۳۰ یونسکو»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، بهار ۱۳۹۷، شماره ۵۶، صص ۲۰۵-۱۷۷.
۶. حسن‌زاده، قدرت‌الله، «حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی با تأکید بر بیماری کووید ۱۹»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، زمستان ۱۴۰۰، شماره ۵۶، صص ۸۴۶-۸۳۳.
۷. خمرنیا، محمد، مصطفی پیوند و فاطمه ستوده‌زاده، «تشدید چالش‌های حوزه سلامت در استان‌های کم‌برخوردار: تأثیر پاندمی کرونا»، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، پاییز ۱۴۰۰، سال هشتم، شماره ۱، صص ۵۴۴-۵۴۳.
۸. دماری، بهزاد، «چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و رؤسای مراکز بهداشت استان‌ها»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، تابستان ۱۳۹۴، شماره ۱۳، صص ۱-۱۶.
۹. عباسی، محمود، راحله رضایی و غزاله دهقانی، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۳۰، صص ۱۹۹-۱۸۳.
۱۰. کمالی، یحیی، «سلامت اداری در ایران: آسیب‌ها و راهکارها»، مجله گزارش پژوهشی سازمان بازرسی کل کشور، آذر ۱۳۸۹، سال سوم، شماره ۲۷، صص ۴۱-۱۲.
۱۱. متقی، سمیرا، آناهیتا سیفی و مجید درودیان، «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، پاییز ۱۳۹۶، سال هجدهم، شماره ۲، صص ۱۲۳-۱۴۸.
۱۲. مردعلی، محسن، امیر اشکان نصیری‌پور، ایروان مسعودی اصل و حسن عابدی جعفری، «مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران»، مجله علمی و پژوهشی حقوق پزشکی، زمستان ۱۳۹۶، سال یازدهم، شماره ۴۳، صص ۱۴۶-۱۲۷.
۱۳. یزدی فیض‌آبادی، وحید، رستم سیف‌الدینی، مرجان قندی و محمدحسین مهرالحسنی، «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی: مرور کوتاهی بر نقدها و

ضرورت یک تغییر پارادایم»، مجله اپیدمیولوژی ایران، بهار ۱۳۹۶، دوره سیزدهم، شماره ۵، صص ۱۰۸-۱۱۹.

2-Latin Source

A) Book

- 1-Akehurst, Michael, A Modern Introduction to International Law, Unwin Hyman, London, sixth edition, 2006
- 2-Bartlett, J., Bioterrorism and Public Health, Jahan Jam Jam Pub, 2004
- 3-Marmot, M., Social determinants of health inequalities, Lancet, 2005, 365 (9464), 1099-104
- 4-Ooms, G., Keygnaert I., Hammonds R., The right to health: from citizen's right to human right (and back), Public Health, 2019, 172, 99-104

B) Article

- 1-Aras, N.E., Kabadayi, S., Ozeren, E., & Aydin, E., "Right to health and access to health-care services for refugees in Turkey", Journal of Services Marketing, 2021, 11(3), 221-238
- 2-Chauvin J., Shukla M., Rice J., Rispel L., A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health, BMC public health, 2016 Dec;16 (1), 1-9
- 3-Forman, L., & Kohler, J. C., "Global health and human rights in the time of COVID-19: Response, restrictions, and legitimacy", Journal of Human Rights, 2020; 19(5), 547-556.
- 4-Khachigian, L. M., "Pharmaceutical patents: reconciling the human right to health with the incentive to invent", Drug Discovery Today, 2020, 25(7), 1135-1141
- 5-Eleanor, D., "The International Human Right to health: What does this Mean for our Nations and World", the Center for Law – Indianapolis, February 22, 2001
- 6-Latupeirissa, J.J., "Antecedents of Public's Trust Level Regarding Covid-19 Vaccination: As Reflections of Good Governance in Indonesia", Viešoji politika ir administravimas. 2022; 21(1), 82-93
- 7-Púras, D., de Mesquita, J. B., Cabal, L., Maleche, A., & Meier, B. M., "The right to health must guide responses to COVID-19", The Lancet, 2020, 395, 1888-1890

- 8-Savanstrom, L. Welander, G., Ekman, R., and Schlep L., "Development of a Swedish bicycle helmet promotion programme - one decade of experiences", Health promotion International, 2002, 17, 161-169
- 9-Shafique, S., Bhattacharyya, D. S., Anwar, I., & Adams, A., "Right to health and social justice in Bangladesh: ethical dilemmas and obligations of state and non-state actors to ensure health for urban poor", BMC medical ethics, 2018, 19(1), 61-69
- 10-Tait, PW., "Good governance for planetary and the public's health", Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2022 Apr. 1, 46 (2), 101-4

Obstacles and challenges of protecting the right to health in Iran's legal system

Jamileh Jafarian Asl*

Ali Hajipour Kondroud**

Arkan Sharifi***

Abstract:

The right to have the highest attainable standards of health is one of the most important human rights, which is recognized as one of the fundamental rights in the international human rights system. However, in Iranian law, the implementation of the right to health, like some other rights, is faced with legal obstacles and challenges, and obviously, achieving an optimal health system in the first place requires identifying and removing these obstacles. Based on this, in the following article, the main question has been answered by a descriptive-analytical method and citing library sources, what are the main obstacles and legal challenges of the right to health in Iranian law? The purpose of the current research is to identify the obstacles facing the discussed field in order to remove the aforementioned obstacles and achieve a more favorable legal system in this field. The findings of the research show the fact that not paying attention to the precise and standard meaning and concept of the right to health as well as various factors affecting it in the relevant laws of the country, not solving the problem of conflict of interests, weakness in the legal supervision system and weakness in guaranteeing the implementation of existing laws. In addition, some other legal loopholes are among the most important legal obstacles and challenges facing the right to health, as a result of removing these obstacles, amending existing laws and policies in this field is one of the main requirements of the country's legislative system.

Keywords: right to health, macro policies, laws, barriers and challenges.

*. PhD Student, Department of Law, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
jafarian22992299@gmail.com

** . Assistant Professor, Department of Law, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. (Corresponding Author).hajipour62@yahoo.com

***. Assistant Professor, Department of Law, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. arkansharifi@gmail.com